

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE, FRAGILE, VULNERABILE E SOTTOFINANZIATO

Policy Brief

n°4 – Aprile 2024

L'analisi GIMBE e gli appelli degli scienziati e delle società scientifiche aprono un dibattito sulle fragilità del nostro sistema sanitario nazionale, dove emerge la forte preoccupazione delle Regioni, dalla Ragioneria di Stato e anche della Corte dei Conti.

Angelo Avogaro, Presidente della Società Italiana di Diabetologia - SID

Federico Serra, Responsabile relazioni istituzionali della Società Italiana di Diabetologia - SID

Introduzione

In una recente intervista, il Ministro della Salute Prof. Orazio Schillaci, evidenziava la necessità di dover migliorare la governance del sistema e stringere un nuovo "patto" con le Regioni e con i cittadini, superando la logica negoziale dei patti della salute, attraverso un Nuovo Piano Sanitario Nazionale che contenga obiettivi strategici, priorità, linee di azione, risorse da mettere in campo e tempi per la loro realizzazione.

Se l'obiettivo del Ministro è assolutamente condivisibile, lo stesso cozza con la scarsità di risorse che la sanità pubblica oggi gode all'interno del bilancio dello Stato.

Nella recente legge di bilancio il Fondo sanitario nazionale crescerà di ulteriori 2,150 miliardi nel 2023 che si aggiungono ai 2 in più già stanziati dalla manovra del precedente Governo, facendo così salire il Fondo a 128,211 miliardi, pari a 4,150 miliardi in più rispetto al 2022.

Ma una buona parte di questo ulteriore incremento, per la precisione 1,4 miliardi, sarà però destinato a far fronte all'aumento del caro energia e al riparto di

queste risorse potranno partecipare anche le Regioni e Province autonome. Insomma aumento dei fondi della sanità sì, ma certamente insufficienti se si vuole creare un sistema sanitario nazionale efficiente e che mantenga le caratteristiche universalistiche.

La sanità pubblica italiana rappresenta ancora oggi, in Europa e nel mondo, un vero e proprio modello di tutela della salute, che ha garantito agli italiani, nel corso degli anni, il miglioramento delle condizioni di vita, la riduzione delle patologie, maggiore longevità e benessere e una risposta collettiva ai bisogni di salute e di vita di cittadini, famiglie e società nel suo complesso;

Policy Options

Option 1. Finanziamento del SSN

Option 2. Lotta alle diseguità di accesso alle cure e ai trattamenti su tutto il territorio nazionale

Option 3: Riduzione dei tempi di attesa

Option 4: Potenziamento degli organici

Option 5: Piena utilizzazione dei fondi previsti dal Pnrr

Option 6: messa in sicurezza delle strutture ospedaliere

Option 7: Aumento dei Fondi previsti per prevenzione

Option 8: ridurre il divario socio-sanitario-assistenziale tra nord e sud

Option 9: Finanziamento e applicazione omogenea dei LEA

Option 7: Potenziamento della rete endocrino-metabolica

Quarantacinque anni fa la legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha istituito il servizio sanitario nazionale (da qui SSN), i cui principi cardine sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità e il cui obiettivo è la tutela della salute "come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", in ossequio all'articolo 32 della nostra Costituzione, nonché la promozione, il mantenimento e il 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";

Sono tuttavia diverse le criticità che affliggono il nostro SSN, tra cui non può non richiamarsi il divario nella quantità e qualità dei servizi forniti dalle singole Regioni, legato sia alla diversa dotazione infrastrutturale, sia a capacità di programmazione e gestionali non omogenee;

l'insufficiente compensazione del ridimensionamento dei servizi ospedalieri ordinari con un rafforzamento di quelli territoriali, soprattutto in alcune Regioni; le difficoltà di accesso fisico (liste di attesa) ed economico alle cure; lo spostamento della domanda verso il privato come scelta obbligata per ritardi o mancanza di prestazioni da parte del settore pubblico, la carenza di personale e, non ultimo l'assenza di investimenti e programmi di spesa di prospettiva nel settore.

Sul piano dell'assistenza territoriale, nonostante i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio - dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale, ai servizi domiciliari agli anziani ed ai malati - e il fondamentale ruolo di "filtro" svolto dai medici di base il pronto soccorso viene percepita come unica opportunità per essere valutati adeguatamente, con conseguenti difficoltà sul piano delle risposte di tipo emergenziale.

L'assenza di risorse, il blocco delle assunzioni nelle regioni in piano di rientro e il tasso di turnover negativo hanno infatti determinato un aumento dell'età media del personale medico e infermieristico, spesso costretto a turni estenuanti e ininterrotti che in non pochi casi si sono riflessi direttamente sulla salute dei medici e degli infermieri.

La necessità di immettere nuovo organico nel SSN è dimostrata anche dalla forte carenza di infermieri, medici anestesisti e medici di medicina generale, anche per effetto dei pensionamenti e delle politiche di "pre-pensionamento" che non hanno fatto altro che aggravare le carenze di personale sanitario nei reparti.

Tutte queste difficoltà, negli anni, si sono riversate su cittadini e famiglie.

A nostro avviso per salvaguardare il servizio sanitario nazionale e garantire personale e strumentazione è indispensabile stanziare nuove risorse, prestando un sostegno concreto a tutte le

strutture e le professionalità che si impegnano, nonostante le difficoltà ad adoperarsi per proteggere la salute dei cittadini.

Sono tutte considerazioni che il Ministro dovrebbe fare superando così la logica negoziale dei patti della salute, attraverso un Nuovo Piano Sanitario Nazionale che vede nel Governo parte attiva nello stanziamento di fondi per la sanità associati a nuovi modelli di governance sanitaria.

Recentemente analisi socio-economiche sono state sviluppate in tal senso dalla Fondazione GIMBE e l'appello di 14 scienziati di spessoro internazionale e di 75 società scientifiche, aprono un grande dibattito sulla riforma, la sostenibilità e il finanziamento del nostro sistema sanitario nazionale.

A questo si unisce la preoccupazione che le Regioni hanno manifestato in un documento

ANALISI GIMBE SULLA SPESA SANITARIA

Key Facts:

- Spesa sanitaria delle famiglie nel 2022: spesi € 64 in più rispetto all'anno precedente e oltre € 100 al centro-sud.
- 4,2 milioni di famiglie hanno limitato le spese per la salute, in particolare al sud.
- Oltre 1,9 milioni di persone hanno rinunciato a prestazioni sanitarie per ragioni economiche.

a rischio la salute di oltre 2,1 milioni di famiglie

Nel 2022 la spesa sanitaria out-of-pocket, ovvero quella sostenuta direttamente dalle famiglie, ammonta a quasi € 37 miliardi: in quell'anno oltre 25,2 milioni di famiglie italiane in media hanno speso per la salute € 1.362, oltre € 64 euro in più rispetto al 2021. Considerato il rilevante impatto sui bilanci familiari della spesa sanitaria out-of- e tenuto conto di un contesto caratterizzato dalla grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dall'aumento della povertà assoluta, Fondazione GIMBE ha analizzato vari indicatori per misurare le dimensioni di questo preoccupante fenomeno, utilizzando esclusivamente i dati pubblicati da ISTAT. L'obiettivo è stato quello di fornire una base oggettiva per il dibattito pubblico e le decisioni politiche, oltre che prevenire strumentalizzazioni basate sull'enfasi posta su singoli dati.

Spesa sanitaria out-of-pocket. Secondo il sistema dei conti ISTAT-SHA, nel 2022 (ultimo anno disponibile) la spesa sanitaria totale in Italia ammonta a € 171.867 milioni: € 130.364 milioni di spesa pubblica (75,9%) e € 41.503 milioni di spesa privata, di cui € 36.835 milioni (21,4%) out-of-pocket e € 4.668 milioni (2,7%) intermediata da fondi sanitari e assicurazioni.

Se da un lato la spesa out-of-pocket supera la soglia del 15% –concretizzando di fatto, secondo i parametri dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, un sistema sanitario misto, va rilevato che quasi l’89% della spesa privata è a carico delle famiglie. Complessivamente, nel periodo 2012-2022 la spesa out-of-pocket è aumentata in media dell’1,6% annuo, per un totale di € 5.326 milioni in 10 anni.

Un dato che documenta solo in parte l’impatto del progressivo indebolimento del SSN, perché non tiene conto di altri indicatori. Infatti, la limitazione delle spese per la salute, l’indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, la rinuncia alle cure sono fenomeni che, pur non aumentando la spesa out-of-pocket, contribuiscono a peggiorare la salute delle persone.

Impatto della spesa per la salute sulle famiglie. Secondo l’indagine ISTAT sui consumi delle famiglie, nel 2022 la media nazionale delle spese per la salute è pari a € 1.362,24 a famiglia, in aumento rispetto ai € 1.298,04 del 2021.

Ad eccezione del Nord-Ovest dove si registra una lieve riduzione, l’aumento delle spese per la salute nel 2022 riguarda tutte le macro-aree del Paese: in particolare al Centro e al Sud si registrano aumenti di oltre € 100 a famiglia.

I dati regionali restituiscono, invece, un quadro molto eterogeneo. In dettaglio, dal 2021 al 2022 i maggiori incrementi si rilevano in Puglia con +26,1% (€ 910,20 vs € 1.147,80) e in Toscana con +19,3% (€ 1.178,40 vs € 1.405,92). Altre Regioni, invece, hanno registrato una diminuzione dal 2021 al 2022: la Valle d’Aosta del 24,3% (€ 1.834,08 vs € 1.387,56) e la Calabria che segna un -15,3% (€ 1.060,92 vs € 899,04).

L’interpretazione dei dati regionali non è univoca perché la spesa delle famiglie per la salute è influenzata da numerose variabili: la qualità e l’accessibilità dei servizi sanitari pubblici, la capacità di spesa delle famiglie, il consumismo sanitario e, in misura minore, l’eventuale rimborso della spesa da parte di assicurazioni e fondi sanitari.

Ad esempio, il fatto che nel 2022 la spesa per la salute delle famiglie calabresi e marchigiane rimanga al di sotto di € 1.000 è verosimilmente imputabile a motivazioni differenti. Analogamente, nelle prime posizioni per spesa delle famiglie si collocano le Regioni più ricche e/o con più elevata qualità dei servizi sanitari, documentando, che la spesa out-of-pocket non è un indicatore affidabile

per valutare la riduzione delle tutele pubbliche; di conseguenza, lasciare che il dibattito pubblico si concentri solo su questo dato restituisce un quadro distorto della realtà, sia perché alcune famiglie spendono per servizi e prestazioni inutili, sia perché altre non riescono a spendere per bisogni reali di salute a causa di difficoltà economiche.

Limitazione delle spese per la salute. Secondo i dati ISTAT sul cambiamento delle abitudini di spesa nel 2022 il 16,7% delle famiglie dichiarano di avere limitato la spesa per visite mediche e accertamenti periodici preventivi in quantità e/o qualità. Se il Nord-Est (10,6%), il Nord-Ovest (12,8%) e il Centro (14,6%) si trovano sotto la media nazionale, tutto il Mezzogiorno si colloca al di sopra: di poco le Isole (18,5%), di oltre 10 punti percentuali il Sud (28,7%), in pratica più di 1 famiglia su 4.

Un cambiamento nelle abitudini di spesa che ovviamente argina la spesa out-of-pocket: infatti, proiettando sulla popolazione i dati dell'indagine campionaria ISTAT, sarebbero oltre 4,2 milioni le famiglie che nel 2022 hanno limitato le spese per la salute.

Indisponibilità economiche temporanee delle spese per la salute. Risultati sovrapponibili, seppur in percentuali ridotte, vengono restituiti dall'indagine ISTAT sulle condizioni di vita. Il 4,2% delle famiglie dichiara di non disporre di soldi in alcuni periodi dell'anno per far fronte a spese relative alle malattie. Sono al di sotto della media nazionale il Nord-Est (2%), il Centro (3,1%) e il Nord-Ovest (3,2%), mentre il Mezzogiorno si colloca al di sopra della media nazionale: rispettivamente le Isole al 5,3% e il Sud all'8%, un dato quasi doppio rispetto alla media nazionale.

Anche questo fenomeno contribuisce a contenere la spesa out-of-pocket: infatti, proiettando sulla popolazione i dati dell'indagine campionaria ISTAT, oltre 1 milione di famiglie in alcuni periodi del 2022 non sono riuscite a fronteggiare le spese per la salute per indisponibilità economica.

Rinunce a prestazioni sanitarie. I dati forniti dal Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) 2022, realizzato in collaborazione tra ISTAT e CNEL documentano che la percentuale di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie – dopo i dati drammatici del periodo pandemico (9,6% nel 2020 e 11,1% nel 2021) – nel 2022 si è attestata al 7%, percentuale comunque maggiore a quella pre-pandemica del 2019 (6,3%). Si tratta di oltre 4,13 milioni di persone che, secondo la definizione ISTAT, spiega GIMBE, dichiarano di aver rinunciato nell'ultimo anno a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi: problemi economici (impossibilità di pagare, costo eccessivo), difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi), lunghi tempi di attesa. In particolare, nel 2022 ha rinunciato alle cure per motivi economici il 3,2% della popolazione, ovvero quasi 1,9 milioni di persone.

In ogni caso dal 2018 fatta eccezione per il biennio 2020-2021, la percentuale di persone che hanno rinunciato alle cure rimane sostanzialmente stabile, anche se le motivazioni possono mutare negli anni.

La distribuzione per aree geografiche non documenta grandi differenze rispetto alla media nazionale, dimostrando che si tratta di un problema diffuso: Nord-Ovest 7,5%, Nord-Est 6,4%, Centro 7%, Sud 6,2%, Isole 8,5%. Anche a livello regionale le differenze sono modeste, fatta eccezione per i dati estremi non sempre di facile interpretazione: da un lato Sardegna (12,3%) e Piemonte (9,6%), dall'altro la Provincia Autonoma di Bolzano e la Campania (4,7%).

Povertà assoluta.

L'impatto sulla salute individuale e collettiva dell'indebolimento della sanità pubblica non può limitarsi a valutare gli indicatori relativi alla spesa delle famiglie, ma deve anche considerare il livello di povertà assoluta della popolazione. Secondo le statistiche ISTAT sulla povertà, tra il 2021 e il 2022 l'incidenza della povertà assoluta per le famiglie in Italia – ovvero il rapporto tra le famiglie con spesa sotto la soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti – è salita dal 7,7% al 8,3%, ovvero quasi 2,1 milioni di famiglie. Il Nord-Est ha registrato l'incremento più significativo, passando dal 7,1% al 7,9%, seguito dal Sud con un aumento dal 10,5% all'11,2% e dalle Isole con un incremento dal 9,2% al 9,8%. Anche se il Nord-Ovest e il Centro hanno registrato un aumento più contenuto (0,4%), il fenomeno della povertà assoluta è diffuso su tutto il territorio nazionale. E le stime preliminari ISTAT per l'anno 2023 documentano un ulteriore incremento della povertà assoluta delle famiglie: dall'8,3% all'8,5%.

È evidente, commenta GIMBE, che l'aumento del numero di famiglie che vivono sotto la soglia della povertà assoluta avrà un impatto residuale sulla spesa out-of-pocket, ma aumenterà la rinuncia alle cure, condizionando il peggioramento della salute e la riduzione dell'aspettativa di vita delle persone più povere del Paese.

Dalle analisi GIMBE emergono tre considerazioni. Innanzitutto l'entità della spesa out-of-pocket, seppur in lieve e costante aumento, sottostima le mancate tutele pubbliche perché viene arginata da fenomeni conseguenti alle difficoltà economiche delle famiglie: la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e la rinuncia alle cure. In secondo luogo, questi fenomeni sono molto più frequenti nelle Regioni del Mezzogiorno, proprio quelle dove l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza è inadeguata: di conseguenza, l'insufficiente

offerta pubblica di servizi sanitari associata alla minore capacità di spesa delle famiglie del Sud condiziona negativamente lo stato di salute e l'aspettativa di vita alla nascita, un indicatore che vede tutte le Regioni del Mezzogiorno al di sotto della media nazionale. Infine, lo status di povertà assoluta che coinvolge oggi più di due milioni di famiglie richiede urgenti politiche di contrasto alla povertà, non solo per garantire un tenore di vita dignitoso a tutte le persone, ma anche perché le diseguaglianze sociali nell'accesso alle cure e l'impossibilità di far fronte ai bisogni di salute con risorse proprie rischiano di compromettere la salute e la vita dei più poveri, in particolare nel Mezzogiorno. Dove l'impatto sanitario, economico e sociale senza precedenti rischia di peggiorare ulteriormente con l'autonomia differenziata.

APPELLO DI 14 SCIENZIATI RIVOLTO ALL'OPINIONE PUBBLICA PER ALZARE IL LIVELLO DI ATTENZIONE SUL FINANZIAMENTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Key Facts:

- Grazie al SSN vi è stato un marcato incremento dell'aspettativa di vita in Italia (da 73,8 a 83,6 anni)
- Nel 2025 in Italia sarà destinato al SSN il 6,2% del PIL (meno di vent'anni fa)

“Dal 1978, data della sua fondazione, al 2019 il Ssn in Italia ha contribuito a produrre il più marcato incremento dell'aspettativa di vita (da 73,8 a 83,6 anni) tra i Paesi ad alto reddito. Ma oggi i dati dimostrano che il sistema è in crisi: arretramento di alcuni indicatori di salute, difficoltà crescente di accesso ai percorsi di diagnosi e cura, aumento delle diseguaglianze regionali e sociali. Questo accade perché i costi dell'evoluzione tecnologica, i radicali mutamenti epidemiologici e demografici e le difficoltà della finanza pubblica, hanno reso fortemente sottofinanziato il Ssn, al quale nel 2025 sarà destinato il 6,2% del Pil (meno di vent'anni fa).

Il pubblico garantisce ancora a tutti una quota di attività (urgenza, ricoveri per acuzie), mentre per il resto (visite specialistiche, diagnostica, piccola chirurgia) il pubblico arretra, e i cittadini sono costretti a rinviare gli interventi o indotti a ricorrere al privato. La spesa sanitaria in Italia non è grado di assicurare compiutamente il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) e

l'autonomia differenziata rischia di ampliare il divario tra Nord e Sud d'Italia in termini di diritto alla salute"

Firmano il documento Ottavio Davini, Enrico Alleva, Luca De Fiore, Paola Di Giulio, Nerina Dirindin, Silvio Garattini, Franco Locatelli, Francesco Longo, Lucio Luzzatto, Alberto Mantovani, il premio Nobel Giorgio Parisi, Carlo Patrono, Francesco Perrone e Paolo Vineis.

APPELLO DI 75 SOCIETÀ SCIENTIFICHE SULLA NECESSITÀ DI UNA GRANDE RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Key Facts:

- Nel periodo 2020-2022 tagliati 32.500 posti letto
- Tra il 2019 e il 2022, 11.200 medici hanno deciso di lasciare le strutture pubbliche
- In un decennio sono stati chiusi 95 nosocomi, il 9% del totale
- I livelli essenziali di assistenza non sono rispettati in 12 Regioni su 21

Il nostro servizio sanitario deve continuare a essere definito universalistico. Liste d'attesa, mancanza di medici, di ospedali e di posti letto, concorsi deserti, specializzazioni senza iscritti, progressivo definanziamento mettono a rischio il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e dei principi fondanti del nostro modello di cura. In appena due anni, durante l'emergenza Covid, addirittura il numero dei posti letto è diminuito, e ne sono stati tagliati 32.508: nel 2020 erano 257.977, ridotti a 225.469 nel 2022.

Si stima che, negli ospedali italiani, manchino almeno 100mila posti letto di degenza ordinaria e 12mila di terapia intensiva. L'età media dei medici è sempre più elevata, con ben il 56% che ha più di 55 anni rispetto al 14% della Gran Bretagna e percentuali anche più basse in altri Paesi. Entro il 2025, andranno in pensione 29.000 camici bianchi e 21mila infermieri, senza un sufficiente inserimento di nuovi professionisti. Circa 11.000 clinici ospedalieri (non in età da pensione) hanno già scelto di lasciare le strutture pubbliche fra il 2019 e il 2022. E sempre più giovani, formati a spese dello Stato (circa 150mila euro ognuno) vanno all'estero, dove ricevono stipendi anche tre volte superiori rispetto all'Italia e con condizioni di lavoro nettamente migliori.

Diminuisce anche il numero dei nosocomi: in 10 anni ne sono stati chiusi 95, il 9%. Nel 2012 erano 1.091, nel 2022 sono calati fino a 996, con una riduzione più consistente per quelli pubblici (67 in meno, da 578 a 511). Non solo. Nel 2024, il finanziamento del Fondo sanitario nazionale è aumentato in termini assoluti rispetto al 2021, ma è diminuito rispetto al PIL ed eroso in modo molto consistente dalla maggiore inflazione. Inoltre, queste risorse sono state in larga parte utilizzate per aumenti contrattuali irrisori del personale, che non sono in grado di contenere l'esodo dei medici.

Questo è l'appello di 75 Società Scientifiche riunite in FoSSC (Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani) chiedono al Governo una grande riforma strutturale, con provvedimenti urgenti per salvare il servizio sanitario e mantenere il suo carattere universalistico.

Dodici Regioni su 21 non garantiscono non la totalità, ma neppure la minima sufficienza dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), cioè le cure considerate fondamentali. La maggioranza presenta infatti valori sotto la soglia in almeno una delle tre macroaree prese in esame: prevenzione, assistenza sul territorio e ospedale. E si tratta dei Lea attualmente in vigore che risalgono addirittura al Dpcm 29 novembre 2001, o meglio ai DM del 1996 e 1999, aggiornati con il Dpcm 12 gennaio 2017, ma mai attuati.

Inoltre – affermano le 75 Società Scientifiche riunite in FoSSC -, l'introduzione dei nuovi parametri, pur pubblicati ad agosto 2023, è stata rinviata al 2025 per carenza di risorse. E le Regioni dovrebbero sobbarcarsi anche il cospicuo onere delle nuove prestazioni, la maggior parte delle quali sono divenute ormai parte integrante della corretta pratica clinica. Le più deboli e povere, in particolare quelle sottoposte a Piano di rientro, di certo non possono farlo. Le Società Scientifiche chiedono come sia possibile solo pensare in queste condizioni al varo della legge sull'Autonomia Differenziata. Fenomeni drammatici, quali le liste di attesa per prestazioni diagnostiche necessarie e la eterogeneità per terapie che avrebbero un effetto positivo sul decorso di gravi malattie, nonché le attese interminabili, anche di giorni, nei Pronto Soccorso prima del ricovero nei reparti di degenza, sono dovuti a gravissime carenze strutturali ed organiche.

È urgente risolvere questi problemi con una riforma strutturale e di sistema degli ospedali, con lo stanziamento di risorse davvero adeguate a rispondere ai principali parametri in vigore negli altri Paesi europei e con la vera realizzazione delle reti territoriali per patologie.

Va anche osservato che tutti i Paesi europei, durante la pandemia, hanno prodotto aumenti del finanziamento pubblico alla sanità nettamente superiori al nostro

Dal 2012 al 2021 l'incremento per l'Italia è stato solo del 6,4%, rispetto al 33% della Germania, al 24,7% della Francia e al 21,2% della Spagna.

Negli ultimi 10-12 anni, i Governi che hanno preceduto quello attuale hanno operato tagli irresponsabili. Ma ora, anche nel 2024, il finanziamento del Fondo sanitario nazionale si attesta solo al 6,4% rispetto al PIL, come indicato nel Documento di Economia e Finanza dello stesso Ministero dell'Economia, con la previsione di un'ulteriore diminuzione al 6,3% nel 2025 e 2026, fino al 6,2% nel 2027. Al netto dell'inflazione, quest'anno risulta addirittura una diminuzione delle risorse pubbliche destinate alla sanità del 6,2% rispetto al 2021. Una tendenza preoccupante, visto che l'Ocse per i Paesi che investono poche risorse in sanità, come l'Italia, prevede un auspicabile investimento pari ad almeno l'1,4% in più rispetto al PIL 2021, che equivale ad un aumento annuo di ben 25 miliardi di euro.

Di conseguenza, la contribuzione alla spesa sanitaria da parte dei privati cittadini è in continua ed esponenziale crescita e, nel 2022, ha raggiunto la cifra di ben 41 miliardi e 500 milioni di euro, in vistoso incremento rispetto agli 8-12 miliardi degli anni precedenti, con un valore doppio rispetto a Francia e Germania, che equivale al 24% della spesa complessiva (171 miliardi e 867 milioni). Come evidenziato dalla Corte dei Conti la grave crisi di sostenibilità del servizio sanitario nazionale non garantisce più alla popolazione un'effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie, con intuibili conseguenze sulla salute delle persone e pesante aumento della spesa privata. Il servizio sanitario, dopo aver sostenuto l'impatto della pandemia, soffre di una crisi sistemica, accentuata dalla fuga del personale, non adeguatamente remunerato, cui si dovrebbe rispondere, a livello nazionale e regionale, con decisioni ed investimenti non più rinviabili, nei campi dell'organizzazione, delle strutture, della formazione e delle retribuzioni.

Per frenare l'emorragia dei medici è necessario intervenire con provvedimenti immediati. Nei prossimi 7 anni, in base alla previsione della Commissione istituita dal Ministro dell'Università e della Ricerca, Anna Maria Bernini, saranno 30mila i medici in più, ma i tempi sono troppo lunghi, vista la significativa carenza attuale e occorrono altre iniziative.

L'obiettivo deve essere il passaggio dal numero chiuso a quello programmato – sottolineano le Società Scientifiche -. Sono necessari anche sostanziali aumenti retributivi, soprattutto per le specialità mediche 'neglette' (ad esempio Emergenza-Urgenza, Anestesiologia e Rianimazione, Radioterapia e alcune Chirurgie), i cui bandi per i corsi di specializzazione negli ultimi anni sono restati in gran parte deserti. A nulla servono i minimi aumenti stipendiali dell'ultimo contratto rispetto alle retribuzioni molto più elevate che i nostri giovani medici trovano in altri Paesi europei,

anche confinanti con il nostro. E va considerata l'immissione in ruolo di figure professionali quali l'infermiere di ricerca, i data manager e i biostatistici, soprattutto in Irccs e Policlinici Universitari, oltre a figure esperte di temi quali l'Intelligenza Artificiale e Data Mining, da formare attraverso percorsi innovativi.

L'inserimento di nuovi professionisti è stato impedito per molti anni dai tetti di spesa per il personale e dai blocchi delle assunzioni, in un quadro desolante di totale mancanza di programmazione da parte di tutti i Governi che si sono succeduti negli ultimi 10-12 anni. Ed oggi siamo costretti ad inserire nei servizi specializzandi, anche dei primissimi anni di corso, senza che questo provvedimento sia stato oggetto della necessaria discussione e programmazione.

Oggi la conferenza stampa si svolge in una sede istituzionale, quale quella italiana del Parlamento e della Commissione europea, a significare l'assoluta necessità che il servizio sanitario dell'Italia, Paese fondatore dell'Unione europea, sia ricondotto e adeguato agli standard vigenti negli altri Stati che fanno parte dell'Unione – continuano le Società Scientifiche -. Serve una grande riforma di sistema, che tenga conto delle diversità dei bisogni di salute, del progresso delle tecnologie e dell'organizzazione degli ospedali. L'Italia occupa il 22° posto nella graduatoria europea del numero di posti letto. La media italiana è di 314 posti letto di degenza ordinaria per 100mila abitanti rispetto alla media europea di 550 e di 8-10 posti letto di terapia intensiva per 100mila abitanti rispetto ai 30 della Germania e a più di 20 della Francia. Ma il Pnrr prevede di riservare solo l'8,3% dei fondi previsti alla Sanità, di cui la maggior parte per il potenziamento dell'assistenza territoriale e per l'avvio di strutture quali le Case e gli Ospedali di comunità, che sarà molto difficile da realizzare per la carenza di personale medico e di infermieri.

Vengono destinate risorse agli ospedali, ma solo per l'aggiornamento tecnologico e per la ricerca scientifica, nulla invece per il potenziamento strutturale ed organico o per l'acquisizione di nuovo personale. Le conseguenze sono un'insufficiente interazione ospedale-territorio e un'irrazionale compartimentalizzazione del sistema. Allo scopo di affrontare e cominciare a risolvere tutti questi problemi, nel giugno 2023 era stato dato avvio, al Ministero della Salute, a un Tavolo Tecnico sulla riforma dei DM 70 e 77, cui il nostro Forum ha offerto un contributo immediato e fattivo con la presentazione di documenti, analisi e proposte che, purtroppo, non hanno ancora ricevuto accoglienza.

Sono necessari più investimenti anche in prevenzione. È scientificamente dimostrato che il 40% di patologie a grande incidenza, come i tumori e le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, può essere evitato grazie agli stili di vita sani – concludono le Società Scientifiche -. Anche la

prevenzione secondaria è fondamentale. Ma le percentuali di cittadini che aderiscono agli screening oncologici sono pari a circa il 40% per la mammografia e per il Pap Test o l'Hpv test ed inferiori al 30% per lo screening coloretale. L'Unione Europea chiede a tutti i Paesi membri di raggiungere, entro il 2025, il livello del 90% di adesione per tutti e tre i programmi.

Si tratta di un obiettivo molto ambizioso, ma è importante sollecitare l'azione delle Regioni in questo settore, eventualmente prevedendo sistemi premianti o penalizzanti in termini di risorse economiche da destinare a livello locale. Inoltre, il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027, che allo stato è solo un pregevole trattato di oncologia, deve essere trasformato in un vero e proprio piano operativo e adeguato allo 'Europe's Beating Cancer Plan' della Commissione europea, documento snello, incisivo e sintetico, con la previsione di iniziative ed obiettivi precisi ed un cronoprogramma nonché la possibilità di accedere a finanziamenti per la sua realizzazione. Analogamente, la Strategia Nazionale per la Salute del Cervello 2024-2031, che sancisce la ratifica del Governo Italiano al Piano Globale sulla Salute del Cervello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, deve essere implementata in tutte le Regioni, per ridurre l'impatto delle malattie neurologiche e mentali in tutte le fasce di età.

NO DELLE REGIONI A TAGLI DELLA SANITÀ: PRONTI A RICORRERE ALLA CONSULTA

Key Facts:

- No al taglio di 1,2 miliardi nel Pnrr dei fondi destinati alle strutture ospedaliere

La Conferenza delle Regioni al lavoro sul dl Pnrr e in particolare sul capitolo che riguarda, appunto, i tagli alla Sanità, ha mandato un chiaro segnale al Governo, contro i tagli alla sanità. Nel documento la Conferenza delle Regioni indica nell'abrogazione del titolo 1 comma 13 del dl Pnrr che taglia 1,2 miliardi alle Regioni relativi prevalentemente a opere per la sicurezza sismica delle strutture ospedaliere, o un impegno formale per la reintegrazione dei fondi, altrimenti andranno dritti davanti alla Corte costituzionale.

A spiegare quel che si muove tra i governatori è stato il 4 Aprile il presidente della Conferenza delle Regioni che guida il Friuli Venezia Giulia, Massimiliano Fedriga: *"Ci siamo sempre mossi in modo costruttivo seppure in uno scenario critico, ovvero per quanto riguarda i fondi ex articolo 20 abbiamo chiesto che venga eliminato il definanziamento o che venga preso un impegno formale per rifinanziarli. Il nostro parere è condizionato a questa richiesta"*, ha spiegato Federiga.

PUBBLICITÀ

Da una interlocuzione informale abbiamo visto una apertura da parte del Governo e una disponibilità in tal senso. Come sempre lavoriamo in un'ottica di leale collaborazione, anche in momento difficili. Penso che sia un obiettivo di tutti, in primis del Governo, dare una risposta che possa migliorare l'offerta sanitaria del Paese. Noi utilizzeremo tutti i canali della collaborazione e anche quelli di non collaborazione, se necessario, per tutelare il più possibile il Servizio sanitario nazionale".

RAGIONERIA DI STATO: "I FONDI LEA SIANO RESI INDISPONIBILI E NON USATI PER ALTRO"

I finanziamenti destinati ai nuovi Lea e all'aggiornamento delle tariffe della specialistica e protesica, "assegnati alle Regioni, in mancanza di provvedimenti attuativi sono stati comunque utilizzati dalle Regioni per coprire altre occorrenze della spesa sanitaria e soprattutto inefficienze/squilibri dei loro servizi sanitari. Forse questo è il principale motivo per la richiesta di proroga da parte regionale". Lo scrive la Ragioneria generale dello Stato in merito alla proposta di slittamento dell'entrata in vigore delle nuove tariffe per i Lea dal primo aprile 2024 al primo gennaio 2025, invitando il ministero della Salute a rendere "indisponibili" per altri utilizzi le risorse finalizzate ai Lea.

La Ragioneria richiama dunque "l'utilizzo improprio finora avvenuto dei finanziamenti preordinati per l'erogazione dei nuovi Lea del 2017 a copertura di maggiore spesa regionale non coerente con la programmazione sanitaria nazionale". In tali termini, afferma quindi la Ragioneria, "si chiede al

ministero della Salute, in occasione del riparto delle disponibilità finanziarie del Ssn per l'anno 2024, e per i successivi anni, di rendere indisponibili le risorse preordinate all'entrata in vigore delle nuove tariffe e quelle per l'aggiornamento dei Lea, pari a 631 milioni di euro per l'anno 2024 e a 781 milioni di euro a decorrere dal 2025, fino all'effettivo utilizzo delle risorse per le finalità indicate dalle norme". Ciò anche al fine "di salvaguardare gli obiettivi assistenziali previsti ed evitare di coprire inefficienze regionali. Tali finanziamenti indisponibili - conclude - potranno essere ripartiti solo dopo i relativi provvedimenti attuativi e limitatamente agli impatti finanziari associati".

CORTE DEI CONTI: RIDOTTI I FONDI PER IL SSN

La Corte dei Conti nella sua memoria sul Dl Pnrr in merito alla misura che sposta 1,2 mld dal Piano nazionale complementare al fondo per l'edilizia sanitaria (ex art. 20) su cui è in atto un confronto tra Governo e Regioni, fa una serie di considerazioni sulla riduzione dei fondi previsto per il SSN

Oltre a ridurre l'ammontare complessivo delle risorse destinabili ad investimenti in sanità (l'aver attribuito il finanziamento del programma al Fondo ex art. 20 incide sulle disponibilità per ulteriori accordi di programma) e a incidere su programmi di investimento regionali già avviati, lo spostamento comporta il rinvio dell'attuazione del progetto a quando saranno disponibili spazi finanziari adeguati".

“Se è vero – rileva la Corte - infatti, che al 31 dicembre 2023 le risorse non ancora utilizzate attribuite all'articolo 20 sono pari a 9,9 miliardi e che esse sono state ripartite tra le regioni, il loro utilizzo effettivo è subordinato alla indicazione in bilancio di importi spendibili compatibilmente con gli obiettivi di finanza pubblica”.

“In altre parole – spiega la Corte – pur previste a legislazione vigente, tali risorse non sono già scontate nel tendenziale e quindi richiederanno apposita copertura. Un allungamento dei tempi che dovrebbe essere valutato alla luce dello stato di attuazione dei progetti attivati e che potrebbero registrare fabbisogni difficilmente rinviabili”.

“Va, infine, sottolineato - conclude la memoria - come la norma preveda una ulteriore riduzione dell’ammontare delle risorse destinate ad investimenti, ponendo a carico dell’articolo 20 anche il finanziamento dei maggiori costi dovuti ad incrementi dei prezzi dei progetti che erano a carico del PNC e che non hanno avuto accesso finora al Fondo opere indifferibili. Anche in questo caso, pur essendo prevista una procedura di selezione accurata (la richiesta regionale, corredata di perizia suppletiva di variante relativa ai maggiori costi e del quadro generale delle distinte fonti di finanziamento destinate agli investimenti interessati è inserita nei Contratti Istituzionali di Sviluppo) le risorse utilizzabili, allo stato non quantificate, ridurranno ancora i fondi destinati ad accordi e, non essendo già scontate nel tendenziale, dovranno trovare spazi adeguati e apposito finanziamento”.

IL PUNTO DI VISTA DELLA SID

Il sottofinanziamento del SSN e le attali dinamiche di scenario, non possono lasciare indifferente la diabetologia e l’assistenza endocrino-metabolica.

Sono stati temi e dibattuti recentemente negli Stati Generali sul Diabete, promossi da FeSDI, e che hanno trovato interlocuzione in quella sede da parte del Ministro della Salute.

Vi è un forte rammarico e preoccupazione da parte di FeSDI che il diabete sia sottovalutato e non venga considerato adeguatamente dal sistema politico-sanitario nazionale e regionale, in un quadro di intervento omogeneo nazionale che garantisca la presa in carico specialistica, interdisciplinare e territoriale della persona con diabete, atta a garantire risposte certe alle criticità che troppo spesso emergono a livello clinico-assistenziale e che riguardano il numero crescente di persone che convivono con il diabete e alle loro famiglie.

In tal senso il sottofinanziamento del SSN potrebbe generare dinamiche assistenziali che non vedano una definizione precisa del ruolo del diabetologo e dello specialista endocrino-metabolico. La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dedica un ampio spazio alla riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera e territoriale, nel tentativo di rispondere alle criticità che la pandemia ha reso ancora più evidenti, e che potrebbero aggravarsi a causa dell’accresciuta domanda di salute derivante dal trend demografico, epidemiologico e sociale.

L'esperienza emergenziale e le nuove opportunità offerte dal PNRR delineano un contesto in cui si impone di ragionare in ottica di potenziamento e rafforzamento dell'offerta di salute dedicata alla cronicità di cui il diabete rappresenta il modello per eccellenza.

L'auspicio è che i cambiamenti derivanti dall'adozione del PNRR, anche attraverso l'istituzione delle "case della comunità", trovino fondamento nelle esperienze positive già attuate e vengano sviluppati team multidisciplinari.

Il coordinamento del modello di presa in carico da parte del diabetologo, una compiuta integrazione fra Strutture Diabetologiche e Medicina Generale all'interno di un sistema di rete multispecialistica, l'organizzazione e la corretta allocazione, motivazione delle risorse umane e strutturali sono elementi essenziali per continuare a garantire e migliorare i livelli qualitativi e gli outcome di salute dell'assistenza diabetologica, così come prevista dal Piano Nazionale della Malattia Diabetica.

L'auspicio è che il nuovo modello organizzativo, mutuando gli aspetti virtuosi dell'esperienza clinico-assistenziale maturata negli ultimi anni - a partire dalla multi-professionalità garantita dal team diabetologico - sappia declinare questo patrimonio di professionalità, conoscenze e competenze in chiave di maggiore prossimità e capillarità, sfruttando a pieno anche l'opportunità offerta dalle nuove tecnologie.