

## Il Servizio sanitario nazionale e le sue criticità\*

di Enrico Ceccotti

SOMMARIO: *Abstract – 1. Quadro generale della Sanità – 2. Evoluzione del ruolo del Servizio Sanitario Nazionale – 3. Pubblico e privato in sanità – 4. Rapporto fra SSN e SSR e tra ASL e AOU – 5. La sanità territoriale e ospedaliera – 6. Il personale sanitario – 7. L’impatto del PNRR – 8. Dinamica degli investimenti in sanità.*

### Abstract

Le scienze della vita si occupano degli organismi viventi e di tutto ciò che ha a che fare con le loro dinamiche.

Il comparto *life science* è una delle colonne portanti del sistema economico italiano, non solo per il valore prodotto ma anche per il contributo offerto al progresso tecnologico, alla ricerca e al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

I costi della promozione e della tutela della salute sono un investimento non una spesa. Puntare sul Servizio sanitario nazionale conviene. E non solo nel senso che fa bene alla salute delle persone: è un investimento redditizio per l’azienda Italia.

Ogni euro di risorse pubbliche investito in sanità ne genera, infatti, quasi due di produzione in valore.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) continua ad avere basi solide che però cominciano ad essere minate.<sup>1</sup>

I suoi principi sono l’universalità delle cure, l’uguaglianza dei cittadini e l’appropriatezza nell’uso delle risorse. Sono principi, purtroppo offuscati dalle politiche degli ultimi anni sia per svariate riforme che si sono susseguite dopo l’istituzione SSN del 1978 sia per la pratica operativa nazionale e regionale.

È necessario attuare interventi strategici per mantenere saldi e resi effettivamente esigibili tali principi.

È necessario ripensare e riformare il SSN nel suo complesso mettendo al centro la risorsa umana, pensare più al malato che alla malattia.

La questione di fondo è rintracciabile nella mancanza storica di politiche sanitarie strutturali e omogenee sul territorio nazionale, frammentate in 21 rivoli regionali, che

---

\* Il presente contributo è una componente del progetto di ricerca Astrid “Mercato del lavoro e digitalizzazione in sanità”, tuttora in corso.

<sup>1</sup> Polillo, R. e Tognetti, M. (2023), *Perché serve una riforma della sanità*, Quotidiano Sanità, 24 marzo: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=112327](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112327)

da tempo scaricano sui professionisti le responsabilità dei disservizi, vittime di una governance burocratica che condiziona ruoli, processi e relazioni.

Il Ministero della Salute non può disporre di risorse in quanto il Ministero dell'Economia e delle Finanze, di fatto da anni lo commissaria impedendogli di portare avanti politiche di sistema a favore della sanità pubblica.

Sulla riforma del SSN il posto di rilievo è occupato dagli aspetti macro e concernenti da un lato le risorse e dall'altro le relazioni tra stato centrale e regioni che richiede una diversa ripartizione delle competenze.

C'è bisogno di un Servizio Sanitario Nazionale adeguatamente organizzato, dotato e finanziato, in particolare nella sua componente territoriale e di assistenza primaria, anche attraverso una riorganizzazione dei servizi ospedalieri e un nuovo equilibrio tra ospedale e territorio.<sup>2</sup>

L'attuale centralità della spesa a livello regionale limita la programmazione territoriale dei servizi e non dà spazio agli istituti della partecipazione delle organizzazioni sanitarie degli utenti, cittadini e lavoratori.

Gli investimenti ordinari in sanità sono in continuo calo come si vede sia dalla precedente finanziaria 2023 che nella NADEF 2023 come pure nella finanziaria 2024.

Le criticità maggiori affrontate nei capitoli sono:

- Il rapporto pubblico privato, accreditato in crescita, il quale utilizza risorse che potenzialmente potrebbero essere impiegate per fare investimenti atti a migliorare la sanità pubblica. Investimenti che già partono da una base molto bassa, essendo già il SSN sottofinanziato da anni.

Molti governi hanno preferito, anche sulla spinta delle lobby della sanità privata, di privilegiare uno progressivo spostamento degli investimenti verso il privato attraverso lo strumento delle prestazioni convenzionate (garantite dal SSN ma erogate a strutture private). A questo va aggiunta la defiscalizzazione delle prestazioni fornite dalle mutue e assicurazioni.

- Il rapporto tra medicina ospedaliera e medicina territoriale, fondamentale per il raggiungimento degli standard quali-quantitativi e delle cure primarie.

Una medicina riparativa basata sull'intensività assistenziale dei presidi ospedalieri è una medicina che rinuncia a combattere le cause remote delle malattie.

- La sanità territoriale in cui è fondamentale l'applicazione dei due decreti DM70 e DM77. Il primo riguarda la riforma del sistema ospedaliero mentre il secondo riguarda l'aggiornamento della sanità territoriale con le Case di Comunità, Ospedali di Comunità e la ridefinizione del ruolo dei Distretti Sanitari.

---

<sup>2</sup> *“Realizzare le Case della Comunità e ridurre impatto del privato”*. Dall'Alleanza per la riforma delle cure primarie alcune proposte per la salvaguardia e la riforma del SSN, Quotidiano Sanità, 24 maggio: [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=114093](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=114093)

- Le misure del PNRR sulla sanità e transizione digitale si intrecciano con quelle della sanità territoriale nell'applicazione del DM77.

Gli investimenti del PNRR sono solo in infrastrutture e tecnologie (locali per le Case di Comunità e altro) e non in personale.

Le risorse per il personale devono essere rese disponibili da fondi strutturali e non dal PNRR, i cui investimenti si concludono nel 2026.

Il PNRR è un'opportunità che potrebbe riequilibrare il rapporto tra medicina ospedaliera e territoriale. Dato e non concesso che le risorse che provengono dalla UE si riescano a utilizzare in modo opportuno, resta la criticità degli investimenti strutturali sul personale sia in termini di numero, di equa distribuzione territoriale che di competenze professionali.

Si registra un ritardo nell'utilizzo di quelle risorse per incapacità progettuale e realizzativa (solo il 10% delle risorse di queste misure è stato impegnato).

La disponibilità di tecnologie digitali, a partire da quelle rese disponibili dal PNRR, impatta sia sull'organizzazione dell'intera filiera della sanità e in particolare sull'integrazione tra competenze sanitarie e digitali.

- Il personale sanitario e amministrativo è già oggi assolutamente insufficiente, disallineato rispetto alle necessità, in progressiva riduzione. Mancano infermieri e mancano alcune specializzazioni di medicina. Gli onerosi carichi di lavoro del personale sanitario del SSN generano una progressiva fuga dovuta all'accelerato pensionamento (elevata età media), alle migliori condizioni offerte dal privato (nazionale ed estero).

C'è incapacità del sistema formativo di dare risposte sia in quantità e che qualità soprattutto per le professionalità infermieristiche.

C'è inoltre il problema dei Medici di Medicina Generale (MMG) che dovrebbero diventare dipendenti del SSN mentre ora sono liberi professionisti convenzionati.

Hanno un'età elevata che con la gobba pensionistica produrrà una drastica riduzione di numero non sostituito da nuove leve.

Ne va ridefinito il ruolo nel rapporto con le Case della Comunità da realizzare.

Ruolo che si sta progressivamente svuotando in quanto riduce prevalentemente a prescrittore di ricette e a funzioni gestionali.

I MMG vanno riqualificati ridefinendo le competenze specialistiche.

Il sistema sanitario italiano pubblico rimane fondamentale e preso ad esempio da molti altri paesi.

Andrebbe difeso e riqualificato.

È messo fortemente in crisi dalle politiche attuate negli ultimi anni dai vari governi.

Si riduce la sua efficacia producendo una progressiva diseguaglianza tra regioni e classi sociali con un aumentato utilizzo della sanità privata per chi può permetterselo.

Ci si domanda però, con il progressivo degradamento in atto, se è ancora sostenibile.

## 1. Quadro generale della Sanità

La sanità pubblica nel nostro Paese dovrebbe e rispettare la sua “mission” di essere “universalista” ed “equa” garantendo la agibilità di alcuni “diritti” sanciti negli articoli della nostra Carta Costituzionale, ovvero:

- Art. 2: *“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”.*
- Art. 3: *“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale [XIV] e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso [292, 371, 481, 511, 1177], di razza, di lingua [6], di religione [8, 19], di opinioni politiche [22], di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese”.*
- Art. 32: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.*
- Art. 41 (1): *“L’iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l’utilità sociale o in modo da recare danno alla salute, all’ambiente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l’attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali e ambientali [43]”.*  
[Senato della Repubblica, “Costituzione Italiana”, Testo Vigente, aggiornata alla Legge Costituzionale n.1 dell’11 febbraio 2022 n. 1]

Alcune date possono aiutare a comprendere cronologicamente come si è evoluta l’assistenza sanitaria italiana con questa descrizione schematica nel seguente box:

**A) Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (L. 23/12/1978 n.833)<sup>3</sup>**

Si pone il definitivo superamento del precedente sistema mutualistico con lo scioglimento di enti con finalità assistenziali e confluenza verso l'istituendo SSN.

- Art. 1 Legge 833: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Sistema Sanitario Nazionale"*.
- *"...Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio..."*.

Nel SSN vengono:

- incamerati 1.207 Enti Ospedalieri;
- assorbiti enti mutualistici e loro attività per creare 657 USL.

Il SSN assume le seguenti funzioni con:

- assistenza medica di base;
- assistenza ospedaliera;
- assistenza specialistica;
- assistenza farmaceutica.

Obiettivi:

- Estensione assistenza sanitaria;
- Diagnosi, cura e riabilitazione in ottica di globalità;
- Prevenzione di malattie e infortuni in ogni ambito di vita e lavoro;
- Igiene e salubrità di ambienti di vita, di lavoro e di alimenti. Controllo di igiene ambientale;
- Tutela maternità, infanzia, salute in età evolutiva e anziani, attività sportive, salute mentale;
- Superamento di squilibri territoriali garantendo livelli uniformi di assistenza;
- Centralità di programmazione per organizzazione di servizi (PSN – PSR);
- Finanziamento attraverso Fondo Sanitario Nazionale.

Tre livelli di competenza:

- 1. Stato (funzioni di programmazione generale e di stanziamento delle risorse);
- 2. Regioni (funzioni legislative, programmatiche e coordinamento);

---

<sup>3</sup> Balducci, S. (2018), *Organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale*:

<https://www.opira.it/wp-content/uploads/2018/09/Storia-e-organizzazione-SSN.pdf>

- 3. Comuni (compiti di gestione amministrativa diretta - USL).

Il SSN Entra subito in crisi per due fattori:

- 1. insoddisfazione di cittadini utenti circa qualità di prestazioni, forti disparità di offerta dei servizi nelle regioni.
- 2. incontrollabilità di spesa sanitaria, continui deficit, che si incrementavano di anno in anno a causa di forte deresponsabilizzazione economica e incontrollabilità dei costi.

Si pone presto la necessità di nuova riforma per aumento economicità di gestione e responsabilizzazione di soggetti interessati.

***B) Nel dicembre del 1992 viene approvata la prima legge di riordino del Servizio sanitario nazionale***

“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517

“Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421”.

Il riordino della disciplina in materia sanitaria produce:

- Una profonda trasformazione del servizio sanitario da concezione di assistenza pubblica illimitata ed incondizionata a concezione di assistenza pubblica con spesa sociale e sanitaria proporzionata a effettiva realizzazione di entrate;
- Una riorganizzazione funzionale di servizio pubblico per recupero di efficienza economicità e qualità.

Principi riformatori:

- Ottimale e razionale utilizzazione delle risorse;
- Migliore efficienza efficacia e produttività di SSN con un sistema di concorrenzialità;
- Equità distributiva;
- Contenimento della spesa.

Punti salienti:

- Rafforzamento ruolo delle Regioni;
- Aziendalizzazione di strutture di produzione ed erogazione di servizi sanitari;
- Competitività tra pubblico e privato e adozione di accreditamento come prerequisito per esercizio di attività sanitarie;
- Adozione metodo di verifica e revisione della qualità delle prestazioni;
- Nuovo modello di finanziamento;
- Partecipazione del cittadino alla fase gestionale ed organizzativa del SSN;

- Definizione di Livelli Uniformi di Assistenza su territorio nazionale.

Alle Unità Sanitarie Locali si sostituiscono Aziende sanitarie articolate in:

- Aziende Unità Sanitarie Locali (ambito territoriale);
- Aziende Ospedaliere (ospedali di rilievo nazionale e alta specializzazione, policlinici universitari e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico).

Le Aziende sanitarie sono dotate di:

- personalità giuridica pubblica (soggetto istituzionale deputato alla gestione dei servizi sanitari);
- autonomia organizzativa;
- autonomia amministrativa;
- autonomia patrimoniale;
- autonomia contabile;
- autonomia gestionale;
- autonomia tecnica.

**C) D.Lgs. n. 229/1999 decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229  
(Riforma Bindi)**

“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”.

Art. 1, Comma 1: *"La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale"*.

Principi riformatori:

1. Rafforzamento di connotazione aziendalistica con:
  - autonomia imprenditoriale;
  - organizzazione e funzionamento definiti con atto aziendale di diritto privato;
  - appalti o contratti per forniture di beni e servizi definiti secondo norme di diritto privato;
  - attività orientata a criteri di efficacia efficienza ed economicità con rispetto del vincolo di bilancio.
2. Valorizzazione delle Regioni;
3. Rafforzamento ruolo dei Comuni in fase di programmazione e controllo;
4. Articolazione in Distretti di Aziende USL;

5. Integrazione socio-sanitaria percorsi assistenziali integrati con prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale;
6. Istituzione di fondi integrativi sanitari destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive ovvero superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN;
7. Riforma della dirigenza sanitaria collocata in unico ruolo distinto per profili professionali e con esclusività di rapporto di lavoro;
8. Sperimentazioni gestionali forme di collaborazione tra strutture SSN e soggetti privati;
9. Accreditoamento istituzionale come sistema integrato;
10. Formazione continua che consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali.

***D) Legge Costituzionale n. 3/2001 Riforma del Titolo V Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3***

Ridefinizione assetto competenze legislative tra governo centrale ed enti locali.

Piena autonomia a Regioni in organizzazione e gestione di sanità.

Tre nuove classi di competenze di materie di intervento pubblico:

- legislazione esclusiva dello Stato;
- legislazione concorrente Stato-Regioni, tra queste troviamo "tutela della salute";
- legislazione esclusiva delle Regioni.

Livelli Istituzionali del Sistema Sanitario

La programmazione sanitaria è effettuata a vari livelli:

- livello centrale: Piano Sanitario Nazionale (PSN);
- livello regionale: Piano Sanitario Regionale (PSR);
- livello locale: Piano Attuativo Locale (PAL).

La nostra analisi sulla situazione della sanità in Italia ha come riferimento il seguente appello.

***L'appello "Per la sanità pubblica"<sup>4</sup>***

La salute è un diritto fondamentale per tutte le persone, che la nostra Costituzione tutela e che lo Stato deve garantire.

<sup>4</sup> Petizione diretta a Orazio Schillaci (Ministro della Salute) (2023), *Per la Sanità Pubblica!*, 9 marzo, [https://www.change.org/p/per-la-sanit%C3%A0-pubblica?recruiter=false&utm\\_source=share\\_petition&utm\\_campaign=psf\\_combo\\_share\\_initial&utm\\_medium=whatsapp&utm\\_content=washarecopy\\_35634211\\_it-IT%3A5&recruited\\_by\\_id=33146560-bf35-11ed-a126-3151a9039bdf](https://www.change.org/p/per-la-sanit%C3%A0-pubblica?recruiter=false&utm_source=share_petition&utm_campaign=psf_combo_share_initial&utm_medium=whatsapp&utm_content=washarecopy_35634211_it-IT%3A5&recruited_by_id=33146560-bf35-11ed-a126-3151a9039bdf)

Purtroppo le condizioni in cui versa il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono drammatiche.

Rispetto alla riforma del 1978 c'è stato un cambiamento demografico non ancora metabolizzato in modo adeguato: siamo una società invecchiata e che invecchierà ancor di più.

Sono anni che lo Stato non investe quanto necessario in termini di risorse finanziarie, professionali, riforme.

L'impatto della pandemia sull'intero sistema aveva aperto la speranza per adeguati investimenti sul servizio sanitario.

Così non è avvenuto, quanto meno in termini congrui.

Un sistema già indebolito, costretto a dare priorità alla gestione della pandemia, ha raggiunto risultati efficaci grazie allo straordinario impegno professionale, ma contestualmente si è infiacchita la capacità di risposta assistenziale ai bisogni delle persone:

- le liste d'attesa sono incrementate;
- l'accesso a prestazioni a pagamento è aumentato in modo esponenziale;
- il ricorso a sistemi assicurativi è stato stimolato e, più in generale;
- è aumentato l'abbandono delle persone fragili per salute, età, condizioni economico-sociali.

All'impatto pandemico si sono aggiunte le ricadute economico-finanziarie dovute alla guerra in Ucraina, l'inflazione, il caro bollette, aggravando ulteriormente la situazione finanziaria delle Regioni, dei Comuni e delle famiglie.

Siamo di fronte ad un pericolo imminente: il superamento dell'universalismo sanitario del SSN con l'avvio di fatto di un universalismo selettivo la cui conseguenza sarà una sanità che si rivolge prioritariamente ai poveri, progressivamente più povera, aggravando quelle diseguaglianze che sempre più caratterizzano il nostro Paese.

È unanimemente riconosciuto che già oggi le differenze inaccettabili nella società, in rapporto a istruzione, condizioni di vita e di lavoro, età e genere portano anche a diseguaglianze di salute.

Le persone socialmente più disagiate si ammalano di più ed hanno maggiori difficoltà di accesso tempestivo a servizi di buona qualità.

La fine dell'universalismo peggiorerà ulteriormente le cose.

Oggi serve con urgenza un coordinato insieme di provvedimenti con l'obiettivo di:

- avere più medici, infermieri, personale sanitario e assistenziale per garantire accesso ai servizi, recupero liste d'attesa, riorganizzazione dei servizi territoriali. Personale adeguatamente formato e valorizzato, riconoscendone il ruolo strategico e adeguando salari, diritti, progressioni di carriera;

- rafforzare l'assistenza territoriale per dare concretezza alla presa in cura delle persone, sostegno ai caregiver, integrazione sociale e sanitaria per garantire la domiciliarità.  
Particolare attenzione va posta alle aree interne, montane e collinari;
- rivedere l'organizzazione della medicina generale e pediatrica di libera scelta e assicurare l'operatività di team multi professionali;
- mettere in sicurezza gli ospedali a partire dai Pronto Soccorso e dall'Emergenza-Urgenza;
- fare realmente delle Case della Comunità una sede in grado di semplificare l'accesso ai servizi, un luogo di partecipazione dei cittadini, del volontariato, del terzo settore;
- rafforzare i dipartimenti di salute mentale, prevenzione, sicurezza sui luoghi di lavoro;
- rivedere e innovare anche i percorsi formativi con maggiore collaborazione fra SSN e Università;
- investire in ricerca pubblica e intervenire sul mercato farmaceutico.  
L'opposto della recente riforma di Aifa.

Riforme a scala nazionale, rafforzamento dell'universalismo nell'accesso ai servizi hanno un valore insostituibile ma necessitano di maggiori risorse.

Poiché il Paese non può indebitarsi ulteriormente, se vogliamo evitare il ritorno a sistemi mutualistici-assicurativi, queste risorse vanno reperite con un sistema fiscale equo e progressivo.

I segnali che emergono dalla legge di bilancio di questo Governo vanno in direzione opposta:

- risorse nettamente insufficienti per servizi sociali e sanitari;
- l'espansione della flat tax;
- i condoni;
- il sostegno all'evasione fiscale.

Ancora più preoccupante l'accelerazione del percorso legislativo per introdurre, anche in Sanità, l'Autonomia differenziata. Premessa per una dirompente risposta frastagliata, Regione per Regione, a problemi trasversali che riguardano l'intero sistema sanitario e che da tempo richiedono una risposta unica e nazionale: un altro grimaldello per abbattere l'universalismo e per consolidare le disuguaglianze regionali che caratterizzano da sempre il nostro SSN.

I necessari provvedimenti per la messa in sicurezza del nostro Servizio Sanitario Nazionale non sono più rinviabili.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Lanciato da [Movimento per la Sanità Pubblica](#).

## 2. Evoluzione del ruolo del Servizio sanitario nazionale

Dopo l'iniziale fervore culturale, professionale e civile seguito all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (L. 23/12/1978 n.833) sono subito iniziati attacchi al sistema che anno dopo anno, decreto dopo decreto, normativa dopo normativa hanno creato un "corpus iuris" blindato, autoreferenziale e autoprotettivo abbandonando così, via via, l'anima strutturale e la base culturale contenuta negli ideali e nelle missioni della legge 833.

La grande riforma del 1978, ancorata all'articolo 32 della Costituzione, prefigurava un significativo miglioramento per la sanità del nostro Paese.

Le parole d'ordine di quel testo come uguaglianza e universalità delineavano un futuro per il sistema sanitario italiano che però si è realizzato solo in parte e è andato degradato nel tempo.

L'idea strategica della legge 833 era bilanciare i costi della cura producendo in vari modi più salute.

L'avvio del processo attuativo della legge 833 non è stato lineare ed omogeneo.

Gli elementi di debolezza della riforma già dalla nascita furono sottovalutati.

La più grave di queste carenze originarie è che la stessa legge omise di riformare le prassi professionali nelle strutture sanitarie. Non c'è stato un ripensamento dei modi di far la medicina per adeguarle alla legge di riforma nel più ampio contesto della politica e della finanza nazionale.

Riformare la sanità senza riformare la medicina quando dalla società maturava la consapevolezza e saliva la richiesta di cambiare paradigma.

Al mondo della sanità si chiedeva di passare dalla malattia al malato.

Fin dall'inizio non si sono chiariti i rapporti tra economia e sanità, tra salute e cura, tra pubblico e privato.

Non si sono affrontate le contraddizioni economiche che contrappongono l'economia alla sanità.

Per passare dalla cura al malato che fare per renderlo compatibile dal punto di vista economico.

Per alcuni anni l'assetto complessivo continuò ad essere la sommatoria dei precedenti assetti.

Con la grave crisi economica del 1992 l'intervento manutentivo, si trasformò in un drastico mutamento e l'aziendalizzazione finalizzandolo soprattutto a garantire la sostenibilità finanziaria.

---

Un gruppo di donne e uomini con ruoli idee e funzioni diverse, insieme ad un gruppo di professionisti sanitari, ma anche semplici cittadine e cittadini preoccupati per l'attacco alla già indebolita sanità pubblica, hanno deciso di fare qualcosa. Ecco la ragione di questo appello, dare vita ad una vasta mobilitazione in difesa della sanità pubblica.

Fino al 17 gennaio 2024 hanno firmato 1.498 persone.

Nel dicembre del 1992 viene approvata la prima legge di riordino del Servizio sanitario nazionale (Decreto legislativo 502/92, del 30 dicembre 1992).

Si è trattato di un provvedimento che riforma profondamente la legge istitutiva del SSN, la L. 833 del 1978.

Viene radicalmente modificato il meccanismo di finanziamento del sistema sanitario: i fondi alle Regioni vengono erogati in relazione al numero degli abitanti (quota capitaria) e non più sulla “spesa storica” e il “piè di lista”<sup>6</sup>.

La responsabilità del pareggio di bilancio viene attribuita alle Regioni e i Comuni vengono privati di ogni competenza e responsabilità in campo sanitario.

Le Unità Sanitarie Locali sono trasformate in Aziende e al direttore generale viene attribuita la massima responsabilità economico finanziaria.

La successiva ulteriore riforma del 1999 (Riforma Bindi) rappresentò il tentativo recuperare e aggiornare l’originaria impostazione del SSN, blindando questo processo con una dettagliatissima definizione di ogni aspetto della organizzazione aziendale, quasi ignorando il più generale processo di *devolution* dallo Stato alle Regioni che la Repubblica si obbligava a realizzare anche per la materia tutela della salute.

Fu varato il Decreto legislativo 229/99 recante “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale” che vide un forte coinvolgimento regionale.

Con la modifica della Costituzione del 2001 (titolo V), si apre una ulteriore fase: quella della definizione dei livelli essenziali di assistenza (compito dello Stato) e del governo del settore sanitario (compito delle Regioni).

La proposta dell’autonomia differenziata produce un’ulteriore regionalizzazione oltre che dell’espansione della sanità integrativa.

Con le successive riforme della legge 883 l’equilibrio tra economia e sanità viene subordinato ad una compatibilità economica del bilancio pubblico.

Queste riforme sono state varate in una logica neoliberista, aperta al mercato.

Si è prodotto in pochi anni una riduzione della sanità pubblica verso una progressiva privatizzazione.

Lo Stato di fatto ha rinunciato ad amministrare direttamente la salute dei cittadini.

La conseguenza è stata che i servizi pubblici non riescono più a garantire l’assistenza non essendo attribuiti i mezzi sufficienti.

---

<sup>6</sup> A dare la cifra connotativa del provvedimento è l’articolo 1, comma 3, della legge:

*“L’individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l’intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria”.*

La progressiva privatizzazione vien attuata con una logica in cui il costo del privato viene pagato dal pubblico con l'ipotesi di garantire la sostenibilità del sistema finanziario.

L'idea era che il mercato avrebbe potuto sostituire buona parte della sanità pubblica, magari spendendo di meno, senza tener conto che il privato ha il prevalente obiettivo di generare profitti. Si afferma il concetto di malattia inteso come affare (business), in quanto fonte di bisogno e quindi di "prodotti" (farmaci, servizi, tecnologie) su cui si è sempre sviluppato un fiorente mercato.

È tipico di una scelta neoliberiste in cui il privato diventa una garanzia di sostenibilità. Ma un privato fin troppo integrato con il pubblico senza governance fa sì che il pubblico gli è sempre più subalterno.

Questa idea molto riduttiva di sostenibilità nasce nel momento in cui la politica decide di subordinare, per ragioni di spesa, il diritto fondamentale alla salute alla compatibilità finanziaria.

La sostenibilità andrebbe coniugata invece attraverso un equilibrio tra i benefici sociali prodotti dalla produzione di salute come ricchezza e i costi necessari per garantire ai cittadini le cure più adeguate.

Non si tiene più conto di quanta ricchezza produce una buona salute e più che un investimento questa viene considerata un costo per cui la sostenibilità viene definita dal rapporto tra spesa e PIL.

La sostenibilità va anche strettamente legata allo sviluppo sostenibile, in quanto integra l'ambito ambientale, quello economico e quello sociale (nuovo approccio al welfare).

### Spunti per una riorganizzazione futura

Abbiamo bisogno di una nuova visione del ruolo della sanità all'interno della società, che consenta di valutare in modo diverso anche il tema della sua sostenibilità economica.

Avere la consapevolezza della profonda trasformazione sociale in atto partendo dall'analisi del contesto socio-politico ed economico attuale di cui la Sanità è parte integrante.

Nel SSN vanno ridefiniti i modelli di governance intervenendo nei rapporti tra regione ed enti locali ormai incagliati in una visione neo-centralista delle regioni dove gli enti locali sono soggetti passivi senza un dinamico equilibrio tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere.

Per riorganizzare il SSN, occorrerebbe avere la volontà di metter mano al sistema, superando il concetto di silos e di compartimenti stagni a favore di una filiera della salute centrata sui bisogni, e non sul concetto economicistico di azienda.<sup>7</sup> Ciò richiede

---

<sup>7</sup> Lavorare per silos significa lavorare per compartimenti stagni, non sincronizzati tra loro.

offrire un percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione flessibile e adattabile alle necessità di ciascun paziente.

Il tutto andrebbe impostato in una logica di una nuova medicina, una nuova organizzazione del lavoro e un nuovo ruolo del medico sia ospedaliero che territoriale. Va evitato un approccio troppo tecnicistico e non di relazione tra persone e istituzioni non sempre prefigurato dalla Missione 6 del PNNR.<sup>8</sup> Si tratta di valutare se stiamo davvero progredendo nella conoscenza dell'essere umano e delle sue malattie, oppure se stiamo semplicemente prefigurando uno sviluppo puramente tecnico, e quante risorse destiniamo a questo.

Un approccio integrato alla salute è da realizzarsi con un'integrazione tra sanità e welfare.

Visto il quadro demografico, epidemiologico e sociale della nostra popolazione, non ha più senso ragionare di sanità e welfare in termini disgiunti.

Fondamentale è accelerare il processo di integrazione fra i due fronti.

Il confine tra i bisogni sanitari e quelli sociali è molto labile. Da tempo il sistema sanitario di trova a supplire all'arretramento dello stato sociale, oggetto di tagli decennali agli Enti Locali.

Per salvaguardare le persone fragili e quelle vulnerabili, serve un sistema di servizi di comunità diffuso, in cui istituzioni (ASL e Comuni), organizzazioni no profit e famiglie lavorino gomito a gomito, in modo parallelo e coordinato.

Un progetto innovativo basato sull'integrazione di risorse economiche, umane e professionali, mirato allo sviluppo del welfare di comunità.

Questo si sta parzialmente realizzando solo in alcune realtà.

Per far sì che esperienze di questo tipo siano generalizzate occorre agire non solo garantendo maggiori investimenti pubblici, ma anche (e soprattutto) favorendo la ricerca scientifica, organizzativa e sociale, liberando i protagonisti della life science da quegli adempimenti regolatori, fiscali e burocratici spesso risultare inutili se non dannosi.

Concentrarsi sui saperi e sulla professionalità come volano per la ricerca e l'innovazione.

Ogni Euro investito sul sistema sanità, in questo modo, crea un moltiplicatore rilevante. Il Rapporto del Censis 2023 disegna un affresco originale del Servizio sanitario come pilastro dello sviluppo dell'economia e della società italiana, poiché è un ambito in cui le risorse pubbliche operano come investimenti ad alto impatto su economia, occupazione, ricerca e coesione sociale.<sup>9</sup>

---

Avere una visione di sistema invece di guardare alle singole parti superando la logica della competizione tra parti. Lavorare in Team in ambito clinico vuol dire affrontare il problema del paziente con un approccio multidisciplinare, lavorare insieme per l'obiettivo della salute del paziente.

<sup>8</sup> Ne parleremo più avanti in rapporto alle potenzialità della digitalizzazione e del mutato quadro di relazione tra persone e tecnologia.

<sup>9</sup> Censis (2023), *Il valore economico e sociale del Servizio sanitario italiano*, Rapporto Fnomceo-Censis, Roma, 24 ottobre 2023: <https://fnomceo->

### 3. Pubblico e privato in sanità

Il sistema sanitario italiano è finanziato principalmente dalle tasse nazionali, dalle imposte regionali sul reddito delle imprese e delle persone fisiche, e infine dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie direttamente a carico del paziente (ticket).

I Governi che si sono succeduti dal 2008 ad oggi hanno, per esigenze di bilancio e dei vincoli di stabilità UE, tagliato progressivamente 37,5 miliardi di euro alla sanità pubblica, quasi azzerato i Fondi per le Politiche Sociali e reso difficoltoso il fondo per la Non Autosufficienza.<sup>10</sup>

Questa politica ha fatto sì che gli italiani, pur essendo teoricamente coperti dall'assistenza sanitaria pubblica gratuita, oramai spendono annualmente, di tasca propria, quasi 40 miliardi, contro i 129 del budget del Servizio Sanitario Nazionale.<sup>11</sup> Nel 2023, il 30% dei cittadini ha forti difficoltà a sostenere “di tasca propria” le spese mediche.

Erano il 24,5% nel 2022.

Nel 2021, l'ultimo anno di cui si dispone dei dati (l'anno due della pandemia), l'intera spesa sanitaria, pubblica e privata, ammontava a circa 168 miliardi così suddivisa:

- il 75,6% spesa pubblica;
- il 21,8% a carico delle famiglie;
- il 2,7% sostenuta dai fondi integrativi.

Della spesa a carico delle famiglie:

- il 36,5% è per l'assistenza ambulatoriale per la cura e la riabilitazione;

---

[my.sharepoint.com/:w:/g/personal/m\\_molinari\\_fnomceo\\_it/EeOdn8GmhUdJi6g0dlQuN9sBO3vN7WkSKVH0D9rfNn9pBQ?rttime=7OnXvPom3Eg](https://my.sharepoint.com/:w:/g/personal/m_molinari_fnomceo_it/EeOdn8GmhUdJi6g0dlQuN9sBO3vN7WkSKVH0D9rfNn9pBQ?rttime=7OnXvPom3Eg)

<sup>10</sup> Fondo Nazionale Politiche Sociali tra il 2008 e il 2010 i trasferimenti del Ministero alle Regioni sono stati drasticamente ridotti (se non sostanzialmente azzerati nel 2012), con la legge di stabilità del 2015 si è provveduto a stabilire una dotazione finanziaria annua, strutturale, di 300 milioni a decorrere dal 2015.

Il Fondo nazionale per le non autosufficienze è stato istituito nel 2006 con Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (art. 1, comma 1264), al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti. Tali risorse sono aggiuntive rispetto alle risorse destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni nonché da parte delle autonomie locali.

Sebbene siano state incrementate dal governo Draghi le 52 organizzazioni, raggruppate nel Patto per un Nuovo Welfare sulla non autosufficienza, esprimono, tuttavia, la propria preoccupazione per i tempi della riforma del settore.

<sup>11</sup> Quotidiano Sanità (2023), *Rapporto Eurispes. “Un italiano su 3 in difficoltà a sostenere le spese mediche. Per risollevare Ssn servono 12-15 mld in più all'anno”*, 24 maggio:

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=114090](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114090)

- il 29,3% per farmaci e presidi sanitari;
- il 10,4% per l'assistenza sanitaria a lungo termine, apparecchiatura e altri presidi durevoli.

Dagli anni Novanta le aziende sanitarie private hanno visto una significativa modificazione del proprio ruolo che, da integrativo rispetto agli erogatori pubblici e regolato da convenzioni, è diventato più concorrenziale e governato dai sistemi regionali di accreditamento e di finanziamento.

La Sanità integrativa sta diventando un'area di straordinaria criticità per l'ampiezza del numero di cittadini in vario modo ne sono coinvolti (più di 10 milioni). Costituisce una delle problematiche più rilevanti da affrontare nel riordino del SSN.

Il percorso di privatizzazione della salute in Italia continua ad aumentare senza trovare alcun ostacolo. Sembrava arrestarsi con la pandemia ma, dopo una breve pausa, è ripreso a crescere.

Lo Stato è il primo cliente per la sanità privata: il SSN acquista infatti il 60 % delle sue prestazioni senza considerare gli acquisti di beni e servizi del SSN.

In particolare, per l'acquisto di servizi medici e farmacologici più del 50% delle istituzioni sanitarie che si occupano di malattie croniche sono in mano ai privati, così come lo sono più dell'80% delle istituzioni di assistenza sanitaria residenziale.

La sanità italiana è un sistema che si poggia su più "pilastri" con la presenza "pubblica" e "privata" e a sua volta "privata accreditata" e "privata-privata".

Vediamolo in modo un po' più analitico:

- I privati accreditati: le prestazioni garantite dal sistema sanitario nazionale possono essere fornite dalle strutture private, purché accreditate (ricevono rimborsi dal sistema pubblico).

Nel 2022 la spesa per prestazioni da privato ha toccato quota 26,2 mld, ben 12 miliardi in più rispetto a 20 anni prima con una quota che è passata dal 17,8% al 20,3%.

In Lazio, Lombardia e Molise la quota sfiora il 30% della spesa sanitaria regionale. Da notare poi come le Regioni in piano di rientro siano quelle che vi facciano più ricorso.

La spesa diretta delle famiglie è stata, negli ultimi anni, in costante crescita, e tendenzialmente crescerà ancora.

Comprende anche il sistema di *intramoenia* nell'ospedalità pubblica.

Gli italiani spendono molto di più di altri europei per la spesa sanitaria privata diretta.

- il welfare contrattuale e aziendale. Con i decreti Turco e poi Sacconi del 2018 la normativa fiscale prevede la deducibilità che ha prodotto un'esplosione del settore. Man mano che venivano rinnovati i contratti collettivi veniva inserito l'obbligo della sanità integrativa.

Quest'area è stata ulteriormente incentivata dall'introduzione del "Job Acts" che ha al suo interno provvidenze per il "welfare aziendale". Con il "Jobs Act" l'incentivazione allo sviluppo della "sanità integrativa" è stato possibile inserendo nei CCNL il "welfare aziendale" al cui interno per circa l'80% c'erano polizze collettive sanitarie associate ai CCNL e defiscalizzate dallo Stato per le imprese contraenti e per i lavoratori sottoscrittori.

Secondo alcuni ciò ha alleggerito il carico del sistema pubblico ma la deducibilità del welfare aziendale sottrae risorse dal fondo sanitario nazionale e quindi dalla finanziabilità del SSN.<sup>12</sup>

Chi non ha un CCNL può usufruire solo della quota capitaria del FSN, chi ha un CCNL ne ha due, quella pubblica e quella "integrativa".

Le diseguaglianze di salute non possono che aumentare.

- Le mutue sono soggetti no profit, che in cambio di una contribuzione annuale garantiscono prestazioni in convenzione con le strutture sanitarie o rimborsi.

Anche loro sono defiscalizzate. Si può iscrivere anche chi non lavora.

- Le compagnie di assicurazione trainata da persone che si possono permettere spese importanti per sottoscrivere una polizza.

Le assicurazioni costano e soprattutto i bassi redditi non se le possono permettere.

Complessivamente, invece di garantire alle persone una sanità pubblica uguale per tutti a costi ragionevoli si permettono a determinate fasce sociali agevolazioni fiscali per usufruire di una sanità privata più costosa ma non sempre adeguata come quella pubblica.

I cittadini costretti a ricorrere alla sanità privata, di fatto pagando due volte: la prima con le loro tasse, la seconda per necessità mediche non rimandabili.

Ci si domanda perché, a formale a parità di spesa, si deve defiscalizzare il privato anziché rifinanziare il pubblico quando è ormai dimostrato che il mercato ha complessivamente costi maggiori e non premia i soggetti privati più virtuosi.

Il ridefinire le varie forme di sanità integrativa privata e darsi una regia pubblica implica scontrarsi con i poteri forti della sanità privata.<sup>13</sup>

La graduale estensione della sanità integrativa privata è espressione di un neoliberismo in sanità.

Ha dato più spazio al ruolo del mercato compromettendo i diritti delle persone.

Il privato, per sua natura non ha tra le sue finalità quelle di essere equo e universalista. Non ha i vincoli e le regole di trasparenza del pubblico.

- il privato tende a ridurre i costi per massimizzare i profitti. Deve combinare i fattori produttivi per raggiungere obiettivi di redditualità con cui remunerare il capitale investito.

---

<sup>12</sup> Il fondo sanitario nazionale è lo strumento di welfare integrativo nato per garantire ai cittadini un'adeguata e tempestiva copertura sanitaria, soprattutto durante gli anni dell'età lavorativa.

<sup>13</sup> La struttura della sanità privata è descritta nel capitolo 1.

- il privato seleziona i casi meno complessi lasciando quelli più complicati e costosi al settore pubblico il quale ha progressive risorse insufficienti e carenze croniche di personale.<sup>14</sup>

Frequente è la tendenza a far prevalere vantaggi economici e politici di qualche gruppo.

- Alle strutture pubbliche vengono accollati il pronto soccorso, le rianimazioni, i malati contagiosi, (covid attesta) che costano e non rendono.

Mentre il pubblico è condizionato e bloccato da tetti il privato mantiene intatti tutti i suoi privilegi.

Il privato attraverso una batteria di agevolazioni fiscali può disporre di risorse pubbliche sempre maggiori.

La sanità privata è ormai un sistema molto potente in tutte le regioni ed in tutte le provincie.

Le difficoltà del SSN spingono verso una *sanità solo privata*, in parte pagata dalle assicurazioni integrative di chi può permettersene una, in parte rimborsata dalla fiscalità generale.

Dove è assente la politica, dove è assente lo Stato è lì che la speculazione lavora.

### La sanità privata funziona meglio di quella pubblica?

Il modello della sanità privata si diffonde a macchia d'olio non solo in Italia, anche grazie all'azione di istituzioni finanziarie internazionali, Banca Mondiale in testa.

Con questo modello i privati vengono chiamati ad operare come amministratori pubblici e i fondi pubblici finiscono nelle mani dei privati, che operano come agenti dello Stato, sicché lo Stato si trasforma nella sua propria essenza, ed in ultima analisi si privatizza.

Bisogna chiedersi se per lo Stato sia conveniente o meno ridurre la sanità pubblica per sostituirla nel tempo con una sanità privata.

I sistemi sanitari a prevalenza del privato sono i meno efficienti e i meno equi.

Nei USA dove si spende il 15,9 del PIL e dove lo Stato impegna per medicare e medicaid quanto investiamo noi in sanità. Gli esiti di salute sono i peggiori e maggiori sono le diseguaglianze tra le diverse classi sociali e gruppi di origine.

Nel nostro paese la regione Lombardia, dove il 50% degli erogatori sono privati, è crollata sotto i colpi del Covid per la mancanza dei servizi di prevenzione. Una deriva culturale prima che organizzativa che ha trasformato la sanità lombarda in un mercato, regno di una remunerativa medicina riparativa senza più interesse per la medicina di comunità.

---

<sup>14</sup> Si tratta frequentemente delle chirurgie d'elezione con posti letto costosi nei quali vengono ricoverati i malati che non trovano accoglienza nelle strutture pubbliche.

Il progressivo ritiro dello Stato ha spianato la strada agli erogatori privati anche nelle altre regioni dove il pubblico è stato ridotto a un ruolo sussidiario: dei grandi gruppi imprenditoriali presenti ormai dovunque nel paese o della ospedalità religiosa come anche nel caso del Lazio.

Un'analisi svolta in Inghilterra dice chiaramente due cose<sup>15</sup>:

- per ogni unità percentuale di aumento di cessione di attività pubbliche al privato vi è un incremento di mortalità e di decessi evitabili;
- al contrario, aumentando la spesa sanitaria pubblica si riduce la mortalità.

### Proposte

Quale è il modello di sanità che serve?

Bisogna innanzitutto riconoscere nel SSN un pilastro della nostra democrazia e una conquista sociale irrinunciabile.

Abbiamo una sanità pubblica ancora rilevante, più in alcune regioni piuttosto che in altre, anche se sono stati tagliati migliaia di posti letto pubblici e marginalmente quelli privati.

Su 12 ospedali nuovi nel 2020 solo 1 è pubblico.

Sono andati persi decine di migliaia di operatori pubblici medici, infermieri, tecnici, etc.

A marzo 2023 l'insieme del Servizio Sanitario Nazionale dispone di oltre 214 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il:

- 20,5% nelle strutture private accreditate;
- 12.027 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (88,6%);
- 8.132 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (76,7%).

La revisione del rapporto pubblico e privato è una “questione strategica”.

Oggi, il finanziamento pubblico del privato in luogo di un finanziamento adeguato del pubblico è oggettivamente la contraddizione più grossa ma anche la più pesante che abbiamo. Mentre gli investimenti in sanità convenzionata crescono diminuiscono quelli in sanità pubblica conseguentemente il servizio pubblico progressivamente degrada proprio nei suoi aspetti più critici non coperti dalla sanità privata. Perciò va impedito il drenaggio di risorse statali da utilizzare al fine di rafforzare la sanità pubblica e non devolverle a quella privata. Siccome le carenze del sistema pubblico

---

<sup>15</sup> Sul *Lancet* è stato recentemente pubblicato uno studio basato su un database in cui si sono esaminate le esternalizzazioni a soggetti privati di diversi servizi sanitari nell'arco di 8 anni nel Regno Unito (1 aprile 2013-29 febbraio 2020).

Il risultato non è per nulla incoraggiante: per ogni unità percentuale di aumento di cessione di attività pubbliche al privato vi è un incremento di mortalità pari a 0,38 decessi per 100.000 abitanti.

Gallone, G. e Rivetti, C. (2022), *Aumento della mortalità con le esternalizzazioni: la lezione del Regno Unito*, Quotidiano Sanità Piemonte:

[https://www.quotidianosanita.it/piemonte/articolo.php?articolo\\_id=107493](https://www.quotidianosanita.it/piemonte/articolo.php?articolo_id=107493)

sono enormi sorge la necessità di un suo generale riassetto a partire dalla soluzione dei problemi di efficientamento del pubblico ai quali però c'è anche la necessità di trovare risorse.

Il rapporto tra sanità pubblica e privata andrebbe rivisto relegando quest'ultima ad un ruolo esclusivamente integrativo e regolamentandola più rigorosamente.

Il problema non è tanto di contrapposizione tra pubblico e privato né che il pubblico è buono e il privato è cattivo. Ci sono nelle cliniche private con punti di eccellenza ma anche moltissime di bassissimo livello, sostenute spesso dal sistema politico locale. Ma ci sono anche grandi potentati della sanità privata che condizionano le politiche regionali che spingono ad un maggior ricorso alla sanità convenzionata.

La politica nei fatti si sta muovendo nella logica in cui lo Stato dovrebbe occuparsi di "salvare vite", trattando i casi più costosi lasciando alla sanità integrativa le prestazioni a bassa intensità o con maggior margine di profitto.

Un meccanismo che, partito come sussidiario del pubblico, lo va lentamente e progressivamente fagocitando.

Sarebbe necessario arginare l'espansione incontrollata del privato accreditato, sia normando l'integrazione pubblico-privato, sia riordinando la normativa sui fondi sanitari oggi un vero e proprio "cavallo di troia" che dirotta su assicurazioni e sanità privata accreditata risorse pubbliche provenienti dalla defiscalizzazione dei fondi sanitari.

Non si tratta di basare il SSN solo sul pubblico ma per mantenere il principio della sussidiarietà occorre:

- applicare sistemi di valutazione delle prestazioni di livello nazionale (che valga per il pubblico come per il privato) che permetta anche una migliore allocazione delle risorse;
- rivedere i criteri di accreditamento;
- dare maggiori finanziamenti al pubblico e fornirgli regole più semplici di gestione, semplificarli le procedure;
- non puntare più sulla concorrenza;
- lavorare per l'integrazione;
- riordinare la normativa sui fondi sanitari al fine di renderli esclusivamente integrativi arginando le diseguaglianze, e derive consumistiche.

Per tutte queste ragioni sostenere la sanità pubblica e contenere il privato accreditato non è una scelta ideologica ma la necessità di garantire alla popolazione più disagiata un servizio sanitario adeguato ed efficiente.

Se al contrario si decidesse che non è più una priorità del nostro Paese mantenere un SSN pubblico, equo e universalistico, la politica dovrebbe avere l'onestà di scegliere apertamente un altro modello di sanità, governando in maniera rigorosa i processi di

privatizzazione che si stanno già concretizzando in maniera subdola, creando di fatto una sanità a doppio binario. Questa scelta è però la morte del SSN.

#### 4. Rapporto fra SSN e SSR e tra ASL e AOU

Nella situazione attuale i compiti dello Stato e delle Regioni sono rappresentati in forma schematica secondo il seguente riquadro:

*Livello centrale – Stato*<sup>16</sup>

- Tutela la salute dei cittadini Piano Sanitario Nazionale<sup>17</sup>;
- Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)<sup>18</sup>.

*Livello regionale – Regioni*

- Assicurano i LEA con un Piano Sanitario Regionale<sup>19</sup>;
- Definizione organizzazione e finanziamento ASL e AOS<sup>20</sup> che erogano le prestazioni.

*Ruolo delle Regioni*

<sup>16</sup> Balducci, S. (2018), *Organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale*:

<https://www.opira.it/wp-content/uploads/2018/09/Storia-e-organizzazione-SSN.pdf>

<sup>17</sup> Il Piano Sanitario Nazionale delinea:

- aree prioritarie di intervento;
- Livelli Essenziali di Assistenza sanitari (soglia minima delle prestazioni sanitarie a carico del SSN garantite ai cittadini);
- quota capitaria di finanziamento assicurata alle Regioni per ciascun anno di validità del piano
- esigenze e indirizzi per la formazione del personale;
- linee guida per i percorsi diagnostici-terapeutici;
- criteri e indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivi rispetto a quanto previsto.

<sup>18</sup> I Livelli Essenziali di Assistenza sono prestazioni e servizi essenziali (necessari e appropriati per rispondere ai bisogni fondamentali di tutela della salute) che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire uniformemente a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket) con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

<sup>19</sup> Gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale sono:

- I. Tutela della salute e miglioramento qualità di vita dei cittadini mediante sviluppo di rete di servizi su territorio regionale per incrementare numero e qualità di prestazioni;
- II. Razionalizzazione fruibilità e distribuzione equilibrata di servizi sul territorio ed incremento di efficienza e efficacia.

<sup>20</sup> Le Aziende Sanitarie sono uno strumento necessario ad attuare funzioni pubbliche in materia sanitaria (PSN, PSR). Si articolano in:

- Aziende Sanitarie Locali (articolazioni territoriali di SSN costituite da strutture quali Ospedali, Distretti, Dipartimenti, ecc.);
- Aziende Ospedaliere o Ospedaliere Universitarie (ospedali di rilievo nazionale o interregionale – alta specialità).

- responsabilità diretta di realizzazione di governo e di spesa per raggiungimento di obiettivi di salute del Paese, “potestà concorrente” con Stato in materia sanitaria;
- soggetto proprietario di Aziende sanitarie pubbliche – Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere – sul suo territorio (finanziamento, regolamentazione, coordinamento, controllo);
- definizione di Piano Sanitario Regionale e deliberazione annuale di programma e obiettivi assegnati a Aziende Sanitarie;
- garanzia di livelli di assistenza a cittadini residenti in territorio regionale;
- funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera.

Queste funzioni sono espletate per mezzo di propri organi istituzionali (Giunta, Consiglio Regionali) con l’Assessore a Sanità e Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale.

*Livello locale: Azienda USL*

È stata costituita in Azienda dal 1992 con D. Lgs. 502/92.

Dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale (organizzativa, gestionale, amministrativa, patrimoniale, contabile), autonomia secondaria al rispetto di vincolo economico.

Ha funzioni di:

- tutela della salute di popolazione residente su suo territorio, e garanzia di livelli di assistenza;
- gestione dei propri Presidi Ospedalieri e Servizi Territoriali perseguendo equilibrio tra remunerazione di prestazioni e costi di gestione;
- produzione e acquisto di prestazioni: accordi di fornitura («committente») con Aziende Ospedaliere, IRCCS e Strutture Private Accreditate e altri soggetti convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta).

Le strutture attraverso cui provvede ad assistenza sanitaria sono:

- Presidio Ospedaliero;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Distretto.

*Livello locale: Azienda Ospedaliera o Ospedaliera Universitaria (AOU)*

Presidio Ospedaliero (o Policlinico universitario) incorporato da Azienda USL e costituito in Azienda, con gestione autonoma ed indipendente.

Sono Aziende che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali, ricoveri e trattamenti riabilitativi, non possono acquistare, non erogano servizi tipicamente territoriali (assistenza distrettuale e assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro).

Possono diventare Aziende Ospedaliere:

- policlinici universitari definiti per legge di alto rilievo nazionale e ad alta specializzazione;
- presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università o che sono rilevanti per il percorso formativo;
- ospedali di rilievo nazionale ad alta specializzazione dove esista una organizzazione dipartimentale di tutti i servizi;
- strutture destinate a diventare centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza.

I requisiti delle Aziende Ospedaliere sono:

- organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura;
- disponibilità di un sistema di contabilità economico- patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
- dipartimento di emergenza di secondo livello.

*Livello locale Azienda USL – Struttura Organizzativa Distretto*

L'articolazione territoriale ed organizzativa della USL è per attività finalizzate a garantire l'assistenza sanitaria sul territorio attraverso gestione integrata di risorse della Unità Sanitaria Locale e degli Enti Locali. Ha compiti di integrazione socio-sanitaria.

Il suo ruolo è stato notevolmente potenziato dalla riforma sanitaria "ter" in termini di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda USL.

Missione:

- Governare ed orientare l'utilizzo delle risorse;
- Produrre servizi sanitari;
- Soddisfare i bisogni di salute;
- Curare i rapporti con Amministrazioni locali, associazioni di volontariato, organizzazioni sindacali, organizzazioni non a scopo di lucro (ONLUS), singoli cittadini.

### Governance stato-regioni

La regionalizzazione della sanità rimane una degli snodi centrali del SSN.

Nella istituzione del SSN del 1978 si disegna un organigramma sviluppato su tre livelli:

- Nazionale, composto da organi di indirizzo (Parlamento, Consiglio dei ministri, Ministero della sanità, che poi nel 2001 divenne della Salute, Comitato interministeriale per la programmazione economica), organi ausiliari tecnico-

scientifici in grado di fornire consulenze e proposte (Consiglio Sanitario Nazionale, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore per la Prevenzione e sicurezza sul lavoro);

- Regionale: per l'esercizio delle funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria e per l'espletamento delle funzioni proprie o delegate dallo Stato;
- Locale, cui fanno parte i Comuni, le Associazioni dei Comuni e le Comunità Montane e i Distretti Sanitari di base con la responsabilità di gestione delle ASL.

Questo sistema ha prodotto contrasti tra Stato e Regioni e fra forze politiche e una difficoltà di gestione da parte degli enti locali per carenza di cultura sanitaria sulla gestione delle ASL.

### La riforma del 1992-93

La riforma del 1992-93, Lgs. 502/92 e 517/93, rimodula le competenze dei vari livelli istituzionali e diventa molto più liberista.

Sono quella che potremmo definire la “nostra riforma Thatcher”<sup>21</sup>.

La sanità fu indirizzata verso un modello simile a quello dei quasi mercati inglesi, prevedendo la creazione di un sistema sanitario parallelo e alternativo al servizio sanitario nazionale, in mano alle assicurazioni e alle mutue volontarie.

Questo neo-liberismo si esprime inducendo un'idea di salute come merce e della sanità privata, fonte di profitto, in concorrenza con quella pubblica.<sup>22</sup>

L'organizzazione del SSN viene così aggiornata:

- la copertura universalistica viene mantenuta;
- le regioni divengono gli enti principali di gestione dei servizi sanitari a cui si permise di scegliere il proprio modello organizzativo.

Ne derivò un modello ibrido ma se non rispettando la quota capitaria<sup>23</sup>, dovevano colmare con le proprie risorse il disavanzo che avevano creato;

---

<sup>21</sup> Proprio in quest'ottica uno dei principali leader del neo-liberismo di quel tempo, la britannica Margaret Thatcher nel 1991, varò una legge di riforma sanitaria da cui il governo Amato trasse non poche ispirazioni, tra cui quella dell'aziendalizzazione della sanità e della separazione degli ospedali dalle Asl.

<sup>22</sup> In un articolo di Lancet del 2001 si legge al riguardo: “Negli ultimi due decenni, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud, dall'occidente all'oriente.

Il “modello globale” di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi. (...) Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici da una parte rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi per i paesi con medio e basso reddito”.

<sup>23</sup> Le risorse pubbliche destinate a ciascuna Regione per la copertura dei Lea sono assegnate per quota capitaria. Ciò significa che dipendono prioritariamente dal numero di persone residenti

- vengono aziendalizzate le USL si trasformarono in AUSL.  
Da apparati dello Stato diventano aziende dotate di personalità giuridica, con l'obbligo di pareggio di bilancio;
- gli ospedali più importanti diventano aziende ospedaliere (AOL);
- ai comuni vengono lasciate funzioni consultive in ambito sanitario.

### Riforma Bindi (1999)

Già nel 1994-95 si inizia ad intravedere che riforma del 1992 produceva una deriva negativa in direzione di una concorrenza tra strutture e tra pubblico privato.

La Riforma 299/99 cerca di riportare il SSN verso i principi ispirativi di quella del 1978: unitarietà e globalità dell'assistenza.

Dalla competizione si vuole tendere alla cooperazione ed integrazione con una concertazione a livello locale.

Impone a tutte le regioni: il piano sanitario sul modello emiliano romagnolo.

Viene introdotto negli ospedali pubblici il regime *intramoenia* cioè un'attività libero professionale per i medici dipendenti.<sup>24</sup>

Non vengono modificati gli strumenti politici per l'apporto di risorse economico-finanziarie da destinare al SSN.

Dovendo riconoscere che le risorse non sono più sufficienti, si riporta la discussione sulla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), divisi per aree assistenziali.

Il Piano Sanitario Nazionale stabilisce i LEA uniformi per tutto il Paese che lo Stato garantisce al cittadino in maniera gratuita o con partecipazione (ticket). Sono volti a definire cosa spetta di diritto al cittadino.

Lo Stato applica il principio di sussidiarietà per tutte quelle regioni che ancora non hanno una loro legge sanitaria regionale. Tende a supplire le carenze di quelle regioni.

### Riforma del Titolo V (2001)

La riforma del Titolo V della Costituzione – avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 – mette in crisi la riforma Bindi che nel 1999 aveva predisposto una seppur parziale ricentralizzazione.

Con il nuovo Titolo V nel 2001 si introduceva il federalismo.

---

corrette per una serie di parametri che tengono conto delle caratteristiche demografiche e dei bisogni di assistenza nel territorio.

<sup>24</sup> L'*intramoenia* ALPI (Attività Libero Professionali Intramurarie) è l'attività che la dirigenza medica e non medica, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro, nelle strutture dell'Azienda (o in studi o in convenzione), in favore dell'assistito (pagante in proprio) ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta (definizione AGENAS).

Si passa dalla riforma del 1978 in cui il Ministero era divenuto il capofila del Servizio sanitario nazionale, alla riforma del titolo V che demanda completamente le competenze di organizzazione sanitaria alle Regioni.

Si affida la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni in cui l'allocazione delle competenze normativo/legislative diventa un contenzioso continuo tra il dare e l'avere.

Si istaura un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere accentrato a livello regionale mentre riduce il ruolo e le competenze delle autonomie locali.

La *devolution* sanitaria scaturita dalla riforma del Capitolo V della Costituzione ha dato una forte spinta a dinamiche di decostruzione del servizio sanitario nazionale.

È stata una classica ricetta neoliberista somministrata già da decenni in buona parte del mondo contro con lo scopo di erodere capacità politica dei governi nazionali in ambito sanitario.

Con il D. Lgs. n. 300/1999 il Ministero della Sanità sarebbe dovuto abolito (ma solo a far data dal 2001). Le sue residue competenze sarebbero dovute passare al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che avrebbe assunto anche competenze in materia di salute.

In realtà, questo non fu mai messo in atto per cui, con la L. 317/2001, tali competenze rimasero al Ministero della Salute, che fu risuscitato ma intitolato con la parola Salute al posto della parola Sanità, diventando un ministero con poche capacità regolatorie e limitata autonomia finanziaria. Il Ministro della salute non dispone delle leve di governo di cui dovrebbe disporre. Praticamente non ha risorse ma sono in mano alle Regioni. Le risorse del ministero della salute sono una parte molto piccola del fondo sanitario nazionale.

Il Ministero definisce i principi generali e le regioni, che sarebbero obbligate a rispettarli, scelgono il modello organizzativo che preferiscono.

Rimane come esclusiva competenza dello Stato anche il settore della profilassi internazionale. Tale competenza ha permesso, durante la pandemia, di operare un accentramento di interventi (coordinati a livello europeo) per garantire una parità di prestazioni sanitarie per i cittadini di tutto il territorio (lockdown e somministrazione vaccini).

Il Ministero può anche applicare il principio di sussidiarietà. Il governo, nel caso di inerzia di qualsiasi ente territoriale che comporti un pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, può sostituirsi ad esso adottando provvedimenti, oppure nominando un commissario ad acta.

La modifica del titolo V del 2001 avrebbe potuto rappresentare per le Regioni una straordinaria opportunità di autonomia organizzativa dei servizi sanitari.

Delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari avrebbe dovuto puntare ad un federalismo solidale.

Il processo federalista, pur con un controllo della spesa da parte dello Stato, non ha costituito un incentivo a riorganizzare i SSR verso un miglioramento della qualità dei servizi (spendere meglio) e riduzione dei costi (spendere meno).

Ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie diviene diversificato e iniquo.

Le Regioni del Centro-Sud, in particolare, non sono state in grado di organizzare adeguatamente i propri servizi sanitari, generando al tempo stesso enormi buchi nei propri bilanci.

L'attuazione del DdL sulle autonomie differenziate rischia di dare il colpo di grazia al SSN. In sanità il regionalismo differenziato legittimerà normativamente il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute.<sup>25</sup>

### I Piani di rientro

Il problema nasce con il decreto legislativo n. 56/2000 che conteneva la riforma del sistema di finanziamento della sanità. Era considerato come uno dei primi passi verso il federalismo fiscale: prevedeva infatti un aumento di autonomia nel finanziamento della sanità. Nei fatti la spesa sanitaria è esplosa. Tra il 2000 e il 2006 la spesa sanitaria quasi raddoppia. Con un tale ritmo di crescita della spesa sanitaria si sarebbe portata a condizioni di insostenibilità.

Il fenomeno è in parte dovuto all'incremento del fabbisogno sanitario legato alle variazioni socio-demografiche, ma probabilmente si deve anche alla non completa realizzazione della riforma, a cui ha contribuito il ruolo di rilievo avuto da alcune Regioni nella contrattazione relativa alla distribuzione delle risorse.

La forte espansione della spesa sanitaria fu giudicata, dal governo di centrosinistra dell'epoca, insostenibile e portò al Patto per la Salute del 2006 (governo Prodi Ministro per la Salute Livia Turco, ministro dell'economia Padoa Schioppa, presidenza regioni Vasco Errani).<sup>26</sup>

Il patto per la salute fu un documento per responsabilizzare la sanità regionale che era andata fuori controllo e qui furono istituiti i Piani di Rientro.

---

<sup>25</sup> Quotidiano Sanità (2023), *Autonomia differenziata. Landini (Cgil): "Questo progetto va ritirato"*. Poi annuncia: "Il 24 giugno manifestazione a difesa della sanità pubblica, 9 giugno: [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=114551](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=114551)

<sup>26</sup> Il Patto per la Salute 2006 è volto a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, a dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) su un arco pluriennale, a sollecitare e sostenere le azioni necessarie a elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni, a riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale.

Individuare in modo condiviso le regole e le procedure di verifica e controllo delle attività delle Regioni per garantire i LEA su tutto il territorio nazionale e modalità di finanziamento che diano certezza di risorse su un arco pluriennale, nonché sancire la necessità di istituire un'apposita sede per definire nuove regole sulla politica del personale e sulla farmaceutica.

Nel 2007 il governo decide applicare la disciplina dei *Piani di Rientro* in alcune regioni dove si è prevalentemente concentrata la crescita della spesa sanitaria (in alcuni casi, con un commissario esterno)<sup>27</sup>.

Andarono in piano di rientro le Regioni che erano in forte disavanzo sanitario, avevano una spesa pro-capite più alta delle altre e non assicuravano livelli di assistenza paragonabili a quelli delle Regioni più virtuose. Si concentrarono sulle regioni che spendevano di più pro capite e davano i livelli di assistenza più bassi. Cera una correlazione molto forte tra queste due cose.

I Piani di rientro hanno progressivamente coinvolto dieci Regioni: Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia, Sardegna, Calabria, Piemonte e Puglia<sup>28</sup>.

**Tabella 3. Regioni in piano di rientro o commissariate**

Regione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Lazio	28/02	11/07												22/07			
Abruzzo	06/03	11/09								15/09							
Liguria	06/03			10/04	●												
Campania	13/03		28/07											24/01			
Molise	27/03		24/7														
Sicilia	31/07																
Sardegna	31/07			31/12	●												
Calabria			17/12	30/07													
Piemonte				29/07							21/03	●					
Puglia				29/11													

In giallo sono riportate le Regione in Piano di rientro, in rosso le Regioni in Piano di rientro e commissariamento.  
Le date all'interno delle celle identificano l'inizio/fine del Piano di rientro/commissariamento.

Fonte: 6° Rapporto Gimbe, pag. 83

Liguria e Sardegna hanno concluso il loro Piano di rientro al termine del triennio 2007-2009; La Regione Piemonte al termine del triennio 2013-2015.

<sup>27</sup> I Piani di Rientro (PdR) sono finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni sanitarie ed a raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali. Sono stati sottoscritti per la prima volta da alcune regioni a partire dal 2007, alla vigilia della grande crisi internazionale, in un periodo nel quale la crescita della spesa sanitaria pubblica era in crescita. Il piano di rientro è un accordo fra lo Stato e le Regioni che diventa il metodo per la definizione del finanziamento ex ante.

Lo Stato contribuisce parzialmente alla copertura dei disavanzi sanitari pregressi mentre tutti i disavanzi dovranno essere coperti con le risorse tributarie delle regioni.

Tutta la disciplina sui PdR trova sistematizzazione definitiva nel Patto per la Salute 2010-12 e nella legge finanziaria per il 2010.

<sup>28</sup> Ministero della Salute, *Piani di rientro. Il punto della situazione*:

<https://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/dettaglioContenutiPianiRientro.jsp?area=pianiRientro&id=5022&lingua=italiano&menu=vuoto>

Le altre sette Regioni (Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Sicilia, Calabria, Puglia) sono tuttora sottoposte alla disciplina dei Piani di rientro.

Di queste, Calabria e Molise sono commissariate.

Lazio (2008 – 2020), Abruzzo (2008 – 2016), Campania (2009 – 2020) sono state commissariate ma sono uscite dal commissariamento.

L'attuazione di un Piano di Rientro comporta l'entrata in vigore di alcuni "automatismi", ossia l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF (rispettivamente di 0,15 e di 0,30 punti percentuali) ma soprattutto il blocco automatico del turn-over del personale con evidenti ripercussioni negative sul SSR.

L'attuazione dei Piani di Rientro si sono rivelati uno strumento efficace dal punto di vista finanziario. Hanno colpito parte di inefficienze ma la qualità delle prestazioni dell'offerta sanitaria regionale non è migliorata:

- Il numero di posti letto ospedalieri ordinari ha subito una drastica riduzione;
- Il rapporto tra numero di medici e abitanti è diminuito al di sotto della media nazionale;
- Il numero di infermieri già sottodimensionato si è ulteriormente abbassato.

Una dinamica simile si osserva per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale.

Ha infine acuito le disparità tra aree in termini di qualità dell'assistenza sanitaria, e dunque le diseguaglianze nell'accesso alle cure.

### Mobilità sanitaria

I cittadini italiani hanno il diritto di essere assistiti in strutture sanitarie di Regioni differenti da quella di residenza, un diritto che si traduce nel cosiddetto fenomeno della mobilità sanitaria interregionale.

La causa è da addebitarsi alla vera o presunta qualità delle prestazioni erogate.

I tassi di fuga regionali sono calcolati come rapporto tra il numero degli individui residenti in una data regione, ma ospedalizzati altrove, e il totale dei residenti nella regione ospedalizzati nell'anno.

Nel decennio 2010-2019 13 Regioni, quasi tutte del Centro Sud, hanno accumulato un saldo negativo pari a € 14 miliardi, mentre tre dei primi quattro posti per saldo positivo sono occupati dalle Regioni del Nord che hanno richiesto le maggiori autonomie: Lombardia (€ 6,18 miliardi), Emilia-Romagna (€ 3,35 miliardi), Toscana (€ 1,34 miliardi), Veneto (€ 1,14 miliardi).

Al contrario, le cinque Regioni con saldi negativi superiori a € 1 miliardo sono tutte al Centro-Sud: Campania (-€ 2,94 miliardi), Calabria (-€ 2,71 miliardi), Lazio (-€ 2,19 miliardi), Sicilia (-€ 2 miliardi) e Puglia (-€ 1,84 miliardi).

Nel 2020 su € 3,33 miliardi di valore della mobilità sanitaria, il 94,1% della mobilità attiva si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, mentre l'83,4% del saldo passivo grava su Campania, Lazio, Sicilia, Puglia, Abruzzo e Basilicata, peraltro con la Calabria non contabilizzata.

La mobilità sanitaria è cresciuta nelle regioni soggette a Piani di Rientro.

La fuga verso altre regioni ha avuto un rilevante impatto sui sistemi sanitari delle regioni esportatrici. Queste si sono trovate infatti a sopportare il costo delle compensazioni in favore delle regioni che erogano le prestazioni, con grave danno per il sistema di assistenza locale, che perde risorse con un trasferimento finanziario dalle regioni più povere verso quelle più ricche.

La fuga verso altre regioni ha un rilevante impatto sui costi accessori delle cure a carico dei pazienti, oltre che sui sistemi sanitari delle regioni esportatrici. Queste ultime si trovano infatti a sopportare il costo delle compensazioni in favore delle regioni che erogano le prestazioni, con grave danno per il sistema di assistenza locale.

Insomma, meno soldi a disposizione per finanziare le prestazioni sanitarie locali.

### Differenze LEA tra regioni

L'ineluttabilità dei vincoli di finanza pubblica, che rendono critica la copertura finanziaria del SSN, va in conflitto con gli inderogabili doveri di solidarietà sociale che dovrebbero essere garantiti su tutto il territorio nazionale secondo criteri e valori di uniformità demandati all'applicazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Riducendosi il grado di copertura del servizio sempre più prestazioni sono poste a totale carico dell'assistito.<sup>29</sup>

I LEA non sono infatti già oggi esigibili in egual modo in tutte le regioni. Pur essendo stati i LEA definiti, ridefiniti e aggiornati, sussistono forti disomogeneità regionali

---

<sup>29</sup> Quotidiano Sanità (2023), *Rapporto Eurispes. "Un italiano su 3 in difficoltà a sostenere le spese mediche. Per risollevare Ssn servono 12-15 mld in più all'anno"*, 24 maggio:

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=114090](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114090)

Sulla base dei monitoraggi effettuati dal Ministero della Salute a partire dal 2010, l'Osservatorio GIMBE ha elaborato una classifica per punti tra le varie Regioni, che ha evidenziato consistenti disomogeneità negli adempimenti concernenti l'attuazione dei LEA.

Agli ultimi posti della classifica (2010-2019) si trovano Sardegna, P.A. di Bolzano, Campania, Calabria.

Nel 2020, con riferimento alle tre macroaree di valutazione individuate (area ospedaliera; area prevenzione; area distrettuale), Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio e Puglia hanno fatto registrare una soglia superiore a 60 punti (considerata soglia di sufficienza) in tutte le macroaree. Liguria, Abruzzo, Molise e Sicilia hanno presentato un punteggio inferiore alla sufficienza in una macroarea, mentre Campania, Basilicata, Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e Sardegna sono risultate insufficienti in due macroaree.

nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Più in generale la piena esigibilità dei LEA è di difficile applicazione ovunque non essendo definite le modalità dell'integrazione sociosanitaria.

Alle volte si sono adottate misure straordinarie di integrazione economica statale da parte dei Governi.

Per una piena esigibilità dei LEA si pone la necessità di modificare i meccanismi di programmazione e riparto delle risorse alle Regioni a partire di una profonda revisione del sistema dei Piani di rientro. Puntando questi esclusivamente al riequilibrio finanziario, hanno impedito alle Regioni del Centro-Sud di recuperare il gap.

Va aumentata la responsabilità dello Stato nel garantire livelli essenziali di assistenza in modo che sia omogeneo e effettivamente fruibile sull'intero territorio nazionale.

Il tutto si può garantire solo effettuando un adeguato monitoraggio e valutazione sull'efficacia degli interventi.

### Aumento delle spese sanitarie delle regioni a causa del Covid

Già prima della pandemia tra il 2007 e il 2019 si sono creati ancora 27,8 miliardi di debiti, che le regioni hanno coperto e stanno coprendo con maggiori imposte e tagli alla spesa.

Per il 2021, le spese Covid sostenute dalle Regioni e non rimborsate dallo Stato (nonostante gli accordi previsti) è di 3,8 mld di euro a cui si sono aggiunti i costi sostenuti per la pandemia nel 2022 (per i quali non erano previsti rimborsi).

Nel 2022 le Regioni, nel loro insieme, hanno pagato, come spese energetiche delle strutture sanitarie pubbliche, 1,4 mld in più rispetto al 2021.

Le Regioni non possono sostenere un ulteriore anno di bilancio di spesa sanitaria con risorse proprie anche in considerazione che la spesa sanitaria assorbe da sola circa l'80% dei bilanci regionali.

Ad oggi ci sono 15 Regioni con i conti in rosso, di cui sette che non riescono a garantire i LEA. Secondo l'ultimo monitoraggio effettuato dal ministero della Salute nel 2021, le sette Regioni che non sono riuscite a garantirli sono: Alto Adige, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna, Valle d'Aosta e Calabria.

Con i bilanci 2022 sono rimaste con i conti in attivo solo Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Campania e Calabria. Ma in molti casi si tratta di avanzi irrisori.

Le Regioni con maggiore disavanzo sono le Province autonome di Trento e Bolzano, rispettivamente a -243 e -297 milioni, la Sicilia a -247 e il Lazio, che accusa una perdita di oltre 216 milioni.

Solo per l'inflazione, in quattro anni, nel 2024 si sarà mangiata 15 miliardi di finanziamenti.

In molte Regioni contenere il disavanzo con nuovi sforzi fiscali non è sostenibile; solo le regioni più forti potrebbero farlo.

È evidente che o arrivano risorse dallo Stato, ricavate da altri capitoli di spesa, o sarà necessario aumentare le tasse (spesso impraticabile) o tagliare i servizi (cosa che avviene di fatto).

Sul fronte personale si sta tornando indietro rispetto a quanto è avvenuto durante la pandemia, dove si è registrato un buon numero di assunzioni con le quali è stata potenziata complessivamente l'offerta di cura e assistenza: in primis, terapie intensive e centri vaccinali. Va ricordato che, a parte il Lazio, le regioni in piano di rientro sono in genere regioni povere, per cui anche gli aumenti obbligatori delle aliquote possono produrre solo incrementi di gettito limitati. Per esempio, nel caso della regione più povera, la Calabria, si calcola che solo un decimo del disavanzo sia stato coperto dagli incrementi delle aliquote.

Senza l'intervento dello Stato in queste Regioni sarà molto problematico garantire i LEA.

### Considerazioni generali sull'attuale rapporto Stato Regioni

Durante la pandemia Covid sono emersi problemi di coordinamento tra Stato e Regioni.

Oggi l'intervento di regolazione dello Stato si concentra prevalentemente sul versante della spesa piuttosto che su quello dell'organizzazione, pur riservandosi una particolare attenzione a garantire il raggiungimento dei livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale.

La riforma del titolo V della Costituzione ha aumentato le disuguaglianze regionali che potrebbero essere ulteriormente inasprite dall'attuazione dell'autonomia differenziata.<sup>30</sup>

In termini di governance Stato-Regioni, nel settore della sanità più che altrove, si pone il problema della modifica del titolo V.<sup>31</sup> Rivedere, a livello sistemico, la divisione delle competenze tra Stato e Regioni a favore di una maggiore centralità del Ministero della Salute. Una centralizzazione nazionale della gestione è sbagliata ma è necessaria anche una maggiore articolazione a livello regionale. È indispensabile potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto dei loro poteri, per

---

<sup>30</sup> Alleanza per la riforma delle Cure primarie in Italia (2023), *Tre "mosse" per salvare e riformare il Ssn e il Welfare territoriale*, quotidianosanità.it, 29 maggio: [https://www.quotidianosanita.it/studie-analisi/articolo.php?articolo\\_id=114222](https://www.quotidianosanita.it/studie-analisi/articolo.php?articolo_id=114222)

<sup>31</sup> ...riservando allo Stato, oltre che adeguati poteri di regolazione e coordinamento unitario, l'esercizio di quelle funzioni e compiti che le istituzioni territoriali non potrebbero assicurare con la stessa efficacia. Tra essi, ovviamente, anche quelli necessari per garantire la coesione sociale, il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali, l'uguaglianza nell'esercizio dei fondamentali diritti di cittadinanza.

Si veda, a questo proposito, Astrid paper 93 (2023), *L'autonomia regionale "differenziata" e la sua attuazione: questioni di procedura e di metodo*, Aprile.

ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale.<sup>32</sup>

Il livello nazionale (e in particolare il Ministero della Salute) necessita anche di maggiori risorse e strumenti di governance a partire dalla possibilità di imporre sistemi informativi interoperabili e parametri di efficienza centrali e unici anche per uscire dalla logica dei silos.

Vanno resi anche operativi strumenti di sussidiarietà a supporto delle aree più degradate.

Oltre un nuovo equilibrio istituzionale tra stato e regioni si pone anche il problema di un equilibrio nella governance interna alle regioni.

Il neo-centralismo regionale dà poca voce e potere ai comuni singoli o associati.

Un recupero di competenze nella logica già prevista dalla legge 883 permetterebbe di rendere la programmazione regionale più condivisa e attenta alle realtà locali e non un atto d'imperio centralistico regionale avulso da ogni capacità di indurre un servizio articolato per microaree territoriali oltre ad una maggiore integrazione socio-sanitaria. Ciò favorirebbe anche la riduzione di una delle principali carenze del SSN per un pieno equilibrio tra assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale, anche qui molto differenziate fra le Regioni e al loro interno.

#### Aziende ospedaliere (ASL)

Con la riforma del 1992 le ASL vengono organizzate come vere e proprie aziende con personalità giuridica pubblica e quindi direttamente imputabili in caso di disservizio.

Nel 1999 assumono, oltre una personalità giuridica pubblica, anche una loro autonomia imprenditoriale con il dovere di informare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, rispettare il vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi.

Sono dotate di personale organizzativo, addetti gestionali, tecnici specializzato, amministratori patrimoniali e contabili.

Provvedono all'erogazione dell'assistenza sanitaria attraverso i dipartimenti di prevenzione, i distretti sanitari di base, i presidi ospedalieri non costituiti in aziende ospedaliere.

Il processo di aziendalizzazione delle unità sanitarie locali ha riguardato non solo la progressiva autonomia del soggetto erogatore dei servizi sanitari rispetto all'ente territoriale di riferimento, ma ha comportato anche l'introduzione di strumenti privatistici nella gestione aziendale.

---

<sup>32</sup> Lisi, R. (2023), *Autonomia differenziata? Colpo di grazia per il Ssn*, Collettiva, 29 maggio: <https://www.collettiva.it/copertine/welfare/2023/05/29/news/-differenziata-servizio-sanitario-nazionale-3097304/>

## Distretto sanitario

Come articolazione della ASL, il distretto viene individuato con criteri regionali. Ha il compito di assistere una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti salvo diversa articolazione territoriale.

Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

I Distretti raffigurati come “mera articolazione organizzativa delle Aziende” hanno dimostrato negli anni di esercitare funzioni prevalentemente organizzative mentre molto difficilmente di comprendere atti medici o di valenza assistenziale. Così non sono in grado di leggere i bisogni delle popolazioni.

Il processo di aziendalizzazione è fallito perché gli obiettivi prefissati di miglioramento della qualità ed efficientamento economico non solo sono stati mancati, ma ha portato a un impoverimento dei servizi.

I professionisti, che operano rivestono all'interno dei servizi, svolgono un ruolo di tecnici specializzati, di turnisti e talvolta cottimisti. Le competenze professionali sono attribuite in modo fortemente segmentato che richiamano quelle della fabbrica fordista. Ha prodotto una frustrazione degli operatori tanto che tendono a fuggire dal lavoro pubblico emigrando all'estero o scegliendo il privato.

Si pone la necessità di un nuovo modello di governo delle ASL con una maggiore autonomia gestionale che permetta una aderenza alle differenze micro-territoriali. Migliori la qualità del lavoro di tutti gli addetti creando relazioni, contaminazioni tra saperi diversi e condivisione di progetti e interessi.

## Aziende ospedaliere e aziende ospedaliero-universitarie

Le aziende ospedaliere sono gli ospedali scorporati dall'azienda sanitaria locale e costituiti in aziende autonome dotate di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale.

I requisiti delle Aziende Ospedaliere sono:

- organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura;
- disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e con una contabilità per centri di costo;
- presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
- dipartimento di emergenza di secondo livello;

Da un'analisi Agenas si evidenzia una bassa capacità di raggiungere obiettivi assistenziali con un adeguato livello di erogazione dei Lea ospedalieri.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Oggetto delle analisi sono 23 Aziende ospedaliere e 30 Aziende ospedaliere universitarie.

Più di una su 5 registra un basso di livello performance. Al Centro-Sud i dati peggiori.

Maragò, E. (2023), *Aziende ospedaliere. Più di una su 5 registra un basso di livello performance. Al Centro-Sud i dati peggiori. La nuova analisi Agenas*, Quotidiano Sanità, 24 maggio:

Oltre il 25 % degli italiani gode di un servizio ospedaliero non affatto performativo. Le aziende ospedaliero-universitarie sono strutture dotate di autonoma personalità giuridica attraverso le quali si realizza la collaborazione tra servizio sanitario nazionale ed università.

Erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali, ricoveri e trattamenti riabilitativi, non possono acquistare, non erogano servizi tipicamente territoriali.

L'organizzazione è quella dipartimentale per assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Le Azienda Ospedaliera Universitaria si articolano in due tipologie organizzative:

- a) aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale;
- b) aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'università, denominate aziende ospedaliere integrate con l'università.

Le aziende ospedaliero-universitarie sono importanti per il ruolo che rivestono nel funzionamento del sistema della salute.

Come università riversano i risultati della loro ricerca, attraverso una concreta applicazione in regime di assistenza alla persona, e contestualmente dovrebbero garantire una formazione pratica sulle materie cliniche ai laureandi e agli specializzandi. In pratica, anche per i vincoli imposti dalla necessità di garantire un'efficienza gestionale e amministrativa la formazione universitaria può venire sacrificata limitando approfondimenti didattici e di ricerca. In altri termini gli obiettivi di efficienza aziendalistici sacrificano la formazione e la ricerca.

Quella che dovrebbe essere una stretta connessione ed inscindibilità tra l'attività didattico-scientifica del personale medico universitario e l'attività assistenziale che lo stesso svolge presso le aziende ospedaliero universitarie, il rapporto tra il docente universitario, l'Università e la Azienda ospedaliero universitaria non viene sempre a configurarsi come un unico ed unitario rapporto nel quale dovrebbero convivere l'impegno nei confronti dell'Università con quello con l'Azienda ospedaliero universitaria.

È grave che è irrilevante, nel dibattito nazionale e regionale, quale deve essere il ruolo delle Università e in particolare delle Facoltà di Medicina e Chirurgia connesso alla crisi del SSN.

I Centri Universitari di Ricerca e Formazione in sanità vengono analizzati solo sul fronte economico-sociale e non sulla formazione dei professionisti sanitari e sulla ricerca medica.

---

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=114078](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114078)

Il problema che si pone è come debba evolvere l'attuale tipo di Facoltà di Medicina e Chirurgia come sede in cui formare a nuovi modelli culturali, professionali e organizzativi di tutela della salute.<sup>34</sup>

## **5. La sanità territoriale e ospedaliera**

La società è profondamente mutata, le relazioni familiari e sociali sono dilatate, l'invecchiamento e la solitudine sono in crescita.

L'erogazione dell'assistenza sanitaria oggi risulta molto frammentata tra ospedale e territorio e scarsamente integrata con quella socio-sanitaria, generando sprechi e inefficienze, ridotta qualità dei servizi e disagi per i pazienti.

Riportare la medicina di prossimità al centro del Servizio sanitario nazionale è parte essenziale del nuovo modello di sanità territoriale e di prossimità per garantire cure primarie e intermedie, a partire dalle categorie più fragili.

Ciò richiede rimuovere ostacoli infrastrutturali, tecnologici e organizzativi.

È anche da tener presente che il sistema sanitario deve supplire ad un arretramento dello stato sociale oggetto di anch'esso ai tagli decennali sugli Enti Locali.

L'offerta di servizi sanitari andrebbe programmata in relazione ai bisogni di salute e renderla disponibile tramite reti integrate, che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane.

Si dovrebbe parlare di un paradigma sociosanitario da realizzare tra operatori della sanità (ASL e AO) e operatori del sociale (Comuni singoli e associati) e portare al superamento della contrapposizione o giustapposizione tra sistemi sanitari e sistemi sociali, per la realizzazione dei sistemi di salute. Per realizzare ciò è necessario fare un'approfondita analisi sulle esigenze in mutazione della popolazione e seguirne il divenire attraverso adeguati sistemi di monitoraggio e valutazione.

Un ruolo importante può giocare la trasformazione digitale che, come vedremo più avanti, non può essere realizzata senza cultura e competenze digitali nella popolazione e tra professionisti della sanità.

La tecnologia può fare da ponte tra i due livelli di assistenza. Esiste già un enorme patrimonio informativo clinico, diagnostico e terapeutico che viene, finora, in larga parte inutilizzato come le cartelle cliniche ospedaliere che ancora viaggiano su supporti cartacei o non sono tra loro interconnesse.

---

<sup>34</sup> La questione della formazione universitaria relativa alle Aziende Universitarie e alle Facoltà di Medicina in merito alla acquisizione delle competenze professionali del personale sanitario, anche dal punto di vista digitale, viene ripresa e approfondita nel cap. 6 sulla formazione.

### Le reti ospedaliere

Negli ultimi trent'anni, in Italia, sono state portate avanti politiche sanitarie mirate alla “deospedalizzazione” dei casi non acuti che, insieme alle manovre di razionalizzazione della spesa, hanno comportato:

- chiusura dei presidi ospedalieri al di sotto di una certa dimensione;
- taglio dei posti letto;
- drastica riduzione delle unità di personale.

In Italia è diminuito il numero di ospedali, passato da 1.378 nel 2002 a 1.048 nel 2020, di cui 111 ospedali e 113 Pronto soccorso.

Nel 2000 i posti letto negli ospedali in Italia (pubblici e privati) erano 268.057, nel 2019 sono diventati 184.724.

Sono stati tagliati 37 mila posti letto (28mila dei quali ordinari e quasi 10mila di *day hospital*) ma se i posti letto nelle strutture pubbliche sono stati drasticamente tagliati (-38.684), quelli nelle strutture private sono aumentati (+1.747).

La dotazione di posti letto che, negli stessi anni, è passata da 4,4 ogni mille abitanti a 3,1.

È stato percorso non omogeneo fra i diversi territori e allo scoppio dell'emergenza, il Paese si è trovato non sufficientemente attrezzato sia sul fronte ospedaliero, ormai depotenziato, sia su quello territoriale da sempre carente.

Nonostante le assunzioni per far fronte al Covid-19, nelle strutture ospedaliere mancano all'appello ancora oltre 29 mila professionisti, di cui 4.311 medici.

### Il decreto Ministeriale 70/2015 (DM70)

Relativamente alle reti ospedaliere pubbliche si deve partire dal DM70 del 2015 (con le sue successive modifiche) che definisce gli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.<sup>35</sup>

È stato il decreto che ha tentato di mettere ordine alla organizzazione della rete ospedaliera nazionale.

Si è trattato di procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere in base al rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, e sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico.

La classificazione delle strutture ospedaliere del DM70 tuttora vigente prevede le seguenti tipologie ospedaliere:

1. presidi ospedalieri di base: si riferiscono ad un bacino di utenza minimo di 75.000 abitanti e per la continuità assistenziale dei servizi si prevede la possibilità di fare ricorso alla telemedicina ed al teleconsulto;

---

<sup>35</sup> Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, (G.U. 4 giugno 2015, n. 127), <https://www.camera.it/temiap/2016/09/23/OCD177-2353.pdf>

2. presidi ospedalieri di primo livello: viene prevista una degenza semi-intensiva della neurologia e di una semintensiva di area critica e la specifica che la guardia medica nelle 24 ore deve essere per area omogenea di degenza più altre discipline;
3. presidi ospedalieri di secondo livello: deve essere in grado di effettuare attività ad alta complessità sia diagnostiche che interventistiche, e offrire servizi di telemedicina.

L'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità definita dal Decreto coinvolge tutti gli ospedali che erogano prestazioni per il SSN, pubblici e privati accreditati.

Rappresenta l'atto preliminare, fondamentale per definire "chi fa che cosa" in un determinato territorio, con quali servizi, con quali competenze ed esperienza.

Il Decreto avrebbe dovuto portare all'ottimizzazione delle risorse e soprattutto permettere di individuare, in modo obiettivo, le strutture ospedaliere prive dei requisiti per fornire prestazioni specialistiche sicure ed efficaci rendendone in tal modo utile il cambio di utilizzo.

In più dovevano essere previsti presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate per le quali richiedere specifiche organizzazioni.

L'applicazione del DM70 ha comportato nella stragrande maggioranza dei casi il taglio di ospedali pubblici di piccole dimensioni, in buona parte diventati insicuri e lontani dagli standard di prestazioni.

È rimasta però ancora una struttura di reti ospedaliere pubbliche che, non essendo state riorientate sono risultate ridondanti e un ostacolo al riequilibrio dei servizi territoriali. Ridondanti come numero di strutture ma non come posti letto.

Il DM 70 già di per sé richiedeva una revisione in un'ottica non per "tagliare" ma per trovare strade nuove alla riorganizzazione degli ospedali e renderli più efficaci ed efficienti, con una distribuzione delle strutture ospedaliere rapportate alle caratteristiche del territorio e della sua popolazione.

Mettere al primo posto la garanzia di accesso a servizi di provata efficacia clinica, a prescindere dall'area di residenza dei pazienti, compatibile con i volumi di attività erogati minimizzando la frammentazione.

Non teneva però conto che il rapporto ospedale-territorio non può però essere valutato come mero trasferimento di prestazioni dall'uno all'altro, né misurato unicamente in termini di risparmio ottenuto.

Non sono le risorse disponibili che devono condizionare il destino di un piccolo ospedale, ma sono le funzioni affidate che devono determinare l'adeguatezza delle risorse ed il mantenimento delle competenze necessarie.

Viceversa, si è operato unicamente nella direzione di tagliare la spesa, con chiusure e ridimensionamenti, senza un progetto di riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera, che si sarebbe dovuta basare su strutture pubbliche e private accreditate con adeguati servizi sicure per l'utenza ed il personale.

Il criterio adottato è stato prevalentemente di opportunità economica, di scelte elettorali, con scarsa attinenza ai problemi di salute e di efficacia delle prestazioni invece di miglioramento degli standard di sicurezza e di ottimizzazione delle risorse.

È stato spesso oggetto di scontro esclusivamente politico.

Non si è tenuto conto dei rapporti col territorio e delle specifiche esigenze sanitarie e dalla tutela della salute.

Il risultato è stato che la chiusura dei piccoli ospedali, di postazioni di pronto soccorso e la riduzione dei posti letto, ha prodotto un sovraccarico per le strutture in attività, peraltro già afflitte da carenze di organico per il blocco del turn-over.

Ha creato problemi di equità nell'accesso alle cure per quei territori fatti spesso in gran parte di aree "rurali".

La scelta del volume minimo di attività è quindi, entro certi limiti, non può essere una scelta arbitraria o burocratica ma finalizzata all'integrazione fra ospedale e territorio.

Il modello non può vedere gli ospedali lavorare sempre a piena capacità produttiva ma deve essere in funzione della tutela della salute in un mondo interconnesso (Covid insegna).

Il risultato è che i cittadini hanno visto gli ospedali dimagrire, senza veder migliorare contemporaneamente i servizi sul territorio.

Gli ospedali sono stati ristretti ma la sanità territoriale, non è mai decollata.

Ciò è dipeso anche dai modelli di assistenza sanitaria che le singole regioni hanno nel tempo adottato.

Dove era strutturato un buon livello di assistenza territoriale è stato possibile agire su prevenzione e domiciliarità, con una riduzione della pressione sugli ospedali.

Bisogna definire non più un ospedale minimo, ma un ospedale adeguato e superare la contrapposizione ospedale contro territorio verso un complessivo assetto organizzativo per un rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Il DM77/2022, che regola l'assistenza territoriale e di cui parleremo più avanti, si è posto il problema di rispondere a questa esigenza. Superare la precaria organizzazione che non aveva una visione positiva del rapporto ospedale/territorio. Rispondere alla necessità di avere modelli organizzativi in cui le reti professionali territoriali si coordinano con le reti ospedaliere.

Con il DM77 viene istituito l'Ospedale di comunità: struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, mentre l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.

La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale che fa capo al distretto avrebbe assicurato anche le necessarie consulenze specialistiche.

Il tutto partendo dall'assunto che l'abitazione del cittadino va vista come primo luogo di cura. Viene identificato un modello condiviso, a livello nazionale, per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione).

Non funziona se non si realizza presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale.

Le ASL avrebbero dovuto assumere il ruolo non più di coordinatori amministrativi dei servizi territoriali, ma quello di agenzie di salute della popolazione di riferimento in grado di costruire nei territori Piani di Salute condivisi con tutti gli operatori delle filiere assistenziali attraverso l'istituzione della Centrale Operativa Territoriale (COT). In funzione dell'invecchiamento attivo puntare alla realizzazione di servizi che consentano la cura e l'assistenza degli anziani nei loro contesti di vita. Di qui la necessità di ridefinire e accelerare il processo di integrazione tra sanità e welfare.

Una Sanità di prossimità in cui le nuove tecnologie diventano al servizio di una medicina territoriale integrata con il Sistema Sanitario Nazionale.

Il Decreto DM70 ha evidenziato limiti anche nel rapporto ospedali pubblici/privati.

Questo rapporto è rimasto privo di una vera governance da parte delle istituzioni, regionali in particolare.

Alle strutture ospedaliere private è stato lasciato il privilegio di non intervenire nelle situazioni di urgenze e di maggiore complessità.

Il privato è rimasto riserva protetta che gli ha permesso di rimanere fuori dalla complessità organizzativa e in particolare nel coinvolgimento nella rete dell'emergenza-urgenza tipiche delle strutture pubbliche sottoponendo il personale sanitario a carichi sempre più gravosi.

Con questa situazione si sono poste le condizioni di una emorragia di professionisti dal sistema pubblico verso quello privato. Così si è impoverita la professionalità del sistema pubblico proprio per le condizioni protette garantite alle case di cura private.

### Le criticità del pronto soccorso

Le modalità di applicazione del DM70 hanno acuito le problematiche del pronto soccorso dove ogni anno si presentano circa 20 milioni persone.

Il loro sovraffollamento è dovuto anche ad un utilizzo non appropriato. Il problema non può essere risolto soltanto a livello di Pronto Soccorso. La consistente presenza di codici bianco e verde hanno contribuito all'affollamento. Ha determinato attese legate, in buona parte, alla difficoltà di reperire posti letto ordinari.

I pazienti che sono già stati valutati dallo specialista in medicina d'urgenza, destinati al ricovero ospedaliero ordinario, per mancanza di posti letto nei reparti, rimangono bloccati all'interno della struttura del Pronto Soccorso.

Il problema è legato al funzionamento dell'intera struttura ospedaliera. I pazienti, in attesa di ricovero, stazionano mentre quelli nuovi che si presentano rimangono in attesa di essere valutati.

Malati cronici, visite specialistiche di primo livello, esami e servizi diagnostici dovrebbero invece essere gestiti dalle neonate case e ospedali di comunità.

Il numero di letti/acuti a disposizione dei servizi di pronto-soccorso è comunque insufficiente alle richieste e inferiore a quanto prescritto dalla legge. Anche ciò

contribuisce alle attese di ricovero, con un inevitabile incremento del rischio clinico, un inadeguato rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza e della qualità delle cure.

Il lavoro del personale (medici urgentisti e infermieri) è reso più gravoso ed è causa proteste e aggressioni da parte dei pazienti.

Le condizioni operative dei sanitari contribuiscono ad una riduzione dell'attrattività della specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza e ad un costante abbandono da parte dei medici presenti in pronto soccorso, peggiorando la già carenza di personale.

La soluzione di rimpiazzare il personale stabilizzato con medici gettonisti, oltre ad essere più oneroso per il SSN, non garantisce un'adeguata qualità delle prestazioni.<sup>36</sup>

### Pronto soccorso pubblico e privato

Oggi il privato ha il 40,4 % delle strutture per Acuti e il 23,4 % dei posti letto ma gli accessi sono solo 9,7% lasciando il 90,3% al pubblico. Ma stanno nascendo con successo nuovi Pronto soccorso privati, a prevalente Codice verde. Permette di saltare eventuali code rimanendo nell'ambito degli interventi di minore gravità. Andrebbero piuttosto chiamati non pronto soccorso ma ambulatori dove vengono fatte prestazioni banali.

È certamente un punto di riferimento per chi è in emergenza ma ciò è accessibile solo a chi può permetterselo e in particolare per coloro che hanno un'assicurazione sanitaria integrativa che copre in buona parte i costi sostenuti. Diventa un'opportunità di guadagno molto interessante per la sanità privata e fa un passo in più in direzione di un sistema più simile a quello statunitense.

Il fenomeno dei pronto soccorso privati rivela un grave sintomo di un Servizio sanitario nazionale che perde i pezzi e che è sempre meno in grado di rispondere ai bisogni prioritari dei cittadini.

Accreditare troppo le strutture private, senza pensare a tutelare al meglio l'esistente e correggerlo, significa accettare una logica perversa in cui un privato poco virtuoso diventa sempre più potente.

Il superamento delle criticità dei pronto soccorso pubblici vanificherebbe l'esistenza dei pronto soccorso privati.

---

<sup>36</sup> I cosiddetti "medici a gettone" sono professionisti che non esercitano un servizio continuativo, ma vengono semplicemente chiamati all'occorrenza. Indicati anche come medici a chiamata, vengono richiesti per svolgere un singolo turno di lavoro, generalmente non superiore alle 12 ore.

I medici a gettone sono generalmente iscritti a delle cooperative che fanno da intermediarie fra le aziende ospedaliere e i professionisti.

In genere dato che si tratta di incarichi brevissimi si tratta soprattutto di profili molto giovani non sempre adeguati alle esigenze dei pronto soccorso.

Un metodo di lavoro che può apparire disorganizzato molto redditizio.

## Decreto ministeriale DM77/2022

Il Governo Draghi volle mettere mano ad una riorganizzazione della Medicina del Territorio, pensando a dei cambiamenti radicali in un settore strategico per le cure e per le professionalità coinvolte, portando tra l'altro a rivedere il ruolo del medico di medicina generale nell'ambito di una complessiva riorganizzazione della medicina territoriale.

Introduce un nuovo strumento per l'assistenza globale dei pazienti territoriali: il Progetto di salute. E' il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socio-assistenziali, in raccordo con i servizi sociali. Seguirla prima ancora che sviluppi una patologia. Accedere al SSN nel momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio a condizione che sia alimentato in modo coerente e tempestivo il relativo Fascicolo sanitario elettronico (FSE).<sup>37</sup>

Il DM 77, utilizzando anche le risorse del PNRR, definisce i modelli e gli standard di riferimento per la rete territoriale, con l'obiettivo di un radicale processo di rinnovamento e potenziamento dei servizi territoriali per la salute.

Dopo un lungo percorso di negoziazione tra i diversi attori coinvolti (Ministero, AGENAS, Conferenza Stato-Regioni), nel giugno 2022 è entrato in vigore il nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale (Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77), introduce, per la prima volta, standard strutturali, organizzativi (in termini di personale e servizi da erogare) e tecnologici omogenei.

Il contenuto del DM77 non rappresenta una novità assoluta. Già con il Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007 (e quindi ben prima del PNRR), il governo italiano si era mosso in questa direzione attraverso il modello delle Case della Salute, ovvero delle strutture polivalenti in grado di erogare nella stessa struttura l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo al contempo l'integrazione territoriale esattamente come le Case della Comunità.

Il DM 77 è stato Preceduto dal DM 71 che il Consiglio di Stato ha valutato come un "regolamento più che una "riforma". Fissa gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai LEA.

---

<sup>37</sup> Il Progetto di salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health.

Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato.

I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

Il DM 71 dava centralità ai Distretti e ne ribadiva il ruolo di soggetti di “integrazione” socio-sanitaria e sociale. Tale ruolo viene in parte depotenziato con il successivo DM 77 in quanto non tutte le Regioni condividevano il ruolo dato ai Distretti.

Ridurre la centralità dei Distretti quali soggetti di integrazione e soprattutto di “agenzie di salute” nei territori vuol dire lasciare aperto un portone al “mercato” consentendo libertà di iniziativa e scelte ai soggetti economico finanziari in grado di presentarsi, investire, candidarsi alla “governance” della medicina territoriale.

Il DM77 pur tra elementi di criticità presentava importanti contenuti positivi:

- dettava criteri attuativi nazionali uniformi, attesi da molti anni;
- orientava verso un approccio sistemico, collaborativo e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo “secondo un approccio one health”;
- ricomprendeva in un unico atto tutti i servizi dell’Assistenza Primaria ricondotti al Distretto e alle Casa della Comunità.

Soprattutto dava mandato alle Regioni di attivarsi in tempi rapidi e definiti.

Il DM 77 istituisce gli Ospedali e le Case di Comunità, struttura socio-sanitaria che entrerà a far parte del SSN.

Definisce il regolamento attuativo per lo sviluppo della Missione 6 del PNRR.

Vengono elencati gli obiettivi di tipo sanitario relativi al piano e al finanziamento specifico.

Il salto di qualità sembrerebbe quello di passare dalla sperimentazione già in corso nelle Case della Salute di alcune Regioni a Case di Comunità (con specifiche valide a livello nazionale) integrando sociale e sanitario e partendo dalla presa in carico complessiva dei pazienti, e a partire da queste, ricostruire la sanità di territorio.

Il limite più grande è che la strumentazione operativa per istituire la “Casa della Comunità” con il finanziamento del PNRR individua solo la struttura logistica senza definire alcuni fattori di maggiore complessità in termini organizzativi e di risorse.

Non viene individuato il Fabbisogno di personale per l’attuazione della Riforma con il relativo finanziamento.

Non definisce come riempire questi nuovi contenitori di personale con le relative competenze professionali.

Manca, oltre lo specifico personale sanitario, la individuazione del Personale della Riabilitazione e del Personale dell’area tecnica della Prevenzione.

Così come è definito il termine “Casa della Comunità” appare piuttosto fuori da uno specifico contesto, territoriale e senza specifici punti o radici di riferimento.

Nel DM77 diversi sono i servizi territoriali non regolati come:

- i Consultori Familiari la cui attività potrebbe svolgersi all’interno delle Case della Comunità;
- l’Assistenza alle persone non autosufficienti;
- l’attività nei Servizi di Salute Mentale;
- i Servizi per le Dipendenze Patologiche;

- i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza.

Non è quindi stato focalizzato un necessario riorientamento strategico per generalizzare un equilibrio tra sanità ospedaliera e territoriale ovvero una ridefinizione dell'intero modello di prestazioni sanitarie che si incrociano con le prestazioni assistenziali.

Così come definito è improbabile che riesca a superare:

- le significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio,
- la inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali,
- gli estenuanti tempi di attesa per l'erogazione di alcune prestazioni,
- la scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

Con tutte queste limitazioni comunque sarebbe stato necessario, per realizzare gli obiettivi relativi ai servizi territoriali per la salute, attuare immediatamente a valle della promulgazione del decreto le seguenti azioni:

- la definizione dell'articolazione territoriale (indicativamente di 100.000 abitanti)
- l'attivazione dei Distretti coincidenti con l'Ambito Territoriale Sociale;
- l'avvio della programmazione unitaria delle azioni sociali e sanitarie;
- l'attuazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) in ciascun Distretto e, in particolare, al suo interno il Punto Unico di Accesso nella logica dell'accoglienza e dell'ascolto;
- l'avvio delle equipe multiprofessionali a partire dal necessario coinvolgimento delle forme associative strutturate dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

Purtroppo, sia per l'inerzia delle Regioni che per l'insufficienza delle strutture organizzative deputate all'attuazione del decreto, questa impostazione non si è attuata.

### Nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

Nelle condizioni operative attuali la medicina generale sta progressivamente perdendo il suo ruolo in rapporto alla complessiva articolazione del sistema sanitario.

Si registra una progressiva de-professionalizzazione rispetto alle straordinarie competenze di cui era titolare il medico condotto.

Gli rimane come competenza esclusiva la certificazione medico legale e quella necessaria per l'accesso ai servizi del SSN. Ciò provoca un progressivo disinteresse a esercitare questa professione e una "desertificazione" che sta lasciando scoperte milioni di persone con conseguenze sempre più rilevanti per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e soprattutto per la salute della popolazione, in particolare gli anziani e i fragili.

La carenza dei medici di famiglia ha ragioni diverse come:

- la mancata programmazione;
- i medici con numeri esorbitanti di assistiti;
- l'impossibilità di trovare un medico di base nelle vicinanze del domicilio e assenza nelle aree disagiate;
- un percorso formativo inadeguato. È troppo breve e poco formativo dal punto di vista clinico (ne parleremo nei prossimi capitoli).<sup>38</sup>

Con l'applicazione del DM77 nasce la necessità di stabilire il rapporto tra MMG e Case di Comunità. Dovrebbe permettere di definire meglio il ruolo del MMG anche alla luce del cambiamento in atto nella società, sui bisogni assistenziali dei cittadini.

Da una parte evitare che le case di comunità rimangano contenitori vuoti e dall'altra ritenere i medici di famiglia come capro espiatorio del malfunzionamento della sanità, giustificando la necessità di sostituire il SSN con convenzioni, assicurazioni, cooperative e mutue.

Secondo il DM77 tutte le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta dovrebbero essere ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure attraverso un collegamento funzionale di riferimento alle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa.

È un passo avanti rispetto alla solitudine, nel proprio studio, del MMG. Consentirebbe di lavorare insieme ad altri professionisti.

Con gli assistenti di studio si potrebbe tenere d'occhio i pazienti cronici, chiamarli periodicamente per controlli e i piani terapeutici.<sup>39 40</sup>

Per far sì che le case di comunità diventino il centro fondamentale della sanità territoriale si pone il problema del passaggio dei MMG ad un rapporto di dipendenza. All'interno dovrebbero operare non più come liberi professionisti in convenzione, ma a tutti gli effetti dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. In pratica, medici di base e pediatri non sarebbero più - come ora - dei liberi professionisti convenzionati col Sistema Sanitario, Nazionale e Regionale, ma dei dipendenti pubblici, esattamente come lo sono i Medici Ospedalieri. Questo in una logica in cui, come tutti altri operatori delle Case di Comunità, diventino dipendenti pubblici riducendo così il rischio di privatizzazione.

---

<sup>38</sup> Prevedere un percorso accademico per la formazione dei MMG, al fine di rendere più attrattiva questa professione, passando dall'attuale corso di formazione in Medicina generale post laurea di durata triennale gestito dalle Regioni a una specializzazione universitaria della durata minima di 4 anni.

<sup>39</sup> Lisi, R. (2023), *Medico di famiglia, che passione*, Collettiva, 29 maggio:

<https://www.collettiva.it/copertine/welfare/2023/05/29/news/medico-di-famiglia-sanita-3097308/>

<sup>40</sup> Il prevalere delle patologie croniche e della non autosufficienza richiede la costituzione di team multiprofessionali (MMG, infermiere, psicologo, personale amministrativo e relativa tecnologia diagnostica) irrealizzabile nella maggior parte degli attuali studi di medicina generale.

L'ingresso dei medici di base all'interno del SSN dovrebbe essere affrontato con gradualità a partire dall'inserimento dei giovani medici magari con una specializzazione specifica in medicina generale. Questo però, secondo alcuni, sacrificerebbe l'autonomia professionale del medico, o quel che ne resta.

Recentemente il Ministro Schillaci ha dichiarato che i nuovi medici di base saranno dipendenti del SSN, in servizio 38 ore settimanali accogliendo le richieste delle Regioni e delle ASL.<sup>41</sup>

La cosa non è piaciuta solamente alla FIMMG (il sindacato maggioritario della categoria) ma buona parte dei MMG l'accetterebbe.

Attuare questo tipo di scelta va nella direzione dell'interesse nazionale senza tener conto di interessi corporativistici. Per dare corpo al progetto della medicina territoriale, già finanziato coi soldi PNRR, avere i dottori dipendenti è essenziale.

Purtroppo, a distanza di poco più di un anno dall'adozione del DM77, come è documentato dal recente monitoraggio Agenas, il percorso attuativo di Case della Comunità, Ospedali di Comunità e COT è fortemente rallentato o, in numerose regioni, addirittura fermo.<sup>42</sup>

Si assiste a:

- la progressiva diluizione degli obiettivi del DM77-PNRR,
- lo svuotamento dei contenuti innovativi capaci dare impulso alla riforma dell'assistenza primaria,
- l'allineamento sulle posizioni conservative della rappresentanza sindacale della Medicina Generale,
- il perseverare nella logica prestazionale-commerciale a scapito dell'orientamento alla presa in cura dei problemi di salute dei singoli e delle comunità.

Intanto fino a oggi meno del 10% delle case di comunità annunciate sono state realizzate e sono presenti in sole cinque regioni.

Dato l'enorme ritardo nel progetto qualcuno si pone il problema se vale la pena proseguirlo.

Lo stesso ministro della Salute si è detto perplesso:

«Sono fiducioso che si possano realizzare tutte le Case di Comunità previste dal PNRR ma potremmo avere dei problemi di fondo visto che, rispetto a quando sono stati erogati, i costi sono lievitati sensibilmente. Inoltre nello stanziamento non era prevista alcuna disponibilità per il personale e le attrezzature».

---

<sup>41</sup> Minerva, D. (2023), *Mancano i medici di base. La soluzione ci sarebbe*, 17 agosto: [https://www.repubblica.it/salute/2023/08/17/news/mancano\\_i\\_medici\\_di\\_base\\_la\\_soluzione\\_ce-411324905/](https://www.repubblica.it/salute/2023/08/17/news/mancano_i_medici_di_base_la_soluzione_ce-411324905/)

<sup>42</sup> AGENAS (2023), *Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022*: [https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio\\_DM\\_77\\_sintesi\\_fase\\_2\\_v2\\_finale.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2_finale.pdf)

«Chi ci mettiamo nelle 1.350 case di comunità previste dal PNRR, quale personale utilizziamo per farle effettivamente funzionare?

Le strutture sanitarie previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza sono al momento prive di risorse professionali che ne garantiscano l'attività».<sup>43</sup>

Nel paragrafo relativo al PNRR vedremo come tutto il progetto relativi alla riorganizzazione della medicina territoriale è stato fortemente ridimensionato.

### Sanità penitenziaria

Al 31 dicembre 2023, la popolazione detenuta ha raggiunto la cifra di 60.382 persone, rispetto a una capienza effettiva di 47.300 posti disponibili.

Il carcere, inteso come fenomeno sociale delinea un ambito assolutamente specifico rispetto alle normali dinamiche socio-sanitarie.

La Sanità Penitenziaria va collocata nel quadro dei principi fondamentali e costituzionali della tutela della salute, delle finalità generali dell'ordinamento penitenziario e delle misure private e limitative della libertà.

Il diritto alla salute di coloro che si trovano in condizione di privazione della libertà non può ridurre una tutela e garanzia quale diritto inviolabile della persona.

Il DPCM del 1 aprile 2008, promulgato in legge in data 14 giugno 2008, ha sancito il passaggio di gestione ed erogazione dei servizi di medicina penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale. Con questo DPCM si pensava che finalmente la sanità si prendesse in carico l'assetto generale della tutela della salute per le persone con limitazione delle libertà personali e che avrebbe potuto rientrare in canoni accettabili e paralleli alla sanità generale.

Oggi, tale strutturazione funzionale ancora risente di una certa instabilità legata alle vicende generali della sanità nazionale ed è ancora in fase di graduale ottimizzazione.

In non poche strutture penitenziarie la carenza di personale medico permette di realizzare servizi di guardia medica, che dovrebbero essere attivi sulle 24h, solo in alcune fasce della giornata e restando le altre scoperte. Lo stesso dicasi per gli infermieri quando molti detenuti hanno necessità di assistenza per terapie farmacologiche.

Sovraffollamento, violenza, carenze organizzative e terapeutiche gravi e continue, rendono una situazione molto preoccupante, ancor più se si considera la possibilità che alle presenti carenze potrebbe aggiungersi la sanità differenziata. In queste condizioni appare chiaro il perché aumentino gli eventi suicidari, l'utilizzo inappropriato dei farmaci insieme alle droghe più diffuse, siano diventati una costante nelle carceri e siano in regolare aumento.

Le proposte vanno attivate prevalentemente sul territorio quali:

---

<sup>43</sup> Per un ulteriore approfondimento sul progetto relativo all'utilizzo dei fondi del PNRR si rimanda al paragrafo 2.6.

- Sopperire alla scarsità del personale sanitario per una attività che tra ‘altro ha scarsa attrattività (sede disagiata, lavoro usurante, ecc.). C’è urgenza di incremento soprattutto per il personale degli psicologi di cui particolare è la carenza.

- Programmi di reinserimento sul territorio per le persone detenute in uscita dal carcere, attraverso una specifica valutazione dei bisogni personali: lavoro, housing, assistenza sanitaria, ecc.

Una attenzione particolare è da dedicare a quelli senza fissa dimora o agli stranieri non residenti o con provvedimento di espulsione.

- la creazione di un portale socio-sanitario per le problematiche dei soggetti sottoposti a limitazioni delle libertà personali, ma con misura esecutiva esterna, finalizzato a assicurare l’assistenza socio-sanitaria.

- un’attenzione particolare per le detenute donne, ai minorenni e a tutti coloro che sono portatori di un disturbo da uso di stupefacenti e/o alcol, in quanto a maggiore vulnerabilità e rischio di recidiva.

un tavolo cittadino di coordinamento ed esecuzione di tutte queste attività, che si interfacci con i vari enti coinvolti, responsabilizzandoli alle loro specifiche mansioni, anche attraverso un’azione di formazione/informazione della dirigenza dei suddetti enti.

Tutti gli interventi ipotizzati sono preordinati a favorire il decremento della recidiva, ancora molto frequente in questa particolare popolazione.

## 6. Il personale sanitario

Il personale dipendente relativo all’anno 2021 è di 670.566 così ripartite per macro-categoria:

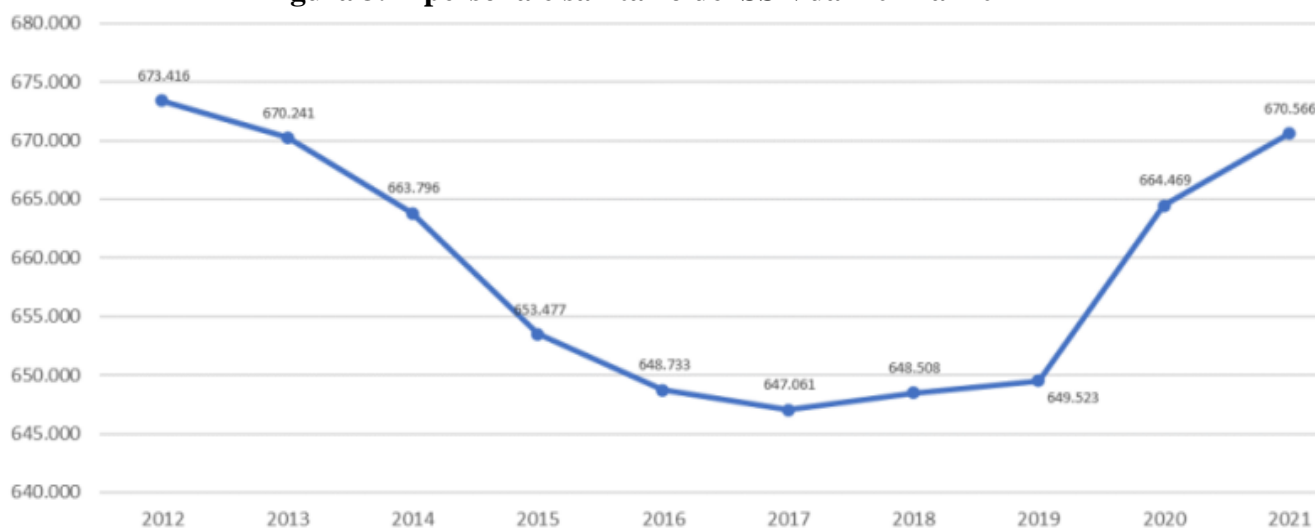
**Tabella 4. Personale dipendente per macrocategorie 2021**

Macro-categoria	N°
Personale non dirigente	537.450
Dirigenti sanitari*	127.424
Dirigenti Professionali, Tecnici e Amministrativi	4.835
Altro personale	857
<b>Totale</b>	<b>670.566</b>
*Medici, odontoiatri, veterinari	

*Fonte: Ragioneria Generale dello Stato*

L'andamento del personale del Servizio Sanitario Nazionale negli anni è rappresentato dal seguente grafico.<sup>44</sup>

**Figura 3. Il personale sanitario del SSN dal 2012 al 2021**



Fonte: Report MEF su CA del Personale, 2021 - Ragioneria Generale dello Stato

Tra il 2012 e il 2017, il personale (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le Asl, le Aziende Ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS pubblici è passato da 673 mila a 647 mila unità, pari ad una flessione di poco meno di 27 mila unità (4 %) (circa 41.400 rispetto al 2008).

Nel 2020 con l'arrivo del Covid c'è stato un reclutamento straordinario di personale ma a tempo determinato. È salito a 664.469 unità di cui 68,4% donne e 31,6% uomini. Rispetto all'anno 2019 il personale del 2020 risultava aumentato di 15.126 unità.<sup>45</sup>

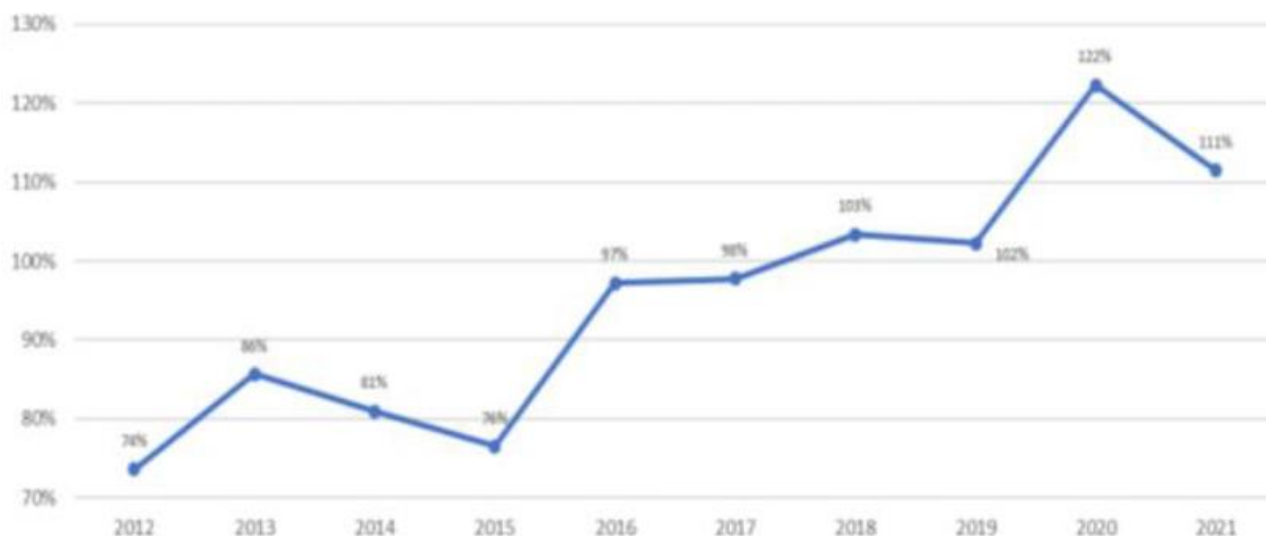
Nell'anno 2021 il personale dipendente del SSN ammontava a 670.566 unità di cui 68,7% donne e 31,3% uomini. Aumentato di 6.097 unità rispetto al 2020 e di 21.223 rispetto al 2019.

Dal grafico tra personale assunto e quello cessato nello stesso periodo si vede come questo rapporto è inferiore a 100 fino al 2017 e solo dopo l'insorgere della pandemia diventa positivo.

<sup>44</sup> GIMBE (2023), 6° Rapporto GIMBE - Servizio Sanitario Nazionale al capolinea: compromesso il diritto alla tutela della salute. Spesa pubblica pro-capite: il gap con la media dei paesi europei è di € 48,8 miliardi. Le enormi diseguaglianze nord-sud saranno legittimate dall'autonomia differenziata. Dalla Fondazione GIMBE l'appello per un patto politico e sociale per rilanciare la sanità pubblica, 10 ottobre: <https://coronavirus.gimbe.org/press/comunicati/comunicato.it-IT.html?id=423>

<sup>45</sup> AGENAS (2023), *Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale*, Approfondimenti, marzo 2023: [https://www.agenas.gov.it/images/agenas/personale/PersonaleSSN\\_marzo\\_2023.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/personale/PersonaleSSN_marzo_2023.pdf)

**Figura 4. Rapporto percentuale tra personale assunto e personale cessato nel periodo 2012-2021**



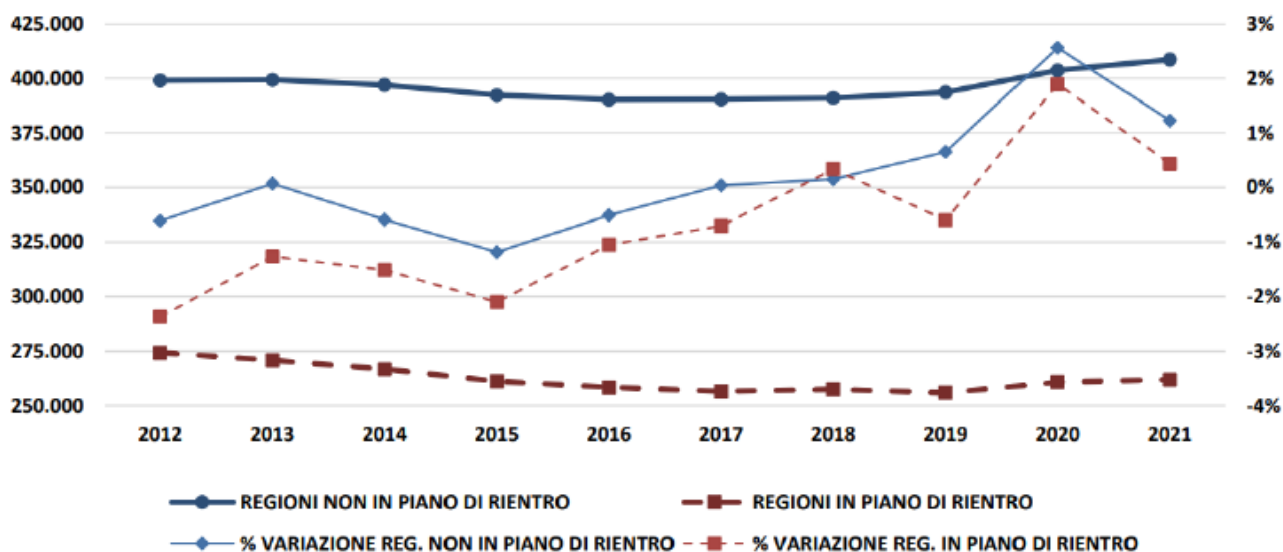
*Fonte: Report su CA del Personale 2021 – Ragioneria Generale dello Stato*

La causa della forte diminuzione del personale è dovuta al blocco del turnover nelle Regioni in piano di rientro e alle misure di contenimento delle assunzioni adottate per rispettare il vincolo della spesa.

Le regioni in piano di rientro hanno registrato una decisa e costante diminuzione del 4% a differenza di quello non in rientro che hanno mantenuto un altrettanto decisa crescita del 4%.

La variazione percentuale, con o senza piano di rientro, ha comunque, per tutte le regioni, un andamento oscillatorio, di crescita e decrescita, ma si attesta ad oltre l'1% per quelle senza rientro e a poco sopra il 0% per le altre.

Anche le assunzioni in seguito al Covid non hanno evitato il saldo negativo nelle regioni in piano di rientro.

**Figura 5. Numero di occupati: confronto tra regioni in piano di rientro e le restanti nel periodo 2012-2021**

Fonte: Report MEF su CA del personale 2021- Ragioneria Generale dello Stato

Allo stato attuale per gli operatori sanitari in rapporto agli abitanti, l'Italia ha ancora una buona quantità di medici ma una forte carenza di infermieri.

Non mancano medici, ma sono carenti alcune figure e specializzazioni. Pur non sembrando di mancare lo squilibrio tra le varie specializzazioni (alcune abbondanti e altre carenti) produce sofferenza nella sanità pubblica. Tra l'altro i medici italiani, come vedremo più avanti, sono i più anziani d'Europa.

Nel nostro Paese si contano infatti 4,1 medici ogni 1.000 abitanti, dato superiore rispetto alla media Ocse di 3,7 ma soli 6,2 infermieri a fronte di una media Ocse di 9,2 per 1.000 abitanti.

Il personale sanitario, rilevato dall'Istat è così suddiviso per le diverse professioni e specialità:

**Tabella 5. Personale del SSN per professione e specialità nel 2021**

Professione	N°
Medici	242.721
Medici specialisti <sup>a</sup>	194.142
Medici generalisti	48.579
Medici di medicina generale (MMG)	40.250
Altri medici generalisti (esclusi MMG)	8.329
Odontoiatri	49.721
Ostetriche	16.907
Professioni infermieristiche	367.378
Farmacisti	75.910
<sup>a</sup> Di cui 7.022 PLS	

Fonte: ISTAT

### Articolazione del personale sanitario italiano

Il SUMAI (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana) ha pubblicato in un volume un'articolazione del personale sanitario italiano.

I suoi dati non sono completamente sovrapponibili a quelli dell'Istat ma sono stati utili per le nostre analisi. Ne riportiamo i più significativi.<sup>46</sup>

### Medici

Nel 2022 abbiamo in Italia 413.631 medici.

Di questi circa 229.000 sono sicuramente attivi in quanto appartenenti alla fascia d'età dai 23 ai 59 anni. Sono 3.613 in più del 2021.

Circa 114.000 appartengono alle fasce d'età che vanno dai 60 ai 69 anni sono in parte attivi e in parte pensionandi. Sono circa 6.000 in meno del 2021;

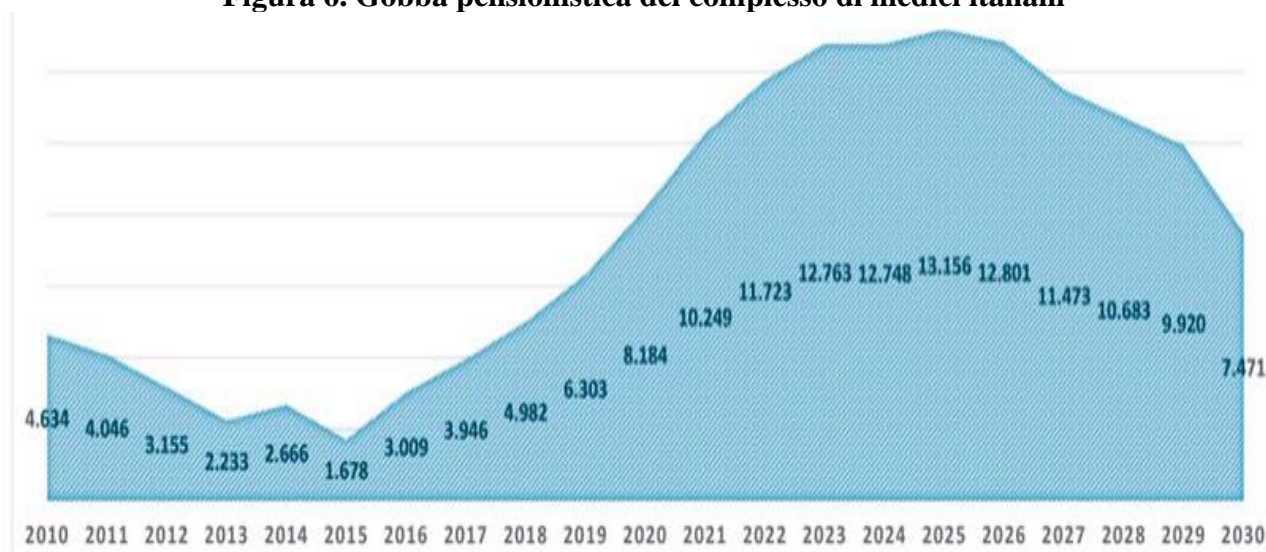
Circa 71.000 sono pensionati in quanto appartengono alle fasce d'età di oltre 70 anni. Sono 17.000 in più del 2021. Di questi circa 28.000 hanno oltre i 75 anni.

Il grafico seguente rappresenta la gobba pensionistica relativa a tutti i medici italiani ovvero il numero di medici che già sono andato o presumibilmente andranno in pensione in ciascun anno.

Gli anni più prossimi sono quelli più critici e dove più difficilmente trovare i sostituti.

<sup>46</sup> Magi, A. (2023), *Medici 2023-2030 Quale futuro: Pubblico o Privato? I numeri*, Sumai: [https://www.sumaiassoprof.org/wp-content/uploads/2023/11/Sumai\\_libro-Dott.-Magi-25-ottobre-2023.pdf](https://www.sumaiassoprof.org/wp-content/uploads/2023/11/Sumai_libro-Dott.-Magi-25-ottobre-2023.pdf)

**Figura 6. Gobba pensionistica del complesso di medici italiani**



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati ENPAM, INPS, FNOMCeO e Ministero della Salute

Su 208.316 i medici specialistici (mentre i rimanenti 205.315 sono non specialistici) 124.000 dipendono dal SSN e svolgono la loro attività sia come specialisti ospedalieri o come specialisti ambulatoriali convenzionati interni, all'interno di strutture pubbliche e 6.921 (nel 2021 erano 7.022) esercitano invece la professione come pediatri di libera scelta, pari cioè al 4,17% (nel 2021 era il 4,87%).

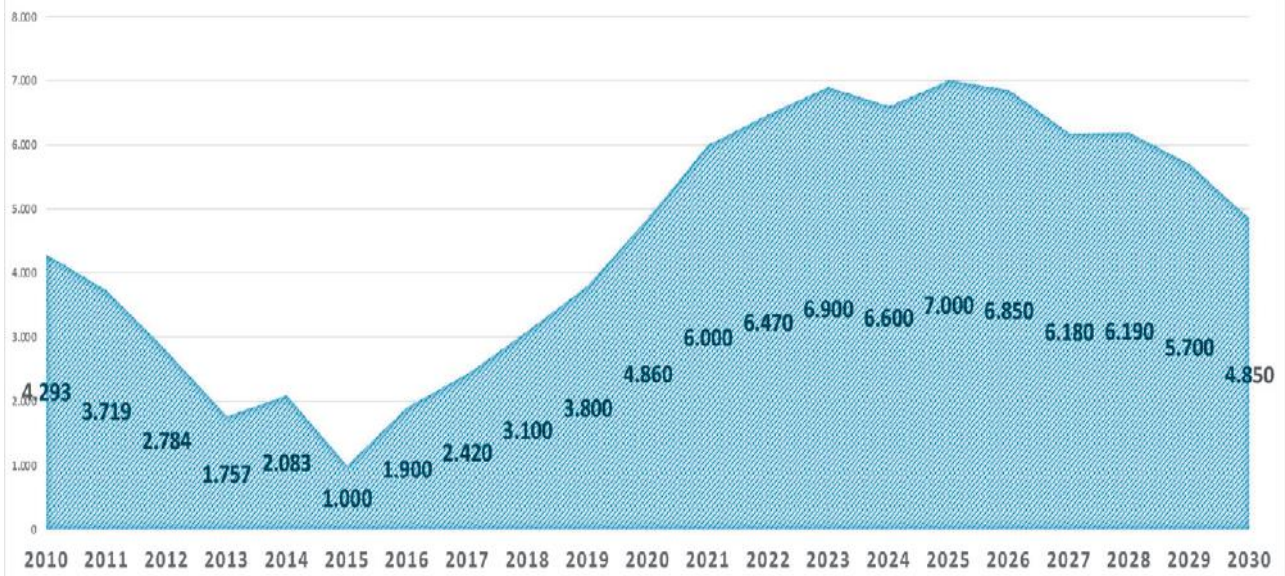
Sono pertanto 41.938, cioè il 25,30% del totale quelli che lavorano nel privato o esclusivamente come liberi professionisti percentuale che sta fortemente aumentando negli anni.

Su 102.491 dirigenti medici 46.910 hanno più di 60 anni, pari cioè al 45,80 %.

Il grafico seguente evidenzia la gobba pensionistica, ovvero quanti medici della dirigenza medica sono andati o andranno in pensione nei prossimi anni.<sup>47</sup>

<sup>47</sup> I dirigenti medici sono quelli che, oltre alle funzioni afferenti le competenze professionali specifiche, svolgono anche funzioni di direzione e organizzazione della struttura, mediante atti di organizzazione del personale necessari per il corretto espletamento del servizio.

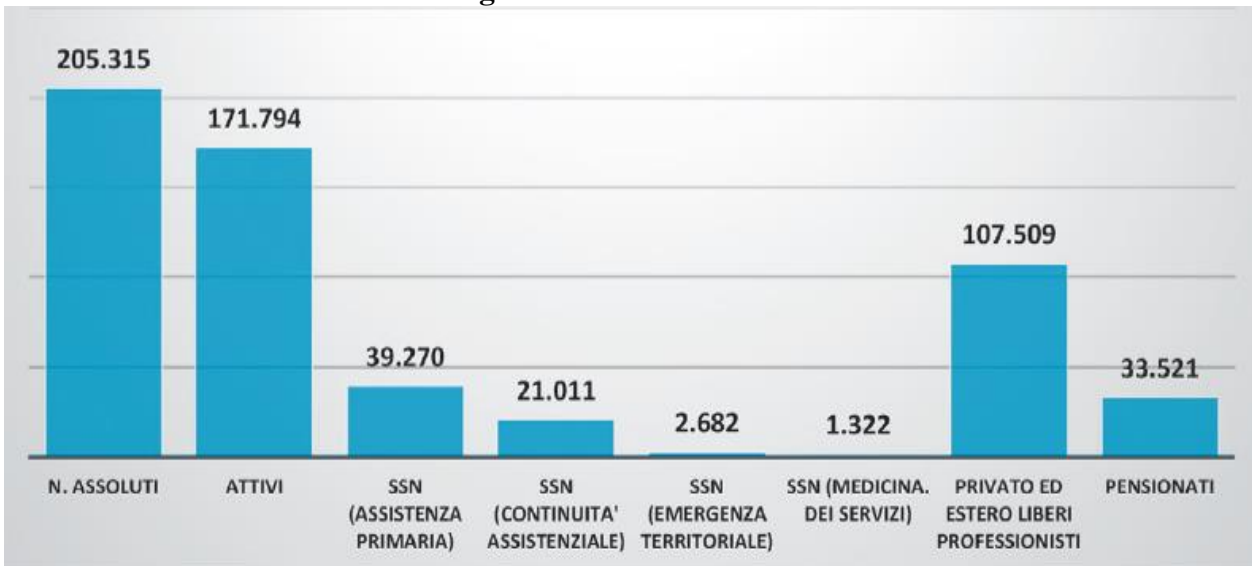
**Figura 7. Gobba pensionistica della Dirigenza Medica**



Fonte: Sumai

La articolazione dei Medici di medicina generale (MMG) nel 2023 è rappresentata dal seguente grafico.

**Figura 8. Medici MMG 2023**



Fonte: Sumai

Su 39.270 medici di medicina generale di assistenza primaria 20.629 hanno più di 60 anni pari cioè al 52,53%.

Su 21.011 medici di medicina generale di continuità assistenziale 11.037 hanno più di 60 anni pari cioè al 52,53%.

Su 2.684 medici di medicina generale dell'emergenza territoriale 1.427 hanno più di 60 anni pari cioè al 53,17%.

Su 1.322 medici di medicina generale dei servizi 1.267 hanno più di 60 anni, pari cioè al 95,84%.

Su 6.921 medici pediatri di libera scelta 3.636 hanno più di 60 anni, pari cioè al 52,54%.

La medicina generale in Italia non era del tutto carente, ma ha perso circa 5mila medici in dieci anni. Tale contrazione ci ha allontanato dalla media europea dei MMG.<sup>48</sup>

La classe di età superiore ai 60 anni è molto più numerosa e quella di età compresa tra 20-29 anni. L'età media è di 60,05 anni (59,20 per le donne e 60,90 per gli uomini).

La popolazione femminile medica è in costante e continuo aumento.

La difficoltà di esercitare pienamente il loro ruolo di copertura del territorio è dovuta anche da una carente organizzazione multiprofessionale dell'assistenza.

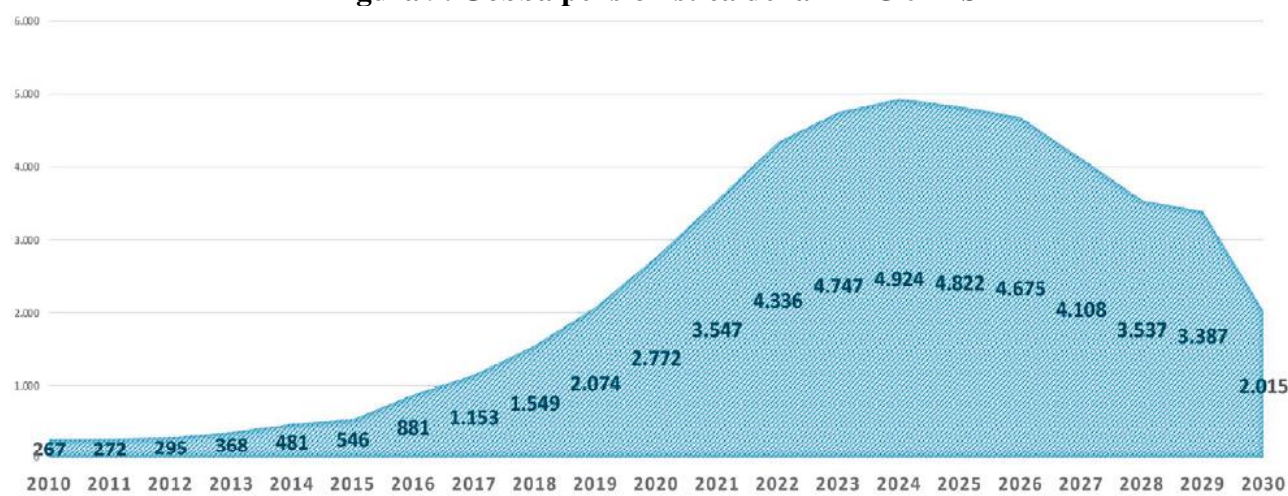
I pediatri di Libera Scelta nel 2023 sono circa 7.000, cioè lo 0,11 per mille abitanti.<sup>49</sup>

Anche qui la classe over 60 è molto più numerosa e quella di età compresa tra 20-29 anni e la popolazione femminile è in costante e continuo aumento.

L'età media è di 59,06 anni (58,12 per le donne e 60,01 per gli uomini).

Il grafico seguente evidenzia la gobba pensionistica relativa ai MMG e PLS che sono andati o andranno in pensione nei prossimi anni. È evidente quanto crescerà la carenza di questa carenza di medici tra oggi e il 2024-2026 che poi sono gli anni cruciali per la realizzazione del PNRR.

**Figura 9. Gobba pensionistica della MMG e PLS**



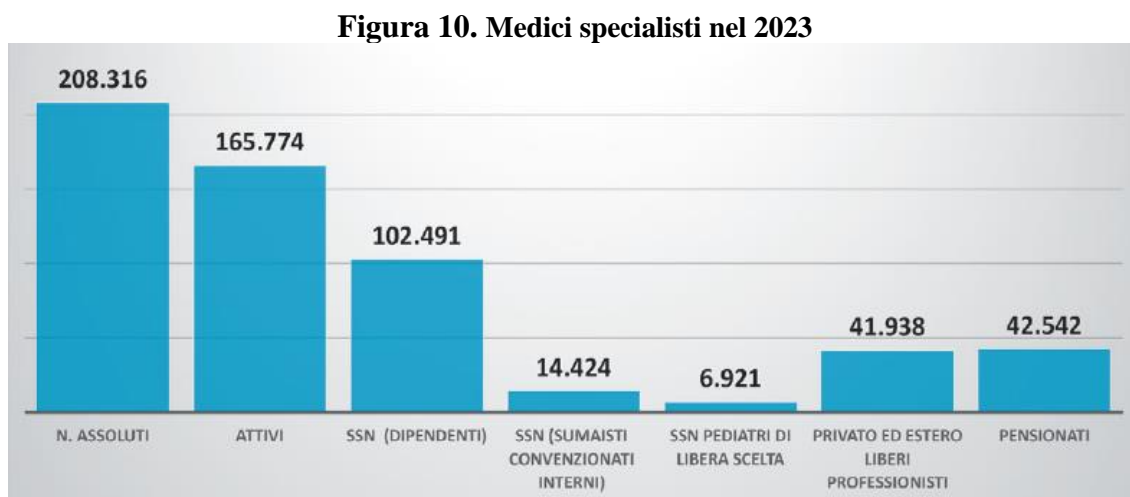
Fonte: Sumai

<sup>48</sup> Nel 2023 sono circa 39.000 cioè lo 0,69 per mille abitanti. Nel 2021 erano 41.000 circa 1.500 in meno. Sono diminuiti del 3,7%. Rispetto al 2019 mancano sul territorio 2.178 medici di base e 386 pediatri.

<sup>49</sup> Nel 2021 erano 7.143 cioè lo 0,12 per 1.000 abitanti. Sono diminuiti del 3,10%.

Per i pediatri di libera scelta a livello nazionale il rapporto pediatri per abitanti è di 0,12 pediatri per 1.000 abitanti.

La articolazione dei medici specialistici nel 2023 è rappresentata dal seguente grafico:



*Fonte: Sumai*

Su 14.424 medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni 7.251 hanno più di 60 anni, pari cioè al 50,27%.

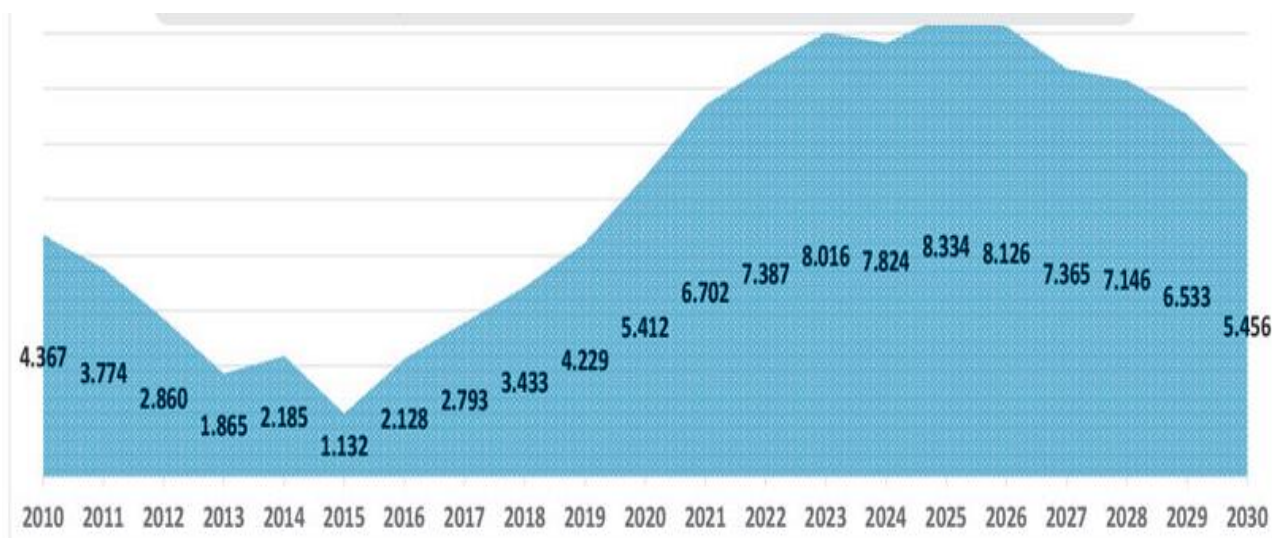
Su 646 medici specialisti convenzionati esterni “ad personam” 392 hanno più di 60 anni, pari cioè al 60,68%.

Su 9.160 medici specialisti convenzionati esterni “societari” 3.823 hanno più di 60 anni, pari cioè al 41,74%.

A livello nazionale, il rapporto tra medici specialisti e abitanti è di 3,54 specialisti per 1.000 abitanti.

La gobba pensionistica dei medici specialistici è la seguente:

**Figura 11. Gobba pensionistica dei medici specialisti SSN (Dirigenti e Specialisti Ambulatoriali Interni)**



Fonte: Centro Studi Sumai Assoprof: elaborazione dati INPS ed ENPAM

Una situazione rappresentata dalle varie gobbe pensionistiche è assai grave considerando che tutto questo era già stato previsto ed annunciato dagli stessi medici da tempo, che lo avevano reso noto con numeri e tabelle a chi aveva, in quel momento, responsabilità di governo sia a livello nazionale che regionale.

### La criticità degli infermieri

La situazione del personale infermieristico è ancora peggiore di quella del personale medico. Gli infermieri costituiscono con un numero assoluto di 279.837 unità, il 41,7% del totale del personale del SSN. A questo va aggiunto il personale sanitario non dirigente di profili diverso da quello infermieristico è costituito da 69.098 unità, che sommato al personale sanitario infermieristico arriva a un totale di 348.935 unità.

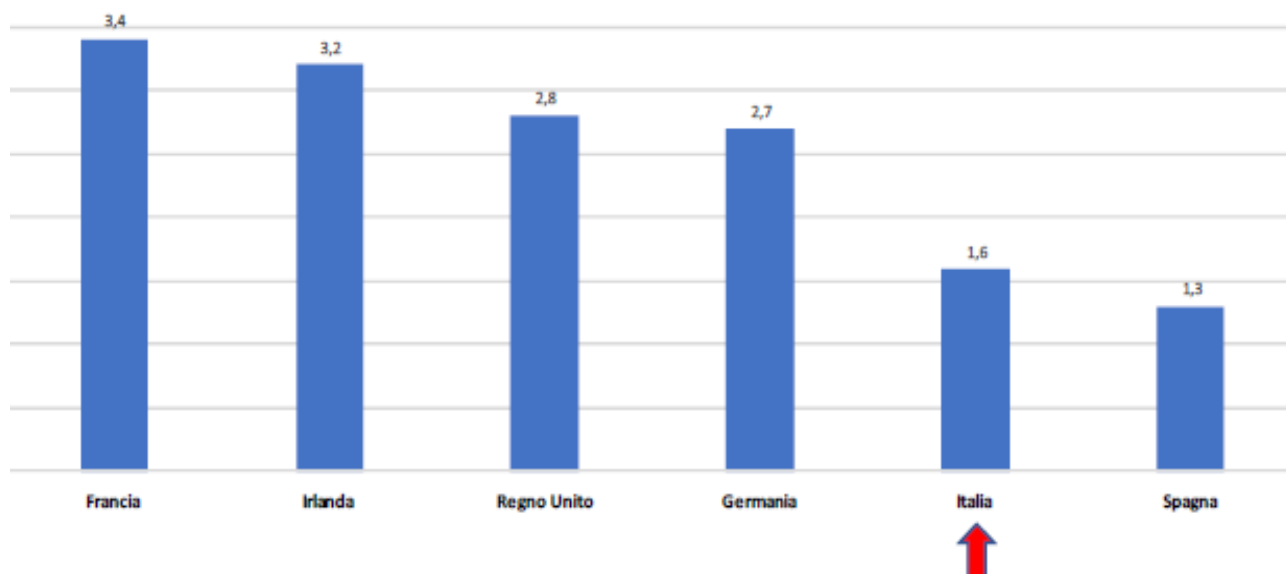
Rispetto alla media in quasi tutti i Paesi dell'Europa occidentale, l'Italia ha 626 infermieri ogni 100.000 abitanti rispetto alla media europea di 963 infermieri ogni 100.000 abitanti dei Paesi aderenti all'UE. Di questi Germania, Francia, Paesi Bassi, Belgio, Svezia, Austria, Slovenia e Danimarca hanno tutti registrato più di 1.000 infermieri ogni 100.000 abitanti. Per arrivare alla stessa media UE si stima che si dovrebbero avere altri 220mila infermieri.

Il rapporto tra medici e infermieri espresso dal seguente grafico evidenzia la precaria situazione italiana se raffrontata con i principali paesi europei.

Il rapporto infermieri/medici è di 1,6 rispetto al 3,4 della Francia.

È inferiore all'Italia soltanto la Spagna (1,3).

**Figura 12. Rapporto medici/infermieri nel 2020**



Fonte: Elaborazione AGENAS su dati OCSE

Il numero di infermieri può variare tra gli Stati europei in base alle differenze nei sistemi sanitari e al modo in cui gli infermieri sono classificati. In conseguenza di un diverso rapporto un infermiere italiano, rispetto al medico, ha più assistiti da seguire se confrontato con la media europea.

Secondo la Corte dei Conti sono 65mila il numero di infermieri che mancano all'appello. In base al PNRR, ne servirebbero poi almeno altri 20mila per coprire la necessità di infermieri di famiglia e di comunità.

Altre stime raddoppiano questa cifra.

La situazione peggiorerà negli anni futuri.

La seguente tabella rappresenta gli infermieri che andranno in pensione tra il 2022 e il 2027.

**Tabella 6. Infermieri che andranno in pensione nel quinquennio 2022-2027**

Infermieri	60-64 anni	65-67 anni	Oltre 68 anni
<i>Uomini</i>	5.535	643	3
<i>Donne</i>	13.669	1.194	6
<i>totali parziali</i>	19.204	1.837	9
<i>Totale complessivo</i>	<b>21.050</b>		

Fonte: Elaborazione AGENAS su CA 2020. Parametro pensionistico a 65 anni.

Si stima che i 10mila pensionamenti annui di oggi raddoppieranno dal 2029 ma che entro il 2033 ci saranno, tra gli infermieri in Italia, 127mila pensionamenti.<sup>50</sup>

<sup>50</sup> Sole 24 Ore (2023), *Infermieri in fuga dall'Italia: nel 2023 via in seimila*, 2 dicembre:

In un anno, oltre ai pensionamenti, ci sono state circa 6.000 cancellazioni dall'albo nazionale degli infermieri in Italia.

L'insieme di queste uscite non sarà però compensata dai nuovi ingressi che si prevedono in relazione alle lauree in infermieristica.

La media dei laureati all'anno dagli inizi degli anni 2000 a oggi è di 11.075 all'anno. Rapportando questo numero al numero medio dei pensionamenti si ottiene, solo da questo punto di vista, una carenza di circa 18.200 persone nei prossimi anni.

Quasi 30mila infermieri italiani sono andati all'estero e ne continuiamo a perdere oltre 3mila ogni anno mentre si stima che sono oltre 13mila gli infermieri stranieri in servizio, a vario titolo, sul territorio nazionale. Sono senza iscrizione agli Ordini e senza i dovuti controlli.

Tra le principali cause di questa fuga c'è la retribuzione che è il 40% in meno della media di quelle dei Paesi europei nonostante l'enorme mole di lavoro a cui sono sottoposti.

Per aumentare l'attrattività della professione si dovrebbe prevedere una branca specialistica assistenziale per dare uniformità di prestazioni a livello regionale e nazionale.

L'istituzione delle competenze specialistiche degli infermieri attraverso:

- la formazione infermieristica negli atenei;
- l'istituzione di lauree magistrali a indirizzo clinico e scuole di specializzazione;
- una remunerazione la specificità del ruolo svolto dagli infermieri professionisti nelle organizzazioni sanitarie;
- una valorizzazione di tipo giuridico e professionale della professione, in rapporto all'evoluzione delle competenze.

La Federazione nazionale italiana degli infermieri che in questo senso, consapevole dell'impossibilità di reperire comunque in tempi brevi una tale forza lavoro, ha proposto una diversa organizzazione dell'assistenza, puntando su una maggiore responsabilità dei suoi professionisti verso la filiera assistenziale sociosanitaria con uno sviluppo di ruoli e competenze. Si indica la formazione e una diversa gestione degli operatori di supporto come la formazione dei caregiver domiciliari.

### La fuga dal SSN

I Medici del SSN sono in progressiva e costante diminuzione.

---

<https://www.ilsole24ore.com/art/infermieri-fuga-dall-italia-2023-via-seimila-AFAhhJtB>

Per la medicina generale e la pediatria di libera scelta 4.747 sono i pensionamenti nel 2023. Nel 2024 sarà di 4.924 pensionamenti apice della gobba pensionistica anche rispetto agli anni successivi e sicuramente non saranno rimpiazzati dai giovani medici.

**Tabella 7: Medici dipendenti del Ssn che andranno in pensione nel quinquennio 2022-2027**

Medici	60-64 anni	65-67 anni	68-Oltre
<i>Uomini</i>	14.327	4.827	686
<i>Donne</i>	7.632	1.731	128
<i>Totali</i>	21.959	6.558	814
<i>totale complessivo</i>	<b>29.331</b>		

Fonte: Elaborazione AGENAS su CA 2020. Parametro pensionistico a 65 anni.

Entro il 2025, facendo la somma, perderemo fisiologicamente per pensionamento<sup>51</sup>:

- 14.493 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- 20.500 dirigenti medici;
- 3.674 specialisti ambulatoriali,

per un totale di 38.667 medici. Ciò senza contare i prepensionamenti, le dimissioni volontarie e i medici che emigrano all'estero.

La scarsa attenzione alla manutenzione del SSN sta portando molti medici e professionisti della sanità, soprattutto quelli più giovani, a cercare strade alternative per praticare la loro professione.

Ad arrestare la fuga dei medici dagli ospedali o convincere i 5.000 professionisti che li hanno abbandonati, a farci ritorno o immettere giovani professionisti richiede essere competitivi innanzitutto con le retribuzioni avvicinandole alle offerte degli altri Paesi. Un aumento delle retribuzioni non sarà però sufficiente in quanto una visione solo economicista non può produrre risultati. Serve soprattutto:

- restituire un ruolo ai professionisti;
- una legittimazione, uno "status" che non è monetizzabile e che richiede invece
- una profonda revisione dell'attuale modello di governance.<sup>52</sup>

<sup>51</sup> Il picco di uscite per anzianità (67 anni è la media) - per tutte queste categorie di camici bianchi tocca i livelli massimi nel 2023, nel 2024 e l'anno successivo - quando si registreranno rispettivamente 12.763 uscite, 12.748 e 13.156 - con qualche pesante ricaduta anche nel 2026 (12.801 pensionamenti), poi il trend degli addii comincia a scendere per tornare ai livelli più fisiologici del 2020 soltanto nel 2030.

<sup>52</sup> Polillo, R. e Tognetti, M. (2023), *Il pensiero debole delle opposizioni non salverà il Ssn*, Quotidiano Sanità, 26 ottobre 2023:

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117825](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117825)

Occorre meno burocrazia, più sicurezza, migliore retribuzione e migliore organizzazione.

Quando parliamo di organizzazione non parliamo solo della struttura del SSN ma anche come facilitare la propria organizzazione di vita, consentendo ad esempio alle donne, mediche e operatrici sanitarie in genere, di poter progettare una maternità, conciliare il lavoro con la famiglia, seguire i figli e inoltre per tutti, uomini e donne, gestire anche il proprio tempo in modo soddisfacente.

La carenza quantitativa, soprattutto dopo la pandemia, è dovuta a una crisi motivazionale che porta sia a disertare alcune professioni (es. scienze infermieristiche) e specialità mediche (es. emergenza-urgenza), sia a lasciare le strutture pubbliche per quelle private, o addirittura per l'estero.

È facile trovare medici ospedalieri che tornano in corsia da privati a gettone, lavorano meno e con un solo turno di guardia notturno portano a casa anche €1.200 lordi al giorno.

È una politica sciagurata quella di continuare a mantenere il blocco e poi si pagano appalti e gettonisti prendendo le risorse dal capitolo beni e servizi.

Per rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità al fine di valorizzare e (ri)motivare l'insieme del personale sanitario con risorse vincolate occorre:

- una visione generale del sistema;
- definire in modo univoco la ripartizione delle competenze e i ruoli di diversi livelli istituzionali e favorire la concertazione tra loro;
- finalizzare i compiti delle agenzie di regolazione e i soggetti plurimi che operano nel contesto istituzionale e che si traducono in pratiche di cura e di assistenza gli obiettivi prefissati;
- rimettere al centro la concertazione tra i vari soggetti portatori di legittimi interessi: lo Stato, le Regioni, gli enti territoriali, i professionisti e i pazienti.

Il modello di governance del personale sanitario attualmente in vigore è modello verticale in cui il potere è concentrato, premia i dirigenti più fidelizzati e che frequentemente sono cresciuti nelle segreterie dei diversi partiti.

Le organizzazioni sono spesso ridotte a partiti personali o centri di potere in mano a piccole lobbies senza avere la capacità di avere sguardi e strategie di lungo periodo e di confrontarsi con la realtà.

È il contrario di una pratica clinica che dovrebbe valorizzare la capacità di creare sinergie con gli altri professionisti, lavorando gomito a gomito e condividendo valori, diritti e doveri.

Alla progressiva dequalificazione delle strutture pubbliche ha fatto da controcanto il sempre più marcato rafforzamento degli ospedali privati, religiosi, o a convenzione obbligatoria.

Il rapporto o meglio la collaborazione tra pubblico privato costituisce un elemento di forza, solo se regolamentato e governato, finalizzandolo al buon funzionamento del SSN.

Non solo contrastare l'autonomia differenziata ma prevedere, anche a legislazione vigente, una nuova distribuzione di poteri all'interno delle singole Regioni che diano un ruolo di rilievo ai Comuni singoli o associati con la possibilità anche di riabilitare le Province.

## 7. L'impatto del PNRR

Il PNRR sembrava essere una grande opportunità per ridefinire missione e obiettivi del SSN e dei SSR, ma a condizione che potesse essere supportato da un grande progetto di riconversione e riqualificazione dell'esistente in grado di avviare un nuovo assetto istituzionale in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio One-Health.<sup>53</sup>

Questo poteva essere possibile solo con un forte coordinamento e integrazione istituzionale sia a livello nazionale che regionale e locale.

La progettualità del PNRR prevedeva di cambiare la sanità italiana.

In essa si individuano tre criticità e una straordinaria opportunità:

- una diffusa sovrapposizione tra strutture esistenti e quelle nuove;
- un incremento di spesa del Fondo Sanitario di almeno € 15 miliardi;
- un fabbisogno aggiuntivo di personale sanitario (almeno 10.000 – 15.000 infermieri e altrettante unità assistenziale) difficile da reperire.

La straordinaria opportunità era quella di mettere a punto un sistema tecnologico di comunicazione per la sanità italiana strutturato principalmente su dati e flussi amministrativi, cioè su base economica, fiscale e anagrafica e sui dati di salute e malattia della persona e della comunità. L'ambizioso obiettivo consisteva nell'avere un sistema in cui la Tessera Sanitaria potesse inglobare il Fascicolo sanitario.

Nel PNRR assume l'obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> La One Health è un approccio ideale per raggiungere la salute globale perché affronta i bisogni delle popolazioni più vulnerabili.

È un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse.

Si basa sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente.

<sup>54</sup> Branchieri, G. (2023), *Pnrr. I conti non tornano...*, Quotidiano Sanità, 15 maggio:

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=113743](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113743)

Erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla “persona” in risposta ai problemi di salute del singolo e della comunità.

Perseguire la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali tramite lo sviluppo di strutture di prossimità, potenziamento delle cure domiciliari e integrazione tra assistenza sanitaria e sociale tramite lo sviluppo di équipe multidisciplinari.

Il PNRR destina ben 15,6 miliardi (8,2 % del totale) alla sanità (oltre alle risorse, comprese nelle altre missioni, che hanno influenza sulla tutela della salute).

Miliardi previsti per realizzare una serie di interventi, sia di carattere strutturale, infrastrutturale, in ospedale e sul territorio.

In particolare, la Missione 6 si articola in due componenti:

- lo sviluppo delle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e l'identificazione del modello organizzativo condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le strutture a essa deputate, adottata con il DM 77;
- lo sviluppo dell'innovazione, della ricerca e della digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Missione 6, sulla base del DM77, prevede, infatti:

- 600 Centrali Operative Territoriali (COT) una in ogni Distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

Nel DM 77 le Centrali Operative Territoriali sono definite come un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza”.

Il Distretto sanitario diventa il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È deputato, attraverso le Casa di Comunità, all'integrazione tra le diverse strutture sanitarie in modo da assicurare una risposta ai bisogni di assistenza della popolazione. Dà una risposta in termini di risorse, strumenti e delle competenze professionali e garantire produzione e garanzia dei servizi.

- 1350 Case della Comunità (CdC), rinnovate e tecnologicamente attrezzate utilizzando strutture sia nuove che già esistenti. È uno strumento con cui coordinare tutti i servizi sanitari offerti sul territorio, soprattutto per i malati cronici.

È prevista la presenza e l'integrazione con i servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> In Emilia Romagna, dove le Case della Salute sono già attive, una indagine regionale ha messo in luce che dove opera una struttura di questo tipo si riducono del 16,1% gli accessi inappropriati al pronto soccorso, percentuale che sale al 25,7% quando nella Casa della Salute opera il medico di

Il costo globale del finanziamento è di circa 2 miliardi di euro. A livello strutturale e tecnologico, ciascuna CdC costerà 1,6 mln di euro e sarà provvista di 10-15 sale di assistenza, un punto di prelievo, diversi servizi diagnostici come ad esempio ecografia, elettrocardiografia, radiologia, e un innovativo network informatico.

- 400 Ospedali di Comunità. L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri inutili o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei e più vicini al domicilio del paziente.

Sono caratterizzati da assistenza infermieristica (importante soprattutto per quei pazienti in post ricovero ospedaliero o in quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente).

Dovrebbero servire anche per accogliere i post-acuti una volta dimessi dagli ospedali e dai pronto soccorso.<sup>56</sup>

Si tratta di rendere disponibili posti letto sul territorio, fuori dagli ospedali per acuti.

Il PNRR dovrebbe dare le gambe al semperiterno progetto di dotare il Paese di una rete di case e ospedali di comunità al fine di liberare i grandi nosocomi dalla massa di persone che li sovraccaricano perché non sanno dove trovare assistenza.

Presidi mirati e competenti di primo soccorso, per piccole patologie, per le loro malattie croniche, per la prevenzione e diagnosi precoce.

Il problema principale riguarda il fabbisogno di personale per l'attuazione della riforma, la cui spesa deve essere finanziata dal fabbisogno sanitario nazionale standard al di fuori degli investimenti possibili con il PNRR.

La carenza del personale medico-infermieristico è il vero collo di bottiglia.

I soli interventi di tecnologia e di edilizia senza la riorganizzazione dei processi e di integrazione delle competenze, difficilmente permetteranno di realizzare il nuovo modello.

---

medicina generale; calano i ricoveri ospedalieri (2,4 % in meno) per patologie croniche come il diabete o lo scompenso cardiaco; aumenta (9,5 %) l'assistenza medica e infermieristica a casa del paziente.

<sup>56</sup> Si tratta di pazienti che occupano un letto ospedaliero nonostante di trattamenti ospedalieri non abbiano più bisogno perché sono fuori dalla fascia acuta di malattia. In medicina interna questi pazienti riguardano il 22% dei casi: persone, che non si possono dimettere dall'ospedale perché non hanno aiuti a domicilio, e che a volte non ce l'hanno nemmeno un domicilio.

Sono spesso pazienti anziani, non auto-sufficienti e senza assistenza familiare che non possono essere mandati a casa ma vanno assistiti in una struttura a bassa intensità di cura. Oggi solo ad una parte di questi fragili ed anziani può essere offerta una continuità assistenziale. Si stima che il 75% di questi anziani restano ricoverati a lungo e in modo inappropriato in ospedale, sottraendo al servizio sanitario oltre 2 milioni di giornate di ricovero per acuti.

La preoccupazione è che una parte di queste realizzazioni diventino cattedrali nel deserto per la mancanza di personale.

La stima del personale necessario per rendere operativa la missione 6 del PNRR e per la gestione a regime delle Case di Comunità in base agli standard di personale da DM 77 si stima essere di circa:

- 18.350 infermieri;
- 10.250 unità di personale di supporto;
- 2.000 operatori socio-sanitari;
- 1.350 assistenti sociali

per un valore su base annuale di circa 1,5 miliardi di euro.

Nei prossimi 4 anni il MEF prevede coperture per circa €1.595.000.000 che non coprono neanche un anno di fabbisogno.

Un analogo ragionamento vale per i costi del personale dei 400 Ospedali di Comunità stimato di circa €318.mln su base annua mentre nei prossimi 4 anni il MEF prevede coperture in 4 anni per circa €367.553.000, cifra che copre poco più di un anno di fabbisogno.

Altre stime sul fabbisogno di infermieri aggiornati 2023, che tengono conto anche dei dati dell'Agenas, indica in 47.500 infermieri il fabbisogno complessivo del nuovo piano del PNRR. Tengono conto delle dimissioni volontarie, fuga di infermieri all'estero, attesi pensionamenti, dell'assistenza di base per una popolazione in progressivo invecchiamento e altro.<sup>57</sup>

Dotare questo sistema del personale necessario significa che i tetti alle assunzioni devono saltare e con essi la relativa spesa di personale.

Una parte consistente dei 18 miliardi sulla misura 6 Sanità del PNRR, da spendere in 6 anni, sono in dotazioni tecnologiche e in digitalizzazione (telemedicina su cloud il sistema informativo sanitario ecc.).

Queste dotazioni tecnologiche per diagnosi e terapie presuppongono una condivisione informativa attraverso reti cliniche e assistenziali integrate.<sup>58</sup>

Anche se gli investimenti in sistemi e tecnologie fossero spesi bene, nell'arco temporaneo definito del 2026, rimane il problema della garanzia del loro utilizzo prolungato nel tempo delle apparecchiature. Si tratta di garantirsi la gestione ottimale di tali attrezzature durante tutto il loro ciclo di vita ben oltre il 2026. Ciò dovrà essere sostenuto anch'esso attraverso spese correnti non previste dal PNRR.

Far fruttare questi investimenti richiede un adeguamento di spese correnti in un'ottica di ridisegno complessivo del bilancio pubblico. Dubbi sulle risorse sono stati espressi

---

<sup>57</sup> Sole 24 Ore (2023), *Pnrr/ De Palma (Nursing Up), mancano 50mila infermieri per le cure sul territorio*, 2 novembre: <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-11-02/pnrr-de-palma-nursing-up-mancano-50mila-infermieri-le-cure-territorio-115928.php?uuid=AFYL42TB>

<sup>58</sup> Questo tema verrà ampiamente sviluppato nel capitolo successivo.

anche dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio, che avverte come dopo il 2026, quando il nuovo modello della Sanità dovrebbe diventare realtà, servirà oltre un miliardo l'anno per gestire queste cure e pagare medici e infermieri.

La gestione delle infrastrutture ospedaliere e il potenziamento della medicina territoriale richiede riqualificazione e/o assunzione di personale con relativi investimenti in formazione e formatori.

Spendere le risorse PNRR senza tutto questo diventa un investimento senza risultati apprezzabili.<sup>59</sup>

### Valutazioni dei prerequisiti di attuazione del PNRR

La frenesia di mettere a disposizione nel più breve tempo possibile un impianto strutturale a favore del PNRR ha creato, inevitabilmente, importanti difficoltà di metodo e di merito aggravate dalle differenziate inadeguatezze organizzative storiche delle Regioni.

Genera fonte di preoccupazione il basso livello di articolazione di ciascuna missione del PNRR all'atto del piano. Inizialmente non si andati oltre le informazioni inviate alla UE per ottenere le quote di finanziamento secondo il programma temporale concordato. Si tratta di informazioni parziali, ad una sola dimensione. Informazioni assolutamente insufficienti per la progettazione delle opere e il percorso di messa a terra dei progetti.

Le carenze, per attuare capillarmente quanto previsto, riguardano:

- un'analisi del lavoro da fare per realizzare un sistema di cura e di assistenza più capillare e prossimo al cittadino;
- un approfondimento sui compiti delle Case di Comunità in rapporto alle caratteristiche del territorio con il relativo dimensionamento del personale per rendere operative le CdC. Centrale, come già detto, è il ruolo da dare ai MMG<sup>60</sup>. Si rischia di non avere i medici e soprattutto infermieri a sufficienza per affrontare le centinaia di migliaia di prestazioni sanitarie attese.
- individuare modelli che vedano nella collaborazione tra medici di famiglia e farmacie che facilitino un'assistenza sempre capillare e prossima al cittadino. I modelli di Servizio Sanitario Regionale praticati finora dalle Giunte Regionali non aiutano in questa prospettiva;

Senza ciò il progetto può rivelarsi solo una grande operazione di edilizia sanitaria.

### A che punto siamo?

---

<sup>59</sup> I temi dell'adeguamento tecnologico, delle competenze professionali e della formazione saranno sviluppati nei prossimi capitoli.

<sup>60</sup> vedi paragrafo precedente, 2.5.

Il PNRR sembrava essere l'occasione per una riforma del SSN e dei SSR in cui affrontare sia le criticità già esistenti prima della pandemia che quelle che la pandemia ha prodotto.

Non si registrano, al momento, grandi passi avanti specialmente sul fronte della riforma della medicina territoriale.

Il progetto, presentato oltre un anno fa come una vera rivoluzione per la salute degli italiani e da completare entro il giugno del 2026, viaggia a rilento e le risorse previste già si vede essere insufficienti.<sup>61</sup>

Alla fine del 2022 meno del 9% delle Case di Comunità erano attive e in quindici Regioni non era operativa nessuna di queste strutture.

Il documento presentato in Senato dall'Agenas per gli Ospedali di Comunità (che dovrebbero garantire 20 posti letto ogni 100mila abitanti) dice che è attivo meno dell'11 % di questi centri.

Secondo il monitoraggio Agenas al 30 giugno 2023 risultano attive rispetto al programma<sup>62</sup>:

- 187 su 1.430 Case di Comunità (13%);
- 77 su 611 Centrali Operative Territoriali (12,6%);
- 76 su 434 Ospedali di Comunità (17,5%).

---

<sup>61</sup> Spina, S. (2023), *Pnrr, che fine hanno fatto le Case di comunità e le cure a domicilio?*, Sky tg24, 10 maggio 2023: <https://tg24.sky.it/economia/2023/05/10/pnrr-la-riforma-della-sanita-viaggia-a-rilento>

<sup>62</sup> AGENAS (2023), *Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022*: [https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio\\_DM\\_77\\_sintesi\\_fase\\_2\\_v2\\_finale.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2_finale.pdf)

**Tabella 8: Case della comunità previste (da attivare entro il 2026) e Case della comunità dichiarate funzionalmente già attive**

Regione	CdC da CIS/POR da attivare entro il 2026	CdC extra CIS/POR da attivare entro il 2026	Standard rispetto alla popolazione residente (ISTAT 2022)	CdC con alcuni servizi previsti dal DM 77/2022 già attivi
Abruzzo	40	-	31.747	-
Basilicata	19	-	28.245	-
Calabria	61	4	28.328	-
Campania	172	19	29.278	-
Emilia-Romagna	85	7	48.119	43
Friuli-Venezia Giulia	23	4	44.155	-
Lazio	135	20	36.820	-
Liguria	32	-	46.957	-
Lombardia	199	14	46.717	92
Marche	29	-	51.063	-
Molise	13	-	22.295	6
Piemonte	82	9	46.601	38
Prov. Aut. Bolzano	10	-	53.327	-
Prov. Aut. Trento	10	-	54.205	-
Puglia	121	-	32.238	-
Sardegna	50	30	19.688	-
Sicilia	156	-	30.782	-
Toscana	77	-	47.418	6
Umbria	17	5	38.824	2
Valle d'Aosta	4	-	30.739	-
Veneto	95	4	48.871	-
<b>Italia</b>	<b>1.430</b>	<b>116</b>		<b>187</b>

Sono 187 le Case della Comunità dichiarate dalle Regioni/PA funzionalmente attive.

**Tabella 9: Centrali Operative Territoriali previste (da attivare entro il 2024 quale target PNRR) e Centrali Operative Territoriali dichiarate attive**

Regione	COT da CIS/POR da attivare entro il 2024	COT extra CIS/POR da attivare entro il 2024	Standard rispetto alla popolazione residente (ISTAT 2022)	COT con alcuni servizi previsti dal DM 77/2022 già attivi
Abruzzo	13	-	97.682	-
Basilicata	6	-	89.443	-
Calabria	21	2	80.057	-
Campania	65	18	67.376	-
Emilia-Romagna	45	-	98.376	5
Friuli-Venezia Giulia	12	-	99.349	-
Lazio	59	3	92.050	15
Liguria	16	-	93.914	-
Lombardia	101	3	95.680	36
Marche	15	-	98.723	-
Molise	3	-	96.613	-
Piemonte	43	-	98.622	7
Prov. Aut. Bolzano	5	-	106.653	4
Prov. Aut. Trento	5	-	108.410	-
Puglia	40	-	97.521	-
Sardegna	16	8	65.626	-
Sicilia	50	-	96.040	-
Toscana	37	-	98.680	-
Umbria	9	-	94.904	1
Valle d'Aosta	1	-	122.955	-
Veneto	49	9	83.418	9
<b>Italia</b>	<b>611</b>	<b>43</b>		<b>77</b>

Delle 77 Centrali Operative Territoriali dichiarate attive, si riporta nella tabella seguente il dettaglio aggregato dei giorni di funzionamento.

Tabella 10: Giorni di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali dichiarate attive

COT attivate	Giorni di funzionamento		
	7gg/7	6gg/7	meno di 6gg/7
77	16	16	45

Tabella 11: Ospedali di Comunità previsti (da attivare entro il 2026 quale target PNRR) e Ospedali di Comunità dichiarati attivi.

Regione	OdC da CIS/POR da attivare entro il 2026	OdC extra CIS/POR da attivare entro il 2026	Standard rispetto alla popolazione residente (ISTAT 2022)	OdC con alcuni servizi previsti dal DM 77/2022 già attivi
Abruzzo	11	-	115.442	2
Basilicata	5	-	107.332	-
Calabria	20	3	80.057	-
Campania	48	9	98.108	1
Emilia-Romagna	27	-	163.960	5
Friuli-Venezia Giulia	7	2	132.466	-
Lazio	36	7	132.724	1
Liguria	11	-	136.602	1
Lombardia	66	3	144.214	17
Marche	9	10	77.939	-
Molise	2	-	144.920	2
Piemonte	27	3	141.358	-
Prov. Aut. Bolzano	3	-	177.756	-
Prov. Aut. Trento	3	-	180.683	-
Puglia	38	-	102.654	6
Sardegna	13	20	47.728	-
Sicilia	43	-	111.675	-
Toscana	24	-	152.131	-
Umbria	5	12	50.243	3
Valle d'Aosta	1	1	61.478	-
Veneto	35	36	68.144	38
<b>Italia</b>	<b>434</b>	<b>106</b>		<b>76</b>

I posti letto attivi nei 76 Ospedali di Comunità funzionanti risultano pari a 1.378.

Fonte: AGENAS - Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022

Lo stesso monitoraggio rileva che in oltre un terzo (120) delle 350 case di comunità già aperte al momento non è prevista una presenza di pediatri o medici di famiglia, mentre in altre 56 strutture la presenza medica è prevista al momento per meno di 30 ore a settimana (al massimo 4-5 ore al giorno).

In pratica in metà case di comunità i servizi sono soprattutto di tipo infermieristico (previsti anche psicologi e assistenti sociali), mentre in altre 60 la presenza di medici di famiglia e pediatri varia tra le 30 e le 49 ore e in 112 tra 50 e 60 ore a settimana.

Tra l'altro, delle 350 strutture già aperte meno della metà (148) sono aperte sette giorni su sette e solo 110 anche h24, mentre 61 offrono servizi 6 giorni su 7 e ben 141 meno di 6 giorni.

Il ritardo riguarda prevalentemente le Regioni del Sud.

Le prime azioni finora conosciute, per costruire un sistema integrato efficace e sostenibile, non sembrano capaci di ottenere i risultati attesi ma anzi seguono le vecchie strade che hanno portato il SSN alla tragica condizione attuale. Poco o nulla si ha nella direzione del potenziamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali coordinate con quelle di degenza. Per il momento si cambiano solo le insegne: laddove c'erano case della salute, adesso ci saranno case della comunità; laddove c'era l'ospedale X avremo l'ospedale della comunità X.

In fondo è normale visto che è demandato alla medesima vecchia "burocrazia ministeriale e regionale" che non si è attrezzata per attuare un progetto così impegnativo.

Intanto non è stata avviata nessuna consultazione pubblica tra Governo centrale e molte Regioni su dove si è deciso di collocare le Case della Comunità. Dove lo stanno facendo avviene senza aver messo in campo percorsi di dibattito pubblico con le comunità locali. A volte si prevede di collocare le Case accanto alle strutture ospedaliere mentre la logica sarebbe di una maggiore diffusione capillare sul territorio. L'obiettivo di alleggerire i Pronto Soccorso, le corsie per i malati più bisognosi e smaltire le liste d'attesa appare lontano, a causa soprattutto di procedure farraginose che rallentano l'utilizzo delle risorse a disposizione.

Oltre ad un maggior fabbisogno di personale non cambiano le norme sull'organizzazione del lavoro e il tetto di spesa sul personale, che è fermo al 2004.

Bisogna prevedere strumenti che consentano effettivamente al management sanitario che non dispone di strumenti, e forse non ha neanche le competenze, che consentano di valorizzare la qualità dei professionisti.

L'aumento dei costi dovuto all'inflazione aggrava la situazione.

Il governo attuale sta mettendo in dubbio la realizzazione di tutto ciò.

Dalla Relazione di Fitto del 31 maggio 2023 sullo stato di avanzamento del PNRR non si evince cosa propone il Ministero della Salute, titolare della Missione 6 del Piano, nel settore dell'assistenza primaria, domiciliare, ospedaliera, nelle tecnologie e nell'informatizzazione.<sup>63</sup>

Ma quello che la Relazione sottolinea è che di questi 15,6 miliardi ne sono stati spesi finora solo 78,950 milioni pari a circa l'1% del totale.

Una percentuale molto bassa a fronte di altre amministrazioni che sono riuscite già a spendere anche fino al 45% delle risorse progettuali assegnate.

Intanto, il Sottosegretario di Stato alla Salute Marcello Gemmato ha espresso più volte le sue perplessità in merito alla questione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità sostenendo che, una volta terminati i fondi del PNRR, diverrà

---

<sup>63</sup> Quotidiano Sanità (2023), *Pnrr. Fitto: "Presenteremo le nostre modifiche alla Ue entro agosto". Missione Salute in ritardo: finora speso solo l'1% delle risorse assegnate*, 31 maggio 2023: [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=114338](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=114338)

insostenibile finanziare i costi ingenti per mantenerle sia da un punto di vista energetico che dal punto di vista del personale, la cui spesa deve essere finanziata dal fabbisogno sanitario nazionale standard.

Per il sottosegretario, la soluzione ottimale sarebbe quella di puntare sul potenziamento della rete dei medici di famiglia e delle farmacie già presenti sul territorio evitando così di creare dei duplicati come le Case e gli Ospedali della Comunità con tutte le criticità che esse avranno. Il sottosegretario Gemmato vorrebbe che le farmacie fossero anche laboratori di analisi e studi di cardiologia o di altre specialità in convenzione con il sistema sanitario per erogare prestazioni in grado di abbattere le liste d'attesa.

Che le farmacie possano svolgere altre funzioni oltre la dispensa dei farmaci (come ad esempio le vaccinazioni, che già eseguono) si può certo approfondire e attuare ma non possono rappresentare la soluzione al problema delle liste di attesa. Una cosa è considerare le farmacie 'presidi sanitari' come prevede la legge altra cosa è fargli gestire la medicina specialistica 'in convenzione' trasformando le farmacie in strutture convenzionate.

### Revisione del PNRR del 27 luglio 2023

Relativamente alle missioni della sanità ci sono stati significativi cambiamenti<sup>64</sup>.

A fine luglio 2023 è stata presentata una bozza di revisione dell'insieme del PNRR valutando che una parte delle strutture previste dal PNRR non potranno essere pronte entro il 2026.

A causa dell'aumento dei costi la Missione 6 è stata rimodulata.

Le strutture previste sono state così ridimensionate:

- Le Case della Comunità passano da 1350 a 936 (-414) (1 ogni 54mila abitanti circa).

È giustificato dall'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione.

La rimodulazione riguarderebbe prevalentemente i nuovi edifici, per i quali la realizzazione entro giugno 2026 è a rischio.

Gli investimenti soppressi verranno comunque realizzati mediante il ricorso alle risorse nazionali (la cui disponibilità è tutta da verificare) con allungamento dei tempi di attuazione.

Le risorse non utilizzate verranno destinate ai poliambulatori specialistici già presenti da mettere in stretto collegamento con le Case della Comunità, in particolare per la sostituzione o implementazione di apparecchiature di radiodiagnostica di base e/o radiologia domiciliare e laboratoristica.

---

<sup>64</sup> Belleri, G. (2023), *Revisione del PNRR: ridotte di 1/3 le case della Comunità e di 1/4 gli ospedali. Sintesi delle modifiche alla missione 6C1*, Cure Primarie, 27 luglio 2023: [https://curprim.blogspot.com/2023/07/revisione-del-pnrr-ridotte-di-13-le.html?m=1&fbclid=IwAR06w4H9JrMLG5B\\_pa9vTmRmeaSBVPCZou-LHp2ulW9jetVtASU497uZzZo](https://curprim.blogspot.com/2023/07/revisione-del-pnrr-ridotte-di-13-le.html?m=1&fbclid=IwAR06w4H9JrMLG5B_pa9vTmRmeaSBVPCZou-LHp2ulW9jetVtASU497uZzZo)

Ciò ha ben poco a che fare con l'assistenza primaria territoriale ma ripropongono il modello ospedaliero.

- Gli Ospedali di Comunità da 400 a 306 (-94) (1 ogni 163mila abitanti circa). Verranno privilegiati gli interventi di ristrutturazione in immobili esistenti che non presentano complessità attuative.

Finora gli OdC previsti dalle Regioni in immobili da edificare sono 94.

Le economie potrebbero essere destinate all'introduzione di apparecchiature innovative e/o upgrade di quelle esistenti e finanziare due nuove linee d'intervento a favore dell'adeguamento di 100 sale operatorie e del rafforzamento tecnologico mediante l'introduzione di tecnologie innovative in ambito chirurgico con l'acquisto e/o noleggio di 80 robot chirurgici;

- Le Centrali Operative Territoriali scendono da 600 a 524 giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione.

La riduzione del numero delle COT non corrisponde al numero dei Distretti esistenti, che sono ancora 568;

- Viene posticipata al 2026 l'implementazione della telemedicina.

Si precisa che diventeranno operative solo le strutture ricavate dalla ristrutturazione di altri immobili pubblici giustificando che l'impatto economico dei lavori è maggiore per le nuove costruzioni rispetto agli interventi di ristrutturazione di edifici esistenti.

Difficoltà di attuazione anche per i progetti di transizione digitale (quali telemedicina, sostituzione delle grandi apparecchiature, ecc.) nella misura in cui richiedono lavori edili per la preparazione dei locali destinati ad accogliere le nuove apparecchiature). Anche qui la giustificazione è riconducibile all'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione.

Relativamente al rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, l'integrazione/l'inserimento dei documenti nel FSE si deve iniziare dai documenti nativi digitali, escludendo dal perimetro dell'intervento la migrazione/ trasposizione ad hoc di documenti cartacei attuali o vecchi.

Di fatto un differimento dei tempi della piena funzionalità del FSE.

Oltre alla rimodulazione della misura 6 del PNRR il Governo ha annunciato tagli per oltre 15 Miliardi di euro sulle complessive progettualità previste con il PNRR in particolare quelle legate a temi ambientali e di riqualificazione urbana e di servizi sociali. Questi tagli proposti andranno inevitabilmente ad impattare sulla tenuta dei territori e delle comunità, sapendo che la mancanza di servizi sociali e di ambienti vivibili peggiorerà la situazione sanitaria.

Rispetto a questa riprogrammazione la Regioni si lamentano di non essere state coinvolte nella definizione del documento al fine di assicurare un allineamento e una coerenza anche con le progettualità e le programmazioni regionali anche perché alcune

regioni hanno già attivato interventi realizzativi su strutture sottoposte a revisione dal governo nazionale.

C'è il rischio di bloccare i cantieri avviati in quanto molti dei nuovi presidi territoriali finanziati sono già programmate.

Chiedono di rafforzare i meccanismi di raccordo e il supporto con le Amministrazioni regionali.

La sostituzione delle risorse UE con quelle del bilancio nazionale potrebbe rappresentare un'incognita forte data da saldi di finanza pubblica.

### Considerazioni conclusive sullo stato di attuazione del PNRR

Le recenti modifiche introdotte al PNRR del governo Meloni rappresentano, al di là della revisione dei costi dovuta all'aumento dei prezzi, una parziale messa in discussione dell'applicazione del DM77 nel quale si assumeva l'obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale. Vengono messe in discussione riforme e investimenti finalizzati ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese.

Non sembra che, nel Governo, ci siano idee su come organizzare e rispondere appropriatamente alle drammatiche necessità di una vasta popolazione di pazienti con malattie croniche né come intraprendere politiche sanitarie basate su pratiche di prevenzione efficaci.

Niente si dice sul riequilibrio territoriale per garantire alla popolazione le medesime possibilità di accesso alle cure. Tutto ciò appare coerente con una visione governativa che intende procedere sulla strada dell'autonomia differenziata delle Regioni.

Con questo cambiamento muore anche ogni aspirazione a ridurre le significative disuguaglianze territoriali ad oggi esistenti.

La modifica del PNRR che rinvia al futuro la realizzazione di ben 586 strutture assistenziali territoriali inciderà profondamente sia nell'organizzazione sanitaria sia nel clima di fiducia fra il SSN, i cittadini e le amministrazioni locali.

La proposta del Governo è certamente la conseguenza dell'aumento dei costi di realizzazione delle nuove strutture assistenziali territoriali ma essenzialmente dei significativi ritardi che si sono già accumulati nella realizzazione delle opere del PNRR.

Rischia di cambiare tutto il disegno delle reti territoriali.

Diradare le strutture di sanità territoriale riduce la copertura dell'assistenza e rischia di aumentare ulteriormente le disparità tra Regioni in particolare per i residenti in aree svantaggiate oppure lontane dai principali centri urbani.

Rinunciare alla costruzione di nuove CdC (quelle previste dalle regioni da edificare sono 309) peserà soprattutto dove ce ne sarebbe più bisogno.

Invece di avvicinare le cure ai cittadini si continuerà ad essere costretti ad andare in ospedale o nei presidi spesso lontano da casa se non in strutture private.

Pagheranno le popolazioni residenti in zone disagiate che non avranno i servizi previsti nel PNRR e che già prima non avevano.

I criteri per la revisione della Missione Salute del PNRR sono individuati in modo generico. Non si definisce come verrà fatta la selezione dei progetti da finanziare e di quelli da sospendere. Importante è che chi decide espliciti in modo chiaro e trasparente i criteri in base ai quali effettuare scelte così delicate.

La rimodulazione del PNRR mette in forse il passaggio alla dipendenza dei 70mila professionisti sanitari convenzionati dell'Assistenza Primaria, già era condizionato dai vincoli finanziari e logistici mai esplicitati e supportati da documenti di fattibilità. Contestualmente alla drastica riduzione delle CdC e degli OdC l'opzione possibile rimane quella di una soluzione ibrida: una parte dipendenti ma il grosso rimane in convenzione.

Rimane da risolvere il tema della specializzazione del MMG che resta indefinita per i tempi e le modalità attuative. In ogni caso gli specialisti saranno disponibili non prima della fine del PNRR quando saranno andati in pensione più del 50% degli attuali generalisti in servizio.

Inoltre, anche per le infrastrutture tecnologiche, è una presa d'atto della incapacità della messa a terra dei programmi.

Non c'è una necessaria organizzazione pubblica capace di indire i bandi per la progettazione e realizzazione di tutti le opere previste dalla originaria stesura del PNRR.

## **8. Dinamica degli investimenti in sanità**

### Quadro di riferimento

I sistemi sanitari europei, tra i meglio finanziati e più equi al mondo, si trovano ad incontrare difficoltà a mantenere una copertura sanitaria universale.

Il rapido invecchiamento della popolazione, la crescente carenza di personale sanitario, gli shock esterni come il cambiamento climatico e l'inflazione guidata dall'invasione russa dell'Ucraina richiedono ai sistemi sanitari europei, usciti già pesantemente stressati dalla Pandemia di covid-19, investimenti che non si riescono a sostenere.

In Italia il problema è più acuto sia perché la sanità è la componente più importante della spesa pubblica italiana dopo le pensioni sia per il pesante debito pubblico.

Si crea una crescente divaricazione tra i costi della salute e le disponibilità del bilancio statale che non consente, anche per l'aumento inarrestabile dei costi per la tutela della

salute, di adeguare il sistema sanitario ai bisogni della popolazione, l'invecchiamento e i progressi della tecnologia.

Il rapporto tra economia e sanità necessita quindi di un approccio che non veda la salute come un costo, ma un investimento per oggi e per domani lungo l'intera filiera della salute.

Le risorse pubbliche destinate alla sanità vanno considerate come investimento e non come spesa, perché hanno un impatto altamente positivo sul piano economico, occupazionale, della innovazione e ricerca e sulla coesione sociale.

La spesa sanitaria pubblica è un investimento sociale sia sulla salute degli italiani che sull'insieme dell'infrastruttura socioeconomica del nostro paese.

Ogni euro di risorse pubbliche investito in sanità ne genera, infatti, quasi due di produzione in valore.<sup>65</sup>

La creazione di occupazione generate dagli investimenti in salute va ben oltre il Servizio sanitario, che tra l'altro è uno dei più importanti datori del lavoro del paese. Incrementare la spesa sanitaria pubblica vuol dire anche espandere l'occupazione.

Il finanziamento del SSN è stato disegnato dal D.Lgs. 56/2000 che ha previsto un sistema di finanziamento del SSN basato sulla capacità fiscale regionale, anche se corretto da adeguate misure perequative.

Al finanziamento del SSN concorrono l'IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF e la compartecipazione all'IVA. Con questo sistema le disponibilità di finanziamento della salute pro-capite è già differenziato.

Per le Regioni più ricche è più alto.

La riforma del titolo V, dando alle regioni autonomia legislativa contribuendo a creare 21 sistemi sanitari che viaggiano a velocità diverse ha acuito il fenomeno.

Con il vincolo del pareggio di bilancio introdotta in Costituzione nel 2011 la situazione si è ulteriormente aggravata anche se, come è stato ulteriormente sancito recentemente dalla Corte costituzionale, il diritto alla salute è incompressibile.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> Sole 24 Ore (2023), *Il Ssn «conviene» alla salute ma anche all'azienda Italia. Il rapporto Censis-Fnomceo per i 45 anni dalla legge 833*, 24 ottobre 2023:

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-10-24/il-ssn-conviene-salute-ma-anche-azienda-italia-rapporto-censis-fnomceo-i-45-anni-legge-833-103327.php?uuid=AFJiIsMB>

<sup>66</sup> Il diritto alla salute è un diritto fondamentale, come affermato la stessa Costituzione (Art.32), non può trovare limitazioni di carattere economico-contabile che ne comportino non tanto una minore tutela o una gradazione della stessa, quanto un vero e proprio completo sacrificio.

Andrebbe messa in discussione la modalità con cui viene finanziata la salvaguardia della salute da garantire a tutta la popolazione e di conseguenza la quantità delle risorse da rendere disponibili e la relativa distribuzione territoriale.

### Il sottofinanziamento del SSN

L'andamento nel tempo della spesa sanitaria in rapporto al Pil è rappresentato dal grafico seguente.

**Figura 13. Spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil (in percentuale)**



Fonte: Elaborazione OCPI su dati della Camera dei Deputati

La spesa pubblica per la sanità in Italia ha sempre mostrato un andamento fortemente altalenante.

A fasi di crescita sostenuta sono seguite fasi di contenimento marcato e quando la spesa è apparsa fuori controllo il governo centrale è intervenuto.

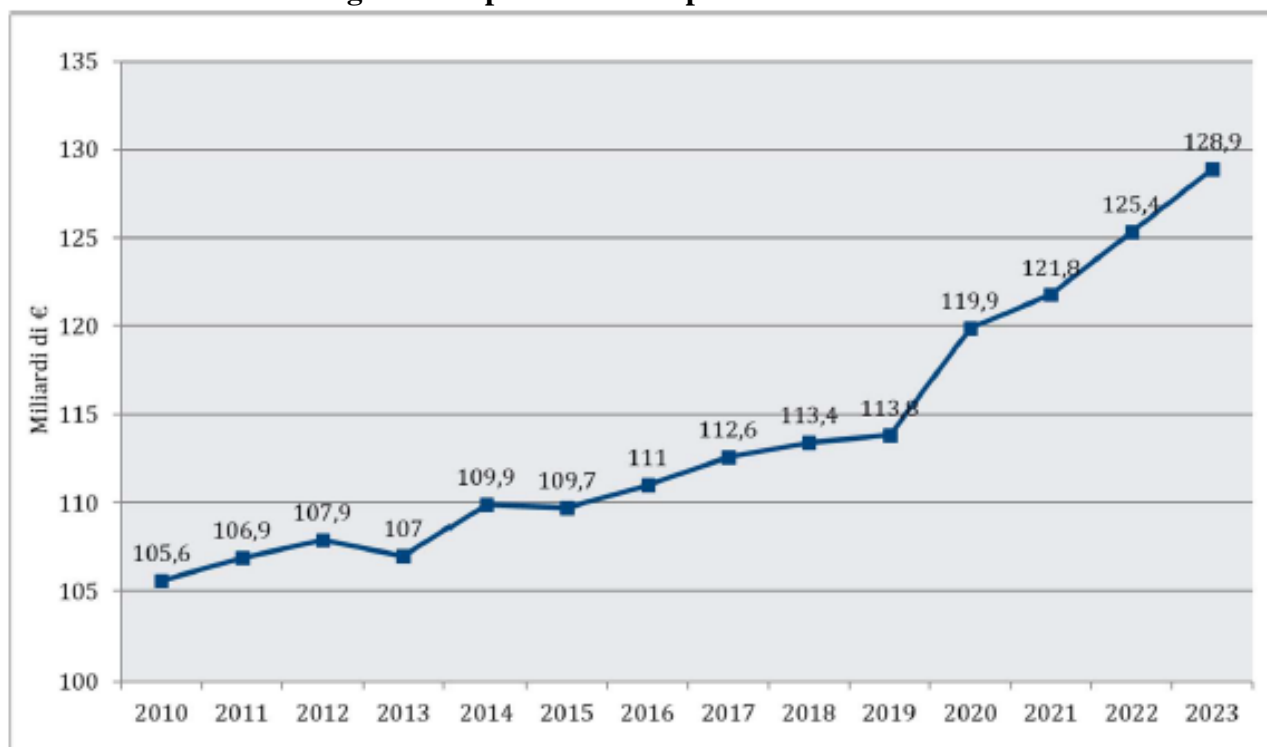
La spesa sanitaria in rapporto al Pil vede un significativo aumento in seguito all'introduzione del SSN nel 1988.

Con la crisi finanziaria del 1992, l'azione del governo è rivolta a contenere la spesa pubblica, compresa quella sanitaria, allo scopo di centrare gli obiettivi di bilancio nel 1997 necessari per ottenere l'accesso alla unione monetaria. Ciò ha provocato una rapida discesa della spesa finanziaria. Il 1995 raggiunge il minimo del 5%. Dal 1995 al 2000 rimane a questi bassi livelli in quanto cresce solo dello 0,5%. Fra il 2000 e il 2009, il rapporto spesa/Pil sale dal 5,5 al 7,1%.

Ancora una volta una crisi, quella finanziaria del 2008, contribuisce ad una nuova contrazione. Questa volta la riduzione è dovuta in parte alla razionalizzazione della spesa migliorando l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi, ma soprattutto ad una

riduzione della spesa del personale, attraverso il blocco del turn-over. Si riducono il numero di addetti ai SSR in tutti i livelli (medici e infermieri e personale dei servizi). A questo si è accompagnata una riduzione generalizzata dei posti letto oltre la chiusura di piccoli presidi ospedalieri scarsamente utilizzati.

**Figura 14. Spese sostenute per il SSN 2010-2023**



Fonte: 6°Rapporto GIMBE.

È a partire dalla crisi economica del 2008 che si misura il sottofinanziamento del SSN come rapporto tra la spesa programmata e le risorse effettivamente disponibili.

Nel 2019, il sottofinanziamento del Fondo sanitario nazionale ha raggiunto oltre 10 mld di euro rispetto ai € 125,34 mld programmati sono stati spesi € 113,8 mld, portando l'incidenza sul PIL al 6,4%.<sup>67</sup>

La rotta è sembrata invertirsi nel 2020, quando finalmente i finanziamenti in sanità hanno raggiunto livelli superiori, pari a un'incidenza sul PIL del 7,4%.

Durante la pandemia le risorse di parte corrente del SSN sono aumentate: dai 120 miliardi del 2019 ai 127 del 2020 fino ai 130 del 2021.

La sensazione era che avremmo accorciato le distanze rispetto a Francia e Germania. Ma non è stato così.

<sup>67</sup> Conti, L. (2023), *Quali interventi per rilanciare il Ssn? Donini (Emilia-Romagna): "La priorità è garantirgli risorse appropriate"*, quotidianosanita.it, 15 maggio 2023: [https://www.quotidianosanita.it/emilia\\_romagna/articolo.php?articolo\\_id=113749](https://www.quotidianosanita.it/emilia_romagna/articolo.php?articolo_id=113749)

È stata una boccata d'aria solo momentanea, sollecitata dalla pandemia, che ha giustificato uno straordinario stanziamento di risorse.

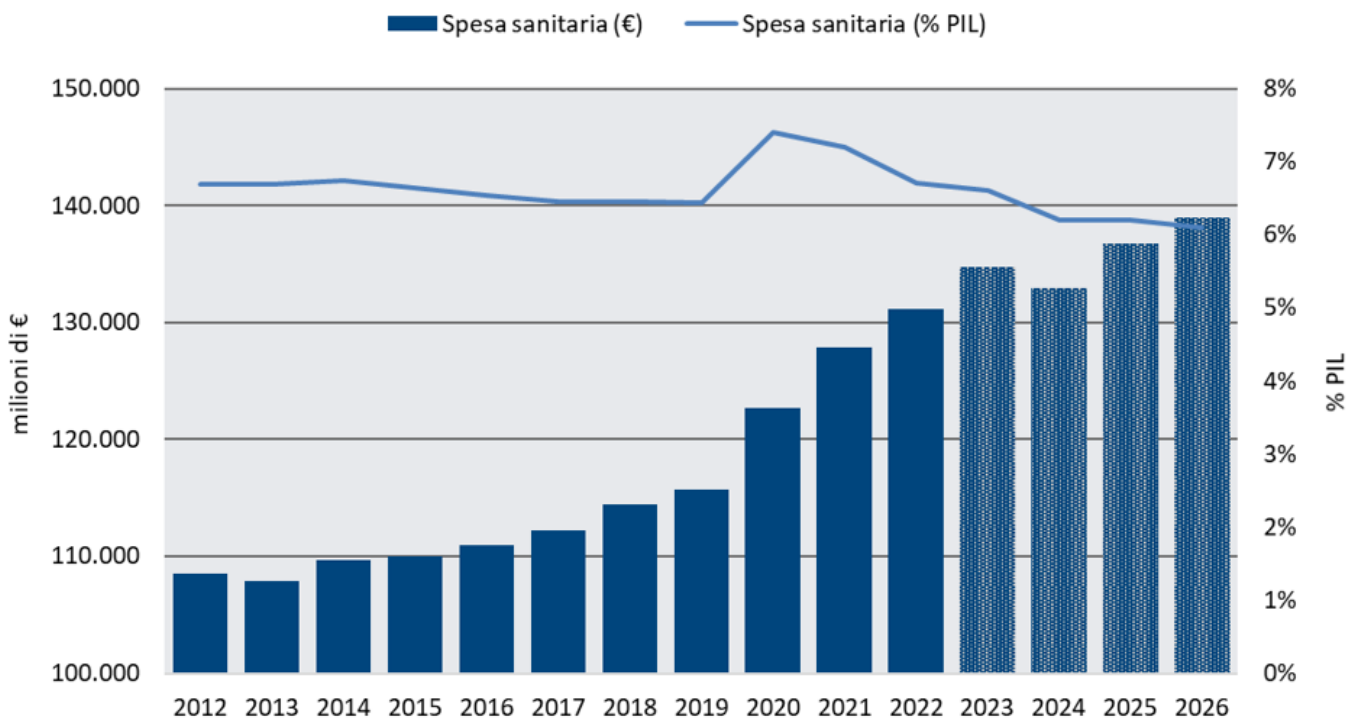
Il Covid 19 ha però fagocitato tutte le risorse disponibili in seguito alle spese richieste per far fronte alla pandemia riducendo ulteriormente quelle disponibili per le altre patologie.

Dopo l'iniezione di risorse del 2020, per l'emergenza, il finanziamento del Ssn ha ripreso a scendere, nonostante le promesse che non ci sarebbero più stati tagli alla sanità.

Nel 2023 si assesta a 6,7% rispetto al 6,9% del 2022, anche se in termini assoluti la previsione di spesa sanitaria è di € 136.043 milioni, ovvero € 4.319 milioni in più rispetto al 2022 (+3,8%).

Per adeguare la spesa al fabbisogno oggi sarebbero indispensabili 12/15 miliardi di maggior dotazione annua che non ci sono.

**Figura 15. Trend spesa sanitaria pubblica 2012-2026 in mln € e in % del PIL**



Dati per gli anni 2012-2021 da Ragioneria Generale dello Stato e per gli anni 2022-2026 da NaDEF 2023.

Fonte: 6°Rapporto Gimbe (10 ottobre 2023)

### La spesa privata

Parallelamente alla riduzione della spesa pubblica la spesa sanitaria privata, a carico dei cittadini, è passata dai 28,13 miliardi del 2016 ai 40,26 miliardi nel 2022 con un incremento solo nell'ultimo anno dell'8,3%. pari a oltre il 25% della spesa sanitaria

annua complessiva.<sup>68</sup> Durante la pandemia si era ridotta la spesa privata. Si era registrato un calo nel 2020 mentre i valori 2021 (692 € pro-capite) già segnalano un leggero aumento rispetto al 2019 (684 € pari a -11,6%).

Il 2021 presenta una significativa risalita fino alla cifra di 37,16 mld, pari al +20,7% rispetto ai valori dell'anno precedente pari al 25% della spesa sanitaria annua complessiva fino ai 40,26 miliardi nel 2022.

### Il presente e il futuro prossimo secondo il governo Meloni

Il Governo Meloni sembra più che mai impegnato ad affossare il SSN.

La spesa sanitaria prevista dalla *Legge di Bilancio 2023* incrementa il FSN per gli anni 2023, 2024 e 2025, rispettivamente di € 2.150 milioni, € 2.300 milioni e € 2.600 milioni.

Successivamente sono stati aggiunti altri 2 miliardi, portando il totale complessivo per il 2023 a 128 miliardi portando l'aumento a 4 miliardi rispetto al 2022.

Di questi, € 1.400 milioni sono stati destinati alla copertura dei *maggiori costi energetici* mentre 200 milioni saranno destinati all'aumento degli stipendi degli operatori del pronto soccorso.

L'aumento del finanziamento del SSN è solo del 3 % in più nonostante l'inflazione abbia raggiunto, già a novembre 2022, quasi il 12 % su base annua.

La Nota di Aggiornamento del DEF 2023 (NaDEF), approvata il 27 settembre 2023 vede il rapporto spesa sanitaria/PIL precipitare dal 6,6% del 2023 al 6,2% nel 2024 e nel 2025, e poi ancora al 6,1% nel 2026.

**Tabella 12. Spesa sanitaria a consuntivo (2022) e stime 2023-2026**

	2022	2023	2024	2025	2026
Spesa sanitaria (milioni di €)	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972
Spesa sanitaria (% PIL)	6,7%	6,6%	6,2%	6,2%	6,1%
Tasso di variazione in %	-	2,8%	-1,3%	2,8%	1,7%

Fonte: Nota di aggiornamento del DEF 2023 (27 settembre 2023)

In termini assoluti, nel triennio 2024-2026 si stima un incremento della spesa sanitaria di soli € 4.238 milioni (+1,1%).

<sup>68</sup> Sole 24 Ore (2023), *Spesa sanitaria: nel 2022 a carico degli italiani 40,26 miliardi (+8,3%), la metà per visite e interventi*, 21 dicembre:

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-12-21/spesa-sanitaria-2022-italiani-hanno-pagato-tasca-propria-4026-miliardi-83percento-192355.php?uuiid=AF7a5A9B>

Da rilevare che nel 2022 e nel 2023 l'aumento percentuale del FSN è stato inferiore a quello dell'inflazione.

### La Legge di Bilancio 2024

La bozza del novembre 2023 della legge di Bilancio per il 2024 prevede di stanziare 3 miliardi di euro in più, alla sanità.

Sostanzialmente conferma le stime della NADEF 2023 sulla spesa sanitaria.

L'incremento di 3 miliardi non sembra essere sufficiente per coprire i costi di tutte le misure previste dalla manovra. Di questi, € 2,4 miliardi dovrebbero essere destinati ai rinnovi contrattuali 2022-2024 del personale dipendente e convenzionato.

Il rinnovo contrattuale del personale sanitario è una misura necessaria, ma non sufficiente, per risolvere la grave carenza di personale, in particolare di infermieri e delle varie specialità mediche.

Solo dal 2025, la bozza prevede esigue risorse destinate alle nuove assunzioni e, soprattutto, non programma la graduale abolizione del tetto di spesa sul personale.

Dei residui stanziamenti una parte riguarda l'abbattimento delle liste di attesa per una quota non superiore allo 0,4% del finanziamento che corrisponderebbe a circa € 520 milioni.

L'abbattimento delle liste di attesa si basa su incentivi economici a medici e infermieri già allo stremo per carenza degli organici. Peggiorano le loro condizioni lavorative. Concorrono all'abbattimento delle liste di attesa un maggior ricorso al privato accreditato.

Non c'è alcun richiamo all'aggiornamento del Piano nazionale sulle liste di attesa, scaduto nel 2021.

Gli incrementi del tetto di spesa sono proporzionali a quanto ciascuna Regione ha speso 12 anni fa.

Inoltre, il Governo non prevede alcun provvedimento collegato per monitorare e ridurre l'inappropriatezza delle prescrizioni mediche.<sup>69</sup>

È da considerare che già oggi le Regioni nella loro autonomia costituzionale nel richiedere prestazioni al privato accreditato possono anche integralmente ricorrere al privato accreditato, limitatamente alle somme destinate al recupero delle liste stesse.

Per le prestazioni sanitarie da privati il testo della Manovra indica un incremento rispetto alla spesa consuntivata nel 2011 dell'1% per il 2024, del 3% per il 2025 e del 4% a decorrere dal 2026. Si tratta di acquisto dal privato di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera dal privato accreditato.

---

<sup>69</sup> gli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive di medici e personale sanitario del comparto con uno stanziamento di 280 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026; il maggior ricorso al privato accreditato sarà possibile grazie a un'operazione da circa 500 milioni, di allentamento del tetto sulle prestazioni fissato nel 2012.

Con 600 milioni per la sanità privata di si rafforza il ruolo dello Stato come suo primo cliente. Va aggiunto che i medici della sanità privata hanno la detassazione dell'intero salario accessorio con un ulteriore vantaggio competitivo nei confronti del sistema pubblico.

La spesa pubblica diretta tende a ridursi sempre più perché non risponde adeguatamente ai reali bisogni di salute sia peggiorando le condizioni sanitarie della popolazione. Ciò spinge al ricorso del privato con l'aumento della spesa sanitaria privata che non sempre ha prestazioni efficaci e appropriate.

Con un rapporto PIL/spesa sanitaria uguale o vicino al 6% l'offerta sanitaria non è più sostenibile e destinato ad acuire le disuguaglianze nella nostra società.

Rispetto al DEF 2023 di aprile, la NADEF 2023 rappresenta per la spesa sanitaria un quadro tendenziale in peggioramento.

Allo stato attuale la spesa sanitaria ha la seguente suddivisione:

- il 75,9% riguarda direttamente la spesa pubblica;
- il 21,4% è spesa out-of-pocket ovvero a carico delle famiglie in termini di prestazioni extra-LEA, prestazioni possibili con il SSN ma sostenute privatamente, acquisto di beni irrilevanti per la salute (prodotti farmaceutici e medicali) e di servizi inappropriati (specialistica e diagnostica ambulatoriale), senza conseguenze in termini di salute;
- Il 2,7% spesa intermediata da fondi sanitari e assicurazioni sanitarie volontarie, istituzioni senza scopo di lucro, imprese.

### L'impatto dell'inflazione

L'aumento dei prezzi a parità di stanziamento per la sanità per il 2024 riduce il volume di prestazioni complessive pubbliche. Il rivolgersi al privato riduce il potere d'acquisto complessivo delle famiglie del 1,5%. Questo segue al taglio del 2,7% provocato nel 2023.

Si tratta quindi di un taglio cumulato del 4,1%, come dire 5-6 miliardi in meno di disponibilità economica dovute al mancato adeguamento all'inflazione delle spese sanitarie.

### Condizioni per il rilancio della sanità pubblica

Sarebbe cruciale e inderogabile un rilancio progressivo e consistente del finanziamento pubblico per la sanità. Ma si prevede che 7 % del PIL potrà essere raggiunto solo tra il 2040 e il 2045. È chiara indicazione la prospettiva per i prossimi anni non poterci aspettare grandi incrementi di risorse per finanziare la spesa corrente del SSN.

Il tema del finanziamento del fabbisogno sanitario predisposto dal governo mette in discussione la riforma della sanità territoriale. La questione si intreccia con la realizzazione degli obiettivi del PNRR.

Con questi livelli di finanziamento sorgono dubbi sulla possibilità di riuscire a garantire i LEA in tutto il paese in modo uniforme.

Per poterlo fare intanto è indispensabile realizzare un puntuale monitoraggio dei LEA. Sulla base di tale monitoraggio attuare una specifica programmazione e riparto delle risorse alle Regioni è imprescindibile, rivedendo interamente il sistema dei Piani di Rientro che, puntando esclusivamente al riequilibrio finanziario, hanno impedito alle Regioni del Centro-Sud di recuperare il gap.

I LEA non vengono aggiornati da oltre 6 anni, rendendo inaccessibili ai pazienti numerose innovazioni diagnostico-terapeutiche che nel frattempo la ricerca ha reso disponibili.

La principale modalità per garantire l'erogazione uniforme dei LEA richiede una revisione della destinazione d'uso delle risorse che necessita un rilancio delle politiche del personale sanitario e una forte interrelazione con le politiche sociali di stretta competenza degli enti locali.

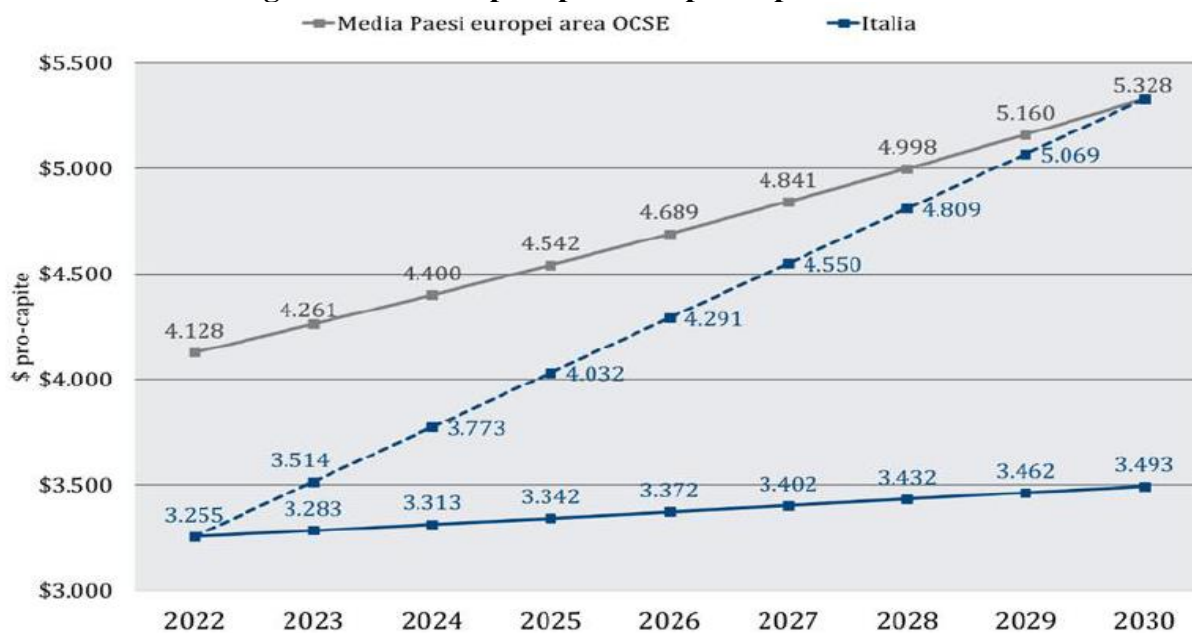
### Considerazioni sul confronto di spesa sanitaria con altri paesi

Impietoso il confronto con i paesi del G7 sulla spesa pubblica.

Siamo fanalino di coda con distanze sempre più ampie e ormai incolmabili: la spesa sanitaria pubblica sul PIL è il 9,9% della Germania, il 9,3% della Francia e l'8% del Regno Unito. Siamo in una posizione simile a Portogallo e Spagna.

Nel 2021 la spesa pubblica pro-capite nel nostro Paese è risultata inferiore alla media OCSE (\$ 3.052 contro \$ 3.488).

**Figura 16. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2022**



La linea tratteggiata rappresenta la spesa sanitaria pubblica pro-capite italiana necessaria per colmare il gap con la media europea nel 2030

Fonte: 6° Rapporto Gimbe su dati OECD (luglio 2023)

In Europa ci collochiamo al 16° posto: ben 15 Paesi investono di più in sanità, con un gap che va dai \$ 285 della Repubblica Ceca ai \$ 3.299 della Germania.

E, per colmare il divario pro-capite con la media dei paesi europei di qui al 2030 si stima si debba essere un incremento complessivo di \$ 122 miliardi. Ciò dovrebbe richiedere a partire dal 2023 un finanziamento costante di € 14,49 miliardi per anno. Queste cifre da un lato sono palesemente irraggiungibili date le condizioni della nostra finanza pubblica.

Il confronto della spesa sanitaria pro capite con le altre economie più avanzate non può però essere fatto esclusivamente in termini aggregati.<sup>70</sup>

Le voci con cui è calcolata la spesa globale di ciascun paese sono diverse.

È necessario analizzare i vari capitoli che concorrono all'intera spesa sanitaria.

Il SSN non copre l'assistenza odontoiatrica, una serie di servizi psicologici.

Per le liste d'attesa le prestazioni pur essendo possibili con il SSN per molti cittadini, dati i tempi lunghi, sono costretti a rivolgersi al privato.

Il SSN spende meno degli altri paesi perché non sono considerati alcuni servizi che in altri paesi sono considerati pubblici.

Infine, il costo del personale. In Germania i medici specialisti guadagnano relativamente il 17,2% in più che in Italia. Più marcato è il divario per gli infermieri.

In Italia un infermiere guadagna 28.400 euro, in Germania 44.000 euro mentre in Francia 32.400 euro. Considerando che gli infermieri sono più numerosi dei medici si può ben comprendere come le basse retribuzioni del personale infermieristico spieghino una parte importante della minore spesa sanitaria pubblica in Italia.

Il confronto sul costo dei farmaci è difficile da farsi perché mancano spesso le competenze per aggregare la domanda in modo razionale, soprattutto per i farmaci costosi.

Resta la necessità di ridurre sprechi e inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale e riallocare le risorse in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.<sup>71</sup>

Un razionale uso della digitalizzazione potrebbe concorrere a migliorare l'organizzazione della sanità in tutti i livelli.

---

<sup>70</sup> Fattore, G. (2023), *Il rischio di indebolire il Ssn facendo credere che non è più sostenibile*, Quotidiano Sanità, 18 luglio 2023: [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=115608](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=115608)

<sup>71</sup> L'Osservatorio GIMBE ha calcolato oltre 12 miliardi di sprechi e inefficienze, assorbiti da sovra e sottoutilizzo dei servizi sanitari, con prestazioni che sono fornite in assenza di un adeguato coordinamento, con crescenti disuguaglianze di accesso tra regioni, interne alle stesse regioni (fra aree urbane e rurali), fra popolazioni in stato di bisogno, con scarsa uniformità di protocolli, segmentazione di gestioni amministrative a cui si associano di volta in volta ricorrenti fenomeni di disinvestimento e riallocazioni di risorse (finanziarie e umane). <https://www.gimbe.org/pagine/1183/it/osservatorio-gimbe>

Per far sì che la spesa sanitaria pubblica sia ottimizzata andrebbero fatte indagini puntuali con adeguati sistemi di monitoraggio e valutazione.

Malgrado questa situazione, comunque, il sistema sanitario italiano rimane fondamentale e preso ad esempio da molti altri paesi e va difeso e ulteriormente riqualificato. Partire dalle buone prassi in atto e generalizzarle è dunque cruciale.