

ISBN 978-88-99078-64-5

© 2022 C.R.E.A. Sanità

SEDE LEGALE

Piazza A. Mancini, 4 - interno G11 - 00196 Roma - Italia

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2022
presso Locopress Industria Grafica - Mesagne (BR)
per conto di Locorotondo Editore

È vietata la riproduzione, la traduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.

PRESENTAZIONE

Siamo lieti di presentare la 18^a edizione del Rapporto Sanità elaborato dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

Quest'anno il Rapporto si concentra sui lasciti della pandemia e sulle prospettive future del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), anche alla luce del PNRR e della perdurante carenza di risorse correnti.

La struttura del Rapporto rimane quella consolidatasi negli anni (rimandiamo alla Guida alla lettura che segue).

Nell'*executive summary* sono stati sviluppati tre *focus*, sul finanziamento e la sostenibilità, tema strategico alla luce del superamento della fase pandemica, sull'equità e la funzione del servizio pubblico, e sulle politiche di gestione delle risorse umane.

Desideriamo ringraziare per il contributo di idee e competenze fornito per la realizzazione del Rapporto: il comitato scientifico di C.R.E.A. Sanità formato da R. Balduzzi, P. Bordon, R. Cialesi, P. Derrico, C. Fassari, T. Frittelli, F. Gabbrielli, A. Gaudioso, P. Misericordia, G. Monchiero, C. Riccini, G. Scroccaro e A. Tanese come anche il tavolo di esperti composto da T. Aceti, F. Degrassi, P. Derrico, F. Gabbrielli, F. Mazzotti, P. Misericordia, G. Monchiero, C. Riccini, G. Scroccaro, A. Tanese.

C.R.E.A. Sanità, ringrazia, per i loro contributi al volume, cui ci onoriamo: N. Buzzi, L. Colombo, M. Corso, P. D'Errico, E. Desideri, D. De Cesare, V. De Luca, J. Demurtas, T. Frittelli, E. Lettieri, P. Locatelli, C. Masella, P. Misericordia, M. Nonis, M. Olive, M. Ritrovato, P. Santurri, N. Silvestri, C. Sgarbossa, A. Vaona e D.L. Vetrano.

La realizzazione del Rapporto è resa possibile dalla *partnership* fra C.R.E.A. Sanità e alcune

Aziende particolarmente sensibili all'importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie: Abbvie S.p.A., Amgen S.r.L., Astellas Pharma S.p.A., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., Eli Lilly Italia S.p.A., Gilead Sciences S.r.L., Janssen-Cilag S.p.A., Lundbeck Italia S.p.A., Nestlé Italiana S.p.A., Novartis Farma S.p.A., Sanofi S.p.A., Takeda Italia S.p.A., W.L. Gore & Associates S.r.L..

C.R.E.A. Sanità inizia la sua attività nel 2013, come Consorzio promosso dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), ereditando l'attività di ricerca sviluppata sin dagli anni '90, da un *team* multidisciplinare di ricercatori, che hanno sviluppato un approccio olistico e caratterizzato dal rigoroso utilizzo di analisi quantitative ed il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* del sistema sanitario, in ossequio alla complessità e alla natura multi-dimensionale dei sistemi sanitari, nonché il forte contenuto etico che caratterizza le politiche sanitarie.

C.R.E.A. Sanità è riconosciuto come Centro di ricerca da Eurostat, Istat e Ministero della Salute ed è composto da economisti, epidemiologi, ingegneri biomedici, giuristi, statistici, in larga misura operanti presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e l'Università telematica San Raffaele di Roma.

Attualmente, oltre l'attività di ricerca, svolge anche attività formativa, in convenzione con il Dipartimento di Economia e Finanza dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", l'Università degli studi Roma Tre, l'Università telematica San Raffaele; supporta inoltre vari Enti pubblici (fra cui il Ministero della Salute) e Aziende private del settore sanitario.

Con il supporto incondizionato di:

abbvie

AMGEN®

 astellas

 **Boehringer
Ingelheim**

 **GILEAD**
Creating Possible

 **GORE**

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

Lilly

Lundbeck 

 **Nestlé**
HealthScience

 **NOVARTIS**

sanofi

 **Takeda**

PRESENTATION

We are glad to present the 18th Health Report drawn up by the Centre for Applied Health Economics (C.R.E.A. Sanità).

This year's Report focuses on the legacies of the pandemic and the National Health Services (NHS) future prospects, also in light of the National Recovery and Resilience Plan (NRRP) and the continuing shortage of current resources.

The structure of the Report remains the same as it has been over the years (please refer to the Reading Guide below).

The executive summary focused on three topics, namely financing and sustainability, a strategic issue in view of overcoming the pandemic phase; equity and the role and function of the public service; human resources management policies.

We would like to thank for the contribution of ideas and skills provided for drafting the Report: the scientific committee of C.R.E.A. Sanità made up of R. Balduzzi, P. Bordon, R. Crialesi, P. Derrico, C. Fassari, T. Frittelli, F. Gabbrielli, A. Gaudio, P. Misericordia, G. Monchiero, C. Riccini, G. Scroccaro and A. Tanese, as well as the other experts we have involved in the discussion on the Health Report development, composed of T. Aceti, F. Degrassi, P. Derrico, F. Gabbrielli, F. Mazzotti, P. Misericordia, G. Monchiero, C. Riccini, G. Scroccaro, and A. Tanese.

We would also like to thank colleagues from other Research Centres and Institutions for their contributions to the Report: N. Buzzi, L. Colombo, M. Corso, P. D'Errico, E. Desideri, D. De Cesare, V. De Luca, J. Demurtas, T. Frittelli, E. Lettieri, P. Locatelli, C. Masella, P. Misericordia, M. Nonis, M. Olive, M. Ritrovato, P. Santurri, N. Silvestri, C. Sgarbossa, A. Vaona and D.L. Vetrano.

The drafting of the Report is made possible by the partnership between C.R.E.A. Sanità and a number of companies that are particularly sensitive to the importance of research in supporting the debate on health policies: Abbvie S.p.A., Amgen S.r.L., Astellas Pharma S.p.A., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., Eli Lilly Italia S.p.A., Gilead Sciences S.r.L., Janssen-Cilag S.p.A., Lundbeck Italia S.p.A., Nestlé Italiana S.p.A., Novartis Farma S.p.A., Sanofi S.p.A., Takeda Italia S.p.A., W.L. Gore & Associates S.r.L.

C.R.E.A. Sanità was established in 2013 as a Consortium promoted by the Rome University "Tor Vergata" and the Italian Federation of General Practitioners (F.I.M.M.G.). It has followed up the research activity developed since the 1990s by a multidisciplinary team of researchers, who developed a holistic approach characterised by the rigorous use of quantitative analyses and the involvement of all stakeholders in the health system, considering the complexity and multi-dimensional nature of health systems, as well as the strong ethical content that characterises health policies.

C.R.E.A. Sanità is recognized as a Research Centre by Eurostat, Istat and the Ministry of Health and is composed of economists, epidemiologists, biomedical engineers, lawyers and statisticians, mostly working at the Rome University "Tor Vergata" and the Rome Telematic University "San Raffaele".

Besides research activities, it currently carries out also training activities, in agreement with the Department of Economics and Finance of the Rome University "Tor Vergata", the Rome University "Roma Tre" and the Telematic University "San Raffaele". It also supports various public bodies (including the Ministry of Health), and private companies in the health sector.

With the unconditional support of:

abbvie

AMGEN®

 astellas

 Boehringer
Ingelheim

 GILEAD
Creating Possible

 GORE

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

Lilly

Lundbeck 

 Nestlé
HealthScience

 NOVARTIS

sanofi

 Takeda

18° Rapporto Sanità

A cura di

FEDERICO SPANDONARO, DANIELA D'ANGELA, BARBARA POLISTENA

Coordinamento scientifico

BARBARA POLISTENA

Autori

BUZZI NATALIA

Data Scientist, Ricercatore di Sanità Pubblica.
Responsabile Scientifico Nebo Ricerche PA

CAPPELLI CLAUDIO

Medico di Medicina Generale.
Centro Studi FIMMG.
Segretario Settore Continuità Assistenziale FIMMG Marche

CARRIERI CIRO

Economista. *Master* in Economia e *Management* della Sanità.
Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

CASSA RAFFAELE

Ricercatore socio-economico.
Responsabile modelli informatici ed elaborazioni statistiche

COLOMBO LUIGI

Architetto.
Action for Health Institute, Milano

CORSO MARIANO

Professore Ordinario di "*Leadership and Innovation*" al Politecnico di Milano è co-fondatore e membro del comitato scientifico degli Osservatori *Digital Innovation*. È responsabile scientifico di numerosi osservatori tra i quali "Sanità Digitale". Ha promosso e coordinato numerosi progetti di ricerca e consulenza per aziende e istituzioni pubbliche a livello nazionale e internazionale ed è autore di numerose pubblicazioni scientifiche di cui oltre 180 a livello internazionale.

Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

D'ANGELA CLAUDIA

Economista.
Master in Economia e *Management* della Sanità.
Collaboratrice C.R.E.A. Sanità

D'ANGELA DANIELA

Ingegnere biomedico. *Master* in *Management and Clinical Engineering* ed ingegneria clinica.
Presidente del Consiglio di Amministrazione e Direttore Ricerca C.R.E.A. Sanità.
Professore incaricato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

DE CESARE DEBORAH

Assegnista presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano. Ha conseguito la laurea in *Management Engineering* con una specializzazione in *Energy*

and Environmental Management nel settembre 2016. Da allora lavora presso gli Osservatori *Digital Innovation* svolgendo attività di ricerca e progettualità sui temi della Sanità Digitale e dell'innovazione nel settore del *Life Science*. Nel 2020 ha completato un Percorso *Executive* in Gestione Strategica dell'Innovazione Digitale.
Ricercatrice *Senior*, Osservatorio Sanità Digitale

DEMURTAS JACOPO

Dipartimento di Cure Primarie USL Sud Est Toscana, Grosseto.
Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, Capalbio

D'ERRICO MARGHERITA

Biologa.
Master in *Healthcare Policy, Innovation and Management*.
Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

DERRICO PIETRO

Ingegnere.
Già Presidente AIIC – *Past President* SIHTA.
Responsabile Funzione Tecnologie ed Unità di Ricerca *Health Technology Assessment*.
IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

DESIDERI ENRICO

Già Direttore Generale.
Presidente Fondazione innovazione e sicurezza in sanità

DI LUCA VINCENZO

Ingegnere Biomedico. *Master* in Economia e *Management* della Sanità

FRITTELLI TIZIANA

Direttore Generale Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.
Direttore Federsanità ANCI

GIORDANI CRISTINA

Economista. *Master* in Economia e *Management* dei Servizi Sanitari.
Funzionario giuridico presso il Ministero della Salute.
Collaboratore C.R.E.A. Sanità

LETTIERI EMANUELE

Professore Ordinario di *Innovation in Health & Social Care* al Politecnico di Milano e Responsabile Scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale e dell'Osservatorio *Life Science Innovation*. È Direttore del *Master Executive* in Gestione dell'Innovazione in Sanità (EMGIS) erogato da POLIMI *Graduate School of Management*. I suoi interessi di ricerca coprono la valutazione d'impatto dell'innovazione, la tra-

sformazione digitale, la sanità orientata al valore e il *foresight/future thinking* in sanità. È autore di oltre 150 pubblicazioni su questi temi.

Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

LOCATELLI PAOLO

Esperto di innovazione di processo e digitale in sanità, ambito in cui opera dal 2000 in progetti di ricerca ed innovazione a livello aziendale, regionale, nazionale ed europeo. Dal 2005 segue progetti di innovazione in Fondazione Politecnico di Milano, dove attualmente coordina il gruppo che si occupa di innovazione digitale. Partecipa dal 2008 all'Osservatorio Sanità Digitale della *School of Management* del Politecnico di Milano, di cui dal 2010 è uno dei responsabili scientifici. È co-direttore dell'*Executive Master* in Gestione dell'Innovazione in Sanità della POLIMI *Graduate School of Management*.

Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

MASELLA CRISTINA

Professore Ordinario di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano e Responsabile Scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale sin dalla sua costituzione. In Ateneo ha la Delega al Bilancio e Controllo di Gestione. I suoi interessi di ricerca sono legati alla gestione delle innovazioni in Sanità, con *focus* in particolare sui temi della Sanità Digitale. È attualmente impegnata su temi legati al digitale per la sanità territoriale, all'uso di PROMs e PREMs come strumenti di miglioramento organizzativo e al coinvolgimento del paziente in processi di co-produzione.

Responsabile Scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale
Dirigente Medico.

Referente SIO, INMI IRCCS "L. Spallanzani", Roma

MISERICORDIA PAOLO

Medico di Medicina Generale.

Responsabile del Centro Studi FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale). Responsabile Area ICT di FIMMG

NONIS MARINO

Dirigente Medico c/o UOC Controllo di Gestione.

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.

I.N.M.I. Lazzaro. SPALLANZANI - IRCCS

OLIVE MATTIA

Dottorando presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano. Durante il percorso di laurea in *Economics and Management of Government and International Organizations* ha approfondito temi legati al *management* della sanità e alle politiche sanitarie. Da giugno 2020 lavora presso gli Osservatori *Digital Innovation* svolgendo attività di ricerca e progettualità sui temi della Sanità Digitale.

Dottorando presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano.

Analista, Osservatorio Sanità Digitale

PLONER MARIA ESMERALDA

Economista. *Master* in Economia e Gestione Sanitaria.

Ricercatore C.R.E.A. Sanità

POLISTENA BARBARA

Statistica, PhD. *Master* in Economia e *Management* dei Servizi Sanitari. *Master* in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi.

Componente del Consiglio di Amministrazione e Direttore Scientifico C.R.E.A. Sanità.

Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

RITROVATO MATTEO

Ingegnere, PhD.

Segretario CTS SIHTA.

Responsabile Servizio *Health Technology Assessment* IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

SANTURRI PAOLO

Ricercatore socio-economico

SILVESTRI NORBERTO

Medico igienista.

Action for Health Institute, Milano

SGARBOSSA CHIARA

Laureata in Ingegneria Gestionale, ha ottenuto nel 2014 un *Master* in Gestione d'Impresa e Sviluppo Organizzativo. Attualmente è Direttrice degli Osservatori Sanità Digitale e *Life Science Innovation* del Politecnico di Milano, nell'ambito dei quali coordina le attività di ricerca e gestisce la relazione con la *Community*. Durante l'esperienza presso gli Osservatori si è occupata anche di ricerche sull'innovazione digitale nel settore *Pharma*, *Fashion-Retail* e *Utilities* e di progetti legati all'organizzazione e *governance* dell'innovazione digitale in aziende pubbliche e private.

Direttrice dell'Osservatorio Sanità Digitale

SPANDONARO FEDERICO

Economista. Professore Straordinario presso l'Università Telematica San Raffaele.

Presidente del Comitato Scientifico C.R.E.A. Sanità

VAONA ALESSANDRO

Medico di Assistenza Primaria ad incarico orario.

AUSL 9 Scaligera Verona

VETRANO DAVIDE LIBORIO

Medico geriatra ed epidemiologo, Phd. *Postdoctoral fellow* presso l'*Aging Research Center* del *Karolinska Institutet* di Stoccolma, Svezia.

Consulente scientifico per Italia Longeva, Rete nazionale per l'invecchiamento e la longevità attiva.

Attività amministrative e di segreteria

BONO MARTINA

Responsabile segreteria C.R.E.A. Sanità

FRATINI ADRIANA

Responsabile Amministrazione C.R.E.A. Sanità

Guida alla lettura del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità

La 18ª edizione del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità mantiene la struttura consolidatasi negli ultimi anni: rimandando alla lettura anche delle “guide” pubblicate negli ultimi anni, ricordiamo qui solo alcuni aspetti essenziali.

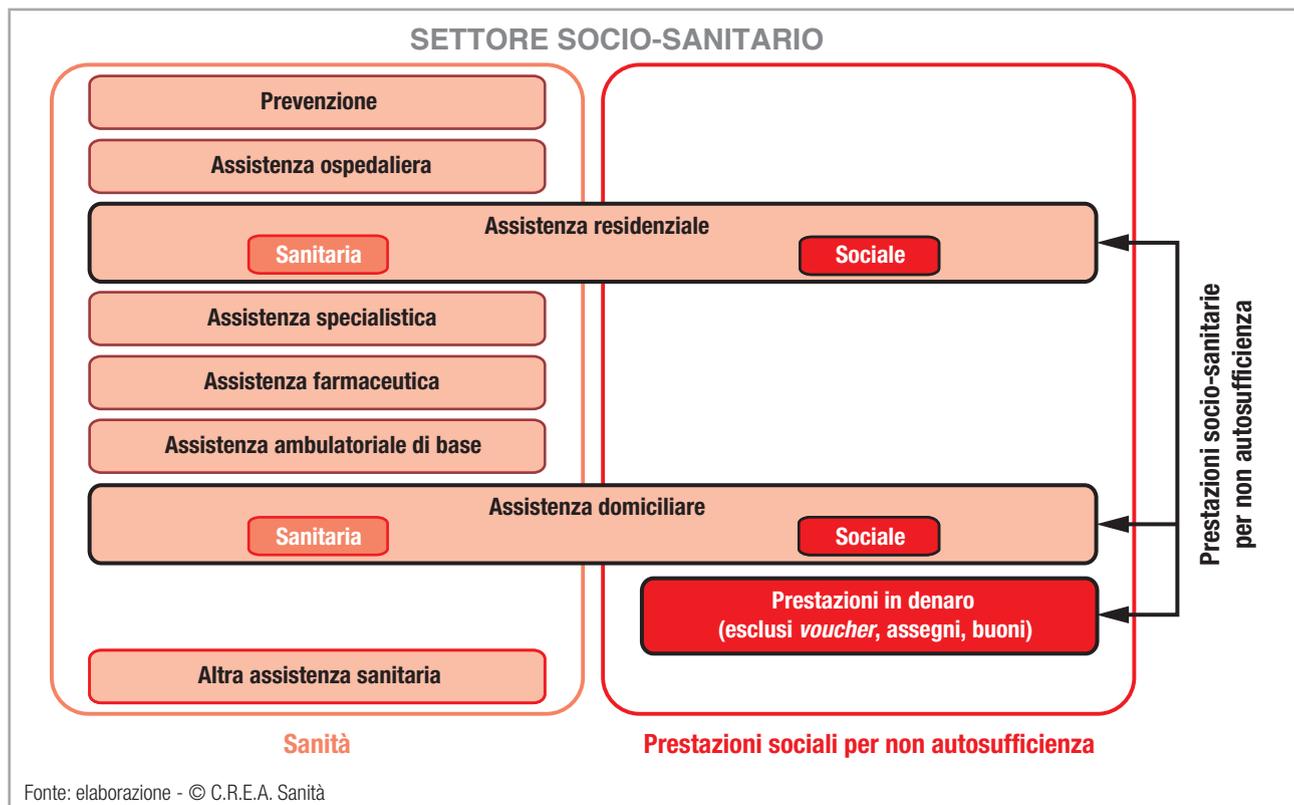
L'ambito

Il *focus* resta il settore sanitario “allargato”, intendendo in tal modo la Sanità stricto sensu e quella parte di prestazioni sociali erogate a fronte di bisogni determinati dagli esiti di patologie che conducono alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Si tratta in larga misura di prestazioni riconducibili alla cosiddetta LTC (*Long Term Care*), definibile come assi-

stenza alle condizioni che prevedono “presenza di restrizioni alla partecipazione, associate a problemi di salute”; per inciso e precisione, non si parla di “persone con disabilità”, quanto di “persone con limitazioni funzionali”.

Si noti che, in Italia, il settore sanitario è caratterizzato da un sistema di prestazioni prevalentemente in natura, con una limitata quota di prestazioni in denaro erogate dalle ASL, per lo più sotto forma di *voucher* (regionalmente denominati anche “assegni di cura” e “buoni socio-sanitari”); le prestazioni per la LTC, se escludiamo i voucher erogati dai Comuni, sono invece in larga misura erogazioni in denaro senza un vincolo di destinazione.

Figura A. La composizione del settore socio-sanitario



La struttura

Il 18° Rapporto Sanità mantiene la strutturazione in 4 parti.

Nella prima si fornisce un inquadramento del contesto in cui si muove il settore socio-sanitario italiano: gli aspetti socio-economici e demografici, il finanziamento pubblico, la spesa e le possibili misure di *Performance*.

La seconda parte è dedicata alle analisi per area assistenziale: prevenzione, ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica e dispositivi medici, primaria e territoriale, domiciliare, provvidenze in denaro.

La terza parte è destinata alla analisi degli impatti economici della Sanità.

La quarta parte ospita ulteriori attività e *partnership* promosse da C.R.E.A. Sanità.

Vale la pena sottolineare che, pur nella coerenza dell'assetto complessivo del volume, i singoli capitoli

rappresentano contributi monografici indipendenti, che approfondiscono tematiche emergenti individuate da parte del team di ricerca di C.R.E.A. Sanità.

Da ultimo segnaliamo che per migliorare la fruibilità del Rapporto, ad ogni capitolo è associata una sezione di *key indicators*, che hanno la finalità di rappresentare uno strumento sintetico per monitorare, anno dopo anno, l'evoluzione dei singoli settori analizzati.

Inoltre, a ciascun capitolo è anche associata una sintesi in inglese, con l'obiettivo di permettere la divulgazione del lavoro presso Istituzioni e Centri di ricerca esteri, diffondendo così una maggiore conoscenza dell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale italiano.

Il Rapporto, infine, si chiude con un riepilogo regionale, funzionale a permettere una (ri)lettura complessiva e trasversale delle evidenze proposte, sintetizzate per ogni singola Regione.

*Il coordinatore scientifico
Barbara Polistena*

Indice/Index

| | |
|--|------------|
| Presentazione | 3 |
| <i>Presentation</i> | |
| Introduzione | |
| Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi | 17 |
| <i>Without reforms and growth, NHS on the brink of crisis</i> | |
| Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico | 59 |
| <i>Chapter 1 - The socio-demographic context</i> | |
| Carrieri C. | |
| <i>English Summary</i> | 83 |
| <i>Key Indicators</i> | 85 |
| Capitolo 2 - Il finanziamento: livello e risanamento | 91 |
| <i>Chapter 2 - Funding: level of financing and recovery</i> | |
| Ploner ME. | |
| <i>English Summary</i> | 117 |
| <i>Key Indicators</i> | 119 |
| Capitolo 3 - La spesa | 123 |
| <i>Chapter 3 - Health expenditure</i> | |
| Capitolo 3a - L'evoluzione della spesa: confronti internazionali e nazionali | 127 |
| <i>Chapter 3a - Health expenditure evolution: international e national comparison</i> | |
| Ploner ME., Polistena B. | |
| <i>English Summary</i> | 143 |
| Capitolo 3b - Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale Italiano | 145 |
| <i>Chapter 3b - Human resources of National Health Service</i> | |
| Di Luca V. | |
| <i>English Summary</i> | 158 |
| Capitolo 3c - Le politiche del personale: una survey sui Direttori Generali | 159 |
| <i>Chapter 3c - Human resources policies: a survey for Medical Directors</i> | |
| Di Luca V., Frittelli T., Polistena B., Spandonaro F. | |
| <i>English Summary</i> | 167 |
| <i>Key Indicators</i> | 169 |
| Capitolo 4 - La valutazione delle Performance | 173 |
| <i>Chapter 4 - Performance evaluation</i> | |
| Capitolo 4a - Impoverimento, catastroficità e disagio economico per cause sanitarie delle famiglie nel primo anno di pandemia | 177 |
| <i>Chapter 4a - Impoverishment, catastrophism and economic hardship due to family health causes in the first year of the pandemic</i> | |
| d'Angela D., Spandonaro F. | |
| <i>English Summary</i> | 191 |
| <i>Key Indicators</i> | 193 |

| | |
|---|-----|
| Capitolo 4b - Performance Regionali | 197 |
| <i>Chapter 4b - Regional Performance evaluation</i> | |
| d'Angela D., d'Angela C., Carrieri C., Polistena B., Spandonaro F. | |
| <i>English Summary</i> | 211 |
| <i>Key Indicators</i> | 213 |
| Capitolo 4c - La mortalità evitabile | 217 |
| <i>Chapter 4c - Avoidable mortality</i> | |
| Buzzi N. | |
| <i>English Summary</i> | 229 |
| Capitolo 5 - Prevenzione: spesa per vaccini, un modello per ottimizzare il finanziamento regionale alla luce del Piano nazionale | 231 |
| <i>Chapter 5 - Prevention: expenditure on vaccines, a model for optimising regional funding in the light of the National Plan</i> | |
| Giordani C., Spandonaro F. | |
| <i>English Summary</i> | 268 |
| <i>Key Indicators</i> | 270 |
| Capitolo 6 - L'assistenza ospedaliera | 279 |
| <i>Chapter 6 - Hospital care</i> | |
| Capitolo 6a - Assistenza ospedaliera: evoluzione e aggiornamento del flusso informativo SDO & delle tariffe massime DRG | 283 |
| <i>Chapter 6a - Hospital care: evolution and updating of the SDO information flow & DRG maximum tariffs and rates</i> | |
| Nonis M. | |
| <i>English Summary</i> | 296 |
| Capitolo 6b - L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera: le criticità emerse con l'emergenza COVID | 298 |
| <i>Chapter 6b - The evolution of hospital care: the problems experienced with the COVID emergency</i> | |
| Carrieri C., d'Angela D., Spandonaro F. | |
| <i>English Summary</i> | 321 |
| Capitolo 6c - Progettare un ospedale: cosa sapere, cosa prevedere, cosa decidere | 322 |
| <i>Chapter 6c - Designing a hospital: what to know, what to predict, what to decide</i> | |
| Silvestri N., Colombo L. | |
| <i>English Summary</i> | 326 |
| <i>Key Indicators</i> | 327 |
| Capitolo 7 - Assistenza residenziale e intermedia: gli Ospedali di Comunità | 331 |
| <i>Chapter 7 - Residential care and community care services: the so-called Ospedali di Comunità</i> | |
| d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F. | |
| <i>English Summary</i> | 341 |
| <i>Key Indicators</i> | 343 |
| Capitolo 8 - Assistenza specialistica ambulatoriale | 349 |
| <i>Chapter 8 - Specialistic Outpatient Care</i> | |
| d'Errico M. | |
| <i>English Summary</i> | 366 |
| <i>Key Indicators</i> | 367 |

| | |
|--|------------|
| Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica | 371 |
| <i>Chapter 9 - Pharmaceutical care</i> | |
| Polistena B., Spandonaro F., d'Errico M. | |
| <i>English Summary</i> | 386 |
| <i>Key Indicators</i> | 388 |
| Capitolo 10 - Assistenza primaria | 393 |
| <i>Chapter 10 - Primary care</i> | |
| Capitolo 10a - Confronto tra i sistemi sanitari di cure primarie in Europa: il ruolo del Medico di Medicina Generale | 397 |
| <i>Chapter 10a - Comparison of primary care health systems in Europe: the role of the General Practitioner</i> | |
| Demurtas J., Vaona A. | |
| <i>English Summary</i> | 407 |
| Capitolo 10b - Medicina Generale: numeri e prospettive della professione | 408 |
| <i>Chapter 10b - General Practitioners: data and prospects for the profession</i> | |
| Cappelli C., Misericordia P. | |
| <i>English Summary</i> | 415 |
| Capitolo 10c - Le reti clinico-assistenziali per l'equità e la sostenibilità delle cure: un nuovo modello di gestione pro-attiva della cronicità e della fragilità - il raccordo strutturato fra le cure primarie e la rete specialistica | 416 |
| <i>Chapter 10c - Clinical-care networks for the equity and sustainability of care: a new model of pro-active management of chronicity and frailty - The structured link between primary care and the specialist network</i> | |
| Desideri E. | |
| <i>English Summary</i> | 420 |
| Capitolo 10d - Le farmacie dei servizi | 421 |
| <i>Chapter 10d - Pharmacies of services</i> | |
| d'Errico M., Polistena B. | |
| <i>English Summary</i> | 426 |
| <i>Key Indicators</i> | 427 |
| Capitolo 11 - Assistenza domiciliare | 431 |
| <i>Chapter 11 - Home care</i> | |
| Vetrano DL. | |
| <i>English Summary</i> | 440 |
| <i>Key Indicators</i> | 441 |
| Capitolo 12 - Provvidenze in denaro | 443 |
| <i>Chapter 12 - Cash benefits and allowances</i> | |
| Ploner ME. | |
| <i>English Summary</i> | 461 |
| <i>Key Indicators</i> | 462 |
| Capitolo 13 - L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive | 467 |
| <i>Chapter 13 - The healthcare industry: evolution and prospects</i> | |
| d'Angela D., Carrieri C. | |
| <i>English Summary</i> | 476 |
| <i>Key Indicators</i> | 478 |

| | |
|--|------------|
| Capitolo 14 - Sanità e E-Health | 483 |
| <i>Chapter 14 - The Health Sector and E-Health</i> | |
| Capitolo 14a - La Sanità digitale in Italia e il ruolo del PNRR: le principali evidenze dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano | 487 |
| <i>Chapter 14a - Digital Health in Italy and the role of Recovery Plan: the main findings of the Digital Health Observatory of the Politecnico di Milano</i> | |
| Corso M., De Cesare D., Lettieri E., Locatelli P., Masella C., Olive M., Sgarbossa C. | |
| <i>English Summary</i> | 495 |
| Capitolo 14b - Health Technology Assessment e Telemedicina: elementi cardine del Servizio Sanitario Nazionale del futuro | 496 |
| <i>Chapter 14b - Health Technology Assessment and Telemedicine: key elements of the National Health Service of the future</i> | |
| Derrico P., Ritrovato M. | |
| <i>English Summary</i> | 506 |
| Capitolo 15 - Patologie | 509 |
| <i>Chapter 15 - Pathologies</i> | |
| Capitolo 15a - I potenziali benefici di una strategia di Early Access per i farmaci oncologici innovativi in Italia | 513 |
| <i>Chapter 15a - The potential benefits of an Early Access strategy for innovative oncology drugs in Italy</i> | |
| d'Errico M., Polistena B., Spandonaro F. | |
| <i>English Summary</i> | 518 |
| Capitolo 15b - La gestione delle multi-cronicità: revisione sistematica delle indicazioni disponibili . | 519 |
| <i>Chapter 15b - The management of multi-chronicity: systematic review of available indications</i> | |
| <i>English Summary</i> | 522 |
| Capitolo 16 - L'impatto del COVID sulla non autosufficienza degli anziani | 523 |
| <i>Chapter 16 - The COVID impact on non-self-sufficient elderly people</i> | |
| Polistena B., Cassa R., Santurri P., Spandonaro F. | |
| <i>English Summary</i> | 535 |
| Riepilogo regionale/Regional synopsis | 537 |



Introduzione

Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi

Without reforms and growth, NHS on the brink of crisis

Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi

Il 2022 si propone per essere il primo anno "post-pandemico", malgrado la pandemia sembri tutt'altro che finita, almeno da un punto di vista epidemiologico: probabilmente, però, si sta endemizzando, almeno fino a prova contraria, ovvero a mutazioni di "segno" impreveduto dell'aggressività del virus.

Il concetto di "post-pandemico" è, quindi, da riferirsi alla fine dello stato di emergenza e, forse ancor di più, ad un osservabile desiderio di "normalità", ampiamente diffuso nella popolazione: appare evidente che, appena caduti gli obblighi di legge (mascherine e quant'altro), la gran parte delle persone ha rinunciato alle precauzioni adottate nel 2020 e nel 2021.

La "normalizzazione" riguarda anche le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che hanno ricominciato a lavorare sui livelli pre-pandemici (sebbene i dati siano ancora molto parziali).

La "normalizzazione" citata, però, sembra portare con sé anche la rimozione di molte tematiche che, durante la pandemia, avevano scalato la piramide delle priorità nell'agenda politica: ad esempio, molto poco sembra essere rimasto della retorica sull'"eroismo" dei professionisti sanitari (che implicitamente lasciava intendere la volontà di un riconoscimento sociale della loro abnegazione); come anche della necessità di "recuperare" le prestazioni "saltate" durante la pandemia per attutire gli effetti nefasti di due anni in cui la prevenzione, primaria e secondaria, è "rimasta al palo"; sembra essersi in larga misura dissolta persino l'importanza sociale e economica della salute, su cui sembrava essersi formata una ampia consapevolezza nella popolazione e nella politica.

Quanto sopra si desume dal fatto che il dibattito sulla politica sanitaria è tornato a concentrarsi sui problemi che l'avevano occupato nel periodo

pre-pandemico: senza pretesa di esaustività, ad esempio, il finanziamento, e quindi la sostenibilità in prospettiva del SSN, la rimozione del tetto sul personale (scelta ex post ritenuta da tutti scellerata, ma che si fa evidentemente fatica a superare), i tetti e relativi *payback* sui farmaci e sui dispositivi medici, etc..

Il fenomeno in atto può essere letto come un rapido ripiegamento del dibattito di politica sanitaria sui possibili aggiustamenti "interni" al sistema; come in periodo pre-pandemico, sembra che la Sanità non sia un "problema", anzi che il SSN rappresenti un ambito di successo delle politiche pubbliche, al più necessitante di qualche correzione tecnica di rotta: atteggiamento che, evidentemente, sconta una mancanza di "strategicità", limitandosi a interventi incrementali.

Va peraltro considerato che la "finestra" pandemica, avendo beneficiato della sospensione del Patto di stabilità, ha illuso i più che fosse iniziata una nuova era, senza più vincoli "esterni" per il SSN, ovvero senza vincoli economici al finanziamento in debito delle attività pubbliche; ora il Paese si "risveglia", trovandosi più indebitato di prima, nel mezzo di una congiuntura economica molto complessa (in primis per i contraccolpi della guerra in Ucraina) e con tutti i suoi problemi "strutturali" ancora irrisolti: primo fra tutti la incapacità di crescere al ritmo (almeno) degli altri Paesi europei.

Se, in generale, il Paese sembra ripiegarsi sulla gestione delle problematiche di breve periodo, fa eccezione il dibattito in corso sulla realizzazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che esula dal quadro descritto: trattandosi di una opportunità unica e, probabilmente, irripetibile, il Piano ha una valenza naturalmente strategica; non di meno, proprio a questo proposito cominciano ad emergere

interrogativi sul reale impatto del Piano, ad esempio, sulla sostenibilità futura del SSN.

Il 18° Rapporto Sanità, alla luce dei dati disponibili, si interroga, quindi, tanto sul lascito della pandemia, quanto (e principalmente) sul futuro del SSN (nelle sue articolazioni regionali); nel seguito ne viene offerta una lettura sulla base delle tematiche sviluppate nel Rapporto, privilegiando tre aspetti che sembrano cruciali: la sostenibilità del SSN, la riduzione delle sperequazioni e la gestione delle risorse umane.

La risposta alla pandemia

I dati disponibili (che, detto per inciso, essendo sempre più in ritardo, specialmente quelli istituzionali, impediscono di effettuare un monitoraggio dell'evoluzione del sistema sanitario, rimanendo al più utili per analizzare ex post gli accadimenti) confermano che l'anno 2021 è ancora caratterizzato da molte "anomalie quantitative", già registrate nel 2020, per lo più attribuibili all'impatto della pandemia.

Il "biennio pandemico" (2020-2021) è stato, nello specifico, caratterizzato da un crollo significativo dell'attività dei servizi sanitari regionali (SSR) e, insieme, da un parallelo incremento del personale e dei costi del servizio.

Solo l'ultimo trimestre 2021 sembra segnalare (almeno da quanto emerge dai flussi della specialistica ambulatoriale) l'avvenuta "normalizzazione", ovvero il ritorno sui livelli di attività pre-pandemica: se il *trend* si confermerà per il 2022, e si confermasse anche per i ricoveri (per i quali è stato appena diffuso il dato relativo all'anno 2020), come anticipato, quest'ultimo anno potrebbe effettivamente essere considerato il primo "post-pandemico".

Entrando più nello specifico, e considerando i flussi informativi più maturi, nello specifico le Schede di Dimissione Ospedaliera - SDO (attività ospedaliera) e il flusso della specialistica ambulatoriale, è possibile quantificare la riduzione delle attività intervenute.

Per quanto concerne l'attività ospedaliera, non

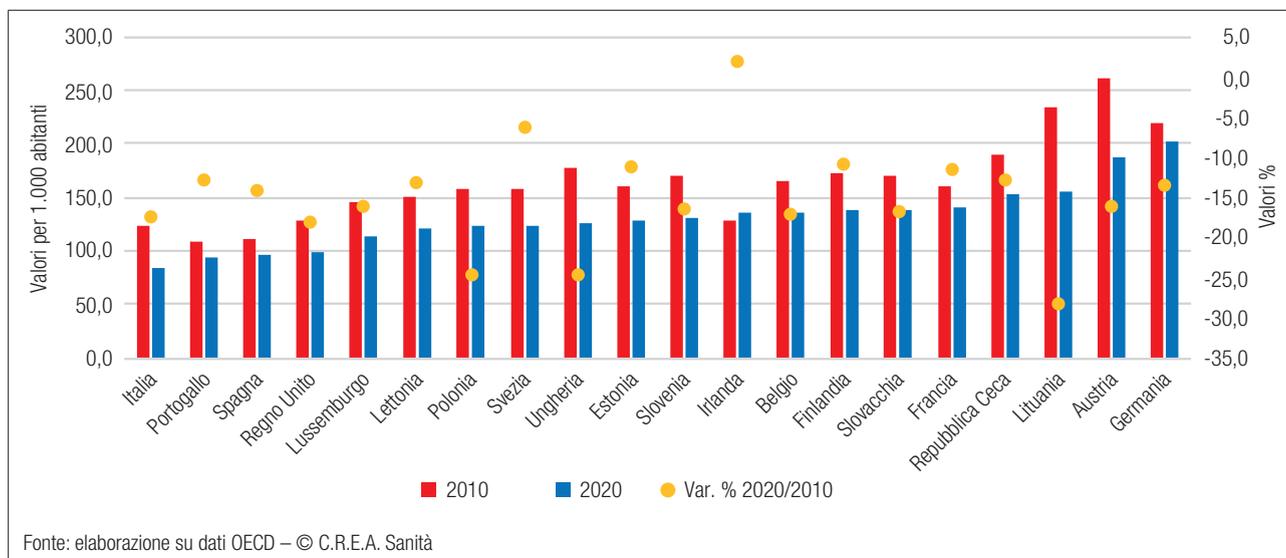
essendo ancora disponibile il dettaglio dell'attività di ricovero 2021, dobbiamo limitarci ad analizzare gli effetti della prima ondata pandemica; il dato relativo al 2020 è incontrovertibile: sebbene con il COVID si sia assistito ad una selezione dei ricoveri, per via della sospensione dell'attività in elezione, con conseguente incremento del peso medio del DRG (da 1,24 nel 2019 a 1,31 nel 2020) e della degenza media (+0,6 gg. rispetto al 2019), complessivamente l'attività ospedaliera si è ridotta significativamente; i ricoveri ordinari in acuzie si sono ridotti del -18,1%, ovvero ad un tasso 4,6 volte maggiore rispetto alla media annua del decennio precedente; analogamente si è registrata una riduzione delle giornate di degenza pari al -13,1% (acuzie in regime ordinario), 4,4 volte maggiore rispetto a quella del decennio 2010-2020.

Non si può non sottolineare come questa riduzione si innesti su tassi di ospedalizzazione bassissimi, che fanno dell'Italia il Paese europeo, di gran lunga, maggiormente "deospedalizzato" (Figura 1.).

Secondo i dati diffusi da Age.Na.S. e Istat, i ricoveri in regime ordinario connessi al COVID, sempre nel 2020, sono stati 286.530: al netto di questi, la riduzione dell'attività di ricovero non COVID sarebbe stata anche leggermente superiore (-18,2%).

Peraltro, parallelamente alla riduzione dell'attività di ricovero (e anche a quella ambulatoriale) il personale sanitario del SSN è aumentato del +3,0% rispetto al 2019, facendo intendere che lo *stress* delle strutture ospedaliere (e dei relativi professionisti) debba essere correttamente interpretato e circoscritto, riportandolo nell'ambito delle specifiche specialità che hanno retto l'impatto dei contagi; in particolare, i reparti di malattie infettive e tropicali, come anche le pneumologie, sembrano essere arrivate alla saturazione, con tassi di occupazione dei letti rispettivamente pari al 162,6% e 86,5%; già molto meno "sature" sono risultate le terapie intensive, almeno secondo i dati diffusi: d'altra parte, prima della pandemia erano occupate largamente sotto il 50%, avendo quindi (almeno sulla carta) ampi margini di "manovra".

Figura 1. Tassi di ospedalizzazione ordinari in acuzie in Europa



La lettura dello *stress* pandemico sulle strutture va letto anche sotto la lente di ingrandimento della variabilità regionale (Figura 2.): il tasso di ospedalizzazione ordinario si è ridotto da un minimo dell’Abruzzo (-14,6%) ad un massimo della Calabria (-27,1%); nel Nord si passa da una riduzione minima

nella P.A. di Bolzano (-12,1%) ad una massima in Liguria (-19,5%); sul lato del personale, il Nord vede aumentare quello delle strutture di ricovero in misura maggiore rispetto al Sud (+2,3% e +0,1% rispettivamente).

Figura 2. Tasso di ospedalizzazione standardizzato ordinario in acuzie regionale. Variazione 2020/2019

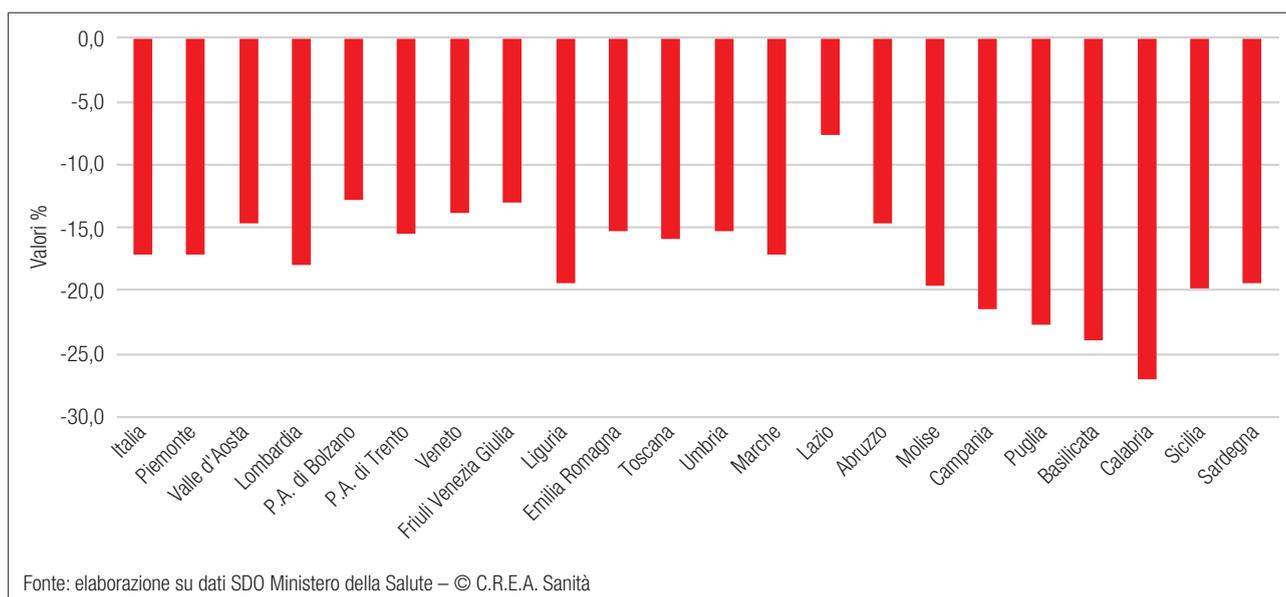
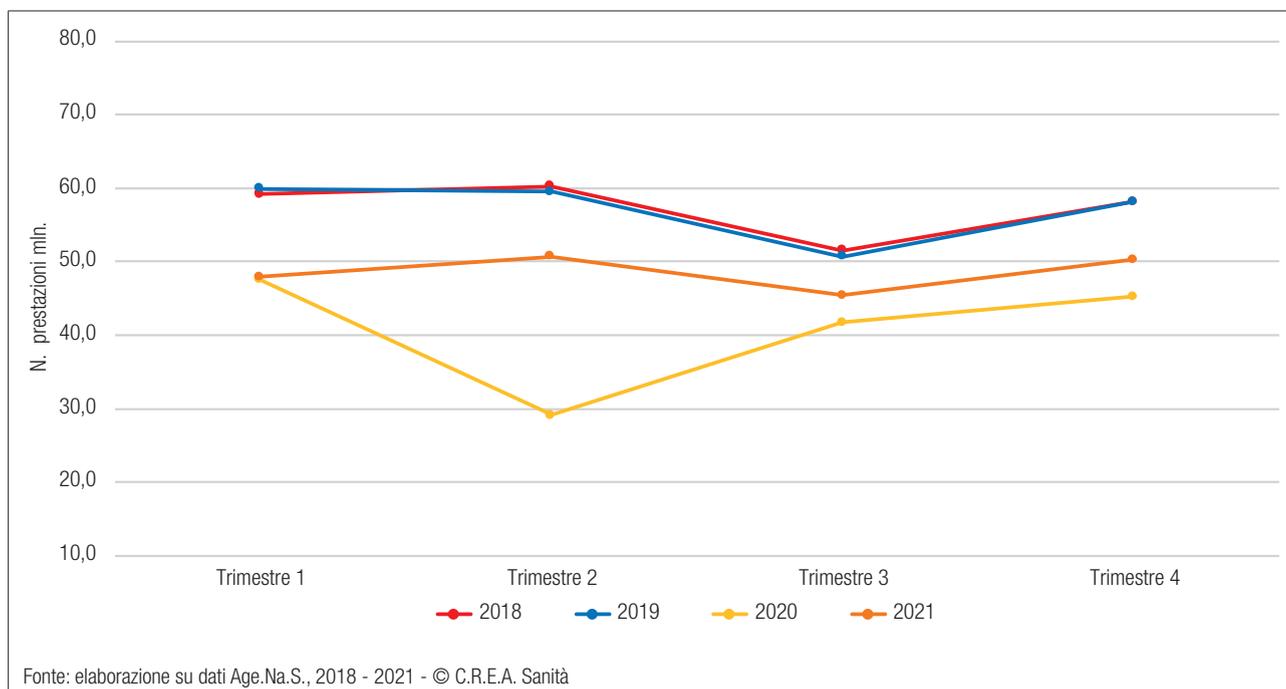


Figura 3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale, andamento trimestrale



Quindi, mentre in tema di acquisizione del personale sembra evidenziarsi una qualche correlazione con la diffusione dei contagi, le riduzioni dei ricoveri, come anche i tassi di occupazione dei letti nei reparti più esposti, non sembrano affatto determinate dai “bisogni”, quanto dalla “resilienza” dei servizi regionali, che si conferma molto variabile.

Una conferma delle diverse capacità di risposta arriva dall’andamento della specialistica ambulatoriale, per la quale l’Age.Na.S ha fornito i dati anche per il 2021.

L’analisi dei *trend* trimestrali di erogazione delle prestazioni (Figura 3.) conferma il drastico calo, oltre il 50%, determinatosi in corrispondenza della prima ondata pandemica e del conseguente *lockdown*; spiegabile tanto con il blocco delle prestazioni non urgenti, quanto con il timore dei cittadini a recarsi in strutture sanitarie, percepite come luoghi a rischio di contagio.

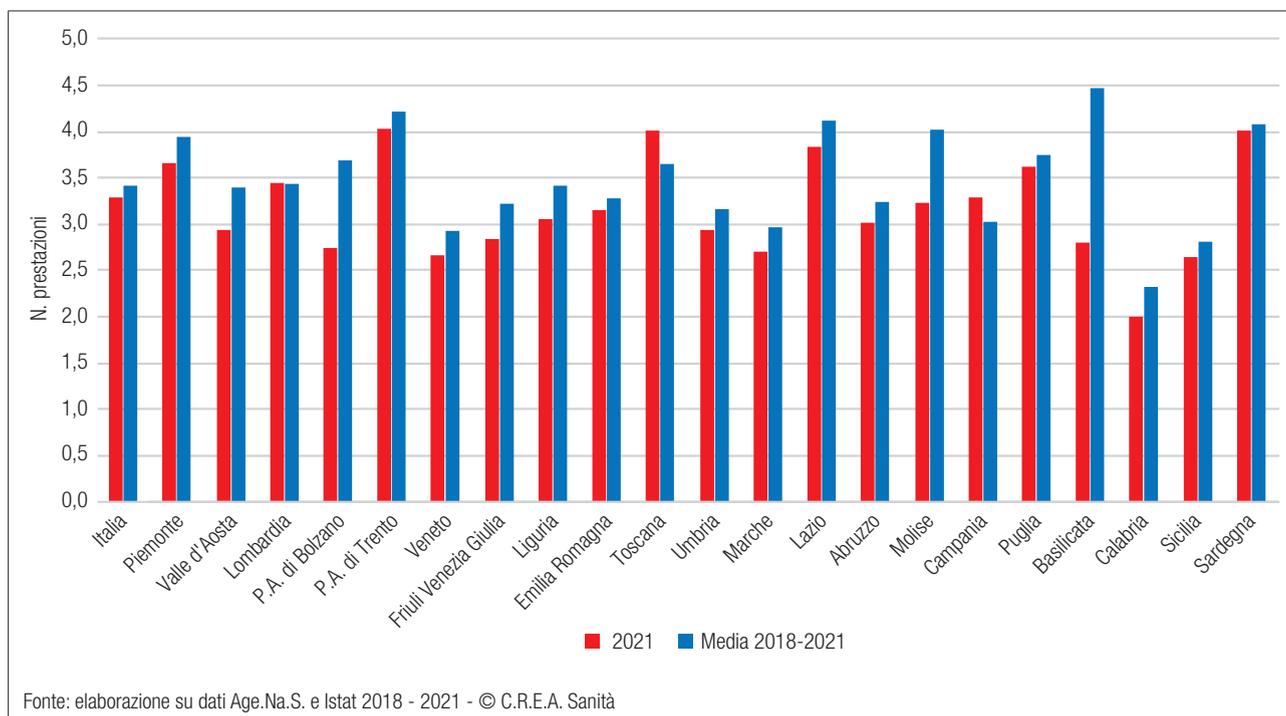
Malgrado i fondi stanziati per il “recupero” delle prestazioni, nel 2021 i volumi crescono, ma senza raggiungere i livelli pre-pandemici (194,3 mln. di erogazioni, quindi ancora un volume inferiore di circa il 15% rispetto al biennio 2018-2019): solo nell’ultimo trimestre i volumi di erogazione tornano sui livelli

pre-pandemici, lasciando prevedere un ritorno alla “normalità” nel 2022.

Nel 2021, solo Campania e Toscana superano i livelli pre-pandemici, configurando un reale “recupero” dell’attività “non svolta”: in tutti gli altri casi, nuovamente con rilevanti variabilità regionali, l’“emorragia” pur fermandosi, non segna un reale “recupero” delle prestazioni “perse” (Figura 4.).

Si può, quindi, paventare il fallimento delle politiche di “recupero” dei volumi (risultato in parte scontato, come nel caso degli appuntamenti annuali per prestazioni di prevenzione primaria che, evidentemente, sono definitivamente “persi”); i dati dovrebbero, però, anche far riflettere sul fatto che si osserva una più marcata riduzione dei volumi nelle Regioni che, in condizioni normali, erogano un numero maggiore di prestazioni di specialistica ambulatoriale: il fenomeno sembra suggerire che, nell’insieme delle prestazioni “perse” a causa delle difficoltà affrontate dalle Regioni durante la pandemia, vi sia anche una significativa quota di prestazioni inappropriate che, come tali, non saranno più erogate, probabilmente, anche per effetto della risoluzione spontanea del bisogno percepito dal paziente.

Figura 4. Consumo medio pro-capite prestazioni specialistiche



La lettura delle risposte del SSN alla pandemia non sarebbe peraltro completa senza la considerazione degli effetti indiretti da essa provocati: qualcosa è stato scritto e fatto per contrastare il peggioramento dello stato di salute mentale della popolazione; del tutto negletta, invece, sembra essere la questione della perdita di autosufficienza dei grandi anziani, costretti per lunghi periodi in casa per effetto dei *lockdown*. Per provare, almeno in parte, a colmare questo *deficit* di conoscenza, C.R.E.A. Sanità ha promosso una sintetica rilevazione sugli anziani *over 75*.

Il dato restituito dalla indagine (che ha coinvolto circa 600 individui, rappresentativi della popolazione dei grandi anziani italiana) sembra significativo: sugli *over 80* la pandemia (con i *lockdown*, etc.) ha impattato sulle capacità di socializzazione, con oltre il 60% degli intervistati che dichiara di uscire meno di quanto non facesse prima della pandemia.

L'impatto è stato più importante nelle Regioni meridionali e nei Comuni più piccoli: il dato, pur con le cautele interpretative del caso, sembra indicare come, ancora una volta, la risposta del sistema verso

gli impatti della pandemia non sia stato omogeneo, confermando la debolezza della tutela nel meridione in generale e nelle aree disagiate in particolare.

Un elemento interessante, che necessiterà di ulteriori approfondimenti, è che circa i 2/3 degli anziani nella fascia 75-79 anni ancora si limitano nelle uscite per proteggersi dai rischi di contagio, malgrado registrino un peggioramento limitato dello stato di salute; gli *over 80* risultano molto meno "ansiosi" ma, in compenso, registrano un peggioramento del proprio stato di salute in circa il 70% dei casi.

Il dato va letto anche alla luce del fatto che nei Centri di dimensioni inferiori i peggioramenti dello stato di salute risultano nettamente inferiori a quelle dei Centri di maggiori dimensioni: si potrebbe interpretare il dato legandolo alla maggiore possibilità nei piccoli Centri di vivere in modo più *soft* il *lockdown*.

Appare coerente con l'andamento registrato dalla pandemia, il fatto che nel Nord-Ovest si registrano più frequentemente peggioramenti rilevanti dello stato di salute.

Come anche appare coerente con quanto prima commentato, che la richiesta di aiuto a *caregiver* sia

concentrata negli *over 80* (50% dei casi, contro il circa 10% della fascia 75-79) e che l'esigenza di aiuto sia aumentata specialmente nel Sud e Isole, dove la capacità di protezione degli anziani durante la pandemia, come abbiamo visto, sembra essere stata inferiore.

Un quarto degli anziani che non necessitavano di aiuti "esterni", hanno iniziato ad averne durante la pandemia: percentuale che arriva al 40% per gli *over 80*.

Altra conferma di quanto era lecito attendersi, è che l'aiuto richiesto è principalmente quello di tipo "sociale" (attività di vita quotidiana): con percentuali omogenee sia per ripartizioni geografiche che per età.

Alla domanda sulla continuità assistenziale garantita dal SSN durante la pandemia, circa il 20% degli anziani rispondenti dichiara di non avere registrato peggioramenti, circa il 15% di non avere avuto alcun accesso ai monitoraggi e fra il 40% e il 50% di averli potuti fare ma con frequenza inferiore.

Sul tema della continuità, si conferma la peggiore *performance* del meridione (con tassi di mancato accesso che risultano dalle 3 alle 6 volte maggiori che nelle altre ripartizioni).

Peculiare è il dato che segnala come nei Comuni di maggiori dimensioni sia superiore alla media la quota dei ritardi di monitoraggio, ma minore quella dei casi di impossibilità di eseguire la prestazione: l'allungarsi dei periodi di *follow-up* potrebbe quindi aver permesso di contenere le barriere all'accesso dei pazienti alle prestazioni.

Infine, la pandemia ha comportato un aumento della spesa privata sanitaria per il 40% degli anziani, che raggiunge il 50% negli *over 80* e, analogamente, ha determinato un aumento della spesa privata sociale del 30% degli anziani, che raggiunge il 50% degli *over 80*.

In definitiva, sebbene una quota di "peggioramento" sia connaturata all'invecchiamento intercorso nei due anni pandemici, sembra ragionevole riconoscere una accelerazione dei processi di declino dell'autosufficienza nei grandi anziani; i pochi dati raccolti fanno, quindi, emergere una epidemia all'interno della pandemia: quella dei grandi anziani che sem-

brano aver perso la autosufficienza, generando un rilevante "costo umano" e un futuro onere aggiuntivo per i SSR.

L'indagine fa emergere che la risposta alla pandemia è stata quanto meno parziale: mentre ci sono stati stanziamenti ad hoc per il recupero delle prestazioni "perse", non sembra essersi maturata una adeguata consapevolezza della necessità di concentrare risorse sul recupero della autosufficienza dei grandi anziani.

Il lascito della pandemia

Dovendo fare una sintesi, per quanto arbitraria, dei principali lasciti della pandemia, oltre alla riduzione delle attività di diagnosi e cura, potremmo segnalare la costituzione di una ampia e diffusa consapevolezza:

- dell'esistenza di un nesso causale salute-sviluppo economico
- del fatto che una spasmodica ricerca dell'efficienza tecnica rischia di mettere in ginocchio la resilienza del sistema, di fronte alle emergenze, ma anche, e più in generale, di fronte all'evoluzione tecnologica e dei bisogni
- del fatto che la "risorsa personale" è strategica per la qualità dei sistemi sanitari
- del fatto che le regole (giuridiche e istituzionali) all'interno delle quali agiscono le aziende sanitarie pubbliche non sono compatibili con la "resilienza", ovvero con una capacità di risposta reale e tempestiva ai bisogni della popolazione e alla loro evoluzione.

In prospettiva, la questione che vale la pena affrontare è cosa, di quello segnalato, sia rimasto, anche dopo la "normalizzazione", fra le priorità dell'agenda politica.

I primi due punti evocano la "giaculatoria" sulla imprescindibilità del ri-finanziamento del SSN, sul quale, durante la pandemia, sembrava essersi trovato un accordo plebiscitario.

Come il Rapporto Sanità, negli anni, ha più volte segnalato, i dati macro sulla spesa italiana non lasciano dubbi sul fatto che l'evocazione dell'esi-

stenza di enormi quote di spreco recuperabile (che lasciano intendere un sovra-finanziamento del SSN) fosse basata su “evidenze deboli”; si dovrebbe almeno sperare che questa argomentazione sia definitivamente uscita dal dibattito, o almeno che in futuro venga ricondotta nell’ambito di una corretta contestualizzazione: quindi, o ad un ragionamento (micro) limitato alla fisiologica possibilità di un continuo miglioramento locale dell’organizzazione dei servizi o, spostandosi al livello macro, al dibattito, peraltro internazionale, sul rischio di eccessi di medicalizzazione, di medicina difensiva, etc..

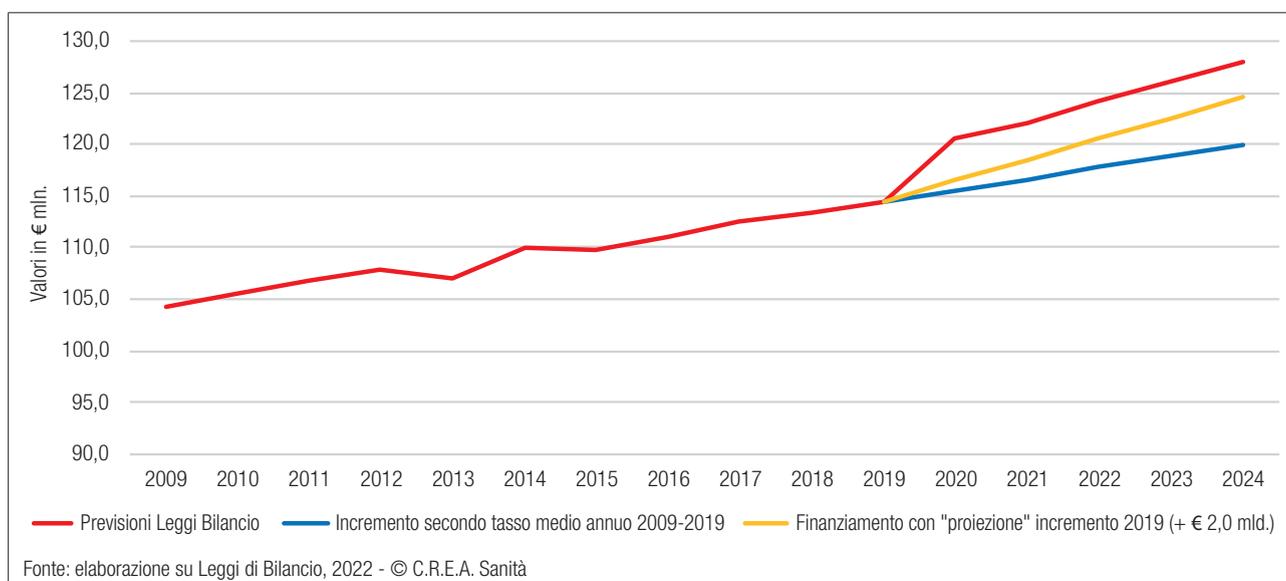
Dobbiamo però aggiungere che i dati quantitativi non lasciano neppure dubbi sul fatto che la spesa italiana sia né più, né meno, che “coerente” con le risorse disponibili (rapporto sul PIL); come già segnalammo nel 17° Rapporto Sanità, parlare di sottofinanziamento è un mero *slogan*, finché non si definisce rispetto a quale livello di *welfare* (o se vogliamo servizio) la valutazione viene riferita. Se mai ci fosse stato bisogno di una conferma, la pandemia ha dimostrato come il livello di finanziamento sia una scelta politica che, persino in un contesto di risorse comunque scarse, dipende dalle priorità, ovvero dalle scelte politiche di quali aree di intervento vadano privilegiate.

Le previsioni di finanziamento recentemente pub-

blicate (NADEF 2022) non lasciano adito a dubbi sul fatto che quello della necessità di ri-finanziamento del SSN sia un lascito pandemico in larga misura già ri-messo in discussione; nelle manovre di bilancio (Figura 6.), si sono nuovamente sovrainposti i vincoli derivanti dalla scarsità delle risorse pubbliche, nonché dalla necessità di “coniugare” diverse (e imprescindibili) esigenze: la lotta al depauperamento del potere di acquisto delle famiglie, la necessità di sostenere lo sviluppo economico del Paese, etc..

Sulla questione delle risorse umane, analogamente, si è vista ben poca della riconoscenza promessa ai professionisti sanitari: il dibattito è rapidamente regredito, concentrandosi sui danni provocati dal tetto alla spesa per il personale, rimasto in vigore dal 2010. Peraltro, le assunzioni (in deroga) fatte durante la pandemia, di cui larga parte a tempo determinato, hanno di fatto sostanzialmente compensato le fuoriuscite del personale: senza dimenticare che la vera “novità” sembra essere rappresentata dal fatto che, al fisiologico flusso dei pensionamenti, si è aggiunto quello della “fuga” dei professionisti dal SSN, alimentata dalla percezione di un diffuso disagio lavorativo, come anche dalla constatazione che le condizioni economiche (in senso lato) offerte dal SSN non sono competitive.

Figura 5. Trend di finanziamento del SSN



Limitarsi al tema delle assunzioni, senza un disegno complessivo sulle politiche di governo della risorsa personale in Sanità, appare perdente e marginale.

Inoltre, arrivando al quarto punto, certamente non ultimo per importanza, la necessità, durante la pandemia, di operare in deroga, per le assunzioni come anche per gli acquisti, avrebbe dovuto generare come lascito quello dell'esigenza di una profonda revisione dell'attuale regolamentazione all'interno della quale deve muoversi la gestione delle Aziende Sanitarie pubbliche.

Sebbene il tema sia stato più volte ripreso, soprattutto dalle Istituzioni, che in fase di sviluppo del PNRR hanno ritenuto di sottolineare che lo stesso non fosse un semplice piano di investimenti, in quanto basato e condizionato dalla necessità di realizzare importanti riforme strutturali, il dibattito su come rendere efficienti ed efficaci le regole di funzionamento del servizio sanitario non sembra neppure essere iniziato.

Finanziamento e Sostenibilità

Come anticipato, finanziamento e sostenibilità appaiono temi strategici alla luce del superamento della fase pandemica.

Propedeuticamente, va ribadito che parlare di sostenibilità del servizio sanitario pubblico in modo intellegibile richiede di dichiarare ex ante quale sia il metro di riferimento. Allo stato attuale, sembra ricorrente l'abitudine di ragionare sul tema rapportando il finanziamento al PIL; va, però, notato che l'incidenza è condizionata tanto dal numeratore (le risorse rese disponibili per il settore), quanto dal denominatore: quindi, a fronte di un denominatore (il PIL) "basso", a parità di incidenza, rimarrà "basso" anche il finanziamento.

Ci sembra di poter affermare che, avendo ad oggetto l'assegnazione di risorse ad un servizio di *welfare*, deputato a erogare servizi in natura, il metro di paragone utilizzato non può essere indipendente dalla quantità e qualità dei servizi concretamente erogabili. Accettare questa impostazione, implica sostenere che l'incidenza sul PIL non sia un *bench-*

mark adeguato, e che è più opportuno ragionare di risorse nominali, o al più trasformate per tenere conto dei diversi "poteri di acquisto".

Di conseguenza, nel ragionamento che segue, assumiamo (arbitrariamente, e quindi con una logica evidentemente discutibile) che la popolazione italiana valuti la congruità dei servizi ricevuti dal SSN, riferendosi a quantità e qualità del consumo garantito in media nei Paesi europei, per la precisione, nel set di Paesi (che definiamo EU-Ante 1995) che storicamente hanno formato la EU: un *panel* di riferimento che contiene Paesi con un livello di sviluppo maggiore del nostro (Germania, Olanda, etc.), ma anche Paesi "più poveri" (Grecia, Portogallo, Spagna).

Un primo dato incontrovertibile è che il PIL pro-capite italiano è inferiore del -23,3% (-12,9% in PPP – Parità di Potere di Acquisto) a quello dei Paesi presi a riferimento (Figura 4), e del -30,2% rispetto, ad esempio, alla Germania.

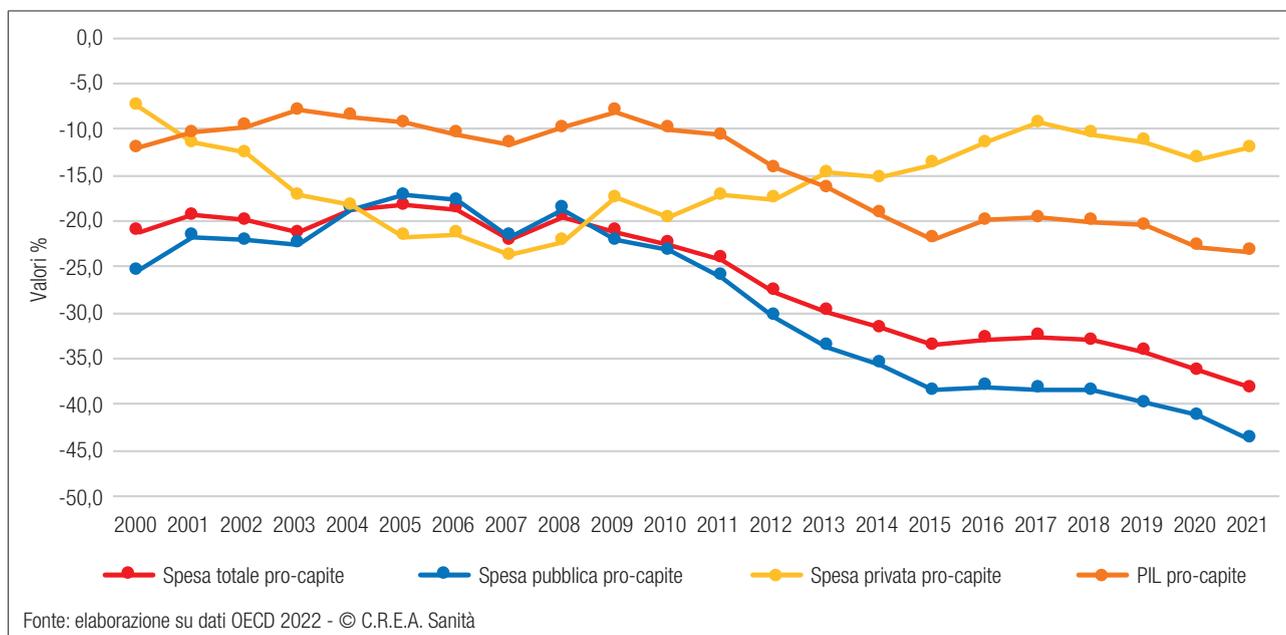
Ne segue, allora, che un finanziamento pubblico per la Sanità regolato per ottenere la stessa incidenza sul PIL degli altri Paesi EU-Ante 1995, equivarrebbe ad accettare uno scarto di risorse pubbliche di quasi il 20%, che diventa di oltre il 30% rispetto alla Germania; a cui si aggiunge un ulteriore differenziale generato dal fatto che anche la spesa privata italiana è inferiore a quella dei Paesi di riferimento, in media del -12,1%.

In ogni caso, accettare *gap* di risorse dell'ordine di grandezza delineato, implica che non ci siano spazi per garantire l'adeguamento delle dotazioni organiche agli standard EU, e/o l'accesso all'innovazione tecnologica.

Malgrado si tratti evidentemente di un "*second best*", un incremento dei livelli di finanziamento misurato in modo da raggiungere l'incidenza sul PIL degli altri Paesi, rappresenterebbe comunque un obiettivo molto sfidante: basti osservare che considerare correttamente il "PIL utilizzabile" dall'Italia, ovvero quello al netto degli interessi sul debito pubblico, implicherebbe un *gap* ancora maggiore di quello citato.

Si consideri, ancora, che il *gap* del PIL italiano verso gli altri Paesi EU si è allargato anno dopo anno e, se tale dinamica si confermerà, rapidamente lo scarto di risorse per la Sanità tornerebbe su livelli inaccettabili.

Figura 6. Gap della spesa sanitaria corrente e del PIL. Italia vs EU-Ante 1995



Per fornire una percezione tangibile del contenuto del ri-finanziamento descritto, si consideri che l'attuale finanziamento della Sanità ha generato un progressivo disallineamento della spesa pubblica italiana rispetto ai Paesi di riferimento: lo scarto ha raggiunto il 43,8% (36,7% in PPP). Ne segue che, volendo ridurre il *gap* al 20% (come per il PIL), senza generare nuovamente *deficit* nei bilanci delle Regioni, sarebbe necessario aumentare il finanziamento attuale di circa il 40%, pari (rimanendo sui "grandi numeri") a circa € 50 mld..

Si tratta di una cifra sulla quale neppure può iniziare un dibattito nelle condizioni economiche attuali: ed anche distribuendo l'aumento su 5 anni, quindi prevedendo un riallineamento progressivo, servirebbero €10 mld. in più ogni anno, ovvero circa cinque volte le previsioni di finanziamento contenute nei documenti di finanza pubblica.

Ma il calcolo proposto è ancora largamente per difetto; si aggiunga, infatti, che il ragionamento effettuato è statico, non tenendo conto della dinamica di crescita della Sanità negli altri Paesi: basti dire che in termini di spesa pubblica, dopo il 2000, quella sanitaria italiana è cresciuta del 2,8% medio annuo (peraltro più del PIL), mentre quella degli altri Paesi

EU-Ante 1995 è cresciuta il 50% in più: ovvero del 4,2% medio annuo. Persino nel biennio pandemico, malgrado un incremento significativo del finanziamento, la spesa italiana è stata meno dinamica di quella dei Paesi EU-Ante 1995.

Ne segue che, ipotizzando che il *trend* di crescita EU rimanga costante nei prossimi 5 anni, agli incrementi appena descritti vanno aggiunti almeno altri € 5 mld. annui per tenere il passo degli altri Paesi.

A fronte di cifre di questa portata, che oggi sembrano del tutto irraggiungibili, è lecito chiedersi se la minore spesa italiana non possa essere giustificata, per effetto di una maggiore efficienza, che permetterebbe di ridurre il *gap* quali-quantitativo nelle tutele offerte.

Rimandando per i dettagli al successivo paragrafo sulle politiche per il personale, dobbiamo osservare che dalle stime effettuate nel Rapporto, emerge come il *gap* attuale sia da ricondurre alla carenza di personale e ad una politica retributiva inadeguata rispetto a quella degli altri Paesi.

Si può provare a dividere i costi del servizio sanitario in due parti, più o meno quantitativamente equivalenti: quella del personale e quella dei beni e servizi, caratterizzate da "riferimenti" diversi.

Per quanto concerne i beni e servizi, infatti, il mercato di riferimento, specialmente per l'innovazione, è certamente mondiale, e quindi i prezzi si determinano (in generale) fuori dei confini nazionali; peraltro, le aziende produttrici operano una discriminazione di prezzo, articolandolo in funzione delle disponibilità nazionali a pagare. Visto che il nostro PIL pro-capite è inferiore alla media dei Paesi di riferimento di circa il 20%, potremmo aspettarci un livello dei prezzi applicato, proporzionalmente inferiore a quello medio degli altri Paesi: in effetti, il 20% in meno sul 50% dell'onere globale, potrebbe spiegare circa il 10% del nostro differenziale di spesa.

Per quanto riguarda la spesa per il personale, che spiega il restante 40% del *gap*, va invece osservato che un riallineamento agli *standard* EU sembra, più che opportuno, del tutto necessario: in primis, al fine di non vanificare gli effetti degli investimenti fatti con il PNRR, che sono deputati ad aumentare l'offerta, potenziando gli Ospedali di Comunità, le Case di Comunità e l'assistenza domiciliare.

Considerando che appare molto difficile potenziare la dotazione organica del territorio mediante mobilità del personale ospedaliero, le stime sul personale necessario per alimentare l'attività delle nuove (o potenziate) strutture territoriali, restituiscono numeri (a titolo di esempio tra i 40.000 e gli 80.000 infermieri per assolvere i servizi previsti nelle Case di Comunità) che trovano un ostacolo insormontabile nella mancanza di professionisti, peraltro non colmabile nel breve periodo; questa ultima osservazione implica anche che un adeguamento delle retribuzioni è politica del tutto necessaria: in mancanza di ciò, non solo non potremo attirare professionisti da altri Paesi, ma rischieremo anche di perdere quelli formati in Italia, oltre che di disincentivare la domanda di formazione per le figure professionali necessarie.

Sembra, quindi, potersi confermare che potrebbe essere considerato accettabile un *gap* massimo del 15/20%, in quanto non foriero di scarti significativi sul versante delle tutele offerte: ma anche in questo caso, la residua necessità di riduzione, stimabile nel 30/35%, appare insostenibile con i tassi di crescita

nazionali.

Concludendo il ragionamento, ci sembra evidente che, se per sostenibilità intendiamo un "ragionevole" riallineamento del finanziamento alle medie EU, senza il quale è tangibile il rischio di perdere il nostro capitale umano e di non poter accedere alla innovazione, il nostro SSN, stante l'attuale *trend* di crescita delle risorse, è destinato ad essere "insostenibile"; a meno, quindi, che non si riesca a far crescere il denominatore, ovvero che il ri-finanziamento del SSN sia "pagato" da uno sviluppo economico sostenuto, capace di ridurre il nostro debito e di rendere sostenibili gli incrementi di finanziamento descritti.

Purtroppo, un recente contributo (Codogno, Galli, 2022) mostra come dal 1995 ad oggi la crescita del PIL reale dell'Italia sia praticamente la peggiore nel mondo, avendo registrato *performance* peggiori della nostra solo Paesi devastati da guerre o guerre civili (come Yemen, Repubblica del Congo, Venezuela, Zimbabwe) o catastrofi naturali (come Haiti). Per dare una idea del problema, fra il 1995 e il 2019 il divario cumulato nella crescita del PIL è stato di 32,1 punti percentuali (p.p.) rispetto alla Francia, 23,7 p.p. rispetto alla Germania, 29,5 p.p. rispetto alla media dell'Eurozona, 64,5 p.p. rispetto agli Stati Uniti.

Va da sé che se il PIL continuasse a crescere meno che negli altri Paesi EU, diventerebbe praticamente impossibile mantenere le tutele pubbliche, per quanto ritenute insufficienti, sinora garantite.

Parafrasando uno *slogan* in voga nel dibattito di politica sanitaria degli anni '90, che recitava "razionalizzare per non razionare", in conclusione della di-samina effettuata sul finanziamento, non rimane che chiedersi come "crescere per non selezionare"; in altri termini, o il Paese segnerà una fase di dinamico sviluppo economico (più rapido di quello registrato in media negli altri Paesi) o gioco forza si dovrà tornare all'idea di un "universalismo selettivo" capace di concentrare le risorse disponibili sui più bisognosi.

Per l'Economia sanitaria, un argomento di riflessione essenziale diventa quale possa essere il contributo del settore alla crescita del Paese. A questo quesito proveremo a rispondere nelle riflessioni finali.

Equità e funzione del servizio pubblico

Il ruolo primario di un servizio pubblico è certamente quello di garantire l'accesso universale all'assistenza sanitaria: questo è stato anche lo spirito della legge istitutiva del SSN nel 1978.

Per perseguire questo obiettivo, va in primo luogo implementata una efficace protezione dei soggetti che hanno risorse economiche insufficienti o limitate per accedere ai servizi sanitari (e sociali). L'equità implica, in generale, la riduzione delle sperequazioni fra i cittadini: non solo quelle legate alle condizioni socio-economiche, bensì anche quelle legate alla residenza, ovvero alle opportunità geografiche di tutela.

Come è noto, il SSN non sembra avere ancora inciso in modo significativo in tema di eliminazione, o almeno riduzione, delle sperequazioni.

La "rinuncia" nazionale a perseguire in modo efficace la riduzione delle sperequazioni è resa evidente dal fatto che la quota di spesa sanitaria intermediata dal SSN è pari al 75,6%, contro l'82,9% della media dei Paesi EU-Ante 1995, con un differenziale di -7,3 p.p. che rappresentano un indicatore delle risorse sottratte alla riduzione delle sperequazioni (Figura 7.).

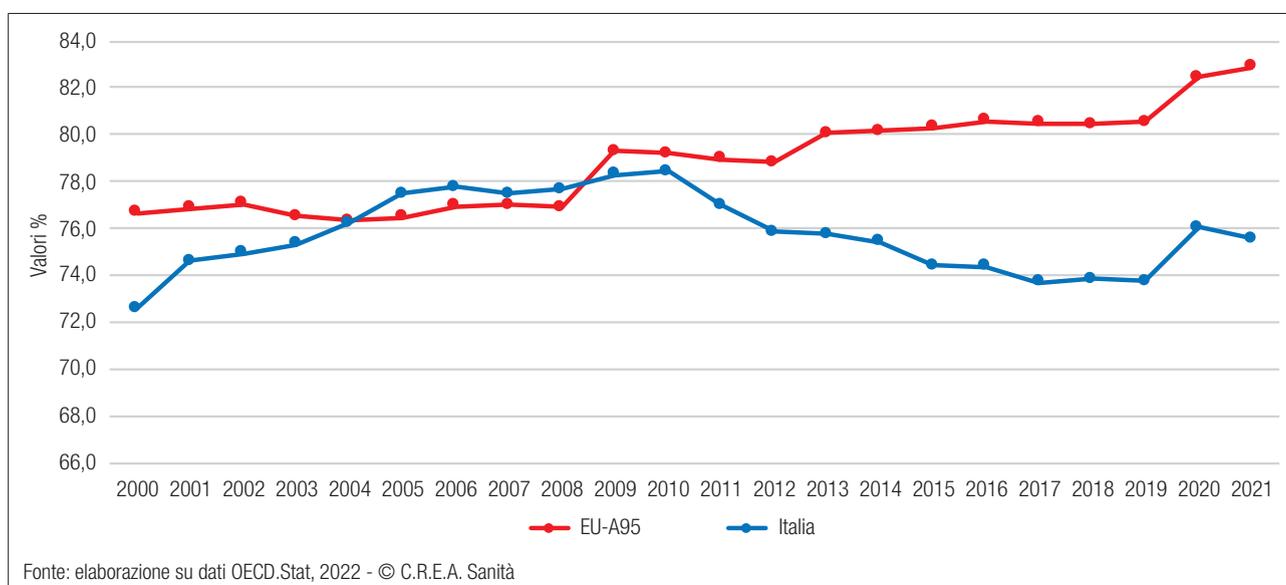
Ne segue il paradosso di un SSN annoverato fra i sistemi pubblici di stampo Beveridgiano, fondamentalmente perché alimentato quasi esclusivamente dal gettito fiscale, che presenta una delle quote di spesa privata più elevate in Europa.

In Italia registriamo € 41,0 mld. di spesa sanitaria privata (circa un quarto della spesa sanitaria totale), con una incidenza sul PIL del 2,3%, a fronte di una incidenza media del 2,0% nei Paesi EU-Ante 1995. Si evidenzia, quindi, una *willingness to pay* degli italiani per i servizi sanitari maggiore che negli altri Paesi europei a fronte di un finanziamento pubblico inferiore: dato che non può che essere interpretato come un segno di insoddisfazione per il livello (inteso come qualità) dei servizi pubblici.

Per quantificare l'onere delle spese sanitarie che incidono sulle famiglie, osserviamo che la spesa sanitaria privata "effettiva", ovvero quella riferita ai nuclei che hanno registrato consumi, raggiunge € 1.734,0 per famiglia, ovvero il 5,7% dei consumi totali: una voce tutt'altro che secondaria nei bilanci familiari.

Le problematiche macro trovano, peraltro, immediato riscontro nei dati micro, dimostrando il persistere di problemi equitativi, ed anzi il loro peggioramento nella fase pandemica.

Figura 7. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Nel primo anno di pandemia (2020), i consumi sanitari si sono ridotti drasticamente (-8,5%), anche se leggermente meno dei consumi totali delle famiglie (-9,0%): fenomeno in larga misura attribuibile al timore dei cittadini di recarsi nelle strutture sanitarie, percepite come luoghi a rischio di contagio. A conferma di ciò, possiamo osservare come il fenomeno sia maggiormente evidente nelle Regioni del Nord, più colpite dalla pandemia, come anche osserviamo che sono aumentate le famiglie che hanno acquistato protesi e ausili: fenomeno certamente attribuibile agli acquisti di mascherine e altri dispositivi di protezione individuale. Si conferma, altresì, che si tratta di spese ritenute necessarie: basti vedere che le anticipazioni fornite dall'Istat indicano come, già nel 2021, i consumi privati siano ritornati sui livelli pre-pandemici.

Durante la pandemia, solo le famiglie più abbienti hanno aumentato la spesa sanitaria sostenuta direttamente, in particolare per la specialistica e per il dentista: il dato evidentemente segna un aumento delle sperequazioni, anche in termini di tutela della salute, nella misura in cui ci conferma che solo una quota limitata delle famiglie, il 20% più abbiente, ha potuto "aggirare" le barriere di accesso alle strutture del SSN createsi con la pandemia, pagandosi di ta-

sca propria le prestazioni in strutture private. Considerando poi che, dall'analisi della tipologia di spese effettuate, sembrerebbe che le famiglie abbiano in generale privilegiato le "terapie" (farmaci, dentista), tralasciando le attività di prevenzione e diagnostica, si rafforza il timore che il fenomeno comporterà certamente peggioramenti futuri della salute della popolazione e anche un forte rischio di incremento delle liste d'attesa, che potrebbe indurre i cittadini a ricorrere a strutture private a pagamento diretto, generando ulteriori peggioramenti equitativi.

Nel 2020, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie affligge l'1,5% (378.627) dei nuclei familiari: 32.264 in meno rispetto all'anno precedente, ma il fenomeno si associa ad un aumento di incidenza delle "rinunce" alle spese per consumi sanitari, che ha interessato tutti ma, in particolare, i meno abbienti (Figura 8.).

Il fenomeno continua a colpire soprattutto il Mezzogiorno (3,2% dei residenti). La Calabria, è la Regione più colpita con il 4,5% delle famiglie impoverite; all'estremo opposto abbiamo la Valle d'Aosta, dove solo lo 0,2% dei suoi residenti versa in tale stato.

Applicando soglie regionali di povertà relativa, la stima del fenomeno dell'impoverimento risulta

Figura 8. Quota famiglie impoverite. Anno 2020

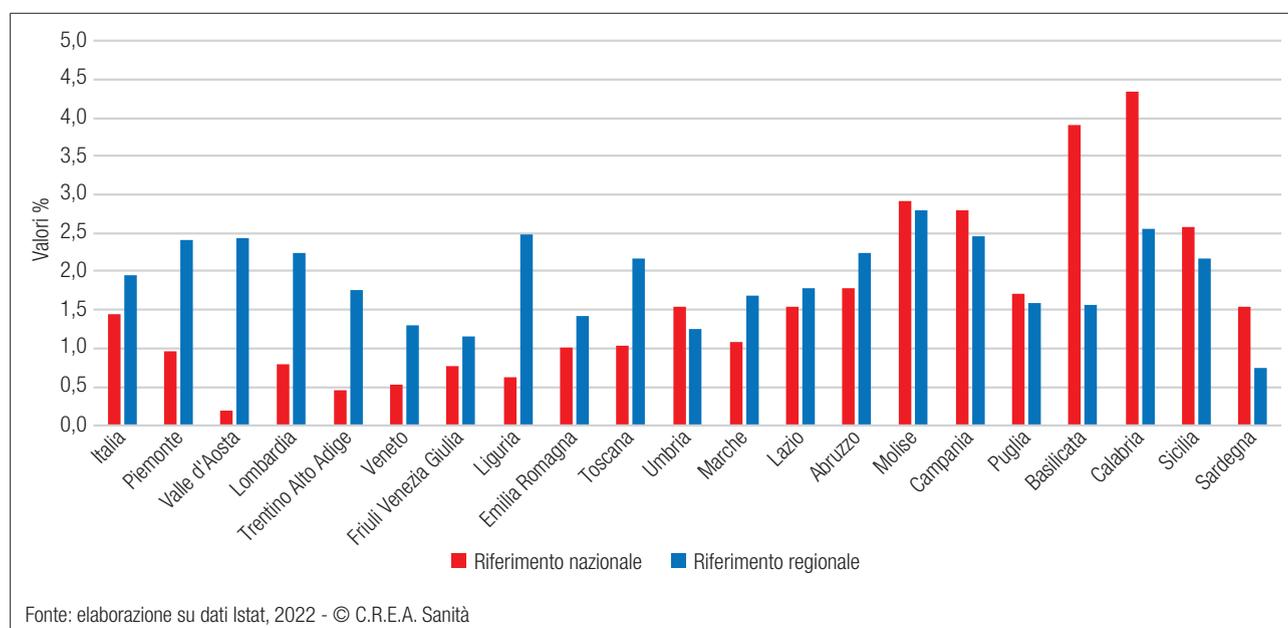
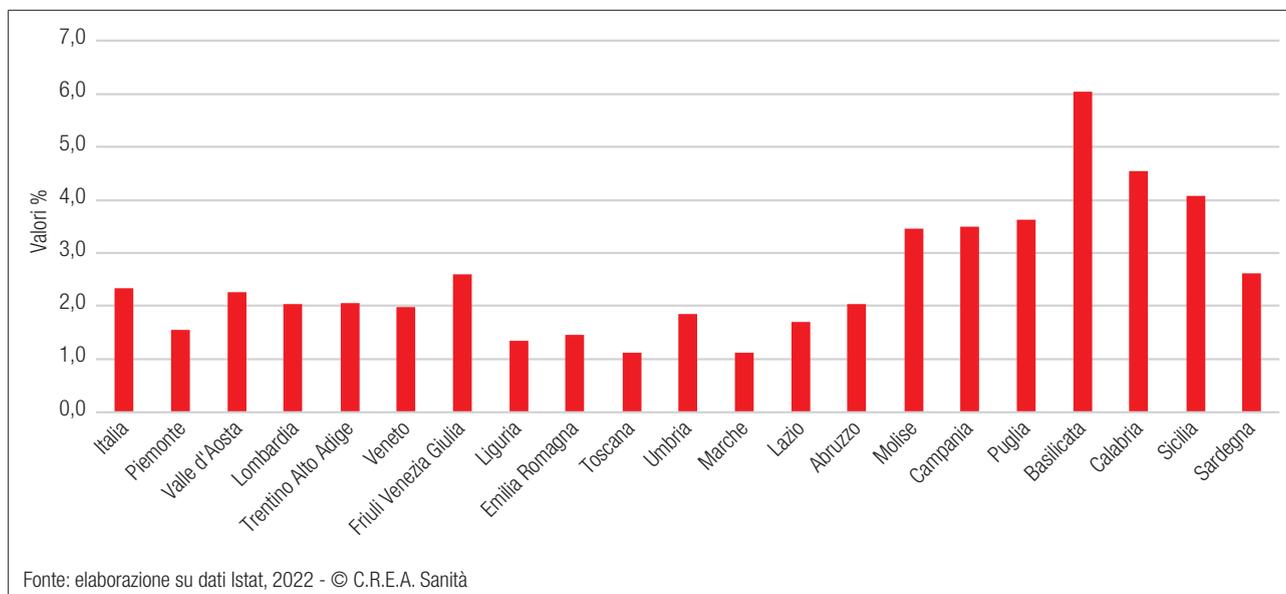


Figura 9. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche. Anno 2020



ancora maggiore, registrandosi 507.949 famiglie impoverite (1,9%), ovvero circa 130.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard": e si registra un peggioramento del fenomeno anche nel Nord del Paese.

Anche il fenomeno della catastroficità si è ridotto, sempre ricordando il caveat sull'aumento delle rinunce, e soprattutto nel Sud, che però continua ad essere il più colpito dal fenomeno; Basilicata, Calabria e Sicilia (6,0%, 4,5% e 4,1% rispettivamente) sono le Regioni con il maggiore impatto di spese che incidono in modo rilevante sui bilanci familiari; Toscana e Marche solo le realtà meno colpite entrambe con l'1,1% delle famiglie affette (Figura 9.).

Sommando rinunce alla spesa sanitaria e casi di impoverimento, è possibile apprezzare come durante la pandemia ci sia stato un incremento dei casi di disagio economico legato ai consumi sanitari di 0,6 punti percentuali, portando al 5,2% l'incidenza sui nuclei familiari; ancora una volta, il dato è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,1%), con il Centro al 4,0% ed il Nord al 3,7% (Figura 10.).

Nell'ultimo quinquennio la quota di nuclei con disagio economico si è ridotta di 0,5 p.p., ma il *gap* Nord-Sud è aumentato di 0,2 p.p..

In sintesi, la pandemia ha comportato un peggioramento degli aspetti equitativi del SSN, dimostrand

do ancora una volta una tendenza del servizio a non riuscire a svolgere la sua funzione primaria.

La persistenza delle sperequazioni offre un ulteriore (rispetto alle argomentazioni del paragrafo precedente) spunto di riflessione sulla necessità di incrementare il finanziamento del SSN, aggiungendo al tema dei livelli anche quello della necessità di una riallocazione di risorse.

Sebbene il PNRR abbia destinato al Meridione una quota di risorse più che proporzionale (pari al 40%) rispetto al suo peso in termini di popolazione, la scelta appare condivisibile ma non risolutiva; per il Sud si pone, infatti, prima di tutto un problema di carenza di risorse correnti.

In particolare, sembra non più procrastinabile il momento di considerare nelle allocazioni regionali delle risorse pubbliche, gli effetti derivanti dalla diversa disponibilità di risorse delle famiglie: la spesa privata pro-capite varia da € 828,3 in Lombardia a € 442,9 in Sardegna (Figura 11.) e, per dare una idea di quanto incida sulle *performance* finanziarie dei SSR, ricordiamo che senza la spesa sostenuta privatamente dalle famiglie per i farmaci di classe A, anche il tetto della farmaceutica convenzionata, dato per capiente da vari anni, sarebbe in realtà superato di circa € 1 mld. (e lo "sgravio" di oneri per i SSR va da € 41,1 in Liguria a € 11,2 nella P.A. di Trento).

Figura 10. Quota di famiglie soggette a disagio economico per cause sanitarie. Anno 2020

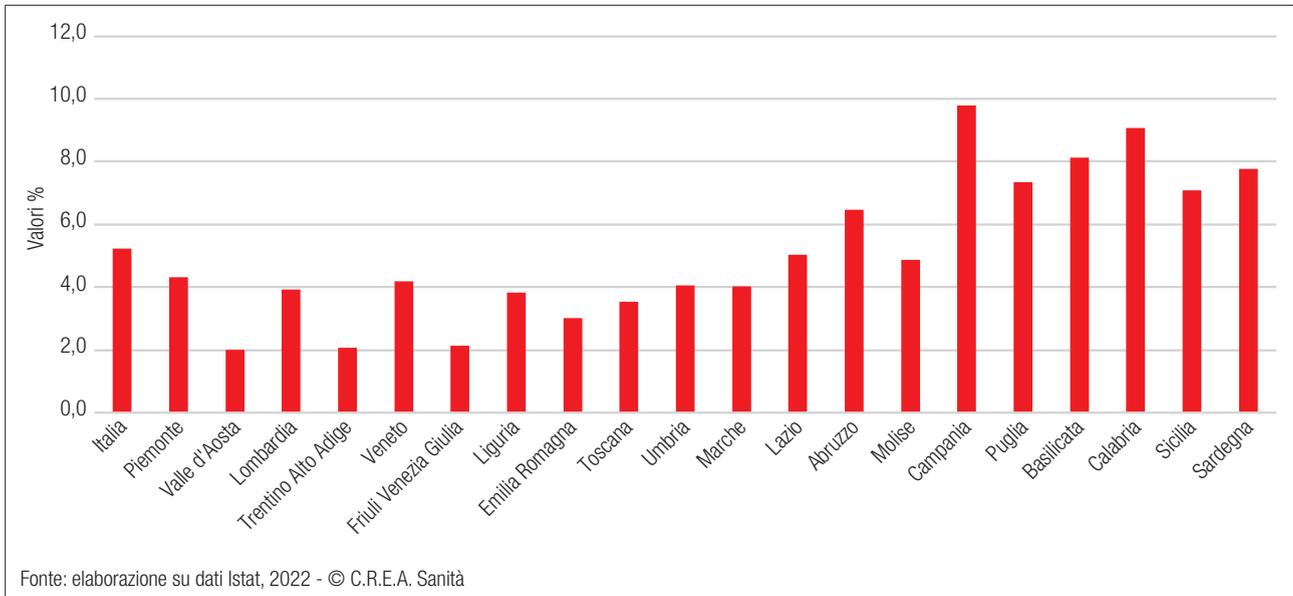
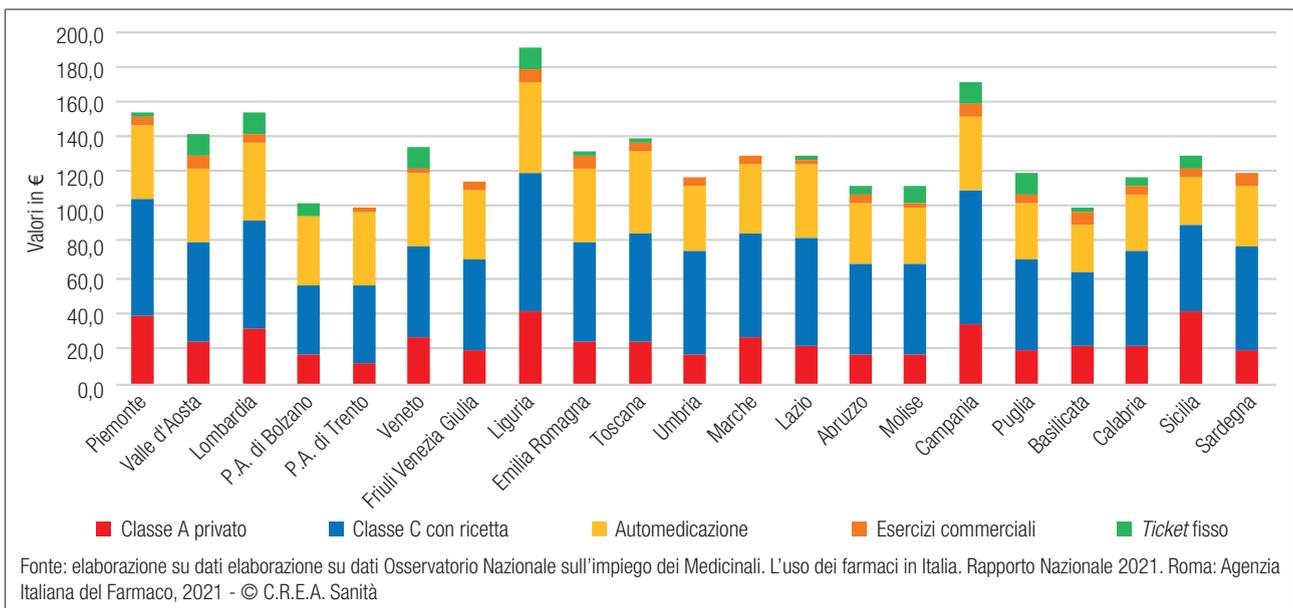


Figura 11. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2021

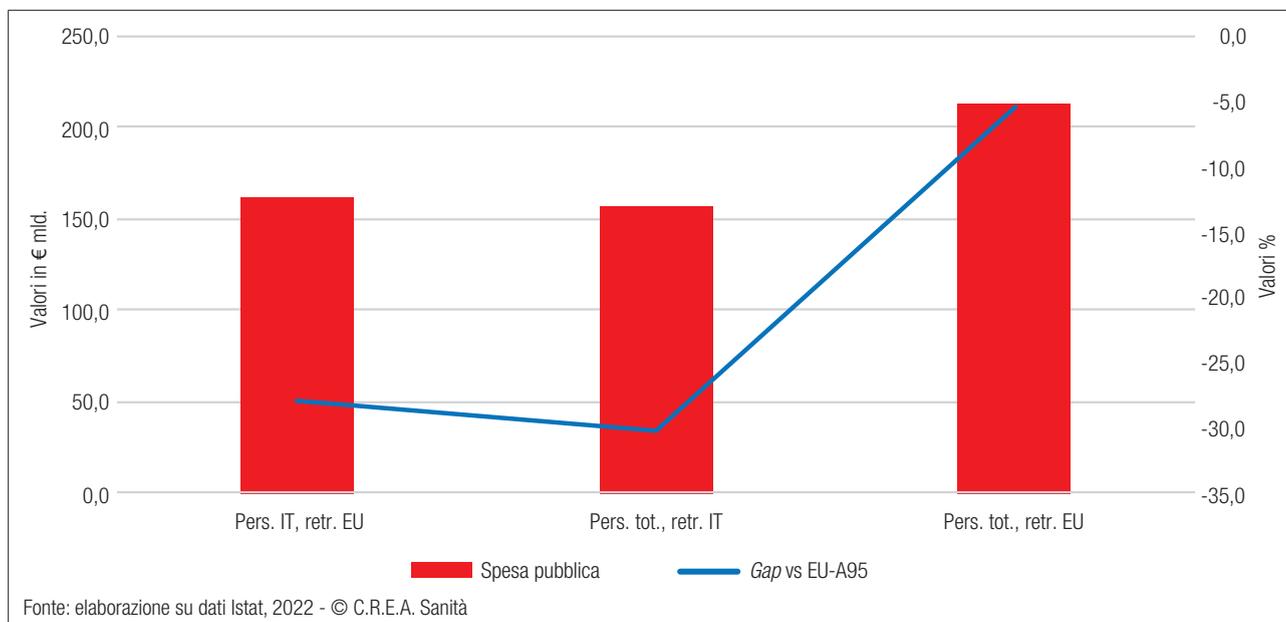


Le politiche per le risorse umane

La questione delle risorse umane può essere considerata il tema centrale per la sopravvivenza del SSN: basti considerare che i finanziamenti in conto capitale forniti dal PNRR permettono di adeguare/

potenziare l'offerta strutturale, ma non sono di fatto utilizzabili per la spesa corrente, e quindi neppure per potenziare le dotazioni organiche necessarie a "popolare" le nuove strutture.

Figura 12. Simulazioni spesa con adeguamento di personale



Larga parte del dibattito si è concentrata sulla congruità delle dotazioni organiche del SSN. Dobbiamo immediatamente osservare che, grazie alla pandemia, si è registrato un aumento significativo del personale del SSN (quasi del 2%, circa 13.000 unità nel solo 2020); aumentano anche gli inquadramenti a tempo indeterminato (+2,27%), mentre si assiste ad una leggera diminuzione del personale assunto con rapporto di lavoro a tempo determinato (-2,72%).

Nello specifico delle singole figure professionali, registriamo un aumento, sebbene limitato, dei medici (+0,3%) e anche degli infermieri (+3,14%).

Malgrado le significative immissioni di personale, l'Italia continua a disporre di un numero di infermieri rispetto alla popolazione notevolmente inferiore agli altri Paesi europei: 5,7 infermieri per 1.000 abitanti in Italia, contro i 9,4 della media di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna. Ne segue che nel SSN italiano operano 1,42 infermieri per ogni medico, contro i 2,52 dei paesi europei presi come riferimento.

Per raggiungere lo *standard* dei Paesi citati, sarebbero quindi necessari quasi 224.000 infermieri, che diventerebbero oltre 320.000 usando come riferimento la popolazione *over 75* (quella più bisognosa di assistenza).

Per quanto concerne i medici, l'Italia ne risulta avere 3,9 ogni 1.000 abitanti, contro i 3,8 dei Paesi europei di riferimento; se però ci si riferisce agli *over 75*, il valore italiano si attesta a 34,3 ogni 1.000 anziani, contro i 38,5 dei Paesi di riferimento: con riferimento alla popolazione anziana, anche per i medici si evidenzerebbe una carenza di quasi 30.000 unità.

Un primo dato incontrovertibile è che se si volesse colmare il *gap* (considerando prudenzialmente come riferimento gli *standard* riferiti alla popolazione generale) di professionisti sanitari (infermieri e medici) descritto, mantenendo le attuali retribuzioni medie, sarebbe necessario aumentare la spesa corrente del SSN di € 30,5 mld., ovvero del 24,0% (Figura 12.). Il *gap* rispetto all'EU-Ante 1995 si ridurrebbe al -30,3%.

Sebbene si tratti di un volume di spesa corrente significativo, la cui disponibilità, come precedentemente argomentato, non è affatto scontata, il problema è altro e travalica il tema delle risorse economiche.

Ad esempio, dobbiamo considerare che, per quanto concerne i medici, le stime elaborate ci restituiscono circa 12.000 pensionamenti annui; se a questo numero aggiungiamo 3.000 unità anno, necessarie per recuperare il *gap* sopra citato in 10

anni, dovremmo avere almeno 15.000 nuove assunzioni annue: un numero che, in prima battuta, messo a confronto con quello delle borse di specializzazione e delle borse di formazione per i medici di medicina generale, che nel complesso sono circa 17.000, risulterebbe raggiungibile, pur tenendo conto di una quota di insuccessi e degli abbandoni durante il periodo formativo.

Malgrado l'Italia sia in cima alla classifica OECD per numero di nuovi laureati in medicina in rapporto alla popolazione, almeno due elementi suggeriscono che non è affatto detto che l'obiettivo sia davvero raggiungibile: in primis per la diversa attrattività delle specializzazioni e, quindi, per il problema delle dimissioni volontarie.

Infatti, specializzazioni quali la "Medicina di comunità e delle cure primarie" e "Medicina di emergenza e urgenza" raggiungono rispettivamente il 75,0% ed il 56,7% di posti non assegnati. Inoltre, nel 2021 sono state quasi 3.000 le dimissioni di personale (Onaosi), con un parallelo aumento della quota di medici operanti nelle strutture private.

Quanto precede costringe a prendere atto che il problema non è solo numerico, coinvolgendo, più in generale, le politiche del personale: ad esempio in tema di incentivazione a ricoprire posizioni considerate meno appetite, come anche di competitività delle retribuzioni del settore pubblico.

Le osservazioni fatte per i medici valgono a maggior ragione per gli infermieri; per questi professionisti si può stimare un tasso di pensionamento annuo di circa 9.000 unità, a cui si devono sommare 20-30.000 unità necessarie per colmare (in 10 anni) il *gap* rispetto ai Paesi europei di riferimento, ma vanno aggiunte anche le unità necessarie, secondo gli *standard* del D.M. n. 77, per "popolare" le Case e gli Ospedali di Comunità, i servizi di assistenza domiciliare, le Centrali Operative Territoriali, le Unità di Continuità Assistenziale, i *team* di Infermieri di famiglia. Considerando che i laureati in Scienze Infermieristiche nel 2019 sono stati circa 11.000 (su circa 17.000 posti disponibili), va da sé che l'offerta risulta e risulterà del tutto insufficiente. Anche aumentando l'offerta universitaria, non si risolverebbe automaticamente lo *shortage*: bisogna, infatti, tenere conto del

fatto che solo l'1% degli studenti quindicenni delle scuole secondarie italiane dichiara di voler fare l'infermiere, contro una media del 3% nei Paesi OECD.

L'Italia risulta, con tutta evidenza, un Paese non attrattivo per i professionisti sanitari, e questo ci preclude anche l'opzione del reperimento di professionisti fuori dai confini nazionali. A riprova di ciò, il Regno Unito ha il 30,3% di medici in servizio formato fuori nazione, Germania e Francia rispettivamente 13,1%, e 11,6%, mentre l'Italia solo lo 0,9%. Un valore che, a malapena, compensa il flusso di medici italiani che ogni anno decidono di andare a lavorare all'estero. Sul totale del personale infermieristico italiano, poi, solo il 4,8% è formato all'estero, a differenza di paesi come la Svizzera che ne ha il 25,9% o il Regno Unito e la Germania, rispettivamente al 15,4% e all'8,9%.

Evidentemente, i fattori che condizionano l'attrattività delle posizioni lavorative sono molteplici: di certo non si può trascurare la retribuzione, che nel caso degli infermieri, in Italia risulta del 23% inferiore alla media OECD.

Se, oltre l'aspetto meramente numerico, nelle simulazioni di riallineamento agli *standard* dei Paesi Europei di riferimento si volesse considerare anche la necessaria rivalutazione delle retribuzioni, l'onere (considerando come *benchmark* gli *standard* riferiti alla popolazione totale) per la spesa corrente del SSN crescerebbe a € 86,8 mld., implicando un incremento del 68,4%: in questo caso si determinerebbe quasi un allineamento della spesa pubblica con i Paesi EU-Ante 1995 (-5,4%). Anche considerando che la spesa privata italiana è inferiore alla media EU del -12,1%, in pratica si evince che se il SSN volesse adeguare le proprie dotazioni organiche, sia in quantità, che in termini di livelli retributivi, utilizzando come riferimento la media di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna, il *gap* della spesa sanitaria totale nazionale si riallineerebbe tendenzialmente alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (-6,3%), dimostrando che il risparmio italiano è sostanzialmente "apparente", essendo per lo più attribuibile alla discutibile gestione italiana delle risorse umane.

Allo stesso tempo, come anticipato, si rende evidente come la questione delle risorse umane sia tutt'altro che una mera questione di dotazione.

Per approfondire l'argomento, Federsanità-ANCI e C.R.E.A. Sanità hanno promosso una *survey*, sottomessa ai Direttori Generali (DG) delle Aziende Sanitarie, finalizzata a recepire quali interventi fossero ritenuti maggiormente urgenti e rilevanti.

In estrema sintesi, dall'indagine emerge che i DG ritengono (con un grado di adesione variabile ma sempre superiore al 70/75%) che:

- sia utile la definizione nazionale di *standard* per la definizione delle dotazioni organiche
- sia utile acquisire i medici già al I anno di specializzazione, sottoponendoli poi a una verifica della autonomia acquisita e delle competenze, preferibilmente svolta internamente all'Azienda
- sia utile mantenere procedure di acquisizione del personale semplificate, come nel periodo pandemico
- sia utile avere regole per procedere ad una valutazione delle competenze dei comportamenti prima della assunzione a tempo indeterminato
- l'esperienza, gli *skill* professionali e le potenzialità siano i criteri più utili alla selezione dei responsabili di struttura complessa, più che l'esperienza gestionale acquisita
- sia opportuno porre vincoli normativi alla acquisizione di personale proveniente dalle strutture pubbliche da parte delle strutture private accreditate
- sia opportuno ampliare le possibilità di stabilizzazione previste dall'art. 15 septies del D.Lgs. n. 502/1992
- sia utile rimuovere il vincolo dei 5 anni per l'affidamento degli incarichi di struttura
- sia necessaria una maggiore valorizzazione e una nuova disciplina contrattuale per gli incarichi di processo (anche interaziendali) per il governo delle reti ciniche e dei percorsi di continuità assistenziale
- siano necessarie politiche di incentivazione per sostenere le politiche di ricollocazione del personale sanitario, ad esempio per promuovere la mobilità volontaria dalle aziende ospedaliere a quelle territoriali per il personale con limitazioni alle turnazioni h24
- siano necessari meccanismi di incentivazione, anche interregionali, per favorire la mobilità temporanea e/o anche il gemellaggio/rotazione dalle aree più "attrattive" a quelle meno "attrattive"
- sia necessaria una politica contrattuale tesa alla valorizzazione della retribuzione di risultato dei dirigenti
- sia necessario rivedere i sistemi di valutazione della dirigenza e del comparto, in modo che siano più efficaci nel promuovere una logica premiale, prevedendo l'offerta di *stage* presso strutture di eccellenza, o all'estero, nonché di master e corsi universitari di alta formazione
- sia utile il riconoscimento di una maggiore retribuzione di posizione per i medici di emergenza/urgenza, nonché meccanismi di ricollocazione degli stessi collegati all'età anagrafica
- sia utile riconoscere una maggiore retribuzione ai professionisti che operano in aree poco "attrattive" (con una moda delle risposte posizionata su aumenti da riconoscere di circa il 30%)
- sia urgente prevedere corsi di laurea magistrale ad indirizzo specialistico professionale per le professioni sanitarie
- sia utile prevedere percorsi di formazione professionale istituzionali (ad esempio presso una scuola superiore della Pubblica Amministrazione specifica per la Sanità o presso le Università) per creare un "vivaio" di professionisti (ad esempio ingegneri) per la Sanità
- sia utile una scuola di formazione nazionale permanente per i ruoli tecnici, amministrativi e professionali del SSN
- sia utile definire criteri nazionali di accreditamento per gli enti che formano gli OSS
- sia opportuna una formazione regionale per i Direttori di Distretto
- sia opportuna una specifica formazione universitaria per i medici di medicina generale
- l'attuale *skill-mix* non sia compatibile con la riforma della Sanità territoriale prevista dal PNRR

- sia necessario inserire nelle realtà aziendali nuove competenze richieste dalle esigenze di gestione del PNRR
- siano necessari interventi normativi e incentivi per superare le resistenze all'uso della Telemedicina.

In definitiva, la *survey* conferma come il *top management* aziendale sia concorde nel ritenere necessario un ripensamento delle norme che regolano l'acquisizione del personale, snellendo le procedure e promuovendo l'autonomia aziendale nella conferma in ruolo; come anche risulti concorde relativamente alla necessità di ripensare i meccanismi di incentivazione del personale, in particolar modo quello che assume ruoli che risultano a vario titolo "disagiati" (aree dell'emergenza-urgenza, aree geograficamente non attrattive, personale in mobilità dall'ospedale al territorio, etc.).

I DG (che per inciso lamentano anche di ricevere una remunerazione non congrua rispetto alle responsabilità che si assumono), proporrebbero anche la strada della "protezione", richiedendo vincoli per le "fughe" verso il privato.

Ma, evidentemente, la soluzione non può essere quella di impedire la circolazione dei professionisti: piuttosto, deve essere presa in seria considerazione la proposta di una revisione complessiva della materia, ripensando le regole e le modalità di *recruitment*, gli incentivi e le regole per le progressioni di carriera, la formazione, etc..

In chiusura del ragionamento sul personale, riteniamo doveroso osservare che molta dell'attenzione si concentra sul personale sanitario e, nello specifico, su medici e infermieri, e sul ripensamento dei loro ruoli e competenze; ma la transizione digitale e, più in generale, l'innovazione tecnologica, richiedono la formazione e l'inserimento anche di nuove figure professionali, per lo più non sanitarie; così come il potenziamento delle strutture di Comunità e dell'assistenza domiciliare richiede personale deputato all'assistenza dei soggetti non autosufficienti e, quindi, la necessità di operatori socio-sanitari (OSS), implicando anche una revisione dei ruoli e competenze fra questi ultimi e gli infermieri.

Riflessioni finali

Sintetizzando quanto sinora argomentato, il SSN (nelle sue articolazioni regionali) ha di fronte tre grandi sfide, diventate ormai ineludibili e improcrastinabili: ridurre le sperequazioni, che è l'obiettivo principe di un servizio pubblico, adeguare le dotazioni organiche, che è condizione necessaria per ammodernare il SSN, e rimanere, allo stesso tempo, sostenibile.

Il SSN è quindi davanti ad un evidente *trade-off*: i primi due obiettivi richiedono risorse aggiuntive rilevanti, mentre il terzo richiede il proseguimento sulla strada che in precedenti Rapporti abbiamo definito della "sobrietà". Strada che è quella concretamente prevista nei documenti di finanza pubblica, che allocano per la Sanità risorse che abbiamo mostrato essere lontane dai volumi che sarebbero richiesti per un "allineamento" del SSN italiano a quelli dei Paesi europei di riferimento; distanza che dimostra l'insostenibilità, di fatto, del SSN.

Come precedentemente argomentato, la sostenibilità è questione inscindibile dalla definizione delle aspettative. Se queste ultime sono rapportate ai livelli medi di *welfare* europei, l'unica possibilità per garantire la sostenibilità del servizio risiede nella capacità di innescare una crescita del denominatore, ovvero del PIL.

Una crescita che dovrebbe anche essere più dinamica di quella dei Paesi presi come *benchmark*, dovendo permettere la riduzione dei *gap* attuali e anche di compensare le minori risorse nazionali, causate dal maggiore debito pubblico italiano, che drena con gli interessi una quota rilevante di risorse altrimenti utilizzabili per le politiche pubbliche.

La crescita rimane, quindi, la sfida essenziale per il sostentamento del *welfare*; una sfida che deve essere affrontata dalla classe politica del Paese e che esula dai confini delle politiche sanitarie: allo stesso tempo, però, per chi si occupa di politiche sanitarie, impone di chiedersi come la Sanità possa contribuire all'obiettivo. In altri termini, diventa essenziale identificare le opportunità di contribuire alla crescita del Paese, che si possono creare nella filiera della salute (o delle *life sciences* come a volte il settore viene indicato).

Purtroppo, malgrado ripetuti proclami sulla priorità del settore, e sulla necessità di incentivarne l'industria, il raccordo fra politiche sanitarie (sul versante assistenziale) e politiche industriali è rimasto molto labile.

L'esperienza del "vaccino italiano" anti-COVID può essere citata come esempio della incapacità del Paese di promuovere condizioni per la trasformazione della ricerca in opportunità di crescita economica. Altro esempio è quello delle cosiddette "terapie avanzate" (geniche, cellulare, etc.): a ben vedere, nei primi anni (fino al 2016) il 50% delle terapie arrivate al mercato (due su quattro) erano di origine italiana, lasciando così intravedere un vantaggio competitivo nazionale; vantaggio che si è, però, presto volatilizzato: dopo il 2018, solo un'altra terapia avanzata, sulle 16 approvate, ha origine nazionale. In aggiunta, in molti casi, assistiamo oggi a serie difficoltà di alcune terapie avanzate a rimanere sul mercato, e questo non per problemi di sicurezza o efficacia.

Gli esempi riportati, sottolineano l'importanza della creazione di un ecosistema favorevole alla ricerca e alla traslazione dei suoi risultati.

Va considerato, poi, che il "settore salute" è strategico, intanto perché è notoriamente protetto dai cicli congiunturali, e ha tassi di crescita che trovano pochi paragoni in altri comparti, oltre ad essere, in qualche modo, protetto dalla competizione dei Paesi che "vantano" minori costi di manodopera. Inoltre, perché essere produttori (e quindi avere un interscambio positivo con l'estero) permette di "trasformare" parte dei costi assistenziali in un investimento; in altri termini, se le tecnologie importate rappresentano un puro costo per il servizio sanitario, quelle "proprietarie" generano ritorni economici di vario genere: crescita dell'occupazione, del monte retributivo, delle entrate fiscali, etc..

Per creare il citato ecosistema sono necessari incentivi pubblici, interventi normativi e anche organizzativi. A titolo di esempio, sarebbe auspicabile legare il finanziamento della ricerca pubblica alla capacità dei proponenti di accedere parallelamente ad un co-finanziamento privato, generando un effetto leva finanziario e, insieme, promuovendo una più stretta collaborazione con le industrie per lo sviluppo

di soluzioni innovative.

Sarebbe altresì opportuno e necessario un ripensamento generale della *governance* farmaceutica e dei dispositivi medici, per adeguarla alle modifiche intervenute nei processi di R&S e quindi, alle nuove caratteristiche dei beni che arrivano sul mercato: a mero titolo di esempio, ricordiamo come alcuni Paesi abbiano recentemente introdotto procedure di *early access* per le innovazioni, rendendo più appetibili i loro mercati in termini industriali.

Se, invece, il Paese dovesse continuare a registrare una stagnazione economica, le opzioni non sarebbero molte: o il rifinanziamento del sistema, inasprendo il cuneo fiscale (delle famiglie? delle imprese?) o la "riduzione" delle aspettative.

Tralasciando l'inasprimento fiscale, che rappresenta un'arma a doppio taglio, rischiando di portare impedimento alla crescita economica, rimane la "riduzione" delle aspettative: in pratica, si dovrebbe tornare a ragionare della possibilità di un passaggio del SSN ad un universalismo selettivo, capace di salvaguardare l'equità di accesso; in altri termini, interventi deputati a mantenere (e se possibile aumentare) le coperture dei più fragili, diminuendo quelle delle fasce più abbienti. Va però fatto presente che questo approccio potrebbe dimostrarsi comunque iniquo, per effetto delle dichiarazioni fiscali rese dalle famiglie, secondo le quali gran parte del reddito prodotto si concentra in capo alle famiglie del cosiddetto "ceto medio".

Come anticipato, l'alternativa si può riassumere nello *slogan*: "crescere per non selezionare".

La seconda sfida riguarda l'equità del sistema che, come precedentemente affermato, "scricchiola" sempre più: in particolare, sembra intaccabile dalle politiche sanitarie la sperequazione Nord/Sud, già registrata e stigmatizzata sin dai tempi dell'istituzione del SSN.

Per ridurre le sperequazioni è necessario operare una diversa allocazione delle risorse, un diverso riparto da concordare non "una tantum", bensì in via "definitiva": in primis riconoscendo e compensando nei meccanismi di allocazione delle risorse, il diverso contributo della spesa privata delle famiglie a livello regionale.

Un contributo che riduce gli oneri dei SSR in modo ormai esageratamente difforme per essere ignorato.

Altro punto necessario di equalizzazione riguarda i criteri di esenzione dalla compartecipazione a livello regionale, anch'essi ormai irragionevolmente difformi.

In terzo luogo, l'equità passa per una maggiore omogeneità regionale in termini di qualità della tutela, che a sua volta richiede una omogeneizzazione delle capacità delle tecnostutture regionali e locali; obiettivo, quest'ultimo, che sembra raggiungibile solo adeguando (o almeno avvicinando) le retribuzioni pubbliche a quelle offerte nel settore privato, nonché favorendo la creazione di condizioni favorevoli per una mobilità del personale anche tra Regioni, incentivando quella verso le sedi considerate più disagiate o verso le funzioni più onerose.

La mobilità dei professionisti (sanitari e non), infine, ci ha portato nell'alveo delle politiche di gestione delle risorse umane: da questo punto di vista, appare urgente e necessario ripensare le regole attuali; l'ammodernamento del sistema richiede, infatti, il superamento dei vincoli che paralizzano le Aziende Sanitarie.

Vincoli a volte oggettivi, altre volte generati da una diffusa abitudine all'"amministrazione difensiva". Vincoli che hanno tolto forza al ruolo del *management*

aziendale, indebolendone le leve a disposizione in termini di valutazione e premialità dei dipendenti: i contratti collettivi devono essere aggiornati, anche tenendo conto dei fabbisogni del servizio sanitario, accettando di conseguenza l'introduzione di una maggiore flessibilità, deputata a generare incentivi mirati a favorire una riallocazione del personale basata sulle priorità definite dalla programmazione: in primis, il rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Va preso atto che il SSN non è competitivo per i professionisti sanitari (e non solo) e che questo ci impedirà di far fronte, utilizzando l'offerta estera, alle carenze che, con tutta evidenza, avremo nei prossimi anni. Quindi è necessario rivedere i livelli retributivi e, allo stesso tempo, ripensare lo *skill mix*: non solo pensando ai ruoli di medici e infermieri, ma anche a quello che coinvolge infermieri e operatori socio-sanitari (anche alla luce della crescente importanza della non autosufficienza e della conseguente sovrapposizione di bisogni sanitari e sociali).

In conclusione, il SSN appare essere arrivato ad un punto di non ritorno: o cambiano le condizioni al contorno o sarebbe colpevolmente ingenuo pensare di poter mantenere il servizio così come è; una progressiva e non governata riduzione dei livelli di tutela genererebbe, infatti, un *opting out* dei più abbienti, sancendo di fatto la fine del sistema universalistico.