



Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

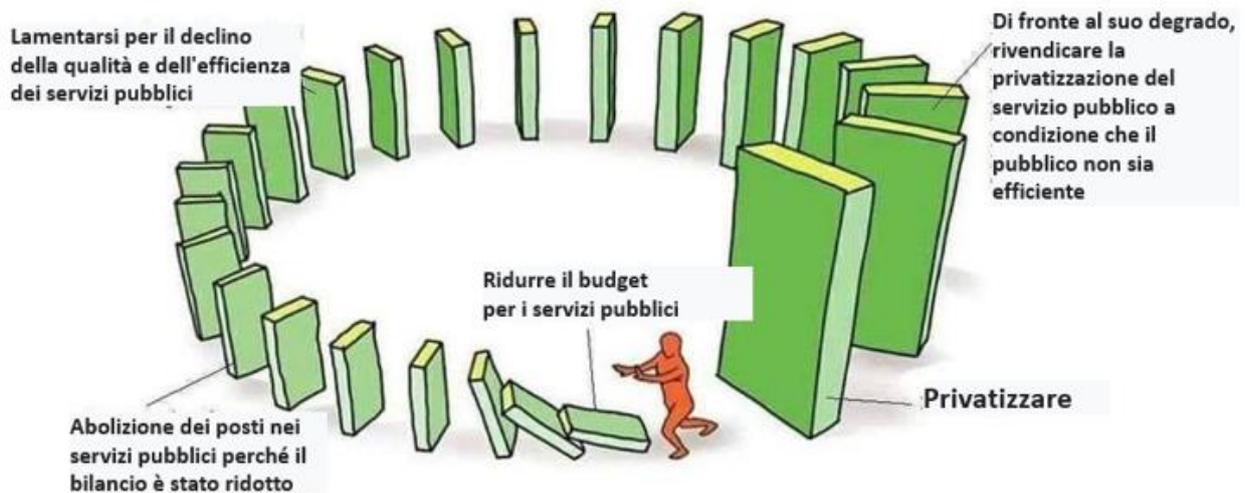
“ASIQUAS Review”

Newsletter della Associazione Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale.

Monografia.

“Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia”
Personale sanitario una risorsa da salvaguardare e valorizzare

Distruggere i servizi pubblici: Manuale d'uso



A cura del Comitato Direttivo Nazionale di ASIQUAS
Verso il IV° Congresso Nazionale, Roma, 7 novembre 2024

Nota redazionale.

I materiali (articoli e dati) vengono selezionati da fonti accreditate:

- Per gli articoli: The Lancet, British Medicine Journal, The New York Times, Science, Nature, Oxford Review, Cambridge Review, Quotidiano Sanità, Il Corriere della Sera, Il Sole 24Ore Sanità, La Repubblica e altri;

Per le Istituzioni:

- WHO/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

Per i dati:

- WHO/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

Criteri di selezione:

I materiali sono scelti in base ai seguenti criteri: Materiali di analisi recenti; Fonti accreditate; Tematiche inerenti a COVID19; Procedure internazionali e nazionali; Studi e ricerche epidemiologici; Studi su procedure per operatori sanitari e sociali; Linee Guida internazionali, nazionali e regionali; Linee Guida di società scientifiche e professionali.

Le traduzioni sono fatte in automatico con il software “google” per rapidità di fruizione.

Ci scusiamo se le traduzioni non sono sempre adeguate, ma riteniamo più utile la tempestività di divulgazione.

Indice:

Contributi ASIQUAS	
Silvia Scelsi, Caterina Elisabetta Amoddeo, Giorgio Banchieri, Maurizio Dal Maso, Antonio Giulio De Belvis, Emanuele Di Simone, Andrea Vannucci - <i>La sanità pubblica ha un futuro se cambierà i suoi modelli operativi</i> – Quotidiano sanità	5
Silvia Scelsi, Caterina Elisabetta Amoddeo, Antonio Giulio De Belvis, Giorgio Banchieri, Maurizio Dal Maso, Emanuele Di Simone, Andrea Vannucci - <i>Per una sanità pubblica resiliente e di qualità. Un'agenda per le riforme</i> – Quotidiano sanità	12
Silvia Scelsi, Giorgio Banchieri, Antonio Giulio de Belvis, Maurizio Dal Maso, Andrea Vannucci - <i>PNRR: i tagli degli obiettivi e la coerenza dei dati ...</i> - Quotidiano sanità,	19
Franco Pesaresi- <i>La carenza di personale riguarda tutta l'Europa: all'appello mancano 1,6 mln di operatori. Dagli stipendi al miglioramento delle condizioni di lavoro. Ecco cosa fare per invertire la rotta</i> – Quotidiano sanità	28
BMJ - <i>La Commissione BMJ sul futuro del NHS</i>	33
Silvia Scelsi, Caterina Amoddeo, Antonio De Belvis, Giorgio Banchieri. Andrea Vannucci, - <i>Personale del NHS e del SSN: un capitale da tutelare e valorizzare</i> - Quotidiano sanità	33
Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci - <i>I principi fondanti del NHS e del SSN sono ancora appropriati?</i> – Quotidiano sanità	41
Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci - <i>NHS E SSN, due sistemi sanitari nazionali, universalisti e...” anziani”</i> - Quotidiana sanità	46
Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci - <i>“Pubblico” e “privato” in sanità come possono interagire? Integrazione, sussidiarietà e cooperazione</i> - Quotidiano sanità	51
Giorgio Banchieri - <i>Sanità “pubblica” e “privata”: alcune precisazioni necessarie</i> - Quotidiano sanità	57
The New England Medica Journal – <i>Navigating the clinical shortage crisis</i> -	61

Fonte dati sui temi della monografia	
AGENAS – <i>Il personale del SSN 2022</i>	63
Corte dei Conti – <i>La spesa sanitaria 2022</i>	71
Cittadinanzattiva – <i>Desertificazione sanitaria</i>	75
OECD – <i>La salute in uno sguardo: Italia</i>	76
Gabanelli e atri - <i>Ci mancano 2 milioni di occupati</i> - Corriere della Sera –	77
AGENAS – <i>Il personale del SSN 2022</i>	81
Luciano Fassari – <i>Un medico italiano guadagna il 70% di un collega tedesco ...</i> - Quotidiano sanità	89
GIMBE – <i>Il personale del SSN</i>	91
Gabanelli – <i>Perché mancano i medici</i> – Corriere della sera	106

Per chi è interessato a leggere in numeri pregressi di “Covid 19 Review 2020” li può trovare su www.asiquas.net :

- Volume 1 dal n. 1 al n. 14:
- Volume 2 dal n. 14 al n.29:
- Volume 3 dal n. 30 al n. 34 :
- Volume 4 dal n. 35 al n. 60:
- Volume 5 dal n. 1 al n. 16, Prima serie settimanale:
- Volume 6 dal n. 1 al n. 4, Prima Serie quindicinale;
- Volume 7 dal n.1 al n. 40, Seconda Serie Settimanale;

Tutti i numeri pregressi sono reperibili su: www.asiquas.net

Per leggere le monografie di “Covid 19 Review 2020”: www.asiquas.net

- Monografia 1 – Tomas Pueyo –The Hammer and the Dance
- Monografia 2 – On Covid19 pandemic data
- Monografia 3 - Ethic and Equity
- Monografia 4 – Tomas Pueyo – Formaggio svizzero
- Monografia 5 – Vaccini Covid19 1
- Monografia 6 – Vaccini Covid19 2
- Monografia 7 – Residenze e Covid 19
- Monografia 8 – Covid19 e Salute Mentale

Per leggere le monografie di “ASIQYUAS Review”: www.asiquas.net

- One Health
- PNRR: punti di forza e di debolezza
- Sanità pubblica e sanità privata
- Sostenibilità della sanità pubblica

La sanità pubblica ha un futuro se cambierà i suoi modelli operativi

Silvia Scelsi, Presidente Nazionale ANIARTI, Presidente Nazionale ASQUAS

Caterina Elisabetta Amoddeo, già Direttore Sanitario AO "San Camillo", Roma, Vice Presidente Nazionale ASQUAS

Giorgio Banchieri, Docente DISSE, Università "Sapienza", Roma, Segretario Nazionale ASQUAS

Maurizio Dal Maso, Healthability, Firenze, membro CDN ASQUAS

Antonio Giulio De Belvis, Docente Fondazione Policlinico "A. Gemelli" – IRCCS, Roma, Membro CDN ASQUAS

Emanuele Di Simone, RN, PhD in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, socio ASQUAS

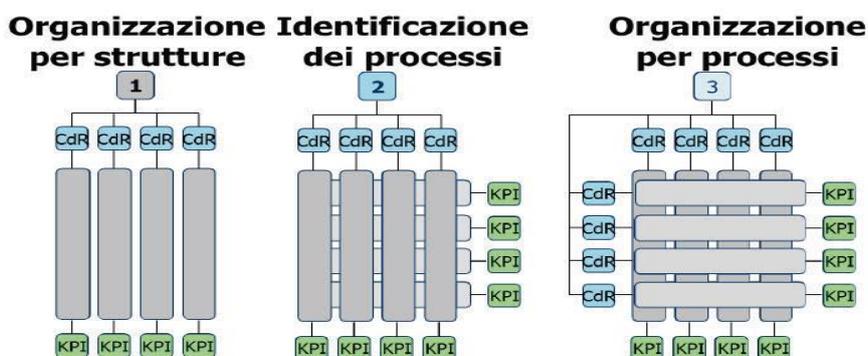
Andrea Vannucci, Docente Università di Siena, membro CD Accademia di Medicina, Genova, socio ASQUAS

Pensare al futuro del SSN/SSR significa rivedere cosa ha davvero funzionato, e cosa meno, nei primi 45 anni della sua esistenza. Ovviamente significa decidere verso quali nuovi confini spingerne una sua necessaria ed inevitabile riorganizzazione, formale e sostanziale, partendo da alcuni principi:

- **Centralità del paziente**, ovvero organizzare in senso trasversale, abbattendo definitivamente tutti i "silos" esistenti, il percorso di cura che segue le sue esigenze, e non obbligarlo ad adeguarsi alla nostra offerta di servizi. Offerta resa, da decenni, rigida e complicata in accesso, ripensando agli esiti di "salute" che già oggi, a parità di risorse impiegate, avremmo potuto raggiungere. Se vogliamo rendere il paziente "centrale", accettandolo con tutti i suoi diversi e complessi bisogni, dobbiamo essere in grado di fornirgli risposte differenziate, ovvero smettere di dare risposte uguali a bisogni diversi e quindi individuare cosa serve a quello "specifico" paziente ed essere in grado di fornire esattamente quello che serve a lui "niente di più e niente di meno";
- **Rivedere e azzerare i "costi della non qualità"**, ovvero tutte le attività che facciamo costantemente che non producono "valore", ma consumano solo risorse per "fare bene cose inutili o sbagliate". Questo vuol dire affrontare il tema della "appropriatezza" basata sulla "evidence based medicine";
- **Rivedere in modo integrale i sistemi di pagamento** delle prestazioni, prendendo in considerazione l'intero percorso del paziente, in modo da rendere sostenibili i servizi sia ospedalieri che territoriali.

Nel PNRR si interviene con importanti risorse e proposte programmatiche nella riorganizzazione degli ospedali italiani sia dal punto di vista delle dotazioni tecnologiche per diagnosi e terapie, che dal punto di vista dei processi di "condivisione informativa" in una logica di approccio 4.0, ovvero di integrazione delle basi dati esistenti nelle aziende sanitarie e di "data analytics".

Ma l'ospedale deve anche innovare verso modelli organizzativi che lo portino a connettersi e integrarsi con strutture e reti territoriali e a lavorare per "reti cliniche", per PDTA "integrati" ospedale-territorio, acquisendo agilità e flessibilità operative.



Fasi di transizione dal modello organizzativo per strutture verticali a quello matriciale per discipline e processi

Ospedali e territorio debbono evolvere nei loro modelli organizzativi e gestionali *“insieme”* e in un approccio *“integrato”*. Solo intervenendo su entrambe le *“dimensioni”* operative dei SSR sarà possibile implementare approcci di ottimizzazione, *“lean management”*, *“project management”* ed elevare i livelli di sicurezza e di qualità delle attività assistenziali erogabili.

Abbiamo bisogno di ospedali a *“intensità di cura”* diffusi, *“aperti”* verso il territorio e *“integrati”* con esso, che evolvano verso modelli di ospedali *“senza letti”*.

Il Punto di Cura (POC) è definito in letteratura come *“il luogo in cui vengono ricevute/erogate cure sanitarie”*. Nei secoli il POC si è spostato in modo significativo dal capezzale dei malati agli ambulatori dei medici e agli ospedali. Negli ultimi decenni, e soprattutto negli ultimi anni grazie ai servizi di telemedicina, è in atto il percorso inverso.

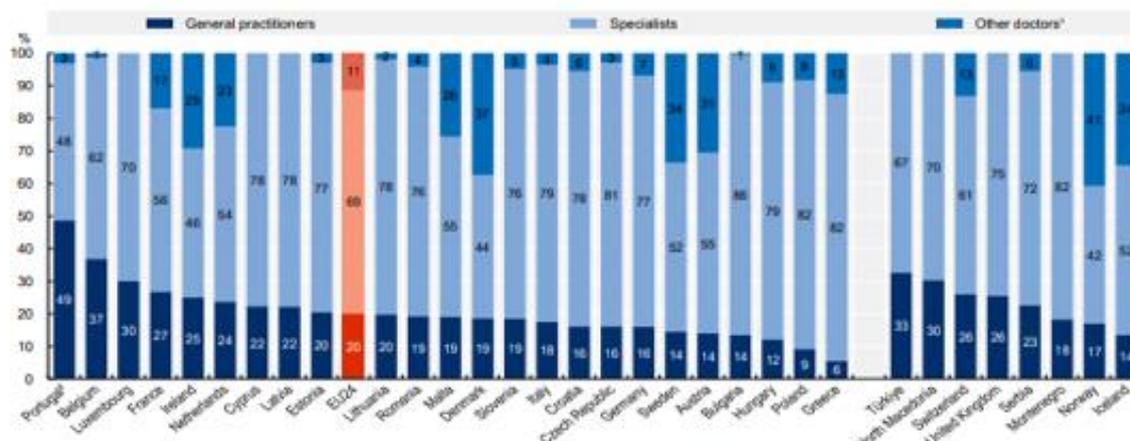
Il POC si è esteso al di fuori degli spazi fisici delle strutture sanitarie e ora include i pazienti, ovunque si trovino. Uno dei punti chiave delle tecnologie sanitarie digitali è che possono democratizzare l'accesso alle cure perché sono in grado di operare una revisione del concetto tradizionale di POC che consente ai pazienti di diventare più proattivi nella gestione della loro salute.

La nuova realtà dei POC nell'era della salute digitale consisterà in due componenti, entrambe partecipate dai professionisti dell'ospedale, una si svilupperà fuori dalle mura degli ospedali e l'altra al loro interno: l'assistenza acuta e le esigenze chirurgiche.

Tutti questi modelli sono stati già realizzati e sperimentati in altri Paesi.

Anche per gli ospedali vale la considerazione che *“pubblico”* è diverso da *“privato”* – ovvero – essere *“universalisti”* ed *“equi”* è diverso da essere *“profit”*. L'esempio della medicina *“a gettone”* è assolutamente chiarificatore circa le conseguenze di queste forme di privatizzazione *“a cottimo”* forme più o meno improvvisate di organizzazioni di lavoro professionale che nascono in risposta a variazioni improvvise e critiche della domanda di forza lavoro ...Alla fine siamo sicuri che ci costi di meno che assumere nuovi operatori?

Figure 7.11. Share of different categories of doctors, 2020 (or nearest year)



Note: The EU average is unweighted. 1. The category "Other doctors" includes non-specialist doctors working in hospital, recent medical graduates who have not yet started post-graduate speciality training, as well as any other doctors not further defined. 2. In Portugal, only about 30% of doctors employed by the public sector work as GPs in primary care – the other 70% work in hospitals. Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database.

In Italia su 100 medici, 18 sono medici generici e 79 gli specialisti (ci sono poi 4 medici di altre categorie).

DM 70 e DM 77: definire il percorso del paziente nel processo di cura.

Il Decreto 70 va rivisto e va integrato con il Decreto 77 della Medicina Territoriale (che va modificato) al fine di stabilire una volta per tutte qual è il *“flusso del paziente”* e permettere ai DEA di primo e secondo livello di poter gestire non solo l'entrata dei pazienti, ma soprattutto la loro dimissione a domicilio o nel territorio.

Questo potrà avvenire solo e soltanto se si arriverà ad una direzione del processo di cura unica e non frammentata tra diversi decisori politico amministrativi.

È proponibile uno schema di *“flusso”* del Paziente dal proprio domicilio al più idoneo luogo di cura, fino al suo rientro al domicilio o in strutture dedicate una volta risolto il problema di salute.

Uno schema che veda finalmente interagire le varie figure professionali (medici dipendenti, medici

convenzionati, infermieri) per la migliore cura del paziente. Sono proponibili nuove figure professionali che aiutino i vari professionisti in questo percorso, anche alla luce delle innovazioni previste dal PNRR.

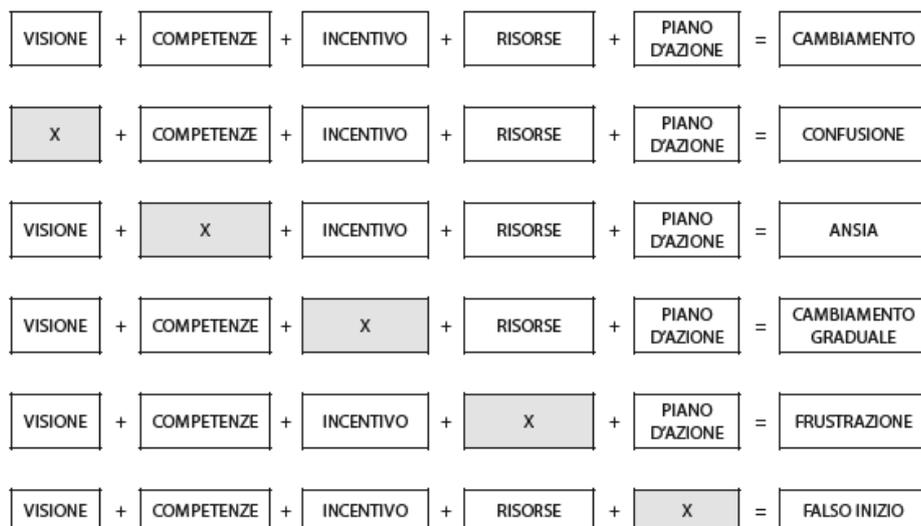
Gli americani lo chiamano *“door to door”* e lo hanno studiato bene. Esistono evidenze che la possibilità per un paziente di utilizzare *“setting”* a diversa intensità di assistenza in funzione dell’evolvere della sua malattia non generi risparmi finanziari, ma ottenga migliori risultati clinici. Quindi in termini di valore sia conveniente. Il passaggio fondamentale dovrebbe essere la *“presa in carico dei pazienti”* da parte di nuove figure professionali, con competenze in diversi nuovi campi della medicina (soprattutto quella territoriale), anche se non necessariamente ultra specialistiche, possedendo capacità di leadership e di coordinamento degli interventi multidisciplinari e multi professionali, in stretto collegamento con il medico di medicina generale all’inizio e alla fine della degenza; di fatto un professionista clinico con competenze manageriali del percorso del paziente.

In USA, da oltre 40 anni, è presente il medico *“hospitalist”*, che ha come focus primario professionale la *“care”* complessiva del paziente ospedalizzato, che prende direttamente in carico il paziente. Questa figura programma il piano di cura, attiva le consulenze dei *“consultant”* ritenute necessarie, ed è il responsabile della terapia, del percorso di degenza e della dimissione, diventando il *trait d’union* con il MMG. Ruoli simili svolgono gli infermieri manager. Forse si dovrebbe fare una riflessione anche da noi su tali figure...

Progettare ospedali flessibili ed agili, sostenibili e centrati su pazienti e operatori

I principali obiettivi possibili e necessari sono:

- Guardare alla struttura ospedale per i prossimi decenni, non solo nella prospettiva della realizzazione di nuove strutture, ma di quella, assai più frequente, d’interventi di riqualificazione e riadattamento dell’esistente;
- Ripensare quale ruolo hanno per una buona progettazione una corretta e articolata programmazione sanitaria e la chiarezza e la coerenza dei contenuti dei documenti di programmazione preliminare, insieme all’efficacia comunicativa con la quale vengono redatti;
- Chiedersi quali sono i requisiti, in altre parole i bisogni, cui un ospedale deve rispondere;
- Prevedere che la gestione delle strutture sanitarie, che hanno oggi tecnologie avanzate disponibili, il cui costo di utilizzo è notevole veda il coinvolgimento, per una gestione ottimale, di tutti gli operatori del mondo della sanità, dalle direzioni generali ed amministrative, del personale medico ed infermieristico, ai responsabili della loro progettazione e della loro realizzazione;
- Ricordare che, data la velocità con la quale la medicina ha continuato a fare progressi diagnostici e terapeutici, anche i più moderni progetti si sono trovati, nel giro di pochi anni, a doversi confrontare con sempre nuove modalità di cura. Il ruolo del PS è stato ed è tuttora continuamente messo alla prova dalla diffusa e crescente opinione, facilitata dalla straordinaria offerta di prestazioni e cure, che solo il PS possa rispondere bene e in tempi adeguati alle più svariate esigenze di salute: da situazioni cliniche gravi, che compromettono la vita, a problemi di minima rilevanza clinica;
- Progettare dipartimenti di area critica *“flessibili”*. Ciò significa adattare la loro struttura e organizzazione agli eterogenei e complessi bisogni sanitari. Per poterlo fare è necessario condividere le definizioni di area critica e di flessibilità della stessa, ma è anche necessario comprendere il percorso clinico diagnostico e terapeutico del paziente critico e riflettere sulla storia della medicina e dell’assistenza intensiva o critica;
- Capire il nuovo valore del concetto di *“green hospital”* che comprende al suo interno diversi interventi: sui rifiuti, sull’uso di materiali sostenibili, su trasporti a basso impatto e che ha al suo centro la spinta a creare o trasformare le strutture esistenti in ospedali sicuri, verdi e flessibili, in cui l’efficienza energetica e l’innovazione digitale rappresentino il motore sia per una più elevata resilienza che per la loro sostenibilità ambientale. Si tratta, come viene indicato in alcuni documenti derivanti dalla Unione Europea, di analizzare, valutare e sempre più ridurre l’impronta ecologica degli ospedali.



La matrice del cambiamento: le opzioni possibili

L'ospedale e il territorio: come integrare

L'approccio all'integrazione tra ospedale e territorio si basa necessariamente su metodi e modelli finalizzati ad aumentare la personalizzazione delle cure, la facilità di accedervi con tempestività, l'esperienza che pazienti e familiari ne traggono e l'efficienza di sistema per pazienti con problemi complessi e di lunga durata che coinvolgono diversi servizi, erogatori e modalità assistenziali.

L'integrazione sociosanitaria per essere tale va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale. Quindi, mettere in pratica modelli di assistenza integrata pone sfide importanti a livello politico, organizzativo e di erogazione dei servizi. L'esperienza di cure integrate finora è limitata, ma promettente. Ulteriori ricerche sono necessarie per garantire che l'applicazione dei modelli proposti sia fattibile, sostenibile e si traduca in migliori condizioni di salute. Le politiche devono essere adattate alle realtà locali.

La traduzione istituzionale e operativa delle logiche di integrazione dell'assistenza è nella progettazione e implementazione delle reti cliniche (ospedali-territori) e dei processi assistenziali (PDTA), strumenti necessari per perseguire gli obiettivi fondamentali del nostro SSN (Equità, Efficacia, Efficienza) attraverso:

- *Promozione della clinical governance e integrazione dei percorsi assistenziali* tra le diverse istituzioni e i diversi setting coinvolti (strutture di medicina di base, ospedaliera, territoriale) per affrontare la complessità dei bisogni e il cambiamento demografico ed epidemiologico (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia);
- *L'attivazione di processi di benchmarking e benchlearning* al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi;
- *La razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio* al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenza in altri;
- *La centralità dei pazienti* ed il loro ruolo di co progettazione.

Tra le interdipendenze, quella tra ospedale e territorio è storicamente una delle più drammatiche da gestire e di grande sensibilità per i pazienti. I cittadini non accettano più servizi frammentati, disaggregati in cui spetta al fruitore ricercare unitarietà e continuità. L'assistito si aspetta che ci sia un unico punto di riferimento che esprima una diagnosi unitaria che lo indirizzi lungo un percorso delineato e coerente. L'assistenza integrata garantisce la continuità delle cure sanitarie (di servizi sanitari diversi) e dell'assistenza socio-sanitaria (di servizi sanitari e sociali).

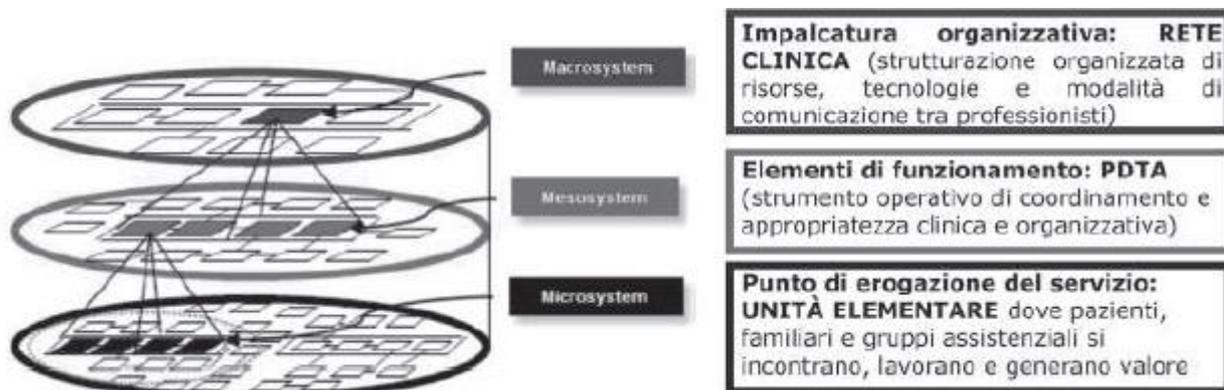
Senza integrazione non c'è continuità assistenziale.

L'integrazione fra le competenze e gli interventi sanitari e sociali non è più soltanto una auspicabile opzione ma una necessità per la qualità stessa degli interventi.

Uno dei punti critici della continuità assistenziale è costituito proprio dal momento della programmazione della dimissione, dei servizi da attivare in uscita dall'ospedale; infatti la risposta a fabbisogni non solo sanitari

ma anche sociosanitari e assistenziali richiedono servizi dedicati e condivisi tra le unità operative, non più gestibili con soluzioni eterogenee e interne a ciascuna di esse.

In questi casi le risposte possono essere molto differenziate e sono spesso riconducibili al filone delle cosiddette *"integrated care"*: qui il tema dell'integrazione e della continuità assistenziale supera i confini delle aziende sanitarie e appartiene alle reti cliniche.



DM 77 e modelli uniformi in tutto il Paese

In coerenza con quanto sopra, sono inderogabili dei *"criteri attuativi nazionali uniformi"* sull'organizzazione della *"medicina territoriale"*, di *"prossimità"*, di *"comunità"* e domiciliare, nonché sul ruolo dei MMG, PLS, guardia medica e altre forme di *"medicina convenzionata"* e loro forme associative interprofessionali e interdisciplinari come:

- La centralità del Servizio Sanitario Nazionale, dettando modelli uniformi per i Sistemi Sanitari Regionali, ridefinendo i ruoli tra Ministero della Salute e Regioni e PPAAs;
- L'approccio sistemico, collaborativo e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo *"secondo un approccio one health"*;
- L'inserimento dei Distretti in una cornice istituzionale-organizzativa vincolante, entrando nello specifico di questioni organizzative ed attuative dettate a tutto il Paese in un approccio di *"Agenzie di salute"* per le loro popolazioni – ovvero – avere in tutto il Paese dei Distretti in grado di gestire i bisogni di salute delle popolazioni;
- L'integrazione funzionale e organizzativa di tutti i servizi dell'Assistenza Primaria e ricondurli al Distretto e alle Casa di Comunità (CdC);
- La creazione di strumenti organizzativo-comunicativi trasversali definiti, quali la COT - Centrale Operativa Territoriale, la Centrale 116117, i servizi tecnologici, i sistemi informativi e di qualità.

Questo con grande attenzione ad aperture *"necessitate"* a gestioni in *"outsourcing"* dei servizi e/o delle strutture territoriali ... Dopo decenni di *"outsourcing"* di servizi negli ospedali e nel territorio dovremmo avere la consapevolezza di quanto stiamo pagando a scelte politiche interessate.

Inoltre, occorrerebbe approfondire perché, a parità di quota pro-capite *"pesata"*, abbiamo ancora differenze sostanziali nelle performance dei SSR ...

Politica delle professioni

Assistiamo dovunque ad un depauperamento delle risorse professionali della sanità, del sociosanitario e del sociale. L'OMS prevede da qui a 10 anni una carenza di circa 10 milioni di operatori sanitari nel mondo.

È chiaro sia dai rapporti delle Federazioni degli Ordini delle Professioni come medici e infermieri (FNOMCeO, FNOPI), che dalle dichiarazioni delle Società Scientifiche di settore (ANIARTI, SIMEU, etc) che la politica di programmazione della costruzione di professionisti competenti in numero sufficiente ai fabbisogni della popolazione non è stata adeguata e non è stata programmata per garantire come minimo il *turnover* con il personale che andava in quiescenza.

Sappiamo che cambiando i modelli organizzativi negli ospedali e nel territorio, anche come previsto nel PNRR, ci servirebbero sempre più infermieri con profili e competenze diverse. Se spingiamo di più verso il domiciliare, il sociale e il sociosanitario probabilmente ce ne servirebbero ancora di più ...

Nonostante il PNRR abbia messo in cantiere l'aumento delle borse di studio in medicina generale e l'incremento dei contratti di formazione specialistica, l'inadeguatezza si esprime non solo nella insufficienza numerica dei professionisti ma anche nella assoluta inadeguatezza della programmazione rispetto alle competenze specifiche da sviluppare in termini di specialità disciplinari.

Questo provoca un fenomeno pericoloso di fuga dalle strutture sanitarie che non riescono a garantire gli standard di performance compresi nei LEA. Abbiamo formato e perso negli ultimi 10 anni circa 180.000 operatori sanitari a vantaggio di altri Paesi. È un lusso che non potevamo concederci ...

Inoltre ci mancano i MMG e i PLS e pensiamo di tamponare l'emergenza con un elevamento del numero di pazienti a loro assegnabili ... un aumento del massimalismo ...

I macrodati: la situazione italiana rispetto alla media europea*	
Mmg x 100.000 abitanti	89
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-4.900</i>
Specialisti x 100.000 abitanti	288
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>+25.326</i>
Infermieri x 100.000 abitanti	626
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-148.366</i>
Ostetriche x 100.000 abitanti	29
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-8.300</i>
Personale di supporto x 100.000 abitanti	1025
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-181.512</i>
* Quali sarebbero le differenze "secche" rispetto alla media europea della presenza di personale per l'assistenza sanitaria	

Dai medici di famiglia agli infermieri, ecco tutte le carenze di personale che rischiano di frenare il PNRR e far franare il SSN. I numeri dell'OCSE

In realtà ciò che occorre è creare condizioni migliori di lavoro, retribuzioni in linea con quelle medie nella UE (siamo molto al di sotto) e disegnare percorsi di carriera significativi e qualificanti. Ridisegnare i modelli e le competenze non serve a nulla se non si modificano le opportunità a disposizione di un professionista per esercitare le proprie competenze.

Quanto detto è fondamentale, altrimenti il gap esistente tra "pubblico" e "privato" va a vantaggio del "privato" e giustifica la fuga di molti operatori dalle condizioni negative di status, lavoro e reddito che il "pubblico" oggi è costretto ad offrire ai suoi operatori. Il rischio è quello di facili semplificazioni che aprono la strada a policy incentrate sulle "professioni libere", come risposta alle difficoltà dei SSR.

MMG, PLS, Guardie Mediche, Continuità Assistenziale, Specialisti territoriali hanno un loro comun denominatore, sono tutti "convenzionati" con i SSR.

Adesso si propone di sperimentare la libera professione degli infermieri ...

Scaricando sulla autonomia dei "libero professionisti" della sanità le difficoltà e le contraddizioni delle policy sanitarie, sociosanitarie e sociali. Anche questa diventa una prospettiva di "privatizzazione" esplicita della sanità. Sembra di essere in una logica di "corporazioni sanitarie", in cui vinca il migliore ... rispetto a cosa?

Proposte "in progress"

In questa situazione sono prioritari quattro temi:

1. PNRR: uno strumento di cambiamento

Il PNRR è un'irripetibile occasione di rinnovamento e qualificazione della sanità nel nostro Paese a condizione che vi sia una volontà politica di ridare centralità alla sanità pubblica come riferimento per la gestione dei servizi a fronte di una analisi in progress dei bisogni di salute della popolazione.

È necessario affrontare il tema delle risorse umane della sanità e trovare le dotazioni finanziarie adeguate al loro inserimento nei SSR, risolvendo criticità legate al precariato, al lavoro in "outsourcing", al "conto terzismo", al "gettonismo" e a tutte le altre forme di contratti "atipici" esistenti in sanità e nel socio-sanitario. Le dotazioni finanziarie per il SSN e i SSR devono essere riportati, dopo anni di tagli e di ridimensionamenti strutturali e di personale, a importi congrui, ovvero, almeno a più del 7% sul PIL, tenendo conto anche dei livelli di spesa di altri Paesi UE con cui ci confrontiamo sui livelli di performance dei rispettivi sistemi sanitari, vedi Germania e Francia, che sono oltre l'8% del loro PIL.

Il PNRR deve essere gestito con trasparenza e con un monitoraggio condiviso tra stakeholder istituzionali e società civile. Bisogna evitare assolutamente che gli investimenti previsti vengano gestiti da soggetti privati "profit" in una logica di accentuazione delle disuguaglianze sociali e di salute nel Paese.

Il tema salute richiede policy integrate su ambiente, lavoro, imprese, servizi, clima, agricoltura e ambiente in una logica di "one-health" ormai imprescindibile.

2. Ospedale e territorio: integrazione attorno al paziente

Centrale è il tema della integrazione trasversale dei servizi ospedalieri, socio-sanitari e sociali. La centralità del paziente vuol dire garantire la sua "presa in carico", la sua "continuità relazionale", la sua "continuità informativa". I diversi "setting assistenziali" devono collegarsi e integrarsi tramite PDTA, PAC, PAI, PIdS (Percorso Individuale di Salute) e quant'altro utile a garantire la "centralità del paziente".

Altri approcci a silos o verticali aumentano la separatezza dell'ospedale e dei territori e impediscono processi di ottimizzazione e di "lean management".

Ospedali a "intensità di cure" possono essere "flessibili e agili" in attività istituzionale e di elezione e ancor di più a fronte di emergenze pandemiche e/o infettive – contagiose e possono dialogare e integrarsi con una sanità territoriale di popolazione, di prossimità e di comunità basata su livelli di "complessità assistenziale", superando separatezze e incomprensioni.

Bisogna formare insieme operatori sanitari, socio-sanitari e sociali e darsi sistemi comuni di valutazione dei pazienti come "persone" nella loro complessità clinica e sociale.

3. Task shifting e formazione di nuove figure professionali.

Per gestire tutto questo abbiamo bisogno di più medici, più infermieri, più operatori socio-sanitari e sociali tornando ad investire sulla loro formazione in base a nuovi profili professionali orientati allo sviluppo delle nuove competenze tecniche e relazionali necessarie per dare gambe al rinnovamento e alla qualificazione del sistema sanitario pubblico.

È necessario mettere mano ai programmi dei corsi di laurea, in specie di medicina, per aprirli a competenze gestionali di "qualità" e "sicurezza" delle cure in un approccio di multi professionalità e interdisciplinarietà e di lavoro di gruppo in equipe e team "integrati".

Occorre ripensare le competenze tecniche e relazionali dei professionisti in un approccio necessariamente di "one health".

La centralità della sanità pubblica vuol dire anche costruire percorsi di carriera, attività di aggiornamento e di ricerca, di implementazione digitale e tecnologica, di ridefinizione dei ruoli, delle mansioni, delle competenze garantendo non solo il "turnover" del personale, ma anche il suo sviluppo e la sua qualificazione.

Bisogna far crescere le motivazioni per far scegliere la sanità pubblica ai giovani professionisti ed operatori in una logica di appartenenza ad un sistema riconosciuto e apprezzato dal resto del sistema Paese.

4. Un nuovo paradigma assistenziale: un nuovo sistema di valorizzazione delle prestazioni

I sistemi di valorizzazione delle prestazioni vanno rapidamente cambiati passando dai DRG, che comunque devono basarsi su "costi standard italiani", verso un approccio "value based" legato ai PDTA, ai PAC, ai PAI, ai PIdS e quant'altro possa essere utile "per seguire il percorso del paziente" nei servizi del sistema.

Nel nostro SSN, questo implica iniziare a confrontare:

- a. I risultati di salute, gli *outcome* clinici e gli *outcome* assistenziali come i Patient - Reported Experience Measures (PREMs) e i Patient Reported Outcome Measures (PROMs);
- b. “Quanto vale” per il paziente, ad esempio in termini di qualità della vita,
- c. Le risorse impiegate, gli investimenti e la formazione del capitale umano delle organizzazioni.

La centralità del paziente diventa, quindi, un paradigma clinico assistenziale, ma anche economico e finanziario. Il paziente deve essere il “*centro di costo*” del sistema sanitario.

Il tutto in un approccio “*prudent healthcare*”, ovvero in grado di:

- a. Traguardare Salute e Benessere della collettività, dove pazienti e professionisti sono come partner alla pari attraverso la compartecipazione;
- b. Presa in carico in primo luogo di coloro che hanno maggiori e stringenti bisogni di salute, con efficiente impiego di tutte le abilità e risorse;
- c. Fare solo ciò che è necessario, né più, né meno, evitando rischi inutili e danni al paziente;
- d. Ridurre la variabilità ingiustificata e le diseguglianze nei trattamenti, utilizzando pratiche basate sull'evidenza in modo coerente e trasparente.

Infine occorre declinare la centralità della persona, partendo da sperimentazioni mirate, modelli organizzativi, di valutazione e di finanziamento basati sul valore (*value based healthcare*) per programmare l'allocazione delle risorse in modo utile ed equo, dando nuovo senso e sostanza al nostro “*universalismo*”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113288

quotidianosanita.it

Per una sanità pubblica resiliente e di qualità.

Un'agenda per le riforme

Silvia Scelsi, *Presidente Nazionale ANIARTI*,

Caterina Elisabetta Amoddeo, *Già Direttore Sanitario AO “San Camillo”, Roma*,

Antonio Giulio De Belvis, *Docente AOP “Gemelli”, Roma*,

Giorgio Banchieri, *Docente DISSE, Università “Sapienza”, Roma*,

Maurizio Dal Maso, *Healthability, Firenze*,

Emanuele Di Simone, *Direzione Infermieristica IRCCS IFO, Roma*,

Andrea Vannucci, *Docente Università di Siena, membro CD Accademia della Medicina, Roma*

Dall'approccio “One Health” a un nuovo assetto “pubblico-privato”. Dal Pnrr al sottofinanziamento cronico del sistema sanitario italiano. Una possibile agenda per riprendere in mano i destini del Ssn

24 APR -

Sanità, salute e “One Health”

Con l'inclusione formale del “*Programma Ambientale*” delle Nazioni Unite (UNEP) nella condivisione con WHO, FAO e WOHAI nel 2022, e con il successivo lancio del “*Global One Health Joint Plan of Action*” (2022-26), si è creata un'opportunità per affrontare in un modo nuovo l'approccio “*One Health*”, che è stato definito nel seguente modo:

“One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile”.

[“*One Health High-Level Expert Panel*” (OHHLEP). *Annual Report 2021*.]

Si tratta di un “*approccio olistico*” alla salute, che include molte altre dimensioni di policy sociali, ambientali e sanitarie. Tale approccio deve essere elemento “*unificante*” e di “*integrazione*” tra tutte le policy che hanno un impatto sulla salute dei singoli e delle comunità e che determinano la qualità della vita delle persone e la sostenibilità dello sviluppo nella riproducibilità dell'ambiente.

Programmazione sanitaria e qualità del welfare

Con la Legge sul Federalismo con la modifica del Titolo V° della Costituzione (Legge Costituzionale n. 3 del 2001) è stato modificato un decimo della Costituzione, ma in realtà il 100% di quello che in realtà era il sistema del welfare italiano. Le Regioni sono totalmente depositarie di tutti gli interventi sul versante dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali (con i loro EE.LL.). I Ministeri di riferimento hanno perso il loro ruolo di programmazione e di governance.

Avremmo dovuto andare verso un sistema di “welfare di comunità federale”, come altri Paesi della UE, vedi Germania e Spagna, che hanno un ordinamento istituzionale simile al nostro, ovvero, sono Stati Federali. Però ci siamo fermati a metà strada per ora. Manca il “federalismo fiscale” e la “autonomia differenziata”, che, per come è stata proposta, sembra cristallizzare le differenze di reddito e di accesso alle cure nelle varie Regioni del Paese. Il nodo va affrontato in una logica unitaria in rispetto dell’Art. 32 della carta Costituzionale.

La “salute” dovrebbe essere presidiata dalla sanità, ma sullo stato di benessere delle persone intervengono altri elementi in maniera importante e fortemente impattante come i trasporti, l’ambiente, la socializzazione, la casa, il lavoro, il reddito, la formazione, il tempo libero proprio in una accezione di “One Health”.

Altri due elementi dovrebbero essere caratterizzanti il “welfare di comunità”, i concetti di “autonomia” e di “sussidiarietà”:

- “Autonomia” è l’atteggiamento che devono avere gli operatori. I servizi devono “prendere in carico”, ma la presa in carico definisce una situazione di delega a chi prende in carico, a chi si assume la responsabilità. È l’“ability to cooperate”, cioè la capacità di far fronte, la valutazione nei soggetti delle loro capacità residue, significa dare una spinta forte alla “compliance” e all’“empowerment” dei cittadini, cioè quei soggetti che devono riappropriarsi della loro possibilità di scelta nei confronti della salute.
- “Sussidiarietà” è la possibile surroga “verticale” e/o “orizzontale” tra livelli istituzionali ed erogatori pubblici e/o sociali.

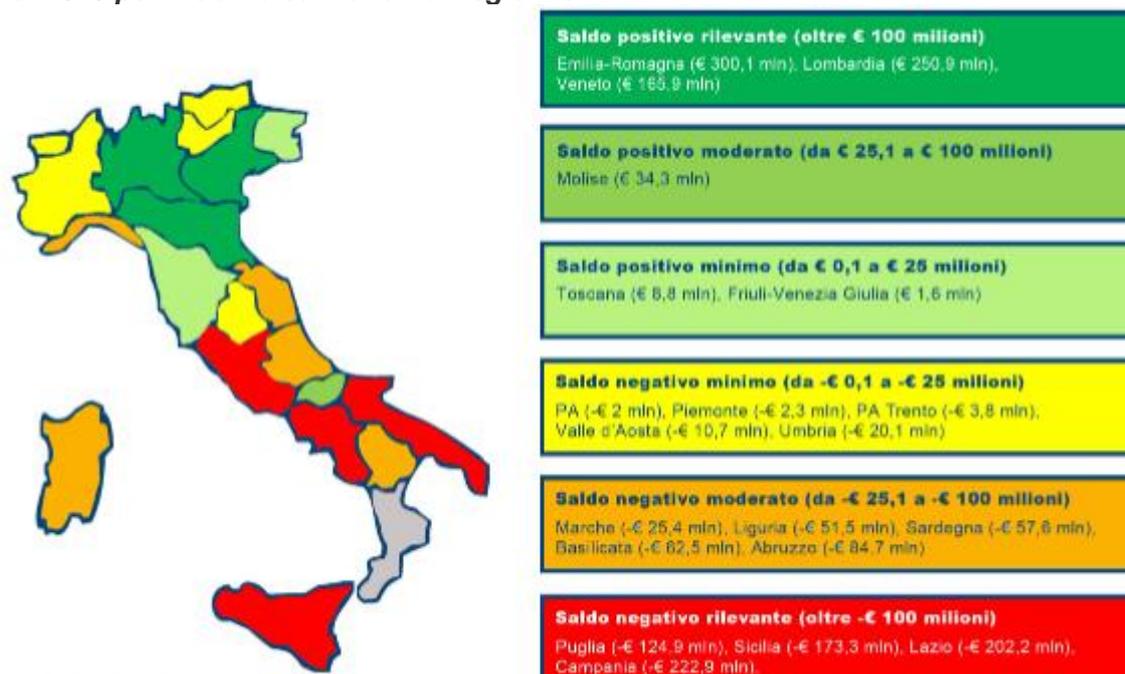
Quindi occorre prevedere livelli di “autonomia” e di livelli di “sussidiarietà” che possono essere agiti insieme e in modo “integrato”.

Le Regioni e le PPAA e le precondizioni per policy sulla sanità e sulla salute

Lo stato dell’arte relativamente alla capacità dei SSR di essere performanti non è consolante.

La Griglia LEA prima della pandemia (2010-2019) descrive uno scenario già di parcellizzazione dei SSR. Abbiamo quattro macroaree interregionali in cui, al netto delle Regione a statuto autonomo e della PPA, abbiamo di fatto quattro livelli di agibilità dei cittadini ai servizi dei SSR.

Saldi 2020 per mobilità sanitaria tra Regioni e PPAA



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero Salute e AGENAS

Pertanto il diritto alla salute sancito nell'art 32 della carta Costituzionale non è uguale per tutti.

All'apice della distribuzione abbiamo Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte e Lombardia, le solite note e "virtuose". Poi Umbria, ex Regione benchmark, Marche, Liguria, Friuli VG (Regione Autonoma) e PA di Trento. A seguire Abruzzo, Basilicata, Lazio, Sicilia (Regione Autonoma) e Molise. Infine Puglia, Valle D'Aosta (Regione Autonoma), Calabria, Campania, PA di Bolzano e Sardegna.

Se incrociamo questi dati con quelli relativi alle Liste di Attesa e alla Mobilità Sanitaria, attiva e passiva, lo scenario di frammentazione del SSN è ancora più esplicito.

Griglia LEA 2010-2019: percentuale di adempimento cumulativo e totale dei punti ottenuti

Regione	Adempimento cumulativo 2010-2019 (%)	Totale punti ottenuti 2010-2019
Emilia-Romagna	93,4%	2.101
Toscana	91,3%	2.055
Veneto	89,1%	2.005
Piemonte	87,6%	1.970
Lombardia	87,4%	1.966
Umbria	85,9%	1.932
Marche	84,1%	1.893
Liguria	82,8%	1.862
Friuli Venezia-Giulia*	81,5%	1.833
Prov. Aut. Trento*	78,8%	1.773
Abruzzo	76,6%	1.724
Basilicata	76,4%	1.718
Lazio	75,1%	1.689
Sicilia	69,6%	1.567
Molise	68,0%	1.530
Puglia	67,5%	1.518
Valle d'Aosta*	63,8%	1.436
Calabria	59,9%	1.347
Campania	58,2%	1.309
Prov. Aut. Bolzano*	57,6%	1.296
Sardegna*	56,3%	1.267

*Friuli Venezia-Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti.

Quartili delle percentuali di adempimento	93,4 - 86,0	85,9 - 76,7	76,6 - 67,6	67,5 - 56,3
---	-------------	-------------	-------------	-------------

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero Salute e AGENAS

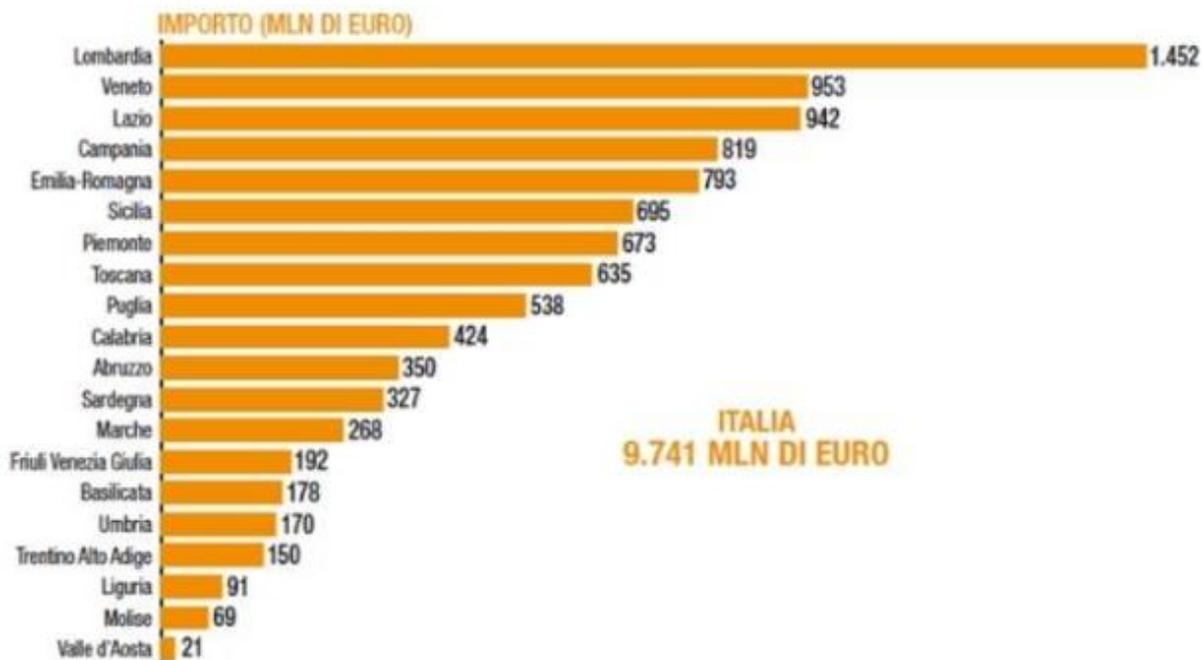
Infine se incrociamo il tutto con i dati sui differenziali di PIL regionali previsti per quest'anno il quadro di frammentazione si consolida e non fa sperare bene sulle capacità di rinascita e resilienza del SSN e dei SSR:

Il PIL 2022 della Lombardia si appresta a crescere di +4,7% che, unito al +6,4% di proiezione per il 2021, riporterebbe l'economia della Regione sopra i livelli pre-pandemici del 2019: questo è quanto emerge dai risultati del quinto focus dell'Osservatorio Economia e Territorio della CNA Lombardia. In questo contesto molto variegato, ma con conferme sul posizionamento delle Regioni in particolare del Sud e delle Isole, si dovrebbe collocare la proposta di "autonomia differenziata".

Per quanto riguarda i LEA, dobbiamo ricordare che è stato recentemente approvato il Dm Tariffe con il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, passo importantissimo per avere uno strumento valido e aggiornato da usare sempre più e sempre meglio nella sanità pubblica e/o accreditata ma anche, ad esempio, nella sanità integrativa se la vogliamo sempre più "tecnicamente" integrata con il SSN nei percorsi di cura dei cittadini.

Comunque non si può certamente dire che la UE e i Governi nazionali in Italia non abbiano cercato di garantire i soldi per consentire alle Regioni di mettersi al passo con i tassi di crescita economica Ue. I Fondi per la Coesione assegnati da Bruxelles al nostro Paese per il periodo 2000-2020 sono ammontati

a 92,5 miliardi. Se si tiene conto anche dei cofinanziamenti arrivati dagli Enti Locali e dallo Stato italiano si superano i 300 miliardi di euro dedicati allo sviluppo delle aree in ritardo rispetto al resto d'Europa.



Fonte: MEF 2023

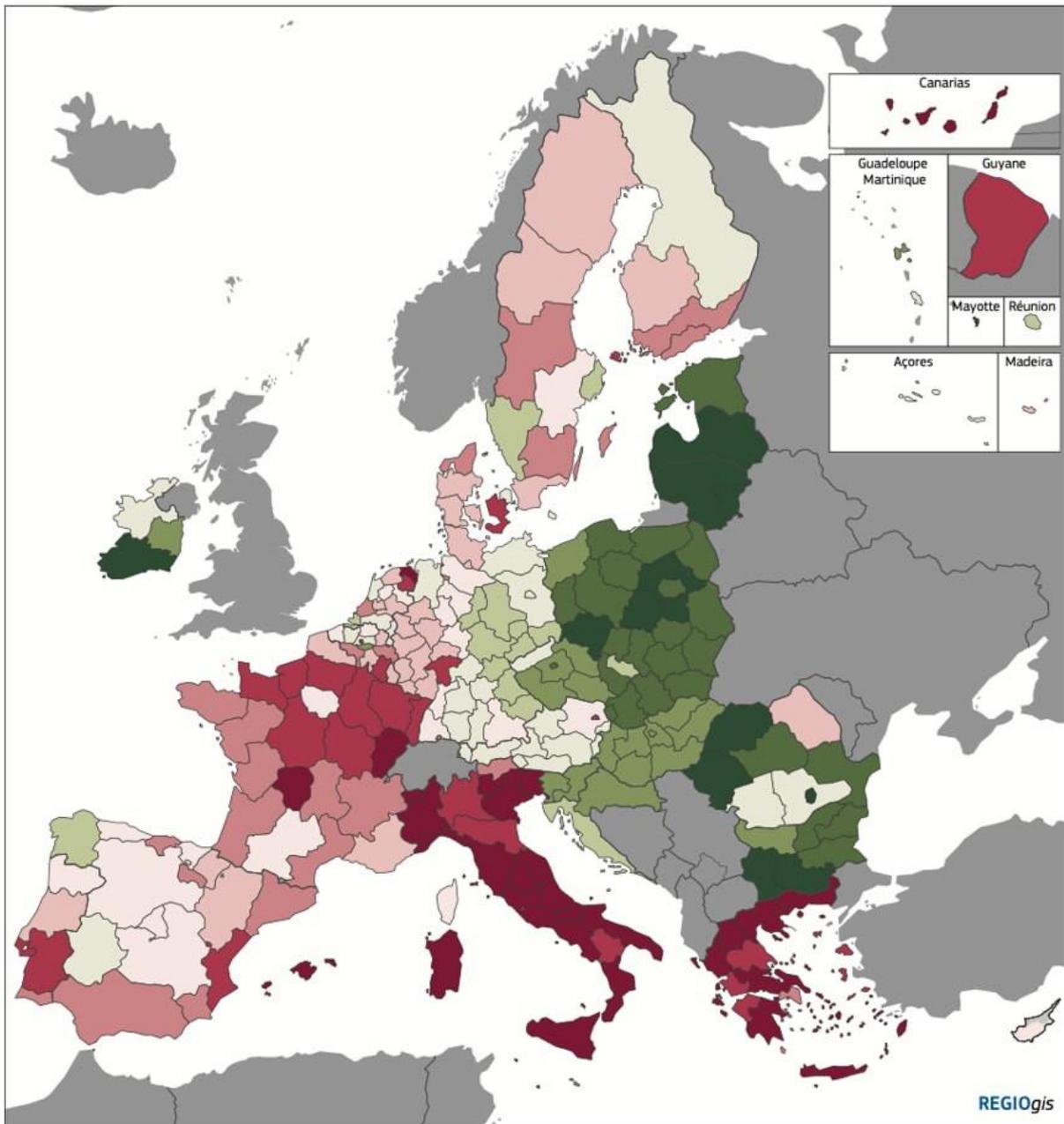
Praticamente un volume di spesa pari allo stesso PNRR. Ciononostante, sedici delle venti Regioni italiane, nel periodo 2001-2019, hanno registrato un tasso di crescita medio di PIL pro capite a prezzi costanti inferiore allo 0%.

La performance, che vale all'Italia la maglia nera per la crescita economica nella UE, è emersa nell'ottava relazione UE sulle Politiche di Coesione. Si tratta della voce di spesa del bilancio europeo destinata alla promozione di uno sviluppo territoriale più equilibrato e sostenibile tra le regioni Ue. L'obiettivo era semplice, dare più fondi alle Regioni in ritardo e meno a quelle in vantaggio con l'obiettivo di andare verso una convergenza economica.

Il PIL italiano in termini assoluti è cresciuto nel primo ventennio degli anni 2000, passando da circa 1.200 a 1.770 miliardi di euro nel 2019 (l'ultimo dato prima della pandemia). Tuttavia il PIL pro capite a prezzi costanti era pari a €. 27.950 nel 2001 ed è poi calato a €. 27.210 nel 2019.

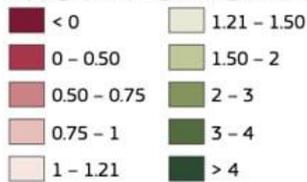
La polemica sulle Regioni meridionali sempre in negativo va superata tenendo conto però che gli strumenti attivati per favorire la convergenza verso gli standard delle Regioni più virtuose e della UE. Non sono stati all'altezza delle aspettative sicuramente gli stakeholders istituzionali, ma anche i sistemi produttivi e di servizi regionali. Occorrerebbe ripensare i ruoli istituzionali, le procedure, le competenze e le dotazioni.

Altrimenti anche il PNRR diventerà un insieme di progetti "Impossibili", con un impatto negativo sulle singole Regioni e sul Paese sia a livello di capacità di spesa che di contributo al PIL ai vari livelli regionali e nazionale.



Map 1 Growth of GDP per head, 2001-2019

Average percentage change on the preceding year



EU-27= 1.21

Source: DG REGIO based on JRC and Eurostat data.

0 500 km

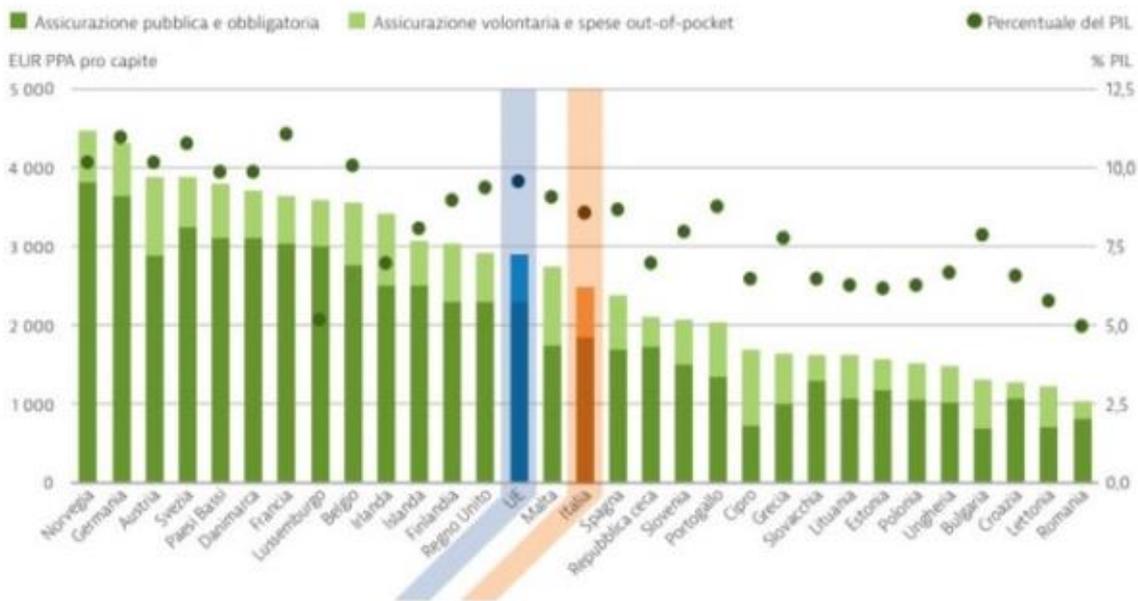
© EuroGeographics Association for the administrative boundaries

Fonte: Elaborazione dati OECD e UE

Sanità “pubblica” e sanità “privata”

Questo sarà possibile in un contesto di privatizzazione progressiva del sistema salute nel nostro Paese? La sanità italiana si avvia ad essere un sistema che si poggia oggettivamente su più “pilastri” di forme di presenza “pubblica” e “privata”, a sua volta “privata accreditata” e “privata-privata”.

Figura 7. L'Italia spende meno nella sanità della maggior parte degli altri paesi dell'Europa occidentale



Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2019 (i dati si riferiscono al 2017).

Questo scenario è frutto delle scelte dei Governi che si sono succeduti in tendenziale “*continuità*” di politiche sanitarie, ma siamo arrivati ad un crinale oltre il quale il SSN rischia di implodere per le sue contraddizioni e difficoltà interne, nonostante sia uno dei sistemi sanitari nazionali più performanti rispetto a molti altri Paesi, vedi statistiche OMS e OECD.

Non siamo il Paese che spende di più per la sanità e la salute nella UE, anzi siamo tra quelli più contenuti come spesa. Siamo sotto la media UE, quindi, potremmo salire almeno fino al 7,2% del PIL. Oggi con il nuovo NADEF 2022-26 siamo al 6,2% tendenziale.

Ovvero siamo a -1,0% sul PIL rispetto alla media UE.

Infatti i tagli al FSN in questi anni dal 2012 al 2019 sono stati pari a circa 37,5 mld di Euro, mentre dopo il “*Jobs Act*” (2016) è stata finanziata, sempre a carico della fiscalità generale, la defiscalizzazione delle polizze sanitarie e dei premi delle mutue fino a €. 3.200,00 pro-capite nell’ambito del così detto “*welfare aziendale*” di cui “*magna pars*” è la “*sanità integrativa*”. Il montante consolidato in questi anni è stato di circa 37,5 mld di Euro. Non è una semplice coincidenza contabile.

È il frutto di scelte consapevoli e trasversali che hanno coinvolto tutti i così detti “*poteri forti*” del nostro Paese. La fine del SSN/SSR rischia di essere determinata dalla presunzione di coloro che pensano di sapere che cosa occorre fare per curare le persone senza troppo ascoltarle.

Lo sviluppo della presenza della sanità “*privata*” non può essere lasciato alle dinamiche di mercato.

Con tutta la buona volontà chi è “*profit*” non può essere “*universalista*” ed “*equo*” ... Sono logiche antitetiche e conflittuali da gestire e mediare solo da parte pubblica.

La sanità “*privata*” va regolarizzata, monitorata e valutata in base a standard di servizio e agli obiettivi di salute ricompresi nei “*Piani di Salute*” o “*Piani Territoriali e/o di Zona*” delle ASL, in collaborazione con gli Enti Locali e le loro forme associative in un approccio da “*Società della salute*”, vedi l’esperienza in Toscana. Ovviamente nei contesti locali dove le comunità sono strutturate e proattive.

Il nostro modello di sanità era basato sul modello così detto “*Beverige*”, tipo il NHS inglese, evoluto nel tempo verso un “*sistema misto*”, tipo quello francese. Si vuole andare verso un modello “*Bismark*”, tipo quello della Germania Federale, basato su assicurazioni e mutue obbligatorie e con governance e monitoraggio pubblico?

Attenzione parliamo della Germania, paese ove il monitoraggio e le sanzioni relative sono cose serie ... Non vediamo le precondizioni per un trasferimento del modello in Italia.

I politici hanno il coraggio di dirlo? Come pensano di governare la transizione? Sono in grado di dire a fasce importanti della popolazione che saranno escluse dal diritto alla salute in modo sempre più esplicito e fattivo?

Ridurremo il SSN e i SSR a qualcosa di simile a “*Family Care*” e a “*Medicare*” negli USA, ovvero, a programmi di tutela della salute per le fasce deboli della popolazione?

Un finanziamento adeguato del SSN e policy conseguenti su sanità e salute

Il NADEF, come citato sopra, riporta il finanziamento del FSN tendenzialmente intorno al 6,2% del PIL stimato per i prossimi anni, sempre che quanto previsto circa l'andamento del PIL si realizzi davvero.

Gli ultimi dati degli osservatori internazionali – FMI, BCE, etc. – ci danno ad un PIL tendenziale intorno al +1,0%, in linea con i dati storici degli ultimi anni dal 2008 ad oggi.

Il nuovo NADEF del Governo Meloni fotografa le difficoltà e i vincoli macro economici del nostro Paese.

La crisi energetica, conseguenza della guerra Federazione Russa-Ucraina, non si è ancora risolta.

La pandemia non è ancora endemizzata, vedi le nuove varianti Kherson e Arthur, e nuove minacce si affacciano all'orizzonte di nuovi virus e/o batteri antibiotico resistenti, per non parlare dell'inquinamento ambientale e marino e delle microplastiche presenti nelle catene alimentari e ormai fissate negli organi della nostra specie, con conseguenti impatti sulla salute degli umani.

Lo stesso Ufficio di Bilancio del Parlamento stima un fabbisogno in sanità di circa il 7,2% sul PIL.

La spesa sanitaria nel DEF 2023: consuntivo 2022 e stime 2023-2026

Spesa sanitaria	2022	2023	2024	2025	2026
In milioni di euro	131.103	136.043	132.737	135.034	138.399
In % di PIL	6,9%	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%
Tasso di variazione %	3%	3,80%	-2,40%	1,70%	2,50%

Fonte: Dati da NADEF 2023-26

Altri Osservatori qualificati confermano e dettagliano i rischi di impatto negativo dalla non realizzazione dei progetti del PNRR per il nostro Paese.

Natalucci (FMI) in una recente intervista su *“La Repubblica”* afferma che *“Il PNRR è lo scudo contro l'instabilità finanziaria ... È uno strumento fondamentale. Ha effetti sulle riforme strutturali, aiuta la posizione fiscale, ma soprattutto la produttività. Va usato per le infrastrutture, con un occhio alla sostenibilità, con investimenti che possono creare posti di lavoro verdi”*.

Il PNRR ha momenti di criticità nella *“messa a terra”* dei progetti previsti e rischia di impattare negativamente anche sul PIL di quest'anno e dei prossimi.

Per altro riteniamo che:

- Ogni finanziamento in sanità ha un effetto moltiplicativo sul PIL del Paese;
- L'invecchiamento tendenziale della popolazione richiede fondi adeguati a sostenere fragilità, cronicità e poli cronicità e quindi a supportare uno sviluppo delle policy per la non autosufficienza;
- Occorre dotare il FSN (Fondo Sanitario Nazionale) e i FNPS (Fondi Nazionali per le Politiche Sociali) di finanziamenti adeguati non inferiori per il FSN al 7,2% del PIL reale del Paese (in termini assoluti non meno di 130 Miliardi di Euro) e per il FNPS tali da consentire agli Enti Locali politiche attive di prevenzione, sugli stili di vita e sull'educazione alimentare (non meno di 4 miliardi di Euro).

In coerenza con quanto sopra detto sarebbe necessario:

- Creare le condizioni per ripensare ed emendare la Riforma del Titolo V della Carta Costituzionale, che, così come è, cristallizza le differenze dei SSR e parcellizza il diritto alla salute;
- Completare il processo di aziendalizzazione in sanità garantendo gli strumenti necessari ai manager pubblici per agire gestioni efficaci e efficienti, anche in deroga con la normativa vigente, come in permanenza della pandemia e a fronte delle scadenze del PNRR in sanità;
- Coinvolgere tutti gli attori delle *“filiali assistenziali”* in Piani di Salute delle popolazioni in cui ricomporre e riconoscere gli interessi dei singoli erogatori in una logica, però, di *“Agenzie di salute pubbliche”* e di governo integrato dei processi da parte delle ASL e dei Distretti, superando la logica del puro coordinamento amministrativo dei servizi territoriali afferenti proprio ai Distretti;
- Affermare una governance del sistema salute del nostro Paese in cui le policy sanitarie, sociosanitarie e sociali e di salute siano agite dal lato della *“domanda”*, della lettura dei bisogni delle popolazioni (*“stratificazione dei bisogni”* come richiesto dal PNRR) e non dal lato della riproduzione nel tempo di una *“offerta”* che spesso induce la domanda, ma non sempre, anzi spesso, la distorce e non ne segue l'evoluzione;

- Coinvolgere realmente le comunità, i cittadini, i pazienti, l'associazionismo e il Terzo Settore, nella partecipazione sia alla progettazione sia al controllo dei processi assistenziali e garantire in tal modo la qualità delle prestazioni erogate.

Possibili obiettivi immediati

In linea con quanto previsto nel DM 77, sono individuabili i seguenti obiettivi strategici realizzabili nell'arco del 2023:

1. Programmazione Regionale basata sulla coincidenza tra Distretti sociosanitari e Ambiti Territoriali dei Comuni e basata su un approccio *"integrato"* delle azioni sociali e sanitarie con valorizzazione degli apporti degli Enti Locali e con l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni dei cittadini e dei pazienti condivisi a livello nazionale e/o almeno regionale;
2. Dotare ogni Distretto sociosanitario delle Unità Operative previste dal DM77 e precedentemente nello stesso DM *"Balduzzi"*;
3. Realizzare le Centrali Operative Territoriali – COT, una per ogni Distretto, coordinate e *"integrate"* con COA, CUP e RECUP;
4. Implementare, in coordinamento con le COT, i Punti Unici di Accesso a carattere Sociale e Sanitario (PUA) in ogni Distretto e, in previsione, presso ogni Casa della Comunità contestualmente alla loro attivazione;
5. Creazione di equipe multiprofessionali della medicina territoriale e delle reti di cure primarie a partire dal necessario coinvolgimento delle forme associative strutturate dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, per far fronte all'attuale carenza di professionisti, con possibilità di valorizzare esperienze innovative di assistenza primaria, multiprofessionali, adatte alle cure di prossimità, attente al proprio territorio.
6. Progettare e realizzare percorsi formativi multiprofessionali a livello di ogni Distretto e, dove già attivate, in ogni Casa della Comunità, propedeutici allo sviluppo del lavoro in equipe multiprofessionali, anche avvalendosi di collaborazioni con Università e altre agenzie formative.

Questi obiettivi, già normati, possono essere implementati in tutte le Regioni. Il Ministero della Salute ne può monitorare l'attuazione per il tramite della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e, riscontrandone eventuali inadempienze, può esercitare i poteri sostitutivi (Articolo 120 della Costituzione).

Tutti questi sforzi però non funzioneranno mai senza un rinnovato rapporto con le persone che lavorano nel sistema sanitario nazionale, un rapporto che contempra la fiducia nello spirito d'iniziativa e nella creatività dei professionisti e che rispetti e consenta le legittime aspirazioni di buon equilibrio tra vita e lavoro.

Un ruolo che ritrovi nel lavoro quel senso di realizzazione di sé che i professionisti sanitari diffusamente dichiarano di avere perduto e che costituisce oggi forse il più grande pericolo che la sanità pubblica sta correndo nel nostro Paese.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113179

quotidianosanita.it

PNRR: i tagli degli obiettivi e la coerenza dei dati ...

Silvia Scelsi, *Presidente Nazionale ASQUAS, Istituto "Gaslini", Genova*

Giorgio Banchieri, *Segretario Nazionale ASQUAS, Docente Dipartimento DISSE, Università "Sapienza", Roma*

Antonio Giulio de Belvis, *membro CDN ASQUAS, Università "A. Gemelli", Roma*

Maurizio Dal Maso, *membro CDN ASQUAS, Direttore Sanitario dell'Istituto Ricerche Cliniche "Fanfani" di Firenze.*

Andrea Vannucci, *socio ASQUAS, Docente di programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie DISM Università di Siena*

Riprendiamo la riflessione partendo dai dati PNRR ufficiali e facciamo riferimento al recente articolo, pubblicato su *“Quotidiano sanità”*, da Franco Pesaresi, membro CDN ASQUAS, intitolato *“Che fine faranno i nuovi presidi di assistenza territoriale con la modifica del PNRR salute?”*¹ in cui si chiedeva *“... quale futuro per le case della comunità, gli ospedali di comunità e le COT? La fase della selezione delle opere da realizzare immediatamente sarà una fase molto delicata da cui dipende il successo del PNRR, ma anche molto rilevante al fine della riorganizzazione della rete dei servizi territoriali per cui bisognerà portarla avanti con attenzione ed equilibrio.”*

Inoltre riprendiamo la verifica dei dati partendo dall'articolo di Giorgio Banchieri, pubblicato sempre su *“Quotidiano sanità”* il 15 maggio 2023, intitolato *“PNRR I conti non tornano...”*, in cui cercava di verificare *“la veridicità e la coerenza dei flussi di dati provenienti da diverse fonti istituzionali sull'attuazione di Case e Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.”*²

Come già scritto, in permanenza della pandemia da SARS-COV-2, il perseguimento dei *tre principi fondamentali* del nostro SSN (*universalità, uguaglianza ed equità*) richiedevano e richiedono un cambio di prospettiva, passando da sistemi sanitari progettati intorno alle malattie e alle istituzioni a sistemi sanitari vicini alle *“persona”* e alle *“comunità”*.

Nel PNRR 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.

Pertanto per erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla *“persona”* in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita, il SSN dovrebbe perseguire la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali tramite lo sviluppo di strutture di prossimità, il potenziamento delle cure domiciliari e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, che promuova lo sviluppo di *équipe multidisciplinari*.

Questo era quanto scritto nel PNRR, vedi DM 77.

La strategia perseguita con il PNRR era volta ad affrontare in maniera sinergica tutti gli aspetti critici preesistenti. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti era finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese.

L'“*incipit*” del PNRR, infatti, era mettere in grado le ASL e i Distretti Sociosanitari di realizzare una analisi della *“stratificazione dei bisogni delle popolazioni”* per patologie. Conseguentemente una larga parte delle risorse era o doveva essere destinata a migliorare le dotazioni, le infrastrutture e le tecnologie, e a promuovere la ricerca e l'innovazione.

In particolare la Missione 6 del PNRR si articolava in due componenti, ovvero, sviluppo delle reti di prossimità, delle strutture intermedie e della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e sviluppo dell'innovazione, della ricerca e della digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, compreso un forte rinnovamento degli ospedali.

Rinnovamento degli ospedali su cui come ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale, abbiamo sviluppato con altri colleghi esperti una riflessione che sarà presentata ai primi di settembre come *“Quaderno n. 45 di “Quotidiano sanità” in collaborazione con ASQUAS”* dal titolo *“L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro”*.

Per innovare l'assistenza territoriale, come ipotizzato nel PNRR, la *“presa in carico del paziente”* dovrà essere determinata da un Piano/Progetto Assistenziale Individuale, che raccoglie e descrive in una ottica multidisciplinare le informazioni salienti relative ai soggetti in condizioni di bisogno, classificati per livello di complessità e per livelli di assistenza specifici, nonché per i tempi e le modalità di erogazione.

Tutto ciò per favorire le migliori condizioni di salute e di benessere raggiungibile per la persona malata.

Per la realizzazione di questi investimenti il fabbisogno era stato stimato in 4,00 miliardi di euro, di cui 3,48 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,48 miliardi per l'istituzione delle COT e 0,04 miliardi per i sistemi informativi.

Per la realizzazione di tali interventi era prevista l'utilizzazione degli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti.

¹ https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115919

² https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113743

Nel dicembre del 2020, in preparazione del DM 71, poi DM 77, il Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei Deputati ha elaborato la “*Relazione sullo sviluppo delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità nelle regioni italiane (anno 2020)*” pubblicata nel febbraio 2021.

Dalla rilevazione svolta la consistenza delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità per Regione era la seguente:

Regione/PA	Case della Salute dichiarate attive	Ospedali di Comunità dichiarati attivi	
	N	N	PL
Valle d'Aosta	-	-	-
Bolzano - Alto Adige	-	-	-
Trentino	-	-	-
Piemonte	71	5	30
Lombardia	-	20	467
Veneto	77	69	1.426
Friuli Venezia Giulia	-	-	-
Emilia-Romagna	124	26	359
Liguria	4	1	20
Toscana	76	20	245
Marche	21	14	616
Abruzzo	N.C.	5	-
Lazio	22	-	-
Umbria	8	-	-
Molise	6	2	-
Basilicata	1	-	-
Puglia	-	-	-
Campania	-	1	-
Calabria	13	-	-
Siciliana	55	-	-
Sardegna	15	-	-
Totale	493	163	3.163

[Fonte: Ufficio Studi Camera dei Deputati, «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», 1 marzo 2021].

Il punto chiave della progettazione delle strutture intermedie e delle reti di prossimità nel PNRR erano, e dovrebbero ancora essere, i Distretti Sociosanitari della ASL che assumono non solo il ruolo di coordinatori amministrativi dei servizi territoriali, ma anche quello di “*agenzie di salute*” della popolazione di riferimento, costruendo nei territori Piani di Salute condivisi con tutti gli operatori delle filiere assistenziali. In base ad una survey MES di Pisa, CARD 2022 in collaborazione con AGENAS venivano censiti i Distretti in Italia al momento di emanazione del PNRR. I Distretti erano 568 con un numero di abitanti compreso tra i 60.000 e i 190.000.

Case della Salute

Nel PNRR con il passaggio da “*Casa della Salute*” a “*Casa della Comunità*” si perseguiva l’obiettivo di migliorare la qualità di tutti i servizi offerti promuovendo un *approccio integrato e multidimensionale* con il settore sociale.

La “*Casa della Comunità*”, quindi, era il modello organizzativo per l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Gli standard di riferimento, in base al DM 77, erano i seguenti:

Tabella 2: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità (i contenuti della presente tabella hanno valore prescrittivo)

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMC, PLS, Specialisti ambulatoriali interni (SAI), IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici, (sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali)	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento		OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base (finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. teleriferazione, ecc.)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	
Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Fonte: Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Le Case della Salute erano nel 2020, dati Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, 493. Diventano al momento della pubblicazione del PNRR, sempre fonte AGENAS 554 (+ 61). L'obiettivo previsto nel PNRR era di finanziare 1.350 Case di Comunità. Quindi 1 su 2 dovevano essere realizzate "ex novo". Nel monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive si riducevano a 122, nel POR, + 11 extra POR, per un totale di 133. Rispetto ai dati 2020 ne mancavano all'appello 360 ... Sono state tutte chiuse? Erano dati non corretti? Abbiamo una differenza pari a - 73%.

Tabella 2 – Case delle Comunità finanziate con il PNRR e Case della Salute³

Regioni	Case della Salute attive (2021)	Case della Comunità Finanziate dal PNRR
Piemonte	71	82
Valle d' Aosta	0	2
Lombardia	25	187
PA Bolzano	0	10
PA Trento	1	10
Veneto	77	91
Friuli Venezia Giulia	0	23
Liguria	4	30
Emilia-Romagna	126	84
Toscana	76	70
Umbria	4	17
Marche	21	29
Lazio	21	107
Abruzzo	5	40
Molise	6	9
Campania	0	169
Puglia	33	120
Basilicata	1	17
Calabria	8	57
Sicilia	55	146
Sardegna	15	50
Italia	554	1.350

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Il Ministero della Salute ora propone di ridurre il numero delle Case di Comunità dalle previste 1.350 a 936, ovvero – 414 (-30,66%). La principale motivazione è l'aumento dei costi di investimento e dei tempi di attuazione. Per il Governo il piano precedente non può essere più considerato attuabile.

Non si capisce perché, come durante la pandemia, non si può procedere con un regime di “de-regulation” provvisoria e con modelli e strumenti di verifica “ex post” ... per snellire le procedure e ridurre i tempi di esecuzione ... L'idea, quindi, sembra quella di privilegiare le “ristrutturazioni”, ma non risolve il problema perché le CdC da finanziare sarebbero 936, mentre le CdC da ristrutturare, secondo le Regioni, sarebbero ben 1.121 ... quale fonte dati è più veridica?

Per allineare i dati occorrerebbe selezionare ancora, operando altre 185 esclusioni di progetti. Con quali criteri e su quali territori? Nelle scelte delle Regioni le CdC “hub” erano 937, nonostante che i Distretti siano 598, vedi censimento AGENAS, CARD, MES Pisa, e nonostante che negli standard del DM 77 sia prevista 1 CdC “hub” per Distretto, ovvero 598. Quindi saltano tutte le CdC “spoke”? Rischia di cambiare tutto il disegno delle reti territoriali del PNRR ...

Ospedali di Comunità

Gli Ospedali di Comunità erano nel 2020, dati Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, 163 con 3.163 PL attivi. Diventavano al momento della pubblicazione del PNRR, applicando gli standard del DM 77, sempre fonte AGENAS, 1.204 con l'obiettivo di raggiungere ulteriori 7.620 PL attivi, per arrivare infine ad un numero di 400 nella versione finale del PNRR. Quindi circa 1 su 2 doveva essere realizzato “ex novo”. In base al monitoraggio AGENAS 2023, quelli attivi erano 31, previsti nel POR, e 25 previsti extra POR, per un totale complessivo 56 su 554 previsti, pari a poco più del 10,00%.

Anche per gli Ospedali di Comunità conoscendo per studi e ricerche svolte le consistenze reali nelle Regioni citate i dati che circolano sono assolutamente incoerenti con le realtà territoriali.

La proposta di modifica del Governo prevede di ridurre il numero degli OdC da 400 a 304, destinando le risorse ai progetti di ristrutturazione di edifici esistenti che non presentano complessità attuative. La proposta viene giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione.

³ https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/07/LE-CASE-DELLA-COMUNITA-agg.-al-D.M.S.-n.-77_2022.pdf

Alcuni dati sembrano confermare questa soluzione. Se sottraiamo i 94 ospedali di comunità che le Regioni hanno previsto come nuove edificazioni dai 400 previsti dal PNRR, otteniamo 306 interventi negli OdC che è quasi coincidente con i 304 interventi previsti dalla proposta di modifica del PNRR del Governo.

Tabella 3 – Ospedali di Comunità esistenti al 2021 e finanziati dal PNRR⁴

Regioni	Ospedali di Comunità esistenti al 2021	PNRR: numero di Ospedali di Comunità da realizzare
Piemonte	5	27
Valle d'Aosta	0	1
Lombardia	22	60
PA Bolzano	0	3
PA Trento	1	3
Veneto	60	30
Friuli V.G.	2	7
Liguria	1	10
Emilia-Romagna	29	27
Toscana	23	23
Umbria	0	5
Marche	16	9
Lazio	1	35
Abruzzo	5	10
Molise	2	2
Campania	1	45
Puglia	11	31
Basilicata	0	5
Calabria	0	15
Sicilia	0	39
Sardegna	0	13
Italia	179	400

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Le Centrali Operative Territoriali

Nel 2020 nelle Regioni non avevamo esperienze di COT attive, se non in alcune ASL.

Si erano invece sviluppate esperienze diffuse di COA, Centrali Operative Aziendali, durante la pandemia, per coordinare le attività delle USCA e di altri servizi dedicati a pazienti Covid 19 in regime domiciliare.

Da questa esperienza nasce l'ipotesi di riconvertire le COA in COT H (ospedaliera) e COT D (Distrettuali).

In base ai dati del monitoraggio AGENAS 2023 le Centrali Operative Territoriali attive erano 14, pari al 2,34% del totale previsto.

I Distretti erano 568, le COT programmate erano 602, 34 in più rispetto allo standard del DM 77.

Perché? La COT è un servizio telematico e ha un solo limite l'esistenza della connettività nei territori.

La proposta del Governo prevede oggi la riduzione del numero delle COT da 600 a 524, che non corrisponde al numero dei Distretti esistenti, che sono ancora 568, vedi l'articolo di Giorgio Banchieri e altri, intitolato "Le "mille sigle" del PNRR. Ma cosa c'è dietro tutti quegli acronimi?"⁵, e il suo differimento di un semestre (a fine 2024), giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento. Non sono chiari i criteri di scelta ...

Personale

Quando c'erano le Scuole Infermieristiche presso i Grandi Ospedali italiani si formavano 7/8 infermieri per ogni medico laureato. Con lo sviluppo delle attività assistenziali sociosanitarie, residenziali e di prossimità, nonché USCA e ADI, probabilmente ne servirebbero 8/9 per ogni medico.

Stando al prospetto dal 2011 al 2021 abbiamo 1,4 infermieri per medico, media degli ultimi anni 0,9!

⁴ https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/07/OdC_come-saranno_agg-DM-77_2022.pdf

⁵ https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101513

Applicando il parametro che si evince dallo studio globale apparso su “The Lancet”⁶, il rapporto tra medico e infermieri per 10.000 abitanti dovrebbe essere pari a 3,4 infermieri e ostetriche per medico. Applicandolo abbiamo i dati che potete leggere nella tabella seguente:

Tabella 4 – Numero laureati medici e infermieri 2011-2021 e stima fabbisogno ottimale

Anno	Laureati medici	Laureati infermieri e ostetriche	Rapporto M/I e O	Fabbisogno M/I ¹ e O	Differenza relativa	Differenza assoluta
2011	6.072	11.347	1,7	3,4	1,7	10.322
2012	6.635	12.082	1,8	3,4	1,6	10.616
2013	6.467	13.201	2	3,4	1,4	9.054
2014	6.747	12.618	1,9	3,4	1,5	10.121
2015	7.482	12.233	1,6	3,4	1,8	13.468
2016	8.045	11.734	1,5	3,4	1,9	15.286
2017	8.536	11.072	1,3	3,4	2,1	17.926
2018	9.521	10.868	1,1	3,4	2,3	21.898
2019	10.091	10.712	1,1	3,4	2,3	23.209
2020	10.841	9.998	0,9	3,4	2,5	27.103
2021	10.461	9.931	0,9	3,4	2,5	26.153
<i>Totale periodo</i>	91.528	125.796	1,4	3,4	2,0	183.056
<i>Media annua</i>	8.321	11.436	1,4	3,4	2	16.641

(Fonte: elaborazione Giorgio Bancheri su standard apparsi su “The Lancet” e dati assoluti Ministero Salute)

Da quanto sopra affrontare il tema del PNRR senza porsi in modo sostanziale il problema del numero e delle qualifiche del personale, equivale a ridurre lo stesso PNRR in una serie di investimenti strutturali e di dotazioni, pur necessari, che rischiano di essere fini a sé stessi.

Non bastano i programmi di formazione, pur necessari e previsti nel PNRR, non bastano investimenti innovativi, tutti potenzialmente e tendenzialmente “*labour saving*”, servono risorse nuove, qualificate, motivate e oggetto di politiche attive di loro sviluppo professionale e di carriera e nuovi modelli di gestione dei servizi sempre più in una ottica di gestione trasversale per livelli di “*intensità di cura*” e/o di “*livelli di complessità assistenziale*”.

Per garantire una “*presa in carico*” dei pazienti da parte di equipe multi professionali, multidisciplinari, in *setting* assistenziali diversi gestiti in modo integrato sia a livello ospedaliero che nel territorio.

Servono nuovi modelli gestionali.

Tabella 5- Costi stimati del personale delle 1.350 Case della Comunità previste nel PNRR

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	costo unitario medio annuo (€)	Unità di personale totali	Costi complessivi (€)
Coordinatore infermieristico	1	50.000	1.350	67.500.000
Infermieri	11	49.100	14.850	729.135.000
Personale di supporto (di cui 5 amministrativi)	8	40.500	10.800	437.400.000
Ore/MMC/anno	3.236 (ore)	60	4.368.936 (ore)	262.136.160
TOTALE				1.496.171.160

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

⁶ La Rivista “The Lancet” ha pubblicato uno studio intitolato “*Misurare la disponibilità di risorse umane per la salute e il suo rapporto con la copertura sanitaria universale per 204 paesi e territori dal 1990 al 2019: un'analisi sistematica per il Global Burden of Disease Study 2019*”, elaborato da un gruppo di lavoro internazionale “[GBD 2019 Risorse umane per i collaboratori sanitari](#)”.

Per la gestione a regime delle Case di Comunità in base agli standard di personale da DM 77 abbiamo 1.350 coordinatori infermieristici, 14.850 infermieri e 10.800 unità di personale di supporto, per un totale di 27.000 unità per un valore su base annuale di €. 1.496.171.160.⁷

Tabella 5 – Il finanziamento del personale delle 1.350 Case di Comunità

Fonte del finanziamento	2023	2024	2025	2026
D.L. 34/2020 art.1 c.5	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000
L. 234/2021 art. 1 comma 274	25.393.747	152.362.480	355.512.453	685.631.160
TOTALE	119.893.747	246.862.000	450.012.453	780.131.160

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Nei prossimi 4 anni il MEF prevede coperture per circa €. 1.595.000.000, non coprendo neanche un anno di fabbisogno!

Anche per gli Ospedali di Comunità abbiamo una stima del personale necessario alla loro gestione tenendo conto degli standard DM 77, come segue⁸:

Tabella 5 – Costi del personale dei 400 Ospedali di Comunità

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	costo unitario medio annuo (€)	Unità di personale totali	Costi complessivi (€)
Coordinatore infermieristico	1	50.000	400	20.000.000
Infermieri	8	49.100	3.200	157.120.000
Operatori sociosanitari OSS	6	30.000	2.400	72.000.000
Altro personale con funz. riabilitative	2	44.000	800	35.200.000
Ore/MMG/anno	1.404 (ore)	60	561.600 (ore)	33.696.000
TOTALE				317.816.000

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Nei prossimi 4 anni il MEF prevede coperture per circa €. 367.553.000, coprendo poco più di un anno di fabbisogno.

Tabella 6 – Il finanziamento del personale dei 400 Ospedali di Comunità

Fonte del finanziamento	2024	2025	2026
L. 234/2021 art. 1 comma 274	51.250.500	111.301.000	205.002.000

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Conclusioni

È vero che fin da subito in molti abbiamo manifestato perplessità sul fatto di investire in strutture senza nel contempo prevedere le risorse professionali adeguate ad operare in esse. Però nessuno ipotizzava di risolvere il problema ridimensionando il numero di nuove strutture previste!

Così facendo l'intero impianto del DM 77 viene meno e non sembra che 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.

⁷ https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/07/LE-CASE-DELLA-COMUNITA-agg.-al-D.M.S.-n.-77_2022.pdf

⁸ https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/07/OdC_come-saranno_agg-DM-77_2022.pdf

Con questo cambiamento muore anche ogni aspirazione a ridurre le significative diseguaglianze territoriali ad oggi esistenti. E, va detto, come tutto ciò appare coerente con una visione governativa che intende procedere sulla strada dell'autonomia differenziata delle Regioni.

Ci rendiamo conto che una cosa è definire obiettivi "teorici", applicando gli standard del DM77, e un conto quanto poi emerge dalla concertazione con le Regioni e con gli Enti Locali e con gli stakeholder interni ed esterni alle aziende sanitarie, ma non corrispondono i dati con il censimento svolto su base regionale dall'Ufficio Studi della Camera dei Deputati/Conferenza Stato/Regioni/PPAA. ... e non corrispondono con i dati del primo monitoraggio del PNRR di maggio E non corrispondono con l'ultimo documento del Governo ... Non è poco, speriamo di sbagliarci, ma verifichiamo molte incongruenze.

Dove si distribuiranno i tagli? Probabilmente nelle Regioni con patrimoni immobiliari di strutture sanitarie da riconvertire più ridotti o con minori capacità di governance dei loro SSR. Pagheranno le popolazioni residenti che non avranno i servizi previsti nel PNRR e che già prima non avevano ...

Si concretizzerà una "anticipazione" della così detta "autonomia differenziata", che rischia di cristallizzare le differenze di offerta sanitaria e sociosanitaria tra Regioni e PPAA e accentuerà le diseguaglianze di salute tra cittadini di serie A e di serie B ...

Il tutto in una prospettiva di strisciante privatizzazione della sanità pubblica, confermata dalla recente votazione in Parlamento del provvedimento di "previdenza integrativa" con un voto trasversale che ha coinvolto anche partiti non partecipi dell'attuale maggioranza di governo ...

Il tutto con forti contraddizioni interne, vedi la presa di posizione delle Regioni e delle PPAA che affermano nel loro recentissimo documento "... ancora una volta, le Regioni e le Province Autonome non sono state coinvolte nella definizione del documento (pur trattandosi allo stato attuale di una bozza per la diramazione), benché, come ampiamente dimostrato sino ad ora nell'attuazione del PNRR, le stesse giochino un ruolo fondamentale per l'attuazione e per le necessarie sinergie da attivare sui territori per massimizzarne l'efficacia. In relazione a ciò appare, quindi, quanto mai opportuno e urgente un confronto sul documento anche al fine di assicurare un allineamento e una coerenza anche con le progettualità e le programmazioni regionali".

Pensare di coprire i fabbisogni finanziari del PNRR con i Fondi per l'Edilizia Sanitaria (ex art. 20) per:

- 414 Case della Comunità;
- 94 Ospedali di Comunità;
- 76 Centrali Operative Territoriali (COT);

non tiene conto, affermano sempre le Regioni, che "... le risorse ex articolo 20 vengono spesso destinate alle necessità di ammodernamento delle strutture ospedaliere, spesso costruite oltre 50 anni fa, strutture che oggi presentano numerosi limiti dal punto di vista strutturale, antisismico, della sicurezza dei percorsi ospedalieri, del consumo in termini di spesa energetica, di qualità degli ambienti etc.". Ed è per questo che le Regioni ritengono opportuno e necessario "... che la dotazione dell'articolo 20 venga incrementata".

"... i finanziamenti art. 20 dovranno essere "nuovi finanziamenti" rispetto quelli già assegnati alle Regioni con precedenti Leggi di stabilità. Il provvedimento, altresì, dovrà prevedere una procedura di ammissione a finanziamento semplificata, senza dover ricorrere alla sottoscrizione di Accordi di Programma come stabilito, ad esempio, dal D.L. 18/2020, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27".

Quindi servono fondi veri pena tagli profondi agli obiettivi del PNRR ...

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116068

La carenza di personale riguarda tutta l'Europa: all'appello mancano 1,6 mln di operatori. Dagli stipendi al miglioramento delle condizioni di lavoro. Ecco cosa fare per invertire la rotta

Franco Pesaresi

L'attuale crisi del personale sanitario e assistenziale in Europa richiede politiche per rafforzare i sistemi sanitari nazionali rendendoli più resilienti alle crisi future e attrezzandoli per affrontare efficacemente le esigenze attuali e future della popolazione. Finanziare la forza lavoro esistente è uno dei migliori investimenti che si possano fare.

10 OTT -

Il personale sanitario, in Europa, sta vivendo un momento paradossale. Negli ultimi dieci anni, il numero di operatori sanitari e sociosanitari che lavorano in Europa è aumentato. Il continente europeo è quello con la più alta densità di operatori sanitari fra tutti i continenti del mondo (37 medici e 80 infermieri per 10.000 abitanti nel 2020) e nessun paese europeo è definito dall'OMS (che ha un elenco su questo) come avente una carenza critica di operatori sanitari. Soprattutto i paesi dell'Europa occidentale hanno più operatori sanitari che mai. Negli ultimi dieci anni si è registrato un incremento della disponibilità dei medici del 13,5% e degli infermieri dell'8,2%.

In Italia, il personale in servizio nel Servizio sanitario nazionale, dopo una diminuzione registrata dal 2012 al 2017 ha ripreso a crescere costantemente dal 2018, anche se di poco in alcune annualità (Agenas, 2023).

Nonostante una disponibilità storicamente elevata di medici e infermieri e il loro aumento, in Europa rimane un grave deficit di operatori sanitari. Nel 2013, l'OMS ha stimato che la carenza complessiva di operatori sanitari era di 1,6 milioni in Europa, cifra che, secondo le stime dello studio, richiederebbe una crescita esponenziale media annua del 2% per compensare la tendenza. Dato che questo tasso di crescita non è stato ancora raggiunto nei 27 Stati membri dell'Unione Europea (UE), entro il 2030 mancheranno 4,1 milioni di professionisti (0,6 milioni di medici, 2,3 milioni di infermieri e 1,3 milioni di altri operatori sanitari) (Who, 2022a).

Questo deficit di operatori sanitari, presente in molti paesi europei, è il risultato della pandemia di COVID-19, delle discrepanze tra domanda e offerta di personale e della mancanza di pianificazione e previsione.

LE CAUSE DELLA CARENZA DI PERSONALE SANITARIO

Le conseguenze del Covid 19

La pandemia di COVID-19 ha imposto un prezzo elevato agli operatori sanitari in termini di mortalità e stress fisico e mentale. Gli operatori sanitari in tutta Europa si sentono sottovalutati, oberati di lavoro, stanchi e la loro disaffezione e mancanza di fiducia nei sistemi in cui lavorano sta progressivamente aumentando. Si sono verificati numerosi scioperi in tutti i paesi europei, dove gli operatori sanitari hanno chiesto migliori condizioni di lavoro, maggiore rispetto, apprezzamento e protezione.

Discrepanze tra domanda e offerta

Anche prima della pandemia di COVID-19, i paesi europei soffrivano di carenza di personale sanitario e sociosanitario perché la domanda di servizi sta aumentando molto più rapidamente della disponibilità di operatori sanitari. Questo aumento della domanda è dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione, all'aumento delle malattie croniche e della multimorbilità e alle crescenti aspettative della popolazione nei confronti dei servizi sanitari.

Mancanza di pianificazione e previsione

Essere in grado di specificare di cosa hanno bisogno i sistemi sanitari in termini di personale sanitario e assistenziale è fondamentale e richiede:

- raccolta, analisi e valutazione dei dati relativi al personale;

- miglioramento delle previsioni degli scenari futuri per la sanità e l'assistenza;
- saper collegare i dati ai modelli di assistenza e agli obiettivi di riforma;
- saper scomporre i bisogni in termini di competenze, attività pratiche, distribuzione del personale e obiettivi.

L'Europa ha vissuto, nell'ultimo decennio, una crisi senza precedenti del personale sanitario e assistenziale culminata nella pandemia di COVID-19. Per questo motivo, l'Europa ha visto aumentare il tasso di abbandono tra gli operatori sanitari nello stesso momento in cui è aumentata la domanda di servizi sanitari. Purtroppo, c'è motivo di credere che questi i tassi di abbandono aumenteranno se non verranno affrontate le sfide che portano all'abbandono (Zapata et al., 2023).

PERCHE' E'AUMENTATO IL TASSO DI ABBANDONO DEGLI OPERATORI SANITARI ED ASSISTENZIALI?

Sono quattro le possibili ragioni di abbandono tra gli operatori sanitari e assistenziali:

Il pensionamento;

La morte;

L'emigrazione in altro paese;

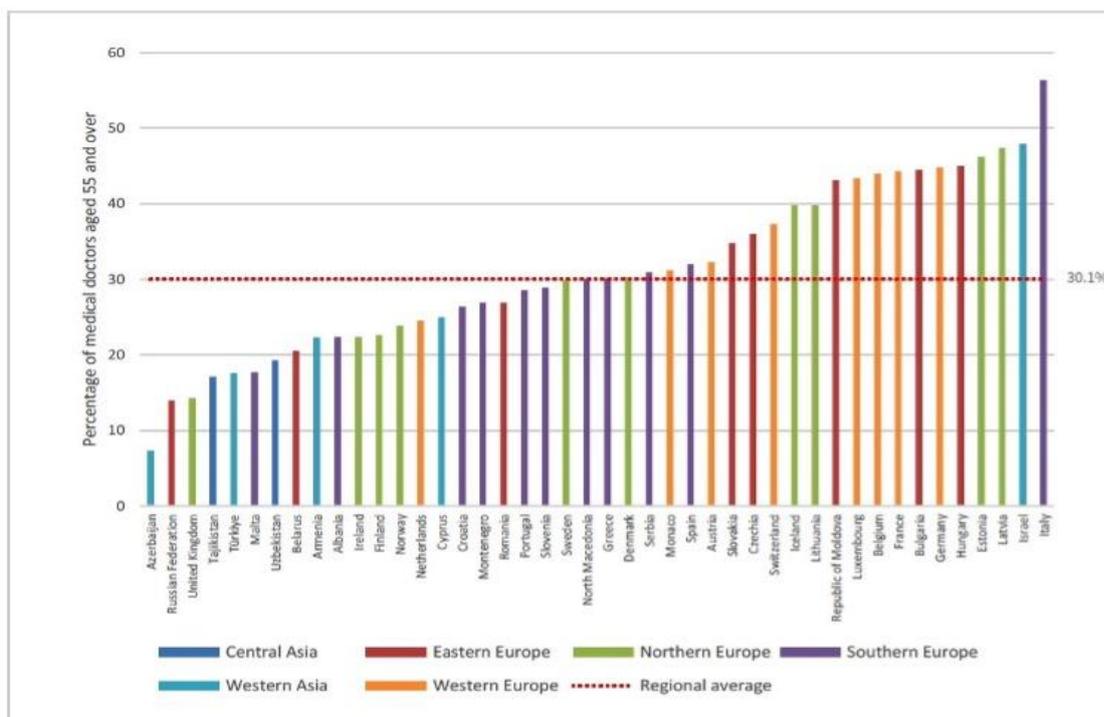
Le dimissioni.

Il pensionamento

Il primo motivo per cui il tasso di abbandono tra gli operatori sanitari è così elevato può essere attribuito al pensionamento. Il numero crescente di operatori sanitari in pensione, in particolare medici, costituisce un motivo di notevole preoccupazione. In Europa, il 30,1% dei medici ha più di 55 anni. Il Paese che in tutto il mondo ha il maggior numero di medici con più di 55 anni è l'Italia con quasi il 60% dei medici di età superiore ai 55 anni, seguita a ruota da Israele, Lettonia ed Estonia. In 13 dei 44 paesi europei che forniscono dati, almeno il 40% dei medici ha più di 55 anni e andrà in pensione entro i prossimi dieci anni (Cfr. Graf. 1). L'invecchiamento dei medici in servizio cresce costantemente; nel 2010 la media europea era del 26%; in dieci anni è cresciuto di 4 punti percentuali.

Se questa tendenza continuerà senza il necessario ricambio, nei prossimi dieci anni si verificherà una drastica riduzione di medici causata esclusivamente dal pensionamento.

Percentuale di medici con più di 55 anni (2020 o ultimo anno disponibile)



Fonte: Who (2022b).

La morte per COVID

La seconda ragione riguarda il bilancio delle vittime tra gli operatori sanitari durante la pandemia di COVID-19. Gli operatori sanitari presentavano un rischio più elevato dei ricoveri correlati al COVID-19 rispetto ai non operatori sanitari. Si stima che siano morti a causa del COVID-19 circa 49.374 operatori sanitari nella sola Europa, mentre solo nelle Americhe si registra una stima più elevata basata sulla popolazione, pari a 60.380. Ogni singola risorsa umana deceduta rappresenta una perdita inestimabile non solo a livello personale ma anche per il sistema sanitario e assistenziale. Inoltre, le assenze e i decessi durante la pandemia hanno creato lacune nelle rotazioni e nei turni, che a loro volta hanno creato ulteriore stress agli operatori sanitari ancora nel sistema, contribuendo così ad un circolo vizioso di stress, burnout, rassegnazione e potenzialmente anche malattia.

In Italia si sono registrati 379 medici e 90 infermieri morti per Covid-19.

L'emigrazione del personale sanitario

Una terza ragione di abbandono può essere attribuita all'emigrazione del personale sanitario. A causa dei punti precedenti, che hanno portato alla scarsità di operatori sanitari in alcuni paesi europei, sono seguite strategie di reclutamento molto aggressive da paesi europei ed extra-europei. Ad esempio, in Svizzera il personale medico formatosi all'estero è passato dal 25% a quasi il 40% fra il 2010 e il 2021. Allo stesso modo, nel Regno Unito, la percentuale di personale infermieristico straniero è aumentata da poco più del 10% a quasi il 20%.

Alcuni paesi hanno strategie di reclutamento attive per assumere professionisti dell'assistenza a lungo termine dall'Europa orientale e dai paesi candidati all'UE. Pertanto, i paesi della regione europea come Romania, Bulgaria e Polonia si trovano ad affrontare tassi di abbandono elevati a causa di questo tipo di migrazione in uscita.

Anche l'Italia soffre di questo problema non essendo attrattiva di personale proveniente da altri paesi e perdendo allo stesso tempo una quota significativa di proprio personale sanitario. Negli ultimi 20 anni tra medici e infermieri sono 'fuggiti' all'estero quasi in 180.000. I numeri, contenuti nel Database Ocse, non segnalano quanti poi siano tornati o quanti invece sono andati in pensione ma evidenziano in ogni caso come il fenomeno, soprattutto a partire dal 2009 con l'inizio del blocco del turnover e dei contratti, sia molto rilevante e abbia impattato sulla carenza di personale che oggi vive il Ssn. Negli ultimi tre anni disponibili – 2019, 2020 e 2021 - sono all'estero 15.109 infermieri (ma manca il dato della Germania dove, secondo altre stime, sono al lavoro circa 2.700 infermieri italiani) e 21.397 medici (Nisi, 2023).

Le dimissioni del personale sanitario

Il quarto motivo che contribuisce all'aumento del logoramento della situazione sono le dimissioni dovute alle cattive condizioni di lavoro e allo scarso equilibrio tra lavoro e vita privata. Le assenze del personale sanitario durante la pandemia sono salite alle stelle del 62% e la regione europea dell'OMS ha ricevuto segnalazioni secondo cui 9 infermieri su 10 hanno pensato di lasciare il lavoro. Le ragioni per abbandonare o per pensare di abbandonare la professione includono il disagio psicologico e i problemi di stress che determinano l'aumento dei tassi di burnout tra gli operatori sanitari. Lo stress psicologico, l'affaticamento, l'ansia e la depressione dovuti all'aumento del carico di lavoro, ai lunghi orari di lavoro, alla violenza sul posto di lavoro e alle inadeguate risorse lavorative sono correlati statisticamente ad una maggiore propensione al burnout e all'intenzione di abbandonare il lavoro (Zapata et al., 2023).

CHE COSA FARE PER IL PERSONALE SANITARIO?

La crisi del personale sanitario in Europa è causata principalmente da un crescente divario tra la disponibilità di operatori sanitari e l'aumento della domanda di servizi sanitari.

Parte di questo divario è dovuto al logoramento del personale dovuto agli alti tassi di burnout, e all'aumento dei tassi di intenzione di lasciare il lavoro che ha portato e potrebbe portare a una ulteriore significativa ondata di dimissioni tra gli operatori sanitari nei prossimi anni.

Se non vengono adottate misure immediate per mantenere il personale sanitario, il problema del logoramento potrebbe aggravarsi, minando il funzionamento dei sistemi sanitari. Allora, cosa si può fare? Stabilizzare e invertire il tasso di abbandono degli operatori sanitari attraverso strategie di fidelizzazione deve

avere la massima priorità per i paesi europei. Questo è quanto suggerisce il rapporto dell'OMS del 2022 *"Health and Care Workforce in Europe: Time to Act"* che evidenzia dieci azioni concrete per rafforzare il personale sanitario in Europa.

Le principali di queste azioni che mirano a ridurre il logoramento e la stanchezza del personale sanitario, sono sintetizzate di seguito:

Migliorare le condizioni di lavoro.

Ciò include

- la riduzione del carico di lavoro eccessivo a cui sono esposti molti operatori sanitari, soprattutto dopo la pandemia di COVID-19;
- offrire modalità di lavoro più flessibili che portino a un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata (questo è un fattore essenziale per aumentare l'attrattiva della professione);
- fornire attrezzature adeguate, infrastrutture e l'introduzione delle tecnologie sanitarie digitali per l'erogazione di servizi sanitari di qualità;
- offrire sviluppo professionale continuo e opportunità di tutoraggio.

Offrire una giusta remunerazione.

L'adeguatezza degli stipendi è una precondizione per migliorare i tassi di permanenza e rendere la professione più attraente per i nuovi arrivati.

Proteggere dalla violenza.

La violenza contro gli operatori sanitari è aumentata durante la pandemia di COVID-19 e spesso provoca stress, problemi psichici e danni fisici, consolidando le intenzioni di andarsene. Dovrebbero essere attuate politiche e approvate leggi per proteggere gli operatori sanitari, e dovrebbero essere sviluppate strategie di comunicazione e campagne mediatiche per migliorare la consapevolezza pubblica e l'attenzione verso le professioni sanitarie. Inoltre, è necessario integrare la prevenzione della violenza nell'istruzione e nella formazione, così come il miglioramento dei sistemi di monitoraggio e segnalazione.

Prendersi cura degli operatori sanitari.

Sono necessarie politiche e interventi per fornire assistenza individuale e per proteggere la salute mentale e il benessere psico-fisico degli operatori sanitari (per combattere soprattutto lo stress, la depressione e il burnout).

Aumentare l'attenzione sulle aree interne, remote e scarsamente servite.

Trattenere gli operatori sanitari nelle aree interne e montane è incredibilmente impegnativo. Secondo le ultime linee guida dell'OMS sullo sviluppo del personale sanitario, l'attrazione, il reclutamento e il mantenimento dei lavoratori nelle aree interne richiedono un insieme di interventi coordinati su istruzione, regolamentazione, incentivi finanziari e interventi di sostegno.

Migliorare la disponibilità di dati sul personale sanitario.

I dati sull'abbandono degli operatori sanitari sono scarsi. Occorre rafforzare i sistemi informativi sanitari che includono meccanismi per registrare il logoramento del personale sanitario attraverso dati di tipo quantitativo e qualitativo altrimenti non è possibile capire perché se ne vanno e predisporre poi i provvedimenti conseguenti per contrastare l'abbandono.

Cambiare le strategie di occupazione e reclutamento.

Sono necessarie una migliore pianificazione e previsione del personale sanitario per affrontare l'ondata di pensionamento degli operatori sanitari in Europa e pianificare un aumento delle assunzioni. Le soluzioni a breve termine potrebbero includere l'introduzione di politiche adeguatamente incentivate per indurre gli operatori sanitari a prolungare volontariamente il lavoro oltre l'età pensionabile (Who, 2022a).

INVESTIRE SUL LAVORO SANITARIO È LA PRIORITÀ

L'attuale crisi del personale sanitario e assistenziale in Europa richiede politiche per rafforzare i sistemi sanitari nazionali rendendoli più resilienti alle crisi future e attrezzandoli per affrontare efficacemente le esigenze attuali e future della popolazione.

Finanziare la forza lavoro esistente è uno dei migliori investimenti che si possano fare. Se gli operatori sanitari non ricevono supporto, sono stanchi e stressati, oberati di lavoro, si sentono sottovalutati, non saranno in grado di operare in modo ottimale e potrebbero abbandonare completamente il lavoro. Questo sarebbe un grande fallimento.

Sono necessarie azioni politiche immediate e prioritarie per migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari al fine di fermare il logoramento e l'intenzione di abbandonare il lavoro insieme a politiche di sviluppo quantitativo del personale sanitario.

Tutto quanto affermato vale ancor di più per l'Italia che in assoluto rischia più di tutti gli altri paesi dato che ha il personale medico più anziano del mondo e stenta a reperire già da qualche anno il personale infermieristico necessario.

Franco Pesaresi

CDN ASQUAS, Direttore ASP Ambito 9 Jesi

Bibliografia

Agenas, *Il personale del Servizio sanitario nazionale*, marzo

2023: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2235-il-personale-del-servizio-sanitario-nazionale-approfondimento-marzo-2023>

Nisi G., La "grande fuga" di medici e infermieri dall'Italia. Tra il 2000 e il 2022 hanno scelto di lavorare all'estero quasi 180mila professionisti, *Quotidiano Sanità*, 7/3/2023: https://www.quotidianosanita.it/studie-analisi/articolo.php?articolo_id=111740

WHO. *Health and Care Workforce in Europe: Time to Act*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022a: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

WHO. *National Health Workforce Accounts data portal* [online database]. Geneva: World Health Organization, 2022b : <https://apps.who.int/nhwportal/>

Zapata T., Azzopardi Muscat N., Falkenbach M., Wismar M., *From great attrition to great attraction: countering the great resignation of health and care workers*, *Eurohealth* — Vol.29 | No.1 | 2023.

[La carenza di personale riguarda tutta l'Europa: all'appello mancano 1,6 mln di operatori. Dagli stipendi al miglioramento delle condizioni di lavoro. Ecco cosa fare per invertire la rotta - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](#)

La Commissione BMJ sul futuro del NHS



The BMJ Commission on the Future of the NHS



[The BMJ Commission on the Future of the NHS | The BMJ](#)

Nel suo 75° anno, l'NHS non è mai stato in una crisi più profonda e, sebbene i problemi possano sembrare insolubili, crediamo che valga la pena lottare per la premessa centrale dell'NHS – un servizio sanitario gratuito presso il punto di cura per tutta la popolazione. È possibile creare una visione per una società che dia priorità ai risultati relativi alla salute e al benessere con il NHS al centro.

Lo scopo della nostra Commissione NHS è quello di identificare le aree chiave per l'analisi e riunirle in un rapporto disponibile al pubblico entro gennaio 2024.

La nostra commissione esporrà questa visione e formulerà raccomandazioni su come arrivarci.

La Commissione del *BMJ* sul futuro del NHS

BMJ 2023; 381 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.p1000> (Pubblicato il 04 mag 2023)

Citalo come: *BMJ* 2023; 381:p1000

quotidianosanita.it

Personale del NHS e del SSN: un capitale da tutelare e valorizzare

Silvia Scelsi, Presidente Nazionale ASQUAS, Resp. Professioni Sanitarie Istituto “Gaslini”, Genova

Caterina Amoddeo, Vice Presidente Nazionale ASQUAS, Roma;

Antonio De Belvis, Coordinatore CTS ASQUAS, Università “Cattolica”, Roma;

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, DiSSE, Università “Sapienza”, Roma;

Andrea Vannucci, Membro CTS ASQUAS, Docente DISM, Università Siena.

Occorre dedicare tempo ed energie alla valorizzazione del capitale umano della sanità che va considerato il protagonista dei cambiamenti organizzativi e gestionali necessari e improcrastinabili per ridare centralità, resilienza, flessibilità e appropriatezza ai sistemi sanitari nazionali “pubblici”

05 GIU -

Abbiamo letto con molto interesse l'articolo “Il futuro del SSN dipende dalla sua forza lavoro” apparso su *BMJ* 2024; 384 , pubblicato il 27 marzo 2024, DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-079474> , in cui Mary Dixon-Woods, Charlotte Summers, Matt Morgan, Kiran Patel affermano che “... il futuro del servizio

sanitario nazionale dipende dalle persone che vi lavorano, quindi la gestione della forza lavoro dovrebbe essere una priorità fondamentale”.

Gli autori sulla base della loro conoscenza del settore, della letteratura e dell'ascolto dei pazienti e del personale, “...identificano tre aree chiave interconnesse in cui è urgente intervenire: configurare la forza lavoro, migliorare le condizioni e gli ambienti di lavoro e migliorare i percorsi di carriera e formazione.”

Propongono cosa si potrebbe fare per affrontare le sfide attuali, sottolineando che “... la gestione della forza lavoro deve essere condotta con particolare riguardo alla diversità, all'inclusione e all'equità e deve essere fatta in collaborazione con il personale, i pazienti e il pubblico”.

Come ASQUAS condividiamo queste considerazioni e abbiamo deciso di dedicare a questo tema il prossimo nostro Congresso Nazionale a Roma in ottobre 2024.

Configurare la forza lavoro per il futuro dei sistemi sanitari pubblici, universalisti ed equi

Carenza di personale

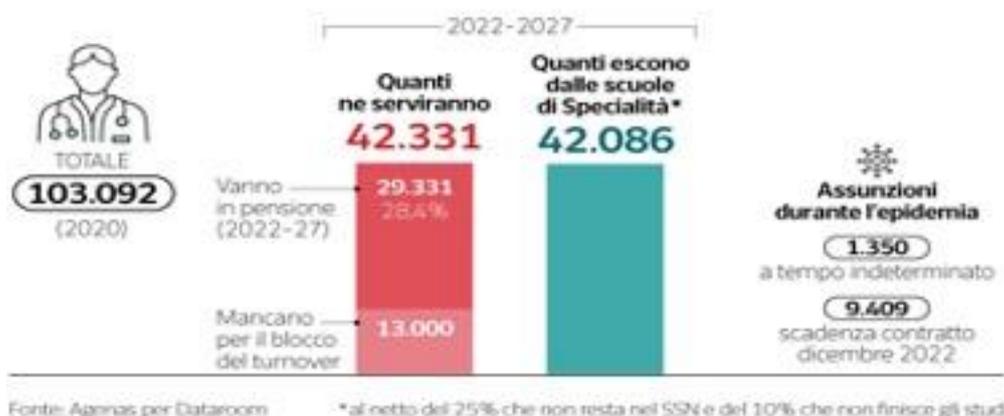
Il futuro dei sistemi sanitari pubblici e universalistici dipende – senza dubbio alcuno - dall’avere il giusto numero di personale nei ruoli giusti, nei tempi giusti e nei posti giusti.

Al momento attuale (2021-2023) sia il NHS che il nostro SSN non hanno abbastanza personale per raggiungere i loro obiettivi e i loro impegni: hanno meno infermieri, e in prospettiva meno medici specialisti, rispetto ad altri Paesi Ue e OECD.

A seguire i dati italiani:



Cosa succede nei prossimi 5 anni MEDICI OSPEDALIERI



Occorre verificare quanto saranno sufficienti le nuove soglie di iscrizioni in Italia per i Corsi di laurea in Medicina e in Scienze Infermieristiche, nonché per le Scuole di Specializzazione per compensare i posti vacanti.

Il problema è anche che sono cambiate le motivazioni nelle scelte dei giovani e molti non scelgono più la sanità come settore di impiego. Inoltre abbiamo una forte riduzione delle classi di età per la denatalità

(da quasi 840.00 e circa 470.000): questo riduce il numero dei possibili iscritti e rende difficile garantire le quote necessarie.

Abbiamo una assenza di politiche adeguate a mantenere e motivare il personale, per cui perdiamo migliaia di giovani laureati ogni anno verso Paesi Ue e non UE.

A seguire l'andamento assoluto del numero dei medici e degli infermieri in Italia dal 2011 al 2021 rispetto agli standard UE:

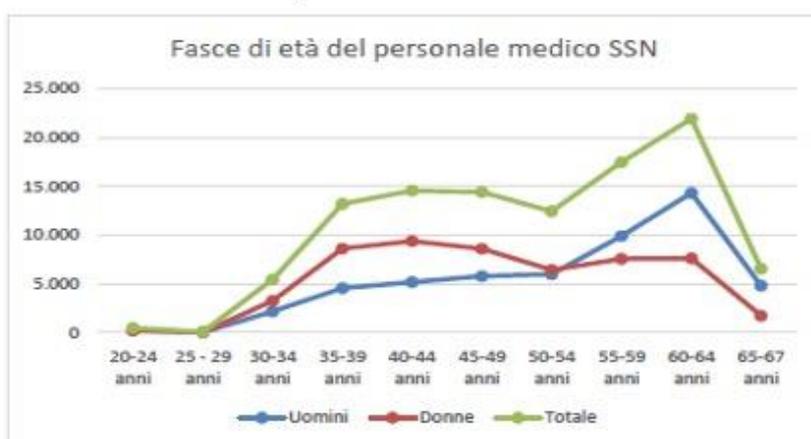
Anno	Laureati medici	Laureati infermieri e ostetriche	Rapporto M/I e O	Fabbisogno M/I ¹ e O	Differenza relativa	Differenza assoluta
2011	6.072	11.347	1,7	3,4	1,7	10.322
2012	6.635	12.082	1,8	3,4	1,6	10.616
2013	6.467	13.201	2	3,4	1,4	9.054
2014	6.747	12.618	1,9	3,4	1,5	10.121
2015	7.482	12.233	1,6	3,4	1,8	13.468
2016	8.045	11.734	1,5	3,4	1,9	15.286
2017	8.536	11.072	1,3	3,4	2,1	17.926
2018	9.521	10.868	1,1	3,4	2,3	21.898
2019	10.091	10.712	1,1	3,4	2,3	23.209
2020	10.841	9.998	0,9	3,4	2,5	27.103
2021	10.461	9.931	0,9	3,4	2,5	26.153
<i>Totale periodo</i>	91.528	125.796	1,4	3,4	2,0	183.056
<i>Media annua</i>	8.321	11.436	1,4	3,4	2	16.641

(Fonte: elaborazione su dati Ministero Sanità e AGENAS)

Infine l'ineguale distribuzione dei posti vacanti tra le aree geografiche contribuisce alle disuguaglianze, lasciando alcune aree, comprese quelle più svantaggiate, sotto servite.

La strategia di puntellare la carenza di forza lavoro attraverso il reclutamento all'estero è insostenibile, soprattutto perché crea conflitti potenziali nel rapporto tra strutturati e terzi.

Grafico n.1. Età media del personale medico: uomini 53,8 anni, donne 48,8 anni. Età media totale 51,3 anni.



Elaborazione AGENAS su dati del Conto Annuale 2020

Lo stesso vale per la crescente dipendenza dal personale temporaneo (terzisti, gettonisti, etc.), che non solo è costoso (il costo annuale nel NHS è stimato in 10,4 miliardi di sterline nel 2023 e anche nel SSN in Italia è superiore ai 10 miliardi di Euro), ma introduce anche altre problematiche quali la mancanza di familiarità con le politiche aziendali e gli ambienti di lavoro e interferenze negative nella costruzione e mantenimento di un buon clima di lavoro nei team.

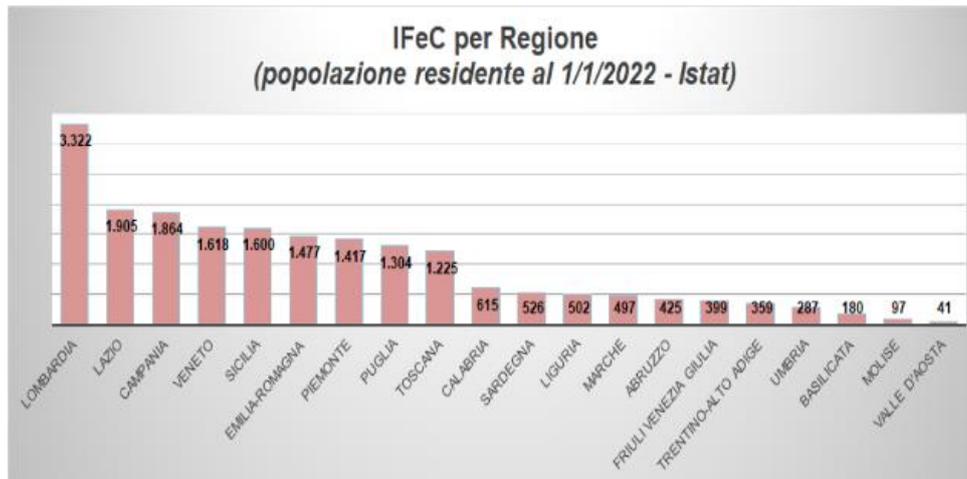
Ci sono infine evidenze che possono influenzare negativamente i risultati degli indicatori di *outcome*, sia clinici che derivati dall'esperienze dei pazienti.

Diversificazione dei ruoli

La diversificazione dei ruoli è diventata una caratteristica sempre più importante nel NHS e nel nostro SSN negli ultimi anni, con l'assistenza primaria che fornisce un esempio importante.

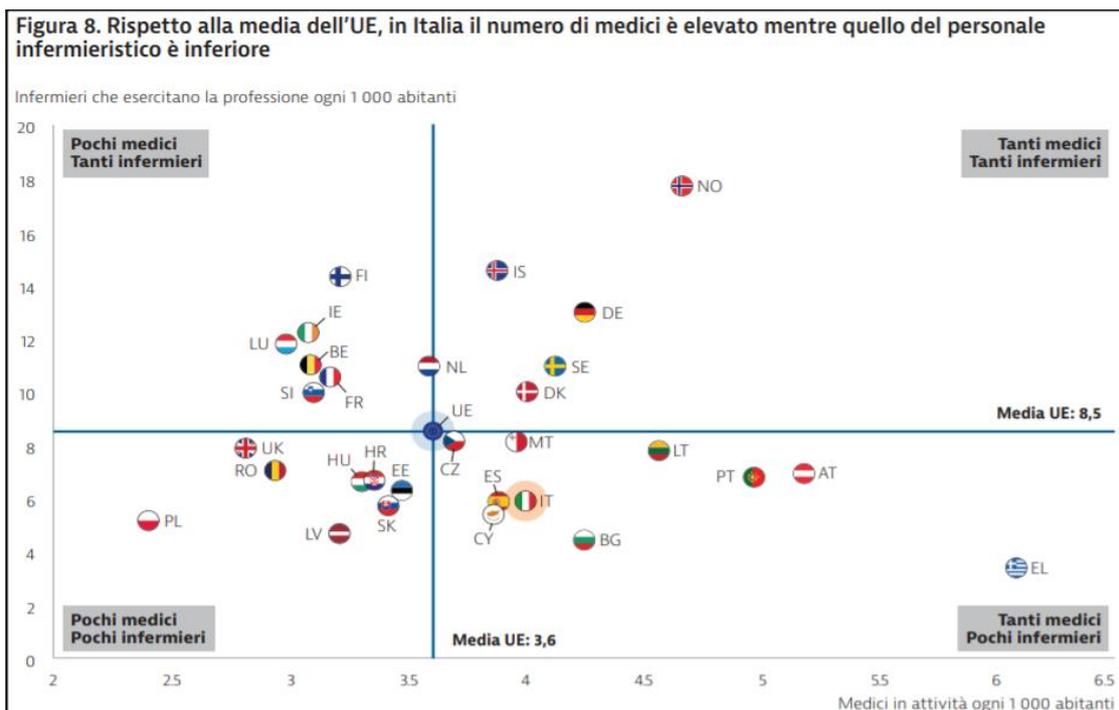
Sebbene il numero di medici generici sia in calo e si attesti sui 27 487 GP nel dicembre [2023 in UK](#), [mentre in Italia siamo a rischio di crisi della rete per l'età media avanzata di ¾ dei MMG e PLS](#), il numero di personale a tempo pieno nell'assistenza primaria che fornisce assistenza diretta ai pazienti, ma non è un GP o MMG, come infermieri e ausiliari è aumentato significativamente tra marzo 2019 e settembre 2023 in UK per 34.380 unità.

In Italia mancano dati simili utili ad un confronto a sappiamo che il 70% del carico assistenziale è a carico delle famiglie. È stato introdotto l'infermiere di famiglia e comunità (da circa 4 anni) oltre al servizio ADI, ma questa figura non è ancora diffusa su tutto il territorio, e quindi non riesce a garantire la necessaria copertura dei bisogni.



(Fonte FNOPI su Quotidiano Sanità agosto 2022)

Gli infermieri hanno già operato con successo come membri di team multiprofessionali nell'assistenza primaria da molti anni, ma in quest'ambito già da tempo per rispondere a tutti i bisogni espressi dal cittadino è stata introdotta la figura degli OSS, peraltro più veloci e meno costosi da formare rispetto ad altri profili.



Come ogni innovazione, e come tutta la questione dello “*skill-mix-change*” o meglio del “*task-shifting*”, i passaggi di funzioni o di attività dai gruppi professionali che storicamente li attuavano ad altri, hanno e stanno creando tensioni e nuovi conflitti di attribuzione di competenze (ad esempio: medici e infermieri e ostetriche e OSS).

Nuove tecnologie

Per configurare la forza lavoro per il futuro del SSN in Italia e del NHS in UK non è, ovviamente, solo una questione di posti vacanti.

È necessario pensare a come svolgere in modo innovativo il lavoro e a come può essere intrapreso in modo efficace ed efficiente. È necessario tenere conto della natura dinamica e spesso in rapida evoluzione degli sviluppi scientifici, della demografia, dell'innovazione dei servizi e della tecnologia.

Il personale impiega molto tempo per formarsi e raggiungere la massima competenza, ma il lavoro che deve svolgere potrebbe cambiare più rapidamente.

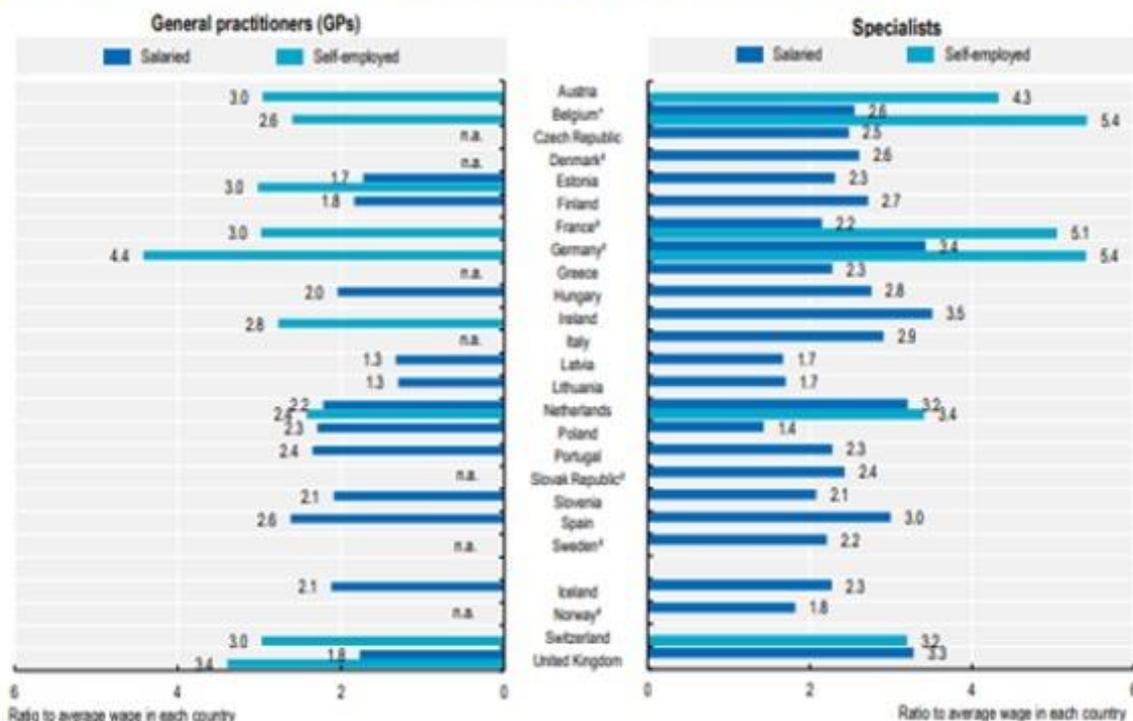
Le nuove tecnologie, tra cui l'intelligenza artificiale, l'assistenza a distanza, la salute digitale e la medicina basata sulla genomica, sono ricche di opportunità, ma anche altamente dirompenti dei profili professionali attuali. Più in generale, la pianificazione della forza lavoro e la definizione dei nuovi ruoli devono essere affrontati in base a consultazioni e progettazioni rigorose e condivise per garantire che siano specificati, valutati, gestiti e regolamentati con chiarezza i confini dei ruoli esistenti, valutando bene gli impatti gestionali e i risultati assistenziali per non generare conseguenze indesiderate.

Miglioramento delle condizioni

Soddisfazione e valore

I livelli retributivi sono una importante fonte di insoddisfazione per il personale dell'NHS e del SSN. In survey specifiche svolte da Associazioni professionali, sindacali con il supporto di istituzioni scientifiche, la maggioranza del personale afferma di non essere soddisfatto della propria retribuzione sia in Inghilterra che da noi. Le indagini svolte mostrano che la soddisfazione retributiva rimane al di sotto dei livelli pre-pandemia (2019).

Figure 7.12. Remuneration of doctors, ratio to average wage, 2020 (or nearest year)



1. Practice expenses of self-employed GPs and specialists are included (resulting in an over-estimation). 2. Data for both salaried GPs and specialists are reported under salaried specialists as it is not possible to separate these two groups of doctors.

Source: OECD Health Statistics 2022.

Per i professionisti sanitari la soddisfazione per la retribuzione è ora inferiore rispetto al 2020. Per alcuni lavorare per il “pubblico” sembra costituire una forma di “sfruttamento”.

Solo circa la metà degli intervistati dichiara di essere soddisfatto della misura in cui la propria organizzazione apprezza il loro lavoro.

Un infermiere italiano - Fonte FNOPI “*Quotidiano sanità*” agosto 22 – guadagna in media secondo il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2020 circa 34.711 euro l’anno lordi, cioè circa 22.600 euro netti che su tredici mensilità sono circa 1.700 euro al mese. Lo stipendio è lo stesso da circa 10 anni, nonostante il rinnovo contrattuale e le nuove aeree di qualificazione poco è cambiato alla fine del mese in busta paga.

La media annuale lorda del Servizio Sanitario Nazionale di tutte le professioni è di 42.731 euro (quindi circa 10mila in più, considerando che ad esempio i dirigenti sanitari guadagnano in media 84 mila euro lordi l’anno circa).

La media OCSE è di 48.100 euro lordi l’anno. Ma ad esempio in Svizzera (dove molti infermieri italiani vanno a lavorare) si sfiorano i 56 mila euro, in Spagna i 55 mila, in Germania i 59 mila fino al top in Lussemburgo dove nel 2019 un infermiere guadagnava in media poco più di 100 mila euro l’anno lordi.

Condizioni di lavoro

Le condizioni di lavoro, sia nel NHS che nel SSN, sono una delle principali fonti di preoccupazione. La maggioranza del personale ha riferito di essersi sentito male per lo stress da lavoro negli ultimi 12 mesi. In tanti si sentono sovraccarichi, demoralizzati o esauriti. Molti si sono affidati a sostegni psicologici.

Recenti survey svolte da Associazioni professionali degli operatori sanitari confermano queste dinamiche in entrambi i Paesi. Il personale soffre dell’incapacità di fornire l’assistenza che ritiene di essere in grado di fornire. La sensazione di deludere i pazienti è dannosa per l’esperienza lavorativa degli operatori sanitari. Lo stress da carico di lavoro è aggravato dalla natura altamente complessa ed esigente dell’ambiente istituzionale e normativo dei sistemi sanitari.

Ambiente ad alto stress

Gli operatori nel NHS e anche nel SSN devono spesso lavorare in ambienti altamente stressanti e impegnativi, utilizzando sistemi di lavoro che però sono scarsamente ottimizzati.

Gli operatori spesso trascorrono una parte sostanziale del loro tempo nello svolgere compiti che li distolgono dal lavoro per il quale sono qualificati, il che indica una tolleranza da parte del management e delle istituzioni preposte verso l’uso non ottimale della forza lavoro e dei relativi sprechi di tempo e di competenze.

Il lavoro quotidiano è spesso frustrante: la maggioranza del personale dichiara di non avere materiali, forniture e attrezzature adeguate a svolgere il proprio lavoro.

Il fatto che queste sfide siano anche profondamente problematiche per i pazienti non fa che aumentare il senso di frustrazione professionale, eppure la maggioranza del personale si sente in grado di poter apportare miglioramenti nella propria area di lavoro.

Comportamenti sul posto di lavoro

I comportamenti sul posto di lavoro, compresi i comportamenti di colleghi, pazienti, parenti e pubblico, sono una delle principali preoccupazioni per la forza lavoro del NHS in UK e anche in Italia nel SSN/SSR. Nei sistemi sanitari inglese e italiano alcune culture del posto di lavoro sono negative e portano a cattive esperienze lavorative, burnout e conseguenti effetti negativi sulla sicurezza e sulla qualità dei pazienti, compresi quelli che sfociano in crisi organizzative.

I tassi segnalati di bullismo e mancanza di rispetto, molestie, compresi abusi sessuali sono allarmanti e diffusi. I giornali e le agenzie e testate web ne sono pieni.

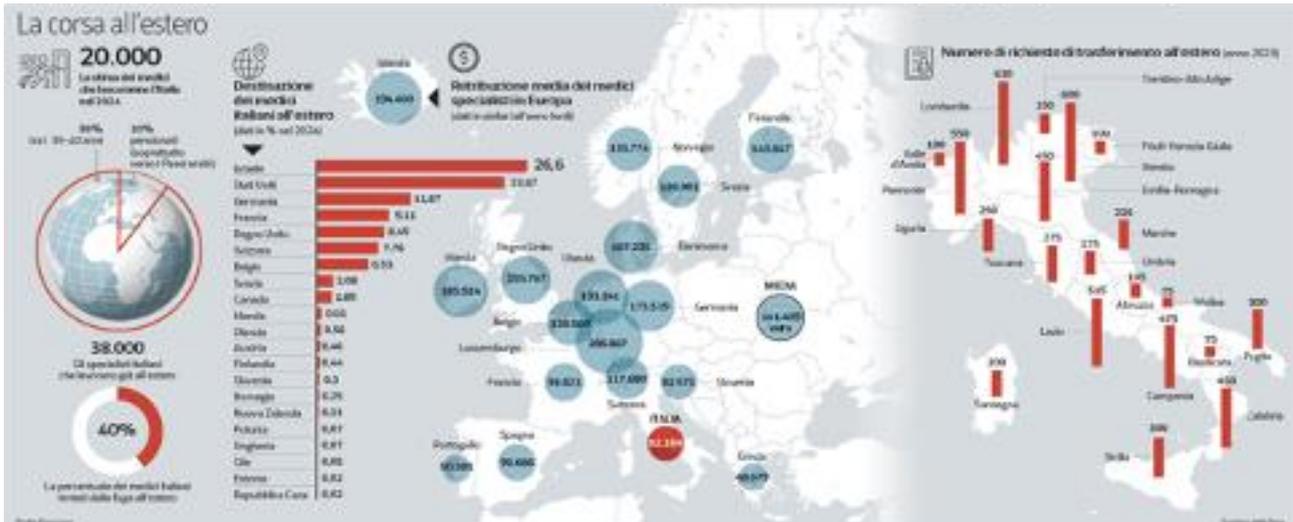
Migliorare la carriera e lo sviluppo professionale

Lo sviluppo professionale e l’avanzamento di carriera sono essenziali sia per fidelizzare il personale sia per garantire che le sue competenze siano adeguate ai compiti loro assegnati.

Sono necessari livelli adeguati di istruzione e di formazione per tutti i gruppi del personale per supportare la selezione, la supervisione, la valutazione, lo sviluppo e il mantenimento di competenze e comportamenti ottimali. Quanto sopra è comunque costoso, a rischio di tagli finanziari o a essere mal implementato.

A questo proposito un rischio recente sono moduli di e-learning mal progettati ed il fatto che perdipiù il personale è costretto a seguirli nel proprio tempo libero.

Pratiche più efficaci, come le simulazioni e il debriefing qualificato, sono purtroppo sottoutilizzati.



Inoltre assistiamo a livelli importanti di abbandono dei percorsi formativi in sanità e questa è una ulteriore minaccia per la sostenibilità dei sistemi sanitari.

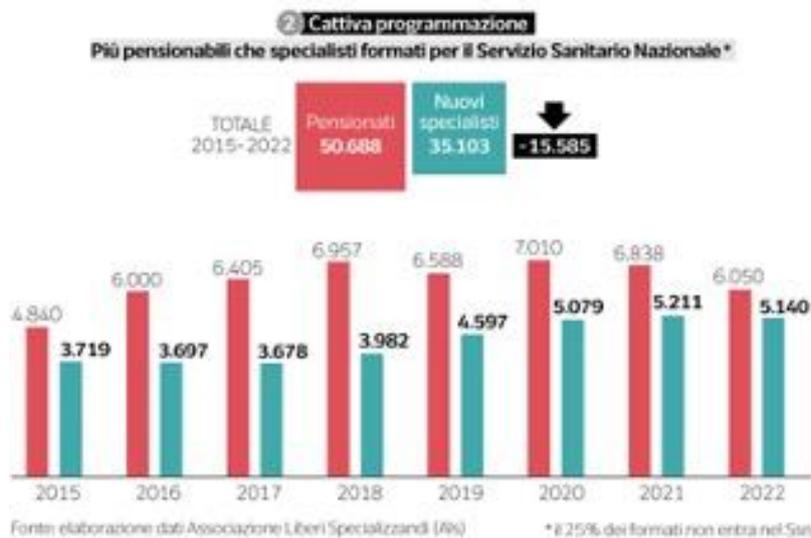
Le ragioni sono molteplici. Per i medici in formazione specialistica, a parte le questioni importanti del ripristino della retribuzione e dei debiti formativi, includono spesso programmi di formazione burocratizzati e rigidi caratterizzati da un “degrado” dei profili e un loro non aggiornamento e molte procedure documentali pesanti, mal progettate poco flessibili.

Un’ulteriore grande preoccupazione è che la forza lavoro accademica clinica – vitale per le attività di ricerca, istruzione e formazione dei Servizi Sanitari Nazionali – è in gravi difficoltà.

Vi è una carenza di accademici clinici con conseguenze inevitabili sulla ricerca e sulle sperimentazioni cliniche.

Mentre per gli infermieri c’è una mancanza di carriera clinica chiara, nonostante il contratto abbia introdotto dei percorsi. Ad aggravare tutto questo concorre una mancanza di riconoscimento soprattutto nell’ambito dei percorsi interni ai sistemi organizzativi, dove per la sopracitata necessità dovuta all’“under staffing”, ancora oggi non rende possibile riconoscere specializzazioni e assegnazioni di settore. Questo avendo di contro la necessità di gestire i professionisti come “generalist”.

Per quanto riguarda la ricerca e la carriera universitaria la situazione è ad oggi ancora più preoccupante, considerando che su circa 460.000 infermieri, nel ruolo di professore con cattedra ci sono oggi meno di 10 persone in tutta Italia. Molti sforzi vengono fatti nell’ambito delle scuole di dottorato e delle facoltà in accordo con la FNOPI e la consulta delle società scientifiche, ma il cammino è ancora molto lungo.



Conclusioni e raccomandazioni

Concordando con quanto proposto dai colleghi inglesi, formuliamo le seguenti raccomandazioni specifiche per realizzare questa visione anche nel nostro Paese:

- *Gestione della forza lavoro* - la gestione della forza lavoro deve essere riconosciuta come una priorità e una responsabilità chiave che richiede una pianificazione, una progettazione, un investimento e una valutazione attivi a tutti i livelli del sistema, dal livello politico fino ai manager a tutti i livelli del sistema.
- *Migliorare le condizioni di lavoro* - introducendo un quadro nazionale progettato in modo collaborativo per migliorare clima organizzativo ed ambienti di lavoro per tutto il personale, comprese le retribuzioni. Vanno definiti:
 - standard minimi per il luogo di lavoro, anche su questioni quali il trasporto, la disponibilità di cibo, la programmazione dei turni, i sistemi di rotazione e i cicli retributivi;
 - standard volti a migliorare la gestione delle persone, compresi i migliori sistemi per la gestione di linea e le risorse umane, definiti da forti impegni e azioni in materia di uguaglianza, diversità e inclusione;
 - standard per definire ciò che è "bene" e va inteso per l'antirazzismo e l'antidiscriminazione;
 - misure per proteggere il personale da comportamenti sessuali indesiderati, violenza e aggressioni;
 - processi di revisione delle retribuzioni;
 - programmi di investimenti per migliorare le infrastrutture fisiche e gli ambienti di lavoro;
 - finanziamenti, investimenti, incentivi e i metodi per garantire il successo di queste policy, considerando anche le responsabilità dei manager.

I decisori istituzionali dovrebbero dare priorità ai finanziamenti e sostenere il miglioramento dell'infrastruttura amministrativa, del funzionamento operativo e della progettazione del sistema di lavoro. Questo dovrebbe avvenire tramite sistemi di co-progettazione di alta qualità, con centralità sui fattori umani e innovazione, con sperimentazioni pilota da consolidare prima di una loro diffusione.

- *Migliorare la pianificazione della forza lavoro* - i decisori istituzionali e gli stakeholder interni ed esterni al sistema sanitario dovrebbero sviluppare in modo collaborativo un programma completo di consultazione e valutazione sulla progettazione e la pianificazione della forza lavoro, che includa:
 - Definizione di nuovi ruoli e come configurarli in modo ottimale, tenendo in debita considerazione la progettazione dei contesti di lavoro e il giusto insieme di ruoli per fornire un'assistenza di alta qualità ai pazienti
 - Valutazione e progettazione degli effetti dello sviluppo scientifico e dei cambiamenti tecnologici, compresa l'intelligenza artificiale, sul modo in cui viene svolto il lavoro assistenziale e su come gli operatori devono essere formati e supportati;
 - Prevedere anche il reclutamento e lo sviluppo professionale del personale in ruoli "non clinici".

Infine sarà indispensabile un'attività di revisione indipendente per individuare come migliorare la qualità dei percorsi di formazione, con particolare attenzione al miglioramento dell'esperienza assistenziale e delle condizioni di lavoro e al sostegno finanziario (retribuzioni e loro dinamiche).

Alcune di queste raccomandazioni possono essere gestite a livello organizzativo e manageriale nelle aziende sanitarie. Altre dovranno essere guidate da policy istituzionali ai vari livelli (nazionali, regionali, aziendali), in quanto devono affrontare sfide strutturali e comportamentali al di fuori delle singole organizzazioni.

Per quanto sopra riteniamo che sia necessario dedicare grande attenzione alle politiche attive del personale, superando impostazioni legate alla sola applicazione di standard formali e burocratici.

Occorre dedicare tempo ed energie alla valorizzazione del capitale umano della sanità che va considerato il protagonista dei cambiamenti organizzativi e gestionali necessari e improcrastinabili per ridare centralità, resilienza, flessibilità e appropriatezza ai sistemi sanitari nazionali "pubblici".

È comunque necessario promuovere innanzitutto una riforma culturale dei modelli operativi e gestionali della sanità anche nel nostro Paese. A queste problematiche deve essere dato adeguato spazio nelle nuove policy di sistema.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122622

I principi fondanti del Nhs e del Ssn sono ancora appropriati?

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASIQUAS e Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma

Andrea Vannucci, Professore a contratto di programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie DISM UNISI

Sia il Ssn Italiano che il Nhs Inglese non sono mai stati in una crisi più profonda. Anche se i problemi sembrano insolubili crediamo che valga la pena impegnarsi e lottare per la loro premessa centrale del Ssn, ovvero offrire un servizio sanitario gratuito, universalista ed equo a tutta la popolazione

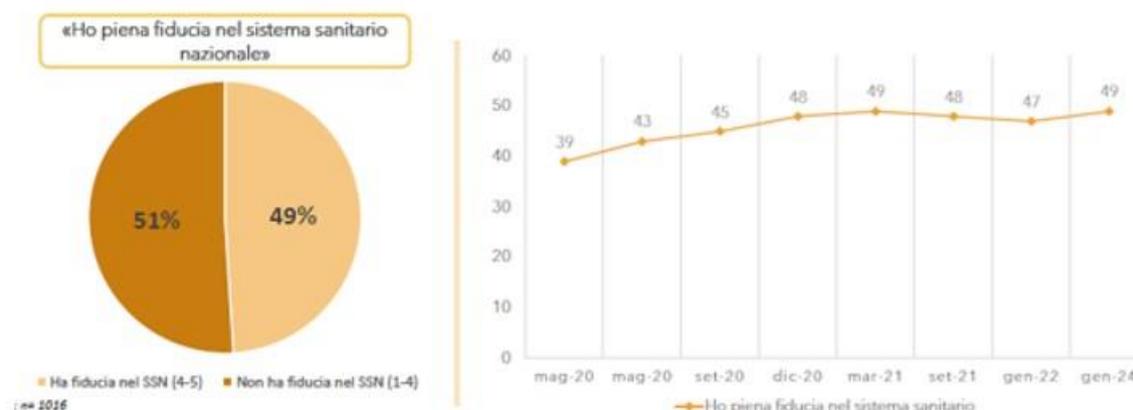
24 MAG -

In un sondaggio del *BMJ* nel 70° anniversario dell'NHS i lettori hanno indicato e identificato i suoi tre maggiori successi: fornire assistenza in base alle necessità e gratuitamente al momento del parto, la medicina generale come fondamento della cura del paziente e il personale che lavora per un bene comune.

Oggi, ognuno di questi "valori" o "principi" è minacciato

(doi:[10.1136/bmj.k2121](https://doi.org/10.1136/bmj.k2121) doi:[10.1136/bmj.k1540](https://doi.org/10.1136/bmj.k1540)). **45**

Analogamente un sondaggio svolto in Italia da *Engage Minds HUB* nel 2024 rileva come gli italiani siano divisi a metà nell'aver o meno fiducia nel nostro SSN con un 49% che ha ancora fiducia e il 51% che non si fida più. Questo con un trend di recupero del SSN da maggio 2020 al gennaio 2024 dal 39% al 49% (+10%).



(Fonte: Engage Minds HUB - *Sanità pubblica e sanità privata a confronto, 2024*)

(Fonte: Engage Minds HUB - *Sanità pubblica e sanità privata a confronto, 2024*) (www.engagemindshub.com)

Nel dibattito politico in entrambi i Paesi ci sono spinte potenti verso una privatizzazione dei servizi sanitari pubblici. In entrambi si osserva una deriva verso un ruolo crescente di assicurazioni e mutue. Queste spinte ormai molto forti da quasi dieci anni stanno creando un aumento delle diseguaglianze sociali e di salute.

Il Report OXFAM 2024 documenta la progressiva e costante concentrazione delle ricchezze nelle mani di una minoranza della popolazione e una "pauperizzazione" crescente della maggioranza, che viene privata non solo dei servizi del welfare in entrambi i Paesi, ma anche di diritti e tutele contrattuali nel lavoro. Stiamo assistendo al "roll back" dei sistemi sanitari italiano e inglese documentato in Italia dal rapporto del CENSIS presentato al "Welfare Day".

Una politica con orizzonte breve rifugge dalle "riforme strutturali" – perché non portano consenso subito, anzi spesso determinano conflitti con e tra le categorie interessate. I governi spesso hanno usato e usano il welfare per trovare risorse a breve per finanziare altre politiche più efficaci per guadagnare consenso e voti.

Sanità, istruzione e previdenza sono stati e sono ancora, pur con crescenti difficoltà, i pilastri della coesione sociale in entrambi i Paesi. SSN e NHS non sono perfetti e non lo saranno mai, ma questo non significa che non possano essere rilanciati, né significa che altri modelli siano migliori.

I problemi dei Sistemi Sanitari Pubblici richiedono un'azione urgente e rapida.

Nigel Crisp, e coll. ne *"I principi fondanti dell'NHS sono ancora appropriati oggi e forniscono una solida base per il futuro"* - *BMJ* 2024; 384 (doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-078903>) sostengono, e non possiamo non condividere, che "... è necessario un cambiamento radicale nel modo in cui i servizi sono progettati per fare un uso migliore delle tecnologie disponibili e per fornire più servizi nelle case e nelle comunità. Questi cambiamenti dovrebbero essere guidati dai professionisti e dalle comunità direttamente coinvolte. Possono basarsi sulla scienza biomedica e sull'istruzione professionale ... sulle competenze e sulla passione del personale del NHS e sui nuovi contributi per migliorare la salute e il benessere di tutti i settori."

Il Servizio sanitario nazionale è stato fondato sia in Inghilterra sia in Italia attraverso importanti atti di volontà politica spesso contro l'opposizione di poteri forti e interessi finanziari.

I Governi dovrebbero rilanciare i Sistemi Sanitari Pubblici con la partecipazione attiva di tutti i settori.

I Governi dovrebbero essere chiari sui problemi esistenti, sui vincoli di bilancio e finanziari, sul personale del sistema sanitario o altro, e sul tempo necessario. Sarebbe utile avere organismi "terzi" in grado di dare una valutazione indipendente e credibile sui piani e sulle politiche di rilancio dei Sistemi Sanitari Pubblici e anche per contenere – ove possibile - le pressioni politiche a breve, sempre inappropriate, e politiche inadeguate.

Le condizioni a lungo termine

Lo scenario sanitario e di salute delle popolazioni sta cambiando profondamente. Lo sviluppo delle applicazioni della genomica insieme anche a quelle dell'Intelligenza artificiale consentono lo sviluppo di una medicina personalizzata e di precisione.

Questo dovrebbe comportare un incremento dell'appropriatezza nelle cure e quindi un uso delle risorse più efficiente e equo in sistemi universalisti come quello inglese e italiano.

Dobbiamo constatare però che i modelli organizzativi e di governance maggioritari nei due sistemi sono riconducibili ancora ad un contesto di popolazione ormai superato.

Oggi abbiamo popolazioni più anziane, portatrici di malattie degenerative, croniche e poli croniche, spesso associate a fragilità e a non autosufficienza. Stiamo però ostinandoci ad usare prevalentemente modelli desueti a fronte di problemi di salute nuovi e diffusi che comportano un approccio più di assunzione di cura di una persona che di cura di una malattia.

Dalla sanità "universalista" e "equa" a

L'alternativa a un servizio "universalista" è quella di limitare i servizi a una determinata fascia di disponibilità per la totalità o parte della popolazione. È probabile che le disuguaglianze aumentino perché le persone più povere non possono pagare per servizi aggiuntivi e la qualità dei servizi e i risultati sanitari possono risentirne se vengono soddisfatte solo alcune esigenze. Un sistema "universalista", al contrario, promuove necessariamente l'innovazione nei servizi disponibili a tutti.

Riteniamo che un servizio "universalista" debba rimanere un'aspirazione vitale che costringerà costantemente i politici che pianificano e i manager delle aziende sanitarie che gestiscono a considerare il modo migliore per realizzarlo.

La fiducia e la trasparenza sono essenziali. Gli operatori sanitari, che devono prendere decisioni sulle cure, così come i pazienti, trarranno beneficio da una maggiore trasparenza nel processo decisionale.

Integrazione tra "sanità" e "sociale" ...

La più grande anomalia dei sistemi sanitari italiano e inglese è che l'assistenza sociale, da cui dipende gran parte dell'assistenza sanitaria, è di responsabilità delle autorità locali, è per lo più valutata in termini di risorse e varia enormemente da una zona all'altra dei Paesi.

La gestione condivisa della sanità e dell'assistenza sociale, offre una soluzione parziale, ma questo approccio non è diffuso. In Inghilterra e in Italia ci sono state e ci sono esperienze limitate e solo in alcune Regioni.

Allo stesso modo, la valutazione dei bisogni sanitari delle popolazioni e delle comunità è diventata più complessa e necessita del coinvolgimento di pazienti e cittadini in grado di identificare problematiche non riconosciute dai professionisti.

"Universalismo" o "ticket" ...

Un'altra alternativa potrebbe essere quella di fornire i servizi addebitando ai pazienti il costo dell'utilizzo di alcuni o di tutti i servizi attraverso ticket. Questo ci porta alla discussione sul fatto che i servizi sanitari nazionali siano gratuiti nel momento del bisogno.

Aneurin Bevan, nel suo libro *“In Place of Fear”*, sostiene che *“nessuna società può legittimamente dirsi civile se a una persona malata viene negata l’assistenza medica per mancanza di mezzi”* e descrive le difficoltà che le persone incontravano senza un servizio sanitario gratuito.

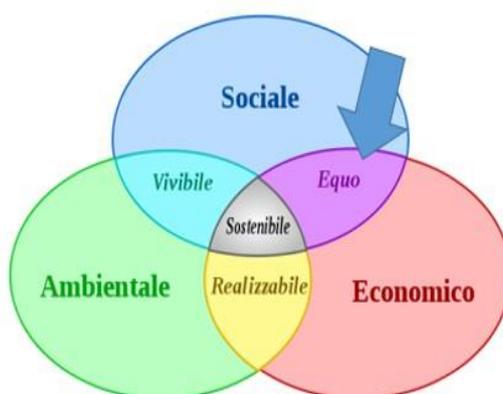
L’istituzione di Servizi Sanitari Nazionali ha eliminato gli impatti economici catastrofici che la malattia spesso aveva su un individuo e sulla sua famiglia.

Al contrario, due terzi dei fallimenti negli Stati Uniti (dove i servizi sono in gran parte basati sulle assicurazioni) derivano da costi sanitari, e il debito medico colpisce un numero enorme di persone. Recenti studi che hanno considerato questi problemi concludono che le tariffe delle prestazioni non sono un modo efficace per indirizzare le persone a utilizzare i servizi sanitari in modo più efficiente. Tali oneri possono ridurre l’adesione ai farmaci essenziali e ad altre forme di trattamento, aumentare l’uso di altri servizi sanitari, portare a difficoltà finanziarie, aumentare il ricorso all’assistenza sociale e incidere negativamente sulla salute, in particolare nelle persone a basso reddito o con patologie croniche

I Servizi Sanitari Nazionali devono anche considerare l’equità

La disuguaglianza nell’accesso ai servizi e alla sanità e la capacità delle persone con redditi più elevati di esprimere bisogni, rivendicare diritti (spesso descritta come legge dell’assistenza inversa) e di optare per l’assistenza privata, lascia i più poveri nella condizione di maggiore svantaggio. Il Covid-19 ha messo in luce queste disuguaglianze.

I Servizi Sanitari Nazionali sono o almeno dovrebbero essere servizi *“universalisti”* con alcune limitate eccezioni, in cui le risorse sono gestite attraverso liste di attesa e altri mezzi pratici, e che l’aspirazione ad essere *“universalista”* deve essere mantenuta come stimolo all’innovazione e allo sviluppo. I Servizi Sanitari Nazionali hanno un serio problema finanziario da risolvere, ma la questione centrale è un problema sanitario, che può essere affrontato solo cambiando l’approccio alla salute e all’assistenza sanitaria. Le soluzioni finanziarie devono seguire quelle sanitarie.



[Francesco di Stanislao e altri – *La qualità nell’integrazione tra sanità e sociale*, 2021, COM Editore, Roma]

OECD nel suo Report *“Pronti per la prossima crisi?”*

La stessa OECD nel suo Report *“Pronti per la prossima crisi? Investire nella resilienza del sistema sanitario ...”* affermava che la pandemia di COVID-19 aveva avuto enormi conseguenze per le società e i sistemi sanitari in tutta l’OCSE e oltre. I sistemi sanitari non erano stati abbastanza resilienti.

Inoltre affermava che i sistemi sanitari resilienti devono pianificare e essere pronti per gli shock, come le pandemie, le crisi economiche o gli effetti del cambiamento climatico.

Questo vuol dire essere in grado di ridurre al minimo le conseguenze negative delle crisi, recuperare il più rapidamente possibile e adattarsi per diventare più performanti e più preparati.

In media, nel 2019 il 35% della popolazione dei paesi OCSE soffriva di una malattia di lunga data o di un problema di salute. Un’elevata prevalenza di malattie croniche rende le popolazioni meno resilienti e aumenta la mortalità per COVID-19. Eppure i sistemi sanitari dell’OCSE hanno speso meno del 3% della spesa sanitaria totale per la prevenzione.

Il Segretario Generale dell’OCSE Mathias Cormann affermava che *“Promuovere la salute della popolazione, la conservazione della forza lavoro sanitaria e sociale, la raccolta e l’uso dei dati, la cooperazione internazionale, la resilienza della catena di approvvigionamento, la governance e la fiducia possono aiutare a migliorare l’accesso ai servizi sanitari, alla salute e al benessere e la piena partecipazione alla società”*.

Sempre per l'OECD quali opzioni rimangono aperte ai Governi per finanziare la spesa sanitaria futura?

- Aumentare la spesa sanitaria senza modificare le altre spese statali, in modo che la spesa pubblica complessiva aumenti
- Mantenere costante la spesa pubblica complessiva, ma aumentare l'allocazione alla sanità all'interno dei bilanci statali
- Rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata
- Realizzare guadagni di efficienza tagliando gli sprechi di spesa

Sembra l'identikit di sistemi sanitari pubblici ...

Politiche di salute e salute in tutte le politiche

Serve pertanto la creazione di politiche di salute e benessere intergovernative e intersettoriali in cui il benessere sia, come descritto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, *“uno stato d'animo”* che comprende *“la qualità della vita e la capacità delle persone e delle società di contribuire al mondo con un senso di significato e di scopo.”*

Lo stesso approccio *“One Health”* ... *“è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti.”*. (*One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021*)

Questa prospettiva richiede, quindi, lo sviluppo di politiche *“integrate”* e l'introduzione di una *“visione”* dell'approccio *“salute per tutte le politiche”*, sperimentato per la prima volta in altri Paesi, e che ponga nuova enfasi sull'importanza delle comunità, delle strutture sociali, del benessere e della creazione di salute

Questo si dovrebbe sostanzialmente in:

1. Rafforzare il ruolo di tutte le componenti della società – Governo, famiglie, imprese, comunità, scuole e altro – nel promuovere la salute e il benessere, proteggere il pubblico e prevenire le malattie.
2. Comprendere che la salute di un individuo è intimamente legata alla salute della sua famiglia, della comunità, alla salute della società nel suo insieme e introdurre misure per promuovere la salute e il benessere a tutti questi livelli.
3. Riconoscere l'importanza di promuovere e creare salute e benessere, nonché di affrontare le cause delle malattie e di prevenire malattie e infortuni. La salute non è semplicemente l'assenza di malattie. I fattori che promuovono la salute includono una rete sociale, un significato e uno scopo nella vita, un maggiore grado di autonomia e l'accesso alla natura e agli spazi verdi, nonché fattori più familiari come l'esercizio fisico, una buona dieta e buone condizioni di lavoro e di vita.
4. Considerare il miglioramento della salute e del benessere come un contributo positivo all'economia del Paese e non, come troppo spesso accade, un *“costo”*. Ciò implica il riconoscimento che lo sviluppo umano e il *“capitale umano”* sono fondamentali per il benessere e la prosperità di un Paese.

Sistemi sanitari nazionali e comunità.

Anche i pazienti e i cittadini in genere possono avere un ruolo importante nel migliorare e creare salute e possono dare un contributo importante al futuro successo dei Servizi Sanitari Nazionali. Le organizzazioni all'interno delle comunità locali e in ogni settore stanno già affrontando alcuni dei problemi sanitari più difficili e creando salute per sé stessi e per gli altri, con o senza l'assistenza dei Sistemi Sanitari e degli operatori sanitari. Sarebbe, quindi, auspicabile che i Governi sviluppino le modalità migliori per collegare i pazienti, il pubblico e i gruppi della comunità con i Servizi Sanitari Nazionali, in particolare a livello locale.

In questa prospettiva i Servizi Sanitari Nazionali potrebbero utilmente svolgere i seguenti ruoli:

- Porre le risorse e gli sforzi della comunità al centro della creazione di salute e della gestione delle condizioni a lungo termine.
- Riconoscere che le misure che rafforzano il legame con la comunità, l'attività del settore del volontariato, la voce dei cittadini e la democrazia sanitaria rafforzano la capacità dei Servizi Sanitari Nazionali di svolgere adeguatamente il proprio lavoro e di creare le condizioni affinché le persone siano in buona salute.

- Imparare dal miglioramento della salute della comunità in ambienti in cui le risorse sono più limitate: concentrarsi sull'essenziale, guardare a monte, specializzarsi sull'inclusione e difendere i diritti.

Questo approccio aiuterà a ricostruire la fiducia nei Servizi Sanitari Nazionali. Si tratta di sviluppare cambiamenti comportamentali e nuovi approcci come le assemblee dei cittadini, dove i pazienti e il pubblico possono impegnarsi meglio nella governance e nel processo decisionale, insieme ad altre parti interessate.

I servizi e i pianificatori locali devono pensare a come i pazienti, il pubblico e i gruppi comunitari possano essere collegati a livello più locale e sentirsi parte degli sforzi per prendersi cura di sé stessi, dei loro concittadini e delle comunità.

In Italia si tratta di implementare concretamente quanto previsto come *"incipit"* programmatori dai DM 71 e DM 77, dando centralità alle *"comunità"* e all'integrazione nelle filiere assistenziali di tutti i soggetti presenti *"pubblici"*, privati *"accreditati"*, *"classificati"*, Terzo Settore e Cooperazione sociale.

Sia in Italia che in Inghilterra parte della perdita di fiducia nei servizi sanitari nazionali riguarda il ruolo della politica nella loro gestione. Questo è il motivo per cui sarebbe necessario un metodo per il controllo indipendente dei piani e delle politiche.

Punti chiave

Data l'estrema gravità della situazione e le lezioni apprese, i Governi in carica devono considerare un'emergenza la situazione dei servizi sanitari e sociali del loro Paese invitando tutte le parti interessate a contribuire a migliorare la salute, l'assistenza e il benessere.

Ogni Governo dovrebbe rilanciare il proprio Servizio Sanitario Nazionale con la partecipazione attiva delle comunità, dei datori di lavoro, delle imprese, dei fornitori di alloggi, delle autorità locali, dei produttori alimentari, delle scuole e del pubblico, nonché dei pazienti, degli operatori sanitari e assistenziali, degli assistenti sanitari e di altri soggetti coinvolti nel prevenire le malattie, fornire assistenza e creare salute.

Quanto sopra dovrebbe essere sviluppato con un approccio consequenziale e con forte impegno solidale verso le comunità.

Tornano così di attualità le Raccomandazioni della *"The Lancet Commission"* sui sistemi sanitari:

1. Gli accordi di finanziamento incentrati sulle persone per l'assistenza sanitaria dovrebbero disporre di risorse pubbliche che coprano la maggior parte del finanziamento dell'assistenza sanitaria primaria; i fondi riuniti dovrebbero coprire i costi dei servizi, consentendo a tutte le persone di riceverli gratuitamente al punto di utilizzo;
2. Spendere di più e spendere meglio per l'assistenza sanitaria richiede un approccio globale che coinvolga tutti i ministeri il cui mandato interagisce con la salute e richiede il sostegno della società civile.
3. Ogni paese dovrebbe tracciare un percorso strategico verso il finanziamento incentrato sulle persone in modo che le strategie tecniche siano sostenute fin dall'inizio dall'analisi dell'economia politica.
4. Le agenzie tecniche globali dovrebbero riformare il modo in cui i dati sulla spesa sanitaria vengono raccolti, classificati e riportati per consentire analisi longitudinali e tra paesi del raggiungimento degli obiettivi chiave di finanziamento dell'assistenza sanitaria primaria.
5. I ricercatori accademici, gli esperti tecnici e i responsabili politici, tra gli altri, dovrebbero perseguire un solido programma di ricerca sugli accordi di finanziamento che pongano le persone al centro per sostenere il raggiungimento dei principali obiettivi di finanziamento dell'assistenza sanitaria.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122385

NHS E SSN, due sistemi sanitari nazionali, universalisti e...” anziani”

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università “Sapienza” di Roma, Docente LUISS Business School Roma.

Andrea Vannucci, Socio ASQUAS, Professore a contratto DISM Università di Siena, socio Accademia Nazionale di Medicina, Genova.

Lo scorso anno, in occasione della ricorrenza del suo 75° anno, una commissione di esperti, su mandato del BMJ, ha studiato lo stato dell’NHS UK, le sue manifeste criticità ma anche i perduranti punti di forza e le misure per salvarli.

Molte osservazioni ed argomentazioni assomigliano a quelle del dibattito in corso sul nostro SSN (46 anni dalla sua istituzione) e le sue sorti. Ci sembra interessante riportarle e confrontarle con aspetti simili, e non, della nostra attuale realtà.

Le crisi parallele del NHS e dei SSR Italiani

IL NHS non è mai stato in una crisi più profonda e, sebbene i problemi possano sembrare insolubili, la Commissione BMJ scrive: *“crediamo che valga la pena lottare per la premessa centrale dell’NHS – un servizio sanitario gratuito presso il punto di cura per tutta la popolazione. È possibile creare una visione per una società che dia priorità ai risultati relativi alla salute e al benessere con il NHS al centro?”*

Una domanda e delle risposte che anche noi ci poniamo e che cerchiamo di trovare.

Nel Regno Unito, così come in Italia, ci sono più persone: politici, tecnici e cittadini che sono disposti a vedere la distruzione del sistema sanitario nazionale come lo conosciamo, per essere sostituito da una maggiore privatizzazione o da un sistema basato sulle assicurazioni.

Entrambi questi approcci amplieranno ulteriormente le disuguaglianze già esistenti.

Tabella 20 - La spesa sanitaria negli indicatori macroeconomici OCSE - Anni 2015-2022

Paese	Misura	Unità	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Italia	Quota sul Pil	percentuale	6,6	6,5	6,4	6,4	6,4	7,3	7,1	6,8
	Prezzi correnti	Euro, milioni	109.132	110.086	111.117	113.591	114.691	121.390	126.595	130.364
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	1.797	1.816	1.836	1.880	1.920	2.042	2.141	2.208
Regno Unito	Quota sul Pil	percentuale	7,9	7,8	7,7	7,7	7,9	10,1	10,3	9,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	150.857	156.745	160.040	166.529	176.717	213.071	233.063	230.461
	Pro capite, prezzi correnti	Euro	2.317	2.388	2.423	2.507	2.646	3.176	3.460	3.409
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	3.041	3.175	3.231	3.322	3.480	4.152	4.539	4.479

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati OCSE; estrazione dati a dicembre 2023

Erodere un servizio pubblico universalista?

In un mondo impegnato nella copertura sanitaria universale, in particolare se leggiamo il recente Briefing Paper *“Achieving universal health coverage”* del *European Observatory of Health Systems and Policies - European Commission* erodere quello che abbiamo ottenuto attraverso un servizio pubblico sembra un passo indietro incomprensibile.

Se guardiamo agli Stati Uniti c’è una lezione da imparare: più soldi non sono necessariamente la risposta per risolvere le crisi ma è solo spendere di più e lasciare indietro chi non può farlo.

È vero che in Italia il fondo sanitario nazionale in % di PIL è il più basso rispetto alle nazioni più a noi simili (a parte il debito pubblico!). Più disponibilità finanziaria potrebbe risolvere alcuni aspetti della crisi attuale. Le liste d’attesa, ad esempio; un punto molto sensibile per i cittadini.

Più soldi, nel medio periodo potrebbero dare anche la possibilità di migliori retribuzioni per i professionisti sanitari ma ricordiamo anche che tutte le evidenze internazionali in tema di misure per reclutare e trattenere il personale nei servizi sanitari pubblici non lo considerano il principale fattore chiave e comunque con effetto solo nel breve periodo.

Gli investimenti veri, quelli che daranno a lungo termine un ritorno significativo, sono la prevenzione e un sostanziale riassetto delle cure primarie integrate con le risorse dedicate all’assistenza sociale. Queste produrranno i migliori ritorni sanitari ed economici.

Lo sappiamo tutti, è ora di provare.

Tabella 21 – Variazioni percentuali spesa sanitaria e Pil in volume - Anni 2016-2022

Paese	Descrizione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione % cumulata 2016-2019	Variazione % cumulata 2020-2022	Variazione % complessiva 2016-2022
Italia	Variazione% spesa sanitaria	0,7	-0,1	1,2	0,4	5,2	2,9	-3,7	2,2	4,4	6,6
	Variazione% Pil volume	1,3	1,7	0,9	0,5	-9	8,3	4,0	4,4	3,3	7,7
Regno Unito	Variazione% spesa sanitaria	2,6	0,6	2,2	4,1	13,9	9,0	-7,0	9,5	15,9	25,4
	Variazione% Pil volume	1,9	2,7	1,4	1,6	-10	8,7	4,3	7,6	2,6	10,2

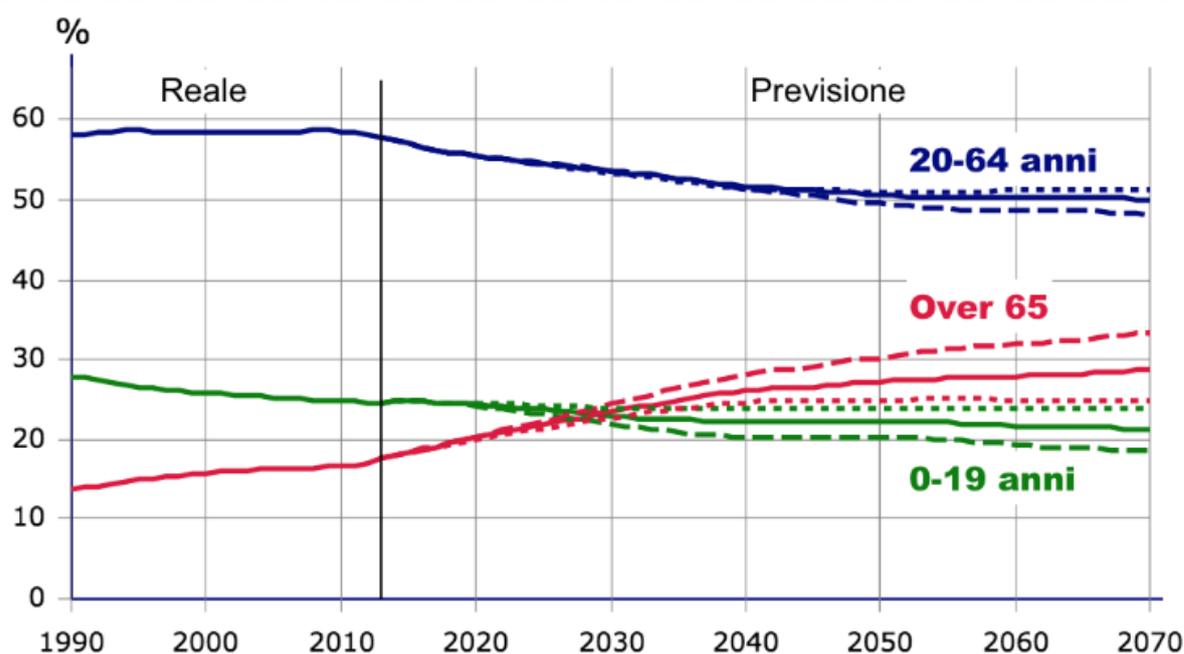
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE; per il Pil: tasso di crescita annuale del Pil in termini reali; per la spesa sanitaria: variazione spesa sanitaria pubblica a prezzi costanti, anno base OCSE. Estrazione dati: febbraio 2024

Invecchiamento delle popolazioni e bisogni di salute

Nella recente survey che ha visto la partecipazione di un selezionato comitato internazionale di esperti e stakeholder: *EuroHealthNet "The future of public health in Europe"* si mette in risalto il ruolo svolto dall'aumento dell'invecchiamento della popolazione e dal conseguente, ma di entità tutta da definire, aumento delle malattie croniche come minaccia per la sostenibilità della salute e dei sistemi di protezione.

Tuttavia ci sono anche due fattori da considerare:

- 1- Tecnologie emergenti, digitalizzazione e progressi biomedici offriranno nuove opportunità per migliorare la salute della popolazione, ma anche tra cui il rischio di un divario digitale;
- 2- È calcolato che la metà dell'intera spesa per curarsi avviene nell'ultimo anno di vita e questa è una condizione indipendente dall'aumentare della lunghezza della stessa. Cure appropriate, non futilmente rivolte a guarigioni impossibili, ma ad accompagnare le persone alla fine della vita in modo dignitoso ed attento al sollievo dei sintomi possono risultare di grande valore, proprio nei termini del rapporto costo/benefici.



L'indiscussa realtà del cambiamento del clima e il suo impatto sulla salute pubblica

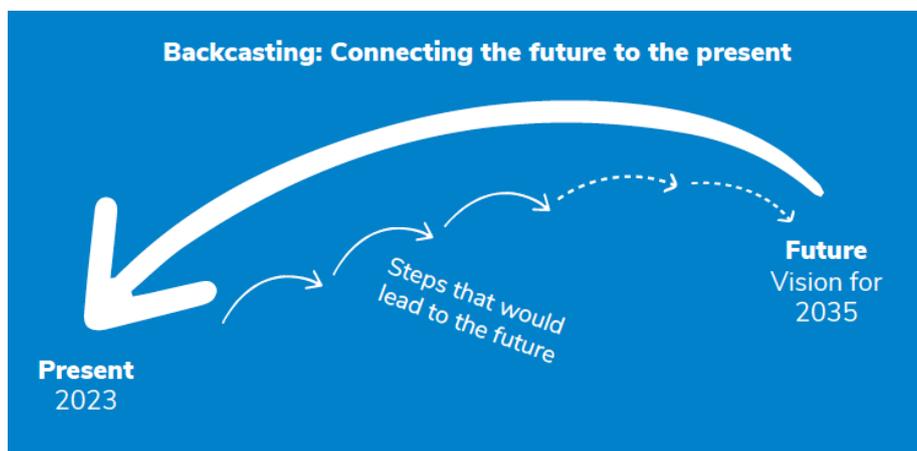
Qui va previsto un approccio olistico, che coinvolga l'intera società per lavorare insieme a perseguire la salute planetaria e garantire che gli impatti ambientali non aggravino disuguaglianze sociali e sanitarie.

La promozione della salute e la prevenzione delle malattie devono essere al centro di questi cambiamenti per garantire l'uso più efficiente ed equo delle limitate risorse sanitarie.

Le transizioni delle nostre società e le risposte politiche correlate richiedono per la salute pubblica la sinergia di stakeholder lungimiranti nel prevedere e pianificare a lungo termine e lo stabilire una base per un'azione che possa consentire società più sane.

È necessario capire cosa significa sostenibilità per noi “*uman*” e per il pianeta con 8 miliardi di abitanti del modello di mercato globale.

Nelle università americane e cinesi si studiano punti di forza e di debolezza dei modelli realizzati nei vari Paesi per trovare, tramite un approccio di verifica e contaminazione culturale e scientifica, come prefigurare nuovi modelli di sviluppo sostenibili per l’ecosistema, per la nostra specie, per le altre specie, per i diversi Paesi. Si ritorna a parlare del ruolo dello Stato, del “*pubblico*” per regolare l’economia e proteggerla dalle sue pulsioni autodistruttive.



Fonte: EuroHealthNet “*The future of public health in Europe*”

“*One-health*” vuol dire innanzitutto renderci conto che siamo tutti sulla “*stessa barca*” e per uscirne dobbiamo decidere tutti insieme da che parte remare.

Non è facile, ma la realtà dei fatti e le condizioni di vita che stanno cambiando per tutti vanno inevitabilmente verso una crescita della consapevolezza collettiva della posta in gioco.

Le politiche di rinvio potranno protrarsi ancora per poco perché la realtà fattuale ci farà toccare con mano le vere priorità da affrontare, le scelte da fare, i prezzi da pagare.

Dagli ultimi decenni del secolo scorso si sono verificati enormi cambiamenti nelle cure

L'aumento delle condizioni a lungo termine, insieme al passaggio a servizi più personalizzati, significano che gran parte dell'assistenza sanitaria deve essere a lungo termine e relazionale, non transazionale ed episodica. Nonostante ciò, NHS UK e SSN ITA utilizzano ancora modelli di servizio basati su ospedali ed episodi di cura, progettati per le diverse esigenze di una popolazione più giovane (più malattie infettive, traumi e malattie acute).

Usare un modello del 20° secolo per affrontare i problemi del 21° secolo è la principale fonte di inefficienza e sorprende leggere come da più parti si invochi un aumento dei letti ospedalieri.

I letti ospedalieri nei due ultimi decenni sono diminuiti perché la domanda ed il loro uso si è modificato. Andare a riaumentarne il numero non sarebbe saggio.

Inoltre, ormai sappiamo come la maggior parte dei problemi di salute può essere collegata a cause esterne (povertà, alloggio, istruzione, nutrizione e altre) e questo richiede interventi diversi.

Una nuova attenzione da parte della società in generale e un rinnovato impegno dei sistemi sanitari pubblici sulla prevenzione delle malattie e sulla creazione di salute.

I valori portanti anche nel 2035 per la salute pubblica europea

Ancora leggendo “*The future of public health in Europe*” del EuroHealthNet si riflette sul fatto che i valori più importanti che continueranno a essere centrali per la salute pubblica in Europa nel 2035, identificati dagli intervistati, sono:

- Equità e inclusività;
- Trasparenza e affidabilità;
- Promozione della salute e prevenzione;
- Efficacia e approccio basato sull'evidenza;
- Coinvolgimento e collaborazione con la comunità;
- Sostenibilità e responsabilità.

È questo il quadro di riferimento con cui guardare al futuro senza ricorrere a soluzioni e schemi mentali che appartengono ad un passato che non è più.

I Governi dei Paesi che hanno un sistema sanitario pubblico devono essere onesti sulla portata dei problemi, sui vincoli finanziari, sul personale e sulla lunghezza del tempo e degli sforzi che saranno necessari.

Tutto il dibattito politico dovrebbe essere all'altezza di queste sfide e non correre dietro a soluzioni non serie ed inutili, ma magari suggestive per il senso comune. Che, ricordiamolo, non corrisponde necessariamente al buon senso.

Affrontare il nodo ambiente, salute, sanità, sviluppo, sostenibilità comporta ripensarci in una logica di comunità e di responsabilità collettiva, di "nuovi valori", di nuove compatibilità, di una nuova idea di sviluppo possibile.

Se non si afferma un approccio collettivo, olistico e sistemico e si continua la deriva del tutto e subito, dell'individualismo, dell'edonismo, del consumismo sfrenato il prezzo che dovremo pagare rischia di essere altissimo ... lo stiamo già pagando in giro per il pianeta ... in specie i Paesi meno sviluppati e colpiti da siccità e manifestazioni naturali estreme ... Incominciamo a pagarlo anche nei cosiddetti Paesi sviluppati, oggi obiettivamente in declino economico e sociale.

Ridare centralità ad una vera autonomia del sistema e a strutture "terze"

Adesso che c'è crisi ci rendiamo conto che la regionalizzazione della sanità italiana è un ostacolo per quella che sarebbe una misura necessaria (che anche la commissione BMJ per il salvataggio del NHS invoca): istituire un Ufficio per la Politica e la Responsabilità di Bilancio del Sistema Sanitario per fornire una valutazione indipendente ed esperta dei piani e delle politiche del sistema stesso, che contribuirebbe a proteggerlo da pressioni politiche a breve termine e politiche mal pensate.

Questo approccio è difficile, ma non impossibile.

In Italia potrebbe richiedere un ruolo autorevolmente attribuito ad AGENAS, ad esempio, e poi un sistema di finanziamento sostanzialmente *pay for value* per prevenire suggestioni sconsideratamente autonomistiche. Certo che se si guarda ai programmi del Governo in termini di autonomie regionali forse non è il momento più favorevole.

Allo stesso modo, il sistema sanitario dovrebbe dare priorità all'affrontare le disuguaglianze nell'accesso e nei risultati. E anche in questo caso estendere al massimo l'uso degli indicatori del Piano Nazionale Esiti - per farne uno dei principali strumenti di pianificazione e controllo -diventa una necessità.

"Copertura universale" o "universalità selettiva"

I governi che si sono succeduti - in Inghilterra e in Italia - hanno introdotto politiche per gestire le tensioni tra la fornitura di un servizio completo e la sua gratuità nel momento del bisogno.

Questi includono:

- Esenzioni di tipologie di prestazioni a target di popolazione tipo pensionati, persone con disabilità o malattie a lungo termine, donne incinte, neomamme e coloro che ricevono determinate prestazioni.
- Disposizioni nazionali e regionali per la definizione delle priorità, che a volte sono in conflitto, e che consentono lo sviluppo di liste d'attesa per razionare e ritardare l'accesso.
- Gestire le risorse attraverso pratiche e protocolli basati sull'evidenza e introdurre nuove tecnologie in gran parte attraverso la formazione professionale e Agenzia Nazionali di riferimento quali il *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) in UK e AGENAS e ISS in Italia.

Questi dovrebbero fornire un quadro politico. Tuttavia, l'NHS e SSN/SSR e i loro medici e manager dovrebbero costantemente adattarsi alla situazione sul campo, formulare giudizi e gestire la politica e le aspettative dei loro pazienti.

Inoltre la più grande anomalia del sistema NHS, come per altro del SSN/SSR è che l'assistenza sociale, da cui dipende gran parte dell'assistenza sanitaria, è di responsabilità delle autorità locali, è per lo più valutata in termini di risorse e varia enormemente da una zona all'altra.

Per la sostenibilità del sistema salute dei due Paesi è fondamentale integrare le reti sanitarie e quelle sociali. L'Italia e il Regno Unito sostengono - ancora e per ora - la politica per la copertura sanitaria universale a livello di popolazione, in modo che tutti abbiano accesso all'assistenza sanitaria ovunque, ma i sistemi sanitari dei due Paesi sono in crisi, così come altri nell'Europa occidentale.

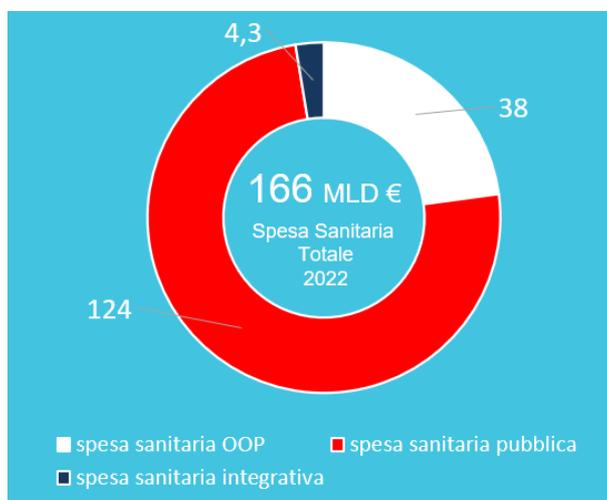
L'alternativa ad un servizio completo è quella di limitare i servizi a una determinata fascia disponibile per tutti e/o di limitarli a una parte della popolazione.

È comparso così nel dibattito pubblico un termine contraddittorio, praticamente un ossimoro: l'"universalità selettiva". Ciò sarebbe tipico, ad esempio, di una polizza assicurativa che prevede una serie definita di prestazioni fornite solo ai suoi assicurati. Le persone dovrebbero quindi pagare per eventuali servizi aggiuntivi direttamente o attraverso un ulteriore sistema assicurativo, se possono permetterselo, o farne a meno.

Un approccio incomprensibile per un sistema pubblico così per come i cittadini lo conoscono.

Un sistema a “*benefici definiti*” presenta diversi inconvenienti. Il pacchetto di prestazioni può essere eroso nel tempo per diventare una rete minima di sicurezza dei servizi.

I Governi a corto di liquidità potrebbero esercitare pressioni per ridurre i benefici (l'austerità è un esempio recente) e gli interessi commerciali potrebbero promuovere opzioni più costose come alternative al pacchetto di base.



È probabile che un servizio di rete di sicurezza porti alla stagnazione e a servizi scadenti man mano che l'innovazione, lo sviluppo e gli investimenti si spostano in altre aree con una maggiore redditività.

È probabile che la disuguaglianza aumenti perché le persone più povere non possono pagare per servizi aggiuntivi e la qualità dei servizi e i risultati sanitari possono risentirne se vengono soddisfatte solo alcune esigenze.

Un sistema globale, al contrario, promuove l'innovazione nei servizi disponibili a tutti.

Noi pensiamo che un servizio completo debba rimanere un'aspirazione vitale che costringerà costantemente politici e tecnici a considerare il modo migliore per realizzarlo.

È uno stimolo al progresso, ma funzionerà solo quando ci sarà trasparenza e fiducia.

Considerazioni finali

- Ripensare la Riforma del Titolo V della Carta Costituzionale, che così come è cristallizza le differenze dei SSR e parcellizza il diritto alla salute;
- Evitare una Autonomia differenziata che accentuerebbe solo diseguaglianze e diversità di salute;
- Ripensare il processo di aziendalizzazione in sanità garantendo gli strumenti necessari ai manager pubblici per agire gestioni efficaci e efficienti anche in deroga con la normativa vigente, come in permanenza della pandemia;
- Coinvolgere tutti gli attori delle filiere assistenziali in Piani di salute delle popolazioni in cui ricomporre e riconoscere gli interessi dei singoli erogatori in una logica, però, di “*agenzie di salute pubbliche*” e di governo integrato dei processi;
- Affermare una governance del sistema salute del nostro Paese in cui le policy sanitarie, sociosanitarie e sociali e di salute siano agite dal lato della lettura dei bisogni delle popolazioni e non dal lato della riproduzione nel tempo di una offerta che spesso ne induce la domanda, ma spesso la distorce e non ne segue l'evoluzione;
- Coinvolgere fortemente le comunità, i cittadini, i pazienti, l'associazionismo e il Terzo Settore, come attori dei processi assistenziali e garanti della qualità delle prestazioni erogate.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122047

“Pubblico” e “privato” in sanità come possono interagire? Integrazione, sussidiarietà e cooperazione

Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci

19 GEN -

Siamo tra coloro che pensano che un sistema sanitario nazionale universalista sia un inestimabile bene in qualsiasi Paese, anche al di là dell'articolo 32 della nostra Carta Costituzionale.

Non si tratta solo di un ruolo di tutela e miglioramento della salute dei cittadini, ma anche di crescita sociale ed economica di un Paese e di spinta all'innovazione e al progresso, influenzando il sentimento verso una vita democratica ed inclusiva. Democrazia mai concetto astratto ma capacità di agire diritti esigibili da tutti.

La fiducia

La fiducia è alla base di un sistema sanitario che intende funzionare perché è cruciale per la sua capacità di fornire prestazioni efficaci e di alta qualità. La fiducia è essenziale anche quando anche si vogliono assicurare le risorse finanziarie necessarie per il sistema sanitario, quando ai cittadini viene chiesto di fornire tali risorse con le loro tasse e altri contributi.

Numerose indagini in vari Paesi hanno evidenziato una sfiducia, in progressione dopo la crescita della disaffezione verso la politica, nelle istituzioni e tra queste nei servizi sanitari pubblici.

Le persone sembrano non fidarsi del fatto che i servizi sanitari saranno in grado di fornire loro quanto e quando necessario e cercano altre vie, anche quando non sarebbe così indispensabile farlo.

Anche i professionisti sanitari stanno perdendo fiducia e non credono che il sistema sia in grado di valorizzarli quanto sentono di meritare.

I politici, dal canto loro, non si fidano della capacità del sistema sanitario di riformarsi per cogliere le nuove opportunità (come le innovazioni digitali) o per affrontare le sfide che più destano preoccupazione (come il rapido invecchiamento della popolazione). Hanno troppo spesso una prospettiva a breve e non si impegnano su programmi di riforma che richiedono un più lungo orizzonte temporale.

La trasformazione dei nostri sistemi sanitari richiede allora la ricostruzione della fiducia tra il sistema sanitario e le varie parti interessate ancor prima di provvedere al suo finanziamento adeguato.

Per farlo bisogna guardare a tre gruppi sociali ed usare tre approcci diversi:

1. Per i pazienti – ricostruire la fiducia coinvolgendoli attivamente nella loro cura, essendo trasparenti e promuovendo l'impegno delle comunità, anche quelle periferiche e numericamente limitate;
2. Per i professionisti – ricostruire la fiducia reclutando, trattenendo e motivando adeguatamente gli operatori sanitari ed essendo sensibili alle loro esigenze di lavoro e di vita;
3. Per i politici – ricostruire la fiducia dimostrando rinnovate capacità di governance della salute e di progettazione di politiche sanitarie inclusive.

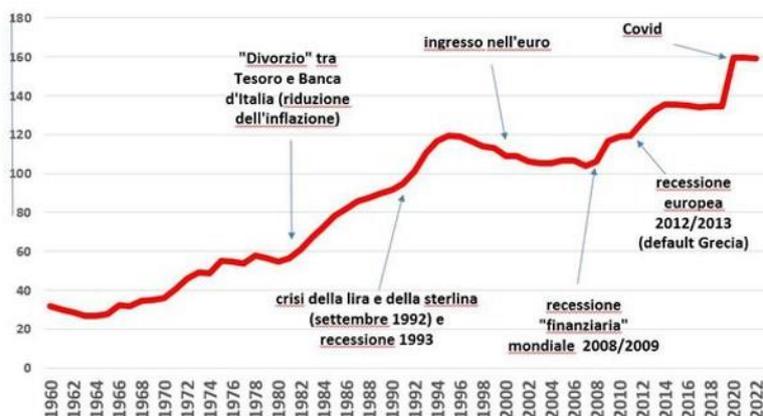
Il finanziamento

Ricostruita la fiducia, e operando per mantenerla, possiamo pensare con qualche possibilità di successo alla resilienza del sistema. Resilienza che non significa poter mantenere, ma mutare e crescere assicurando le risorse finanziarie che servono per rispondere, in ogni occasione e in nuovi contesti, alla sua missione. In Italia, secondo un recente rapporto OCSE “le attuali proiezioni di bilancio suggeriscono che, dopo anni di aumenti eccezionali della spesa nel 2020 e nel 2021, si è registrato un aumento nominale più moderato della spesa pubblica per la sanità nel 2023 (2,8%) con una correzione nel 2024 prima di un ritorno alla crescita nominale annua pari a tra il 2-3% previsto per il 2025-26. Considerando le più recenti stime di inflazione per il Paese, ciò si tradurrà molto probabilmente in una diminuzione della spesa pubblica in termini reali nei prossimi anni”.

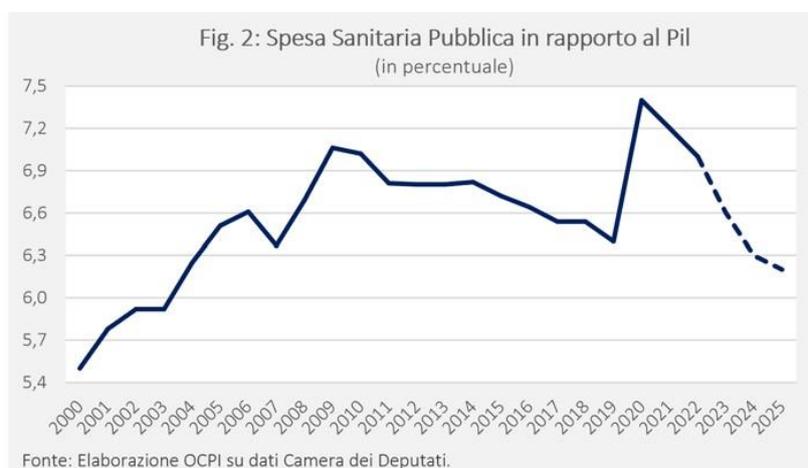
Si prevede che la percentuale del PIL destinata all'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici sarà inferiore al livello pre-pandemia dal 2024 in poi e quindi “senza un cambio di paradigma quello italiano, come altri SSN, diventerà insostenibile”. È vero che il nostro Paese ha un enorme debito pubblico e che le priorità concorrenti per la spesa pubblica stanno comprimendo i bilanci sanitari, ma affermare che la spesa sanitaria non dovrebbe mai essere inferiore al 7-7,5 % del PIL è coerente con l'indispensabile aumento della quota economica destinata alla sanità che è necessaria per far fronte alla combinazione di inflazione, aumento dei redditi, innovazione tecnologica e invecchiamento della popolazione.

Andamento del debito pubblico italiano in percentuale del PIL dal 1960 ad oggi

(Base Ameco; 2020-2022 previsioni della Commissione europea)



Andamento della spesa sanitaria pubblica dal 2000 ed in proiezione al 2025



A fronte delle indubbie difficoltà tra le opzioni sul tappeto c'è anche quella di rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata. Nel 2022, la quota di spesa dei governi o dell'assicurazione sanitaria obbligatoria nei Paesi OCSE era già al 76%. Senza risorse pubbliche aggiuntive disponibili per la sanità, una maggiore spesa sanitaria verrà automaticamente spostata al settore privato e ciò potrebbe aumentare le disuguaglianze sanitarie.

È necessario un dibattito sulle direzioni che a lungo termine il rapporto pubblico-privato potrà prendere, anche nei termini di quali saranno i migliori acquisti di prestazioni e servizi per i budget pubblici limitati.

Come definire il rapporto tra "pubblico" e "privato"

Per "collaborare" e non "competere" occorre che soggetti che operano con i SSR e comunque tutte le parti interessate riconoscano reciprocamente gli interessi di cui sono portatrici, convergano su obiettivi di salute per territori omogenei, condividano linee guida e procedure cliniche, garantiscano la continuità assistenziale, condividano valori quali l'appropriatezza e l'efficacia delle cure, l'equità e l'universalismo. La collaborazione tra organizzazioni sanitarie private e il sistema pubblico si presume che possa portare a un utilizzo più efficiente delle risorse e a un miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria se vengono messe in campo le azioni utili per promuovere una "collaborazione efficace".

I punti chiave sono sinteticamente:

- Scambio delle informazioni: facilitare un flusso efficiente di informazioni tra le organizzazioni private e il sistema pubblico è essenziale. Questo può essere realizzato attraverso sistemi informativi condivisi, standardizzati e sicuri che rispettino le normative sulla privacy dei pazienti e la sicurezza dei dati.

- Standard comuni: stabilire standard comuni per la registrazione dei dati, la gestione dei pazienti e i protocolli di cura può semplificare la collaborazione e garantire un livello uniforme di qualità nell'assistenza fornita.
- Piani di trattamento integrati: sviluppare piani di trattamento integrati che coinvolgano entrambe le parti può migliorare la continuità delle cure per i pazienti. Questo è particolarmente importante in casi di malattie croniche o condizioni che richiedono un monitoraggio a lungo termine.
- Protocolli condivisi: stabilire protocolli e linee guida condivise per la gestione di specifiche condizioni cliniche può garantire un approccio uniforme e coerente nell'assistenza, indipendentemente dal tipo di struttura sanitaria coinvolta.
- Formazione congiunta: organizzare programmi di formazione congiunta per il personale delle organizzazioni private e pubbliche può migliorare la conoscenza ed il rispetto tra i diversi team e garantire che tutti i professionisti siano informati sulle migliori pratiche e le procedure più appropriate.
- Contratti e accordi chiari: stipulare contratti e accordi chiari che definiscano i ruoli, le responsabilità, i livelli di servizio e i meccanismi di finanziamento può contribuire a evitare malintesi e conflitti.
- Incentivi finanziari appropriati: creare incentivi finanziari per promuovere la collaborazione può incoraggiare le organizzazioni private a partecipare a iniziative con il sistema pubblico. Questi incentivi dovrebbero riflettere la qualità dell'assistenza fornita e il valore aggiunto per i pazienti
- Feedback e valutazione continua: implementare sistemi di feedback e valutazione continua per monitorare l'efficacia della collaborazione e apportare eventuali miglioramenti necessari nel tempo.

I “tetti di “spesa” che regolano i rapporti di molti SSR con i soggetti “accreditati” non garantiscono di per sé efficacia, appropriatezza delle cure, presa in carico tempestiva ed equa e continuità assistenziale. Se l'erogatore “accreditato” è libero all'interno del suo “tetto di spesa” di incentivare le offerte per lui più reddituali, questo non comporta cooperazione, ma solo concorrenza su segmenti di offerta in cui il “privato” riesce ad essere concorrenziale per scelte e modalità di gestione più competitive rispetto al “pubblico”.

Come possono interagire le organizzazioni private e il servizio pubblico

Ci sono tre parole: “integrazione”, “sussidiarietà”, “cooperazione” spesso usate l'una per l'altra, ma che hanno significati diversi. Quando s'instaurano rapporti tra organizzazioni sanitarie diverse, in particolare tra “soggetti privati” e “soggetti pubblici”, sarebbe importante e doveroso per le istituzioni preposte prestabilire in quale dei tre ambiti si collocherà il rapporto funzionale per definirne con chiarezza scopi, risultati attesi e metodi di misura degli stessi, nonché di rendicontazione pubblica (accountability).

Le tre modalità possibili sono:

- Integrazione: intesa come erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura^[1] all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte e tra i soggetti delle filiere assistenziali nell'assistenza dei pazienti^[2]
- Sussidiarietà: intesa come “sussidiarietà verticale” quando i bisogni dei cittadini sono soddisfatti dall'azione degli enti amministrativi pubblici, e di “sussidiarietà orizzontale” quando tali bisogni sono soddisfatti dai cittadini stessi, magari in forma associata e/o volontaristica o da “terzi erogatori”;
- Cooperazione: intesa come collaborazione tra soggetti diversi per perseguire obiettivi e valori

Integrazione

Integrare significa (Treccani vocabolario) “rendere intero, pieno, perfetto ciò che è incompleto o insufficiente a un determinato scopo, aggiungendo quanto è necessario o supplendo al difetto con mezzi opportuni”.

In sanità l'integrazione è il processo attraverso cui il sistema acquista e conserva unità strutturale e funzionale ed è anche il prodotto di tale processo.

L'integrazione può assumere diverse forme e coinvolgere diversi livelli del sistema sanitario.

A livello di servizi/processi

Per quanto riguarda le tipologie d'integrazione rispetto alla tipologia degli operatori e/o delle strutture eroganti possiamo parlare di integrazione tra:

- Diverse professioni (es. Equipe sala operatoria)
- Diverse discipline (es. Coordinamento tra reparto degenza/laboratorio analisi/servizi radiologia)

- Diversi livelli essenziali di assistenza (es. Dimissioni protette, continuità ospedale-ospedale di comunità)
- Diversi settori assistenziali (es. Tra strutture sanitarie e sociali: integrazione sociosanitaria)

A livello di sistema

Perché integrare? I 5 driver/motivi principali dell'agenda dell'assistenza integrata sono:

- 1) L'assistenza integrata affronta il cambiamento di domanda di assistenza (es. *invecchiamento della popolazione*)
- 2) L'assistenza integrata riconosce che i risultati sanitari e sociali sono interdipendenti
- 3) L'assistenza integrata è un veicolo per l'integrazione sociale dei gruppi più vulnerabili della società (es. *migliore accesso ai servizi*)
- 4) L'assistenza integrata può portare a una migliore efficienza del sistema (*migliore coordinamento dell'assistenza*)
- 5) L'assistenza integrata può migliorare la qualità e la continuità dell'assistenza (es. *migliore coordinamento dell'assistenza*).



Opportuno anche ricordare quanto contenuto nel documento "Integrated Care. A Guide for Policymakers" pubblicato al termine della "European Social Network Conference" di Edimburgo 2005:

- L'assistenza integrata cerca di colmare la tradizionale divisione tra salute e assistenza sociale. Impone la prospettiva del paziente come principio organizzativo di erogazione dei servizi e modifica vecchi e ridondanti modelli di assistenza basata sull'offerta.
- L'assistenza integrata consente un'assistenza sanitaria e sociale flessibile, personalizzata e senza soluzione di continuità.
- L'Assistenza integrata è un insieme coerente di metodi e modelli sul finanziamento, livelli amministrativi e organizzativi di erogazione del servizio e clinici progettati per creare connettività, allineamento e collaborazione all'interno e tra i settori di cura e assistenza.

Punti chiave di una possibile integrazione tra organizzazioni pubbliche e private in sanità sono:

- Parteneriati Pubblico-Privato - rappresentano un meccanismo comune di integrazione come ad esempio i project financing. Il settore pubblico e quello privato collaborano per sviluppare, finanziare, e/o gestire progetti o servizi sanitari.
- Contratti di Servizio - le organizzazioni pubbliche possono stipulare contratti con fornitori privati per la fornitura di servizi sanitari specifici. Questi contratti stabiliscono gli obblighi delle parti e devono prevedere anche le metriche da adottare per verificare e garantire la qualità e l'accessibilità dei servizi previsti.
- Condivisione di Risorse e Tecnologie - l'integrazione può coinvolgere la condivisione di risorse umane e tecnologie tra enti pubblici e privati. Ad esempio, le tecnologie informatiche possono essere condivise tra diversi fornitori, pubblici e privati, per massimizzare l'utilizzo di strumenti che hanno come finalità la cura dei pazienti, la conoscenza dei bisogni sanitari, la pianificazione dei servizi.

- Flusso di Pazienti: gli accordi di integrazione possono prevedere la possibilità di un flusso di pazienti tra strutture pubbliche e private, garantendo che i pazienti ricevano cure adeguate, indipendentemente dalla natura dell'ente erogatore a condizioni predefinite.
- Formazione e Ricerca Condivisa: le organizzazioni pubbliche e private possono collaborare nella formazione di professionisti sanitari e nella ricerca. Questa collaborazione può portare a progressi scientifici e clinici che beneficiano l'intera comunità.
- Standard di Qualità e Regolamentazione: è fondamentale stabilire standard di qualità e meccanismi di regolamentazione che si applichino sia al settore pubblico che a quello privato. Questi standard garantiscono che i servizi forniti siano sicuri, efficaci, appropriati e rispettino gli stessi requisiti di qualità. L'accreditamento istituzionale è la modalità di riferimento nella maggioranza dei Paesi con sistemi sanitari pubblici.
- Mettere in pratica modelli di assistenza integrata, pone sfide importanti a livello politico, organizzativo e di erogazione dei servizi.

L'integrazione comporta l'accettazione di una piattaforma di valori che vengono riconosciuti come comuni.

L'integrazione tra organizzazioni pubbliche e private nel settore sanitario dovrebbe tradursi nella collaborazione e nella sinergia tra enti governativi ed entità private per migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'accessibilità dei servizi sanitari.

L'integrazione tra organizzazioni pubbliche e private può offrire vantaggi come l'ottimizzazione delle risorse, l'accelerazione dell'implementazione di nuove tecnologie e la migliorata accessibilità ai servizi sanitari. Tuttavia, è importante gestire attentamente le dinamiche di potere, la trasparenza e l'equità per assicurare che l'integrazione generi effettivamente valori per pazienti e cittadini.

Sussidiarietà

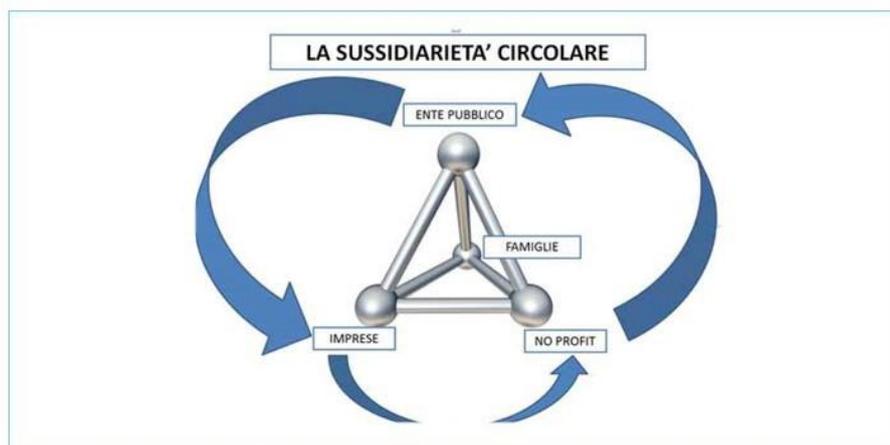
La sussidiarietà prevede, per la sua realizzazione, che si instaurino rapporti fra soggetti pubblici e soggetti privati in vista del perseguimento di un interesse comune ad entrambi: l'interesse generale.

La sussidiarietà è un principio ad alta valenza relazionale perché esprime potenziali regole che concernono la convivenza ordinata di una pluralità di soggetti tra loro distinti.

La sussidiarietà nei servizi sanitari si riferisce al principio secondo il quale le decisioni e le responsabilità riguardanti la fornitura dei servizi sanitari dovrebbero essere assegnate al livello più appropriato di governo o organizzazione, tenendo conto delle diverse esigenze e circostanze locali. Questo principio si basa sull'idea che le decisioni dovrebbero essere prese al livello più vicino possibile ai cittadini interessati, garantendo al contempo la collaborazione tra i diversi livelli di governo.

È importante notare che l'attuazione della sussidiarietà nei servizi sanitari in Italia può variare a seconda del contesto politico, culturale ed economico di ciascuna Regione.

Alcune Regioni possono adottare un modello più decentralizzato, mentre altre possono mantenere una maggiore centralizzazione nella gestione dei servizi sanitari.



Ecco alcuni punti chiave relativi alla sussidiarietà tra organizzazioni pubbliche e private nel campo della sanità:

- Complementarietà dei ruoli - la sussidiarietà implica che le organizzazioni pubbliche e private possano svolgere ruoli complementari. Ad esempio, se in determinate contingenze e in considerazione delle loro prerogative gestionali si ritiene che le organizzazioni private possano

fornire servizi specializzati o innovativi, i servizi pubblici possono concentrarsi su servizi di base e garantire che tutto il sistema abbia una maggiore equità nell'accesso;

- Collaborazione: la sussidiarietà promuove la collaborazione tra enti pubblici e privati per massimizzare l'efficienza e l'efficacia nella fornitura di servizi sanitari.
- Scelta e concorrenza - la sussidiarietà dovrebbe implicare la libera possibilità di scelta da parte dei cittadini tra fornitori pubblici e privati di servizi sanitari. La concorrenza può essere vista come uno stimolo per migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi ma può trasformarsi se non regolata efficacemente in un meccanismo distorsivo e moltiplicare i costi
- Equità nell'accesso - un aspetto critico della sussidiarietà nel settore sanitario è garantire che l'accesso ai servizi sia equo e che le organizzazioni private non escludano categorie di persone a causa di fattori socioeconomici e di loro vincoli di offerta (vedi selezione dei pazienti).
- Regolamentazione e supervisione - la sussidiarietà richiede un adeguato quadro regolatorio e di supervisione per garantire che entrambi i settori rispettino standard di qualità, sicurezza e accessibilità. L'autorità di regolamentazione dovrebbe assicurarsi che i servizi privati siano accessibili a tutti e che non si verifichino pratiche discriminatorie.

Cooperazione

La cooperazione tra organizzazioni pubbliche e private nel settore sanitario è un approccio che mira a sfruttare le forze complementari di entrambi i settori per migliorare l'efficienza, l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari. Questa collaborazione può assumere diverse forme, e il coinvolgimento di entrambe le parti può portare a vantaggi significativi.



I punti chiave della cooperazione possibile tra organizzazioni pubbliche e private in sanità sono:

- **Condivisione di Risorse e Infrastrutture** - la cooperazione può coinvolgere la condivisione di risorse e infrastrutture tra organizzazioni pubbliche e private. Ad esempio, strutture sanitarie pubbliche potrebbero condividere attrezzature diagnostiche avanzate con enti privati, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili, come sta accadendo da più parti per la riduzione delle liste d'attesa
- **Collaborazione nella Ricerca e Sviluppo**: la cooperazione nella ricerca e nello sviluppo di nuove terapie, farmaci e tecnologie mediche può accelerare l'innovazione nel settore sanitario. Questa collaborazione può coinvolgere sia enti pubblici che privati e contribuire alla scoperta di soluzioni più efficaci.
- **Accordi di Formazione e Sviluppo del Personale**: la formazione e lo sviluppo del personale sanitario possono beneficiare della collaborazione tra enti pubblici e privati. La condivisione di programmi di formazione e lo scambio di competenze possono migliorare la qualità complessiva della forza lavoro sanitaria.
- **Accesso Equo ai Servizi**: la cooperazione dovrebbe essere progettata per garantire un accesso equo ai servizi sanitari per tutte le fasce della popolazione. Ciò implica che gli accordi tra organizzazioni pubbliche e private devono essere strutturati in modo da evitare discriminazioni e garantire l'equità nell'accesso alle cure.
- **Regolamentazione adeguata**: un ambiente normativo chiaro e ben regolamentato è essenziale per garantire che la cooperazione tra organizzazioni pubbliche e private avvenga in modo trasparente e conforme agli standard di qualità e sicurezza.

Considerazioni finali

Il "modello" di democrazia occidentale si è basato su un sistema sociale caratterizzato da un'area estesa di ceti intermedi, di classi sociali organizzate e rappresentate da corpi intermedi ovvero, partiti, sindacati, associazioni. Una società tendenzialmente "fluida" comporta invece una fragilità sociale e una riduzione

dell'individuo a una "monade" isolata e sola, spesso non in grado di sentirsi parte di un qualcosa di più ampio e strutturato che gli dia senso del "noi" e identità sociale. In questo contesto le transizioni in atto nella maggioranza dei sistemi sanitari possono svolgere un ruolo di mitigazione o al contrario aggravare le tendenze individualiste. Il passaggio non è da poco perché può non solo comportare la fine di fatto dei sistemi di welfare così come li abbiamo conosciuti ma il passaggio a futuri sistemi altamente imperfetti.

Le alleanze tra organizzazioni pubbliche e private possono portare a sistemi sanitari più resilienti e adattabili, ma è importante gestire attentamente le dinamiche di potere, garantire la trasparenza e mantenere l'attenzione sulla missione principale, cioè migliorare la salute della popolazione in base ai bisogni rilevati e non condizionati dai vincoli delle offerte esistenti nei territori.

La pianificazione e la regolamentazione efficace da parte dello Stato e delle Regioni sono fondamentali per garantire che un sistema misto sia orientato al bene comune.

La chiave del successo nella collaborazione tra organizzazioni sanitarie private e il sistema pubblico è la trasparenza, la comunicazione aperta e la volontà di lavorare insieme per migliorare l'assistenza sanitaria complessiva. C'è questa volontà reciproca?

Lo scenario attuale di confronto, collaborazione, ma anche conflitto tra sanità pubblica e privata comporta una più chiara e determinata assunzione di responsabilità a livello istituzionale. Logiche di conservazione aprioristica (tutto pubblico sempre!) sono sbagliate; destinate a non funzionare, aprono a quelle pericolose prospettive che proprio chi le professa paventa.

Sull'altro fronte l'approccio di stampo neolibera, cioè affidarsi alla dinamica di "mercato" sarebbe veramente esiziale e colpevole da parte della politica del nostro Paese.

Già ora abbiamo rinunce alle cure, ricorso all'indebitamento per malattie catastrofiche, aumento delle disuguaglianze e delle fragilità fisiche e sociali. Una politica d'imprudente apertura al mercato sanitario aggraverebbe i costi e non porterebbe benefici. Già adesso ci sono in letteratura segnalazioni di come le logiche d'impresa, come i private equity negli Stati Uniti, non stanno generando né risparmi finanziari né guadagni in qualità e sicurezza delle cure

Diversamente, con oculate scelte e politiche coerenti, i vantaggi potrebbero esserci e consentire cure migliori, appropriate, eque e più sostenibili.

Insistiamo pertanto con quanto nel nostro precedente articolo sul tema pubblico/privato abbiamo sottolineato per rimarcare che non si parla di un passaggio di mano tra sistemi sanitari pubblici e privati ma di nuovi e responsabili ruoli tenendo conto sempre che:

Chi se non il "pubblico" può e deve svolgere questo lavoro di riallineamento degli interessi "privati" presenti nelle filiere assistenziali su obiettivi di salute generali?

Chi se non il "pubblico" ha i dati e la visione di insieme per svolgere analisi di "stratificazione dei bisogni di salute"?

Chi se non il "pubblico" può elaborare e proporre policy di "medicina di popolazione", di "medicina di comunità", di "medicina di prossimità" e di "continuità assistenziale"?

[1] WHO (2018) - Continuity and coordination of care A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.

[2] Di Stanislao F., Visca M., Caracci G., Moirano F.: Sistemi integrati e continuità nella cura. Salute e Territorio. Anno XXXI - Marzo-Aprile, 2010. Pagg. 80-89

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119608

quotidianosanita.it

Sanità "pubblica" e "privata": alcune precisazioni necessarie

Giorgio Banchieri

Il "privato accreditato" è sicuramente una presenza importante e utile se è integrato con il "pubblico" e se condivide con esso strumenti e modelli di governance dei servizi appropriati ed equi e universalistici. Altro problema è il "privato convenzionato" con mutue e assicurazioni. Si vuole andare ad un diverso modello di welfare nel nostro Paese? Parliamone, ma attenzione siamo già un modello "misto" e l'esperienza delle mutue alle spalle è tutt'altro che positiva

08 FEB -

Su *Quotidiano Sanità* si sta sviluppando un confronto sul tema del rapporto tra sanità “pubblica” e “privata” che richiede delle precisazioni e alcune puntualizzazioni. La Dr.ssa Cittadini nel presentare il 3° Rapporto AIOF ha colto l’occasione per rispondere a quelle che, a suo avviso, sono delle forzature “ideologiche” se non delle vere e proprie fake-news sul tema. Avvio, se posso, un confronto franco e ragionato a questo punto e faccio alcune precisazioni e puntualizzazioni necessarie.

Essere “azienda sanitaria pubblica” vuol dire riuscire a gestire garantendo “trasparenza” e “rendicontazione sociale” delle risorse date, trasferite dal FSN tramite il riparto in Conferenza Stato-Regioni-PPAA e poi da parte delle Regioni di riferimento. Significa avere obiettivi gestionali che le Regioni impongono per ogni singola azienda come priorità. I manager pubblici devono tener conto di una infinità di Leggi, Determine, Linee Guida, Accordi, Convenzioni e CCNL, Piani di Zona e di Salute. Tutto ciò con molti vincoli e obiettivi da rispettare.

Essere “azienda sanitaria privata accreditata” non comporta gli stessi vincoli. Possono gestire le risorse interne in base ad accordi anche aziendali, hanno minori vincoli di trasparenza se non quelli tipici delle società di capitali. Possono combinare i loro fattori produttivi come meglio ritengono all’interno delle specialistiche “accreditate” e del “tetto di spesa” assegnato. Spesso possano avere una gestione mista e gestire i tempi di lavoro del personale e dei servizi come ritengono più convenienti.

Nell’ambito del “tetto di spesa” - se non precisato dalla ASL e/o Regione di riferimento nell’atto di accreditamento - possono incentivare a loro discrezione le branche specialistiche che hanno avuto “accreditate” selezionando quindi la domanda che si può rivolgere a loro.

Il “pubblico” quanto sopra non lo può fare. Deve essere universalista ed equo ... quando ci riesce.

Significatività statistica delle survey anche in sanità.

Come è noto a chi lavora con i dati per fare ricerche sul campo “I livelli di “significatività” sono una componente fondamentale dell’inferenza statistica ... a differenza di altri valori, questi livelli non sono calcolati da un software, ma devono essere determinati a priori da chi fa le analisi. Per ottenere questo valore non serve quindi nessun calcolo ma solo un po’ di ragionamento. Il livello di significatività è la soglia che determina se un determinato risultato può essere considerato statisticamente significativo. È quindi un numero che viene deciso a priori, in fase di progettazione dello studio, e nei protocolli di ricerca si riporta nella sezione dedicata alla statistica.” [Paola Pozzolo sul sito <https://paolapozzolo.it/livello-significativita/>]

Quando frequentavo l’Università i miei docenti di allora insistevano molto sulla qualità dei dati e sull’omogeneità dei campioni utilizzati nelle ricerche. In particolare un tema fondamentale era ed è l’omogeneità dei cluster/campioni di analisi.

Per avere significatività statistica i cluster devono essere omogenei, ovvero, possiamo mettere insieme ospedali di rilevanza nazionale, sedi di DEA e con più di 400 PL, oppure possiamo aggregare ospedali di rilevanza regionale, sedi di PS con meno di 400 PL. Mischiare insieme ospedali di dimensioni e specialistiche diversi, nonché altri tipi di strutture di ricovero e cura con afferenze diverse produce una “macedonia”, ma non dati statisticamente significativi.

Il 3° Bilancio Sociale di AIOF ha messo insieme 350 strutture associate che tra loro non sono omogenee. Ma anzi presentano un grande variabilità di afferenze specialistiche e di servizi offerti da ospedali ad alta specialità tipo “Humanitas” di Milano con Case di Cura di rilevanza locale. Non sono un campione omogeneo e quindi non hanno una significatività statistica se non per qualche dato aggregato di valore generale.

Comunque secondo il report presentato il contributo di AIOF al SSN “... assicura più di 1/4 dei ricoveri nazionali, impiegando circa 1/10 della spesa complessiva ... il valore aggiunto economico del settore privato si traduce nella capacità di creare ricchezza a vantaggio dei diversi stakeholder e della comunità di riferimento: il 92% di tutto il valore economico generato dalla componente di diritto privato del SSN viene ridistribuito al territorio, sotto forma di indotto per la filiera di produzione (96mila fornitori diretti nelle sole strutture del campione), di coinvolgimento di professionisti (per un totale di oltre 73mila unità), di gettito fiscale e di contributo al Terzo Settore. Nell’8% che viene trattenuto, inoltre, occorre considerare tutti gli investimenti in Ricerca & Sviluppo e in ammodernamento degli ambienti e delle tecnologie ...”

A dimostrazione che la sanità “privata accreditata” è tutt’altro che discriminata in Italia.

Le fake-news e AIOF

La Dr.ssa Cittadini nel suo [articolo](#) su “Quotidiano sanità” denuncia, a suo avviso, delle fake-news sulla sanità “privata accreditata”. In particolare si pone alcune domande precise: “..

Perché si continua a parlare di sanità privata (la sanità a pagamento) per fare riferimento alle strutture di diritto privato della sanità pubblica (finanziata attraverso la fiscalità generale, con un meccanismo di contribuzione progressiva)?”

La diversa natura giuridica ha implicazioni gestionali importanti ... se sei una azienda sanitaria "privata accreditata" devi perseguire comunque il profitto per remunerare chi ha investito nell'azienda. Il tuo obiettivo strategico sarà avere un MOL, Margine Operativo Lordo, positivo per remunerare gli azionisti. Non ti basta un bilancio a pareggio, anzi, se sei a pareggio non sei remunerativo. In queste considerazioni non c'è nulla di "ideologico", ma solo vincoli economici e giuridici precisi.

Il "pubblico" deve attenersi ad una logica diversa che dovrebbe privilegiare gli obiettivi di salute delle popolazioni e un tendenziale equilibrio di bilancio. In più dovrebbe garantire rendicontazione e trasparenza ai suoi "mandatari", ovvero, ai suoi stakeholder interni ed esterni.

“... Perché si continua a dire che le strutture private accreditate selezionano le prestazioni meno complesse più remunerative quando le evidenze dicono il contrario?”

Anche su questo quali sarebbero le "evidenze"? Un dato aggregato di 350 strutture associate AIOIP prese insieme in modo indifferenziato? Risulta che le strutture private "accreditate" operano nelle varie Regioni, a prescindere dai diversi modelli di SSR, in base a "tetti di spesa" e a delle "specialità" definite al momento dell'accREDITAMENTO da parte della Regione, accreditante in base a loro volta ai bisogni di complementarità dell'offerta di servizi che il "pubblico" nel momento dell'accREDITAMENTO non è in grado di offrire.

Queste "offerte" dovrebbero essere rivalutate nel tempo in base alle dinamiche dei bisogni di salute della popolazione e in base alla capacità o meno del "pubblico" di offrire quei servizi. Quindi avremmo il problema di un aggiornamento dinamico sia del "tetto di spesa" che della qualità dei servizi da ammettere in "accREDITAMENTO" nel tempo.

Se poi le Regioni e le ASL non sono in grado di analizzare i bisogni delle popolazioni in divenire e non riescono a ridefinire i capitolati tecnici delle gare e a svolgere adeguate attività ispettive per verificare il permanere della qualità dei servizi nel tempo, gli spazi di discrezionalità gestionale dei privati accreditati si allargano a dismisura e abbiamo il "dominio" della "offerta" contro i bisogni della "domanda" di salute delle popolazioni.

L'incipit del PNRR pone al centro della "visione" di riorganizzazione degli ospedali e della medicina territoriale la analisi della stratificazione dei bisogni e la definizione della piramide del rischio per patologie delle singole popolazioni con conseguente analisi in divenire per sviluppare medicina di popolazione, di prossimità, di iniziativa e di comunità.

Se questo manca, cosa che attualmente è ancora molto diffusa, il "pubblico" subisce il dominio della "offerta" sia sua che dei privati "accreditati". È una logica a vasi concomitanti inevitabile.

La conseguenza è che si gestiscono i servizi in una logica di "giorno dopo giorno" e di obiettivi prevalentemente economico finanziari e non di salute, salta una logica di programmazione di obiettivi di salute e i Distretti rischiano di non divenire mai più "agenzie di salute" per le loro popolazioni afferenti come indicato nel DM71, poi DM77.

In questo contesto si può concordare con la collega Maria Pia Randazzo di AGENAS quando ritiene che per superare molte delle attuali criticità sia necessario uniformare e completare i flussi di dati necessari per leggere le attività svolte nelle Regioni e nelle aziende sanitarie. Questo nonostante le relevantissime cifre spese a tal fine fino ad oggi a partire dal "Progetto Mattoni". Flussi che devono essere uniformi e obbligatori per tutti gli erogatori sia "pubblici" che "privati accreditati".

Su questo ci sono resistenze infinite ...

“... Perché si persevera con un approccio ideologico e con la sterile e dannosa contrapposizione pubblico-privato accreditato quando le criticità - iniquità di accesso alle cure per liste d'attesa non governate, rinuncia alle cure, ricorso alla sanità a pagamento, mobilità passiva non fisiologica, inefficienze e sprechi - dovrebbero indurre a potenziare la sinergia tra le due componenti del sistema?”

Il problema fondamentale è recuperare la capacità di "governance" dei SSR da parte delle singole Regioni. Il "privato accreditato" dovrebbe integrare e completare l'offerta che il pubblico non è in grado di erogare direttamente. Una delle criticità maggiori è la gestione delle "liste di attesa" che, sempre seguendo le proposte della collega Randazzo, è possibile ridurre facendo tre scelte concrete:

- Far passare per i CUP Regionali tutte le richieste dei cittadini costringendo tutti gli erogatori "pubblici" e "privati accreditati" a condividere tutte le loro agende;

- Gestire in automatico con corsie preferenziali la "presa in carico" dei pazienti cronici;

- Verificare la “appropriatezza delle prestazioni” spesso ridondanti e espressione di logiche di “medicina difensiva”.
 - Questi sono primi e non secondari “banchi di prova” di un rapporto collaborativo e integrato tra strutture sanitarie “pubbliche” e “private accreditate”
- Per ora questa disponibilità non si vede ...

Considerazioni conclusive.

Veniamo da anni di tagli lineari al FSN prima per i vincoli di bilancio UE, poi per lo sviluppo della sanità integrativa nell’ambito del “welfare aziendale” come da Legge “Job Acts” del Governo Renzi nel 2016. Da allora ad oggi sono stati di fatto “trasferiti” 37,5 miliardi di euro dal FSN alla defiscalizzazione di polizze assicurative e mutualistiche. Poi per i Piani di Rientro abbiamo avuto tagli e ristrutturazioni che hanno coinvolte diverse Regioni in particolare nel Centro Sud del Paese. Infine sono 20 anni che abbiamo il “tetto di spesa” per il tour over del personale che ha comportato una riduzione di risorse umane e conseguentemente di Posti Letto in tutto il Paese. Tutto questo non ha nemmeno sfiorato le strutture sanitarie “private accreditate”...

Polillo e Tognetti hanno scritto su Quotidiano Sanità il 12 settembre scorso un articolo dal titolo “[La collaborazione pubblico privato non è la privatizzazione del Ssn](#)”... ragionare sulla relazione pubblico/privato nel SSN significa ripensare il SSN, la sua operatività, la sua sostenibilità, il ruolo dei diversi attori che entrano nel campo della salute, con le potenzialità, i limiti e gli interessi di ogni attore, senza nasconderci che cosa è realmente successo in questi 45 anni di SSN e cosa più importante cercando di definire, se possibile, quali debbono essere le strategie future per continuare a garantire un Servizio Sanitario Pubblico, senza nascondere nulla sotto il tappeto. Un pubblico ed un privato competitivo e collaborante che condivide una progettualità valutabile, verificabile, rimodulabile sulla base dei risultati operativi e dei bisogni di salute, da dati di fonte ufficiale alla mano, è una delle strade che consentiranno di continuare a garantire il diritto alla salute dei cittadini, tutti i cittadini a partire dagli ultimi”.

Condivido il loro pensiero e aggiungo:

- Chi se non il “pubblico” - avendo i dati sui bisogni delle popolazioni e potendo integrare i dati al fine di fare stratificazioni in divenire e piramidi del rischio per patologie - può svolgere un lavoro di integrazione di tutte le presenze nelle filiere assistenziali, riallineando degli interessi “privati” su obiettivi di salute generali?
- Chi se non il “pubblico” ha i dati e la visione di insieme per svolgere analisi dinamiche in divenire di “domanda” e “offerta” di salute e può proporre obiettivi da condividere per popolazioni date in modo da “accreditare” le offerte che servono, che sono appropriate e che possono essere integrate?
- Chi se non il “pubblico” può elaborare e proporre policy di “medicina di popolazione”, di “medicina di comunità”, di “medicina di prossimità” e di “continuità assistenziale”?

Il “privato accreditato” è sicuramente una presenza importante e utile se è integrato con il “pubblico” e se condivide con esso strumenti e modelli di governance dei servizi appropriati ed equi e universalistici. Altro problema è il “privato convenzionato” con mutue e assicurazioni ...

Si vuole andare ad un diverso modello di welfare nel nostro Paese? Parliamone, ma attenzione siamo già un modello “misto” ... abbiamo l’esperienza delle mutue alle spalle tutt’altro che positiva ...

Nei Paesi ove è presente un modello “Bismark” (controllo “pubblico” e gestione “privata”) il pubblico governa gli erogatori, li monitora e li sanziona e garantisce equità e universalismo, vedi la Germania.

In conclusione futuri sviluppi, ineluttabili, non devono prevedere necessariamente una diminuzione di ruolo per il SSN, ma invece nuove visioni, nuove competenze, nuove responsabilità e pari, anzi accresciuto, ruolo nella tutela della salute dei cittadini.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120050

NAVIGATING THE CLINICIAN SHORTAGE CRISIS



Caro stimato lettore,

La carenza di medici è un'emergenza globale.

Nelle organizzazioni che forniscono assistenza sanitaria di tutti i tipi in tutte le aree geografiche, medici, infermieri, professionisti avanzati e tutti gli altri livelli di personale hanno lasciato il lavoro, hanno lasciato anche le loro professioni e hanno lasciato ai loro ex colleghi carichi di lavoro ancora più insostenibili. Il risultato è stato il burnout e l'esaurimento – e allo stesso tempo l'introspezione e pensare intensamente alle soluzioni.

Questa raccolta di report approfonditi pubblicati in precedenza da NEJM Catalyst, oltre a un articolo e una conversazione complementari, racconta l'entità della crisi del personale in diversi segmenti come l'assistenza primaria e l'assistenza post-acuta. In tal modo, mettiamo in evidenza soluzioni basate sulla creatività e nuovi modelli di cura.

Questa raccolta esemplifica le innovazioni della vita reale che NEJM Catalyst offre agli abbonati ogni mese.

Un rapporto Insights, "*La diffusa carenza di medici crea una crisi che richiederà anni per risolversi*", si basa su un sondaggio del NEJM Catalyst Insights Council, un'assemblea globale degli operatori sanitari e dei leader. I risultati del sondaggio sono incoraggianti, accompagnati da molte idee ad ampio raggio da parte dei membri del Consiglio per alleviare la tensione.

Un altro Insights Report, *“Post-Acute Care Struggles with Staffing Shortages”*, rileva gravi carenze di medici in tutto il mondo in tutta la gamma di strutture post-acute, comprese strutture infermieristiche qualificate, agenzie sanitarie a domicilio, ospedali per cure a lungo termine e strutture di riabilitazione ospedaliera.

Un terzo Insights Report, *“Le cure primarie sono essenziali e sotto assedio”*, sottolinea una serie di sfide interconnesse alle cure primarie guidate da carichi di lavoro insostenibili e dall’aumento del volume e della complessità dei pazienti in un momento in cui l’offerta di medici è insufficiente.

Un articolo di un consorzio nazionale, *“Primary Care in Peril: How Clinicians View the Problems and Solutions”*, approfondisce le preoccupazioni di lunga data sulle cure primarie negli Stati Uniti, che sono state solo esacerbate dalla grave carenza di medici.

In *“L’assistenza domiciliare è la risposta alle sfide di capacità?”* tre membri dell’Insights Council provenienti da Stati Uniti e Spagna discutono la tendenza mondiale verso la fornitura di assistenza sanitaria a domicilio dei pazienti. Pur non essendo una panacea per la carenza di personale, l’assistenza domiciliare combinata con tecnologie come il monitoraggio remoto dei pazienti indica la strada verso soluzioni. Infine, in *“Risolvere le carenze di medici con nuovi modelli di assistenza”*, un leader medico descrive gli approcci a breve, medio e lungo termine per colmare il divario dei medici.

La carenza di medici non si risolverà presto, ma l’erogazione delle cure deve continuare. Invitiamo contributi e sottoscrizioni da parte di tutti coloro che cercano di cambiare in meglio l’assistenza sanitaria.

Gli editori,
Catalizzatore NEJM



NAVIGATING THE CLINICIAN SHORTAGE CRISIS

TABLE OF CONTENTS

INSIGHTS REPORT	
Primary Care Is Essential and Under Siege	1
INSIGHTS REPORT	
Widespread Clinician Shortages Create a Crisis that Will Take Years to Resolve	23
INSIGHTS REPORT	
Post-Acute Care Struggles with Staffing Shortages	50
ARTICLE	
Primary Care in Peril: How Clinicians View the Problems and Solutions	74
INSIGHTS INTERVIEW	
Is Home-Based Care the Answer to Capacity Challenges?	90
CONVERSATION	
Resolving Physician Shortages with New Care Models	94

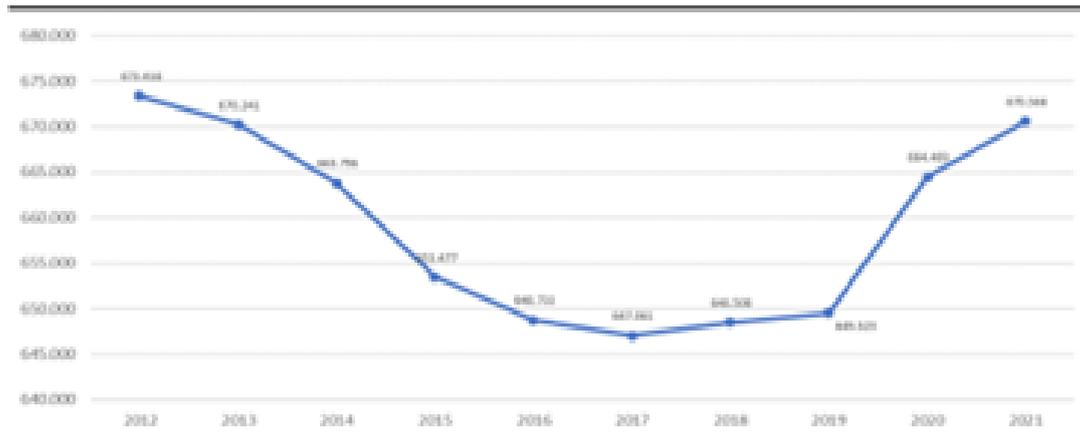
<https://store.nejm.org/signup/catalyst/lead/wfcrisispdf24>

Fonti dati sui temi della Monografia



https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/personale/PersonaleSSN_marzo_2023.pdf

Grafico 1. Il personale in servizio nel SSN



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

Tabella 1. Personale impiegato presso le strutture del SSN e confronto degli anni 2021 - 2020.

Regioni	Medici e odontoiatri 2020 ¹	Medici odontoiatri 2021 ²	Delta 2021 - 2020	Infermieri 2020 ¹	Infermieri 2021 ²	Delta 2021 - 2020
Abruzzo	2.718	2.727	9	5.769	5.816	47
Basilicata	1059	1.034	-25	2.764	2.742	-22
Calabria	3.575	3.527	-48	7.005	7.030	25
Campania	9.378	9.333	-45	18.610	18.997	387
Emilia-Romagna	9.282	9.436	154	28.075	29.302	1.227
Friuli Venezia G	2.678	2.666	-12	8.279	8.215	-64
Lazio	8.567	8.895	328	22.430	22.716	286
Liguria	3.517	3.450	-67	10.075	9.791	-284
Lombardia	15.050	15.079	29	39.597	41.112	1.515
Marche	3.033	3.075	42	8.076	8.509	433
Molise	478	441	-37	1.402	1.328	-74
PA Bolzano	957	993	36	3.382	3.279	-103
PA Trento	1.141	1.130	-11	3.124	3.237	113
Piemonte	8.364	8.167	-197	22.408	21.882	-526
Puglia	6.548	6.634	86	15.749	15.659	-90
Sardegna	4.043	3.852	-191	8.127	7.595	-532
Sicilia	8.960	8.965	5	17.509	17.029	-480
Toscana	8.542	8.850	308	23.039	22.542	-497
Umbria	1.997	1.981	-16	4.915	5.240	325
Valle d'Aosta	325	301	-24	710	678	-32
Veneto	7.893	7.851	-42	26.073	27.138	1.065
Totale	108.105	108.387	282	277.118	279.837	2.719

Grafico 2. Andamento del personale del comparto Sanità negli anni 2012 - 2021

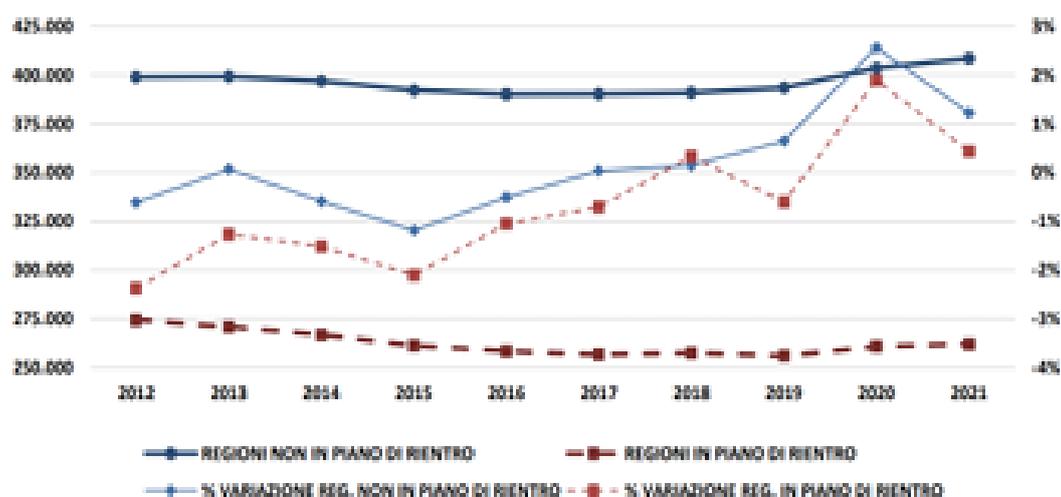


Tabella n.3. Medici dipendenti del Ssn che andranno in pensione nel quinquennio 2022-2027.

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>	29.331		

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

Tabella n.4. 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>	21.050		

Elaborazione AGENAS su CA 2020. Parametro pensionistico a 65 anni

Tabella n.5. Numero borse di specializzazione in medicina

Anno	Borse di specializzazione	Variazione rispetto l'anno precedente (valore assoluto)
2014/2015	5.000	-
2015/2016	6.000	+1.000
2016/2017	6.105	+105
2017/2018	6.200	+95
2018/2019	8.920	+2.720
2019/2020	14.455	+5.535
2020/2021	18.397	+3.942
2021/2022	14.378	-4.019

Tabella n.7 Dimissioni medici dal SSN dal 2019 al 2021 (dimissioni per licenziamento o termine del contratto a tempo determinato)

Anno	Dimissioni
2019	3.123
2020	2.075
2021	2.886
2022	3.009

Tabella n.6. Stima di medici specialisti formati dal 2018 al 2026.

specializzazione medica	Numero di specialisti formati dal 2018 al 2026 ¹	Numero di medici che terminano specializzazione (95%)	Numeri di nuovi specialisti nel SSN la 2018 - 2026 (75% del totale) ²
ANATOMIA PATOLOGICA	803	763	572
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	6.949	6.602	4.951
CARDIOCHIRURGIA	490	466	349
CHIRURGIA GENERALE	3.561	3.383	2.537
CHIRURGIA PEDIATRICA	170	162	121
EMATOLOGIA	986	937	703
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	283	269	202
GERIATRIA	2.486	2.362	1.771
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	2972	2.823	2.118
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	1.690	1.606	1.204

MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	3.182	3.023	2.267
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1.119	1.063	797
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1.039	987	740
MEDICINA DI EMERGENZA E URGENZA	2.848	2.706	2.029
MEDICINA INTERNA	3.378	3.209	2.407
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	261	248	186
NEFROLOGIA	1.296	1.231	923
NEUROCHIRURGIA	605	575	431
NEUROLOGIA	1.617	1.536	1.152
OPTALMOLOGIA	1.241	1.179	884
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.610	2.480	1.860
OTORINOLARINGOIATRIA	1.082	1.028	771
PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA	826	785	589
PEDIATRIA	4.581	4.352	3.264
PSICHIATRIA	2.476	2.352	1.764
RADIODIAGNOSTICA	2.538	2.411	1.808
UROLOGIA	1.237	1.175	881

¹Stima effettuata sul numero di borse di specializzazione medica 2014-2022

Tabella n.9. Stima del numero di infermieri formati nel 2026 e disponibili dal 2027.

Anno Accademico	Posti
2018/2019	14.917
2019/2020	15.260
2020/2021	16.249
2021/2022	17.658
2022/2023	18.261
Capacità formativa	82.345
Tasso di successo	75%
N. infermieri formati	61.760

Tabella 10. Distribuzione dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS) regione nel triennio 2019-2021.

REGIONE	2019		2020		2021	
	MMG	PLS	MMG	PLS	MMG	PLS
ABRUZZO	1.078	166	1.065	151	1.036	147
BASILICATA	475	60	466	59	435	56
CALABRIA	1.496	256	1.494	254	1.089	186
CAMPANIA	4.037	754	3.732	739	3.631	730
EMILIA ROMAGNA	2.949	615	2.947	612	2.850	595
FRIULI V. GIULIA	809	121	790	119	768	116
LAZIO	4.462	773	4.350	772	4.244	741
LIGURIA	1.139	165	1.109	161	1.054	156
LOMBARDIA	6.091	1.165	5.984	1.153	5.774	1.121
MARCHE	1.094	174	1.083	172	1.042	166
MOLISE	258	36	247	36	244	36
PIEMONTE	2.952	401	2.946	397	2.882	375
P. A. BOLZANO	284	63	292	61	292	61
P. A. TRENTO	340	72	334	71	330	70
PUGLIA	3.260	559	3.247	555	3.144	538
SARDEGNA	1.147	187	1.168	177	1.118	167
SICILIA	4.000	721	3.928	693	3.871	656
TOSCANA	2.622	438	2.644	430	2.653	448
UMBRIA	728	115	729	110	719	105
VALLE D'AOSTA	84	16	82	14	79	14
VENETO	3.123	551	3.070	549	2.995	538
Totale complessivo	42.428	7.408	41.707	7.285	40.250	7.022

Fonte: Elaborazione AGENAS su dati Ministero della salute – NSIS – modello FS12

Tabella n.11. Rapporto tra cittadini assistibili e Numero di medici di medicina generale (MMG) per regione

REGIONE	Medici di Medicina generale 2019	Rapporto tra cittadini assistibili e MMG - 2019	Medici di Medicina generale 2020	Rapporto tra cittadini assistibili e MMG - 2020	Medici di Medicina generale 2021	Rapporto tra cittadini assistibili e MMG - 2021
ABRUZZO	1.078	1059	1.065	1.056	1.036	1048
BASILICATA	475	1052	466	1.062	435	1064
CALABRIA	1.496	1055	1.494	1.058	1.089	1423
CAMPANIA	4.037	1225	3.732	1.295	3.631	1271
EMILIA ROMAGNA	2.949	1302	2.947	1.307	2.850	1316
FRIULI V. GIULIA	809	1320	790	1.352	768	1337
LAZIO	4.462	1138	4.350	1.163	4.244	1136
LIGURIA	1.139	1179	1.109	1.204	1.054	1239
LOMBARDIA	6.091	1408	5.984	1.426	5.774	1450
MARCHE	1.094	1209	1.083	1.219	1.042	1218
MOLISE	258	1059	247	1.094	244	1030
PIEMONTE	2.952	1289	2.946	1.287	2.882	1258
P. A. BOLZANO	284	1454	292	1.519	292	1494
P. A. TRENTO	340		334	1.382	330	1367
PUGLIA	3.260	1078	3.247	1.078	3.144	1051
SARDEGNA	1.147	1226	1.168	1.178	1.118	1226
SICILIA	4.000	1059	3.928	1.072	3.871	1034
TOSCANA	2.622	1241	2.644	1.225	2.653	1184
UMBRIA	728	1049	729	1.043	719	1020
VALLE D'AOSTA	84	1291	82	1.328	79	1323
VENETO	3.123	1365	3.070	1.385	2.995	1370
ITALIA	42.428	1224	41.707	1.238	40.250	1237

Fonte: Elaborazione Agenas su dati Ministero della Salute per numero MMG e ISTAT per popolazione dai 18 anni, triennio 2019-2021

La tabella riporta quindi, in ultima colonna, il confronto tra l'IPOTESI di SPESA e l'IPOTESI di TETTO 2022, evidenziando come in quasi tutte le Regioni il tetto appaia capiente rispetto alla spesa.

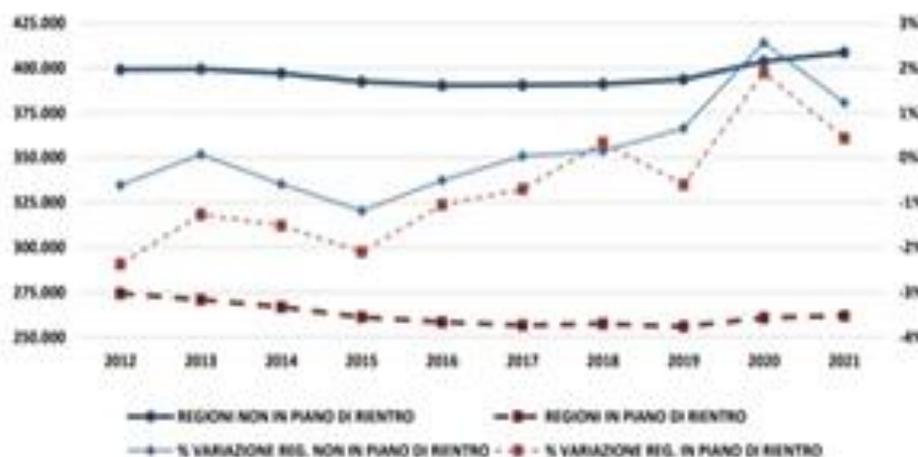
cod.	Regione	IPOTESI TETTO PERSONALE 2022	IPOTESI SPESA PERSONALE 2022	Margine Tetto-Spesa
		T	S	T-S
090	Lombardia	4.837.036.030	4.495.897.696	341.138.334
050	Veneto	2.619.017.036	2.474.849.356	144.167.680
070	Liguria	1.134.108.434	916.785.420	217.323.014
080	Emilia Romagna	2.742.163.198	2.757.676.159	- 15.512.961
090	Toscana	2.376.911.985	2.296.684.466	80.227.529
100	Umbria	561.393.040	517.131.778	44.261.262
110	Marche	950.616.853	868.477.667	82.139.187
120	Lazio	2.995.557.012	2.660.126.249	335.430.764
130	Abruzzo	734.032.024	658.235.789	75.796.235
140	Molise	189.217.034	140.461.893	48.755.141
150	Campania	3.049.662.654	2.310.775.703	738.886.951
160	Puglia	2.046.924.672	1.938.923.021	108.001.651
170	Basilicata	347.035.113	292.298.161	54.736.952
190	Sicilia	2.800.927.547	2.389.387.755	411.539.792
010	Piemonte *			
180	Calabria *			

^ La spesa CE comprende le seguenti voci: BA2080 Totale costo del personale; YA0020 IRAP personale dipendente; BA1420 Indennità personale univ. area sanitaria; BA1810 Indennità personale univ. area non sanitaria

* Piemonte e Calabria - verbale non disponibile/verifica non ancora conclusa

NOTA: Valle d'Aosta, PA, Bolzano, RA, Trento, PVG e Sardegna non sono sottoposte a verifica adempimenti

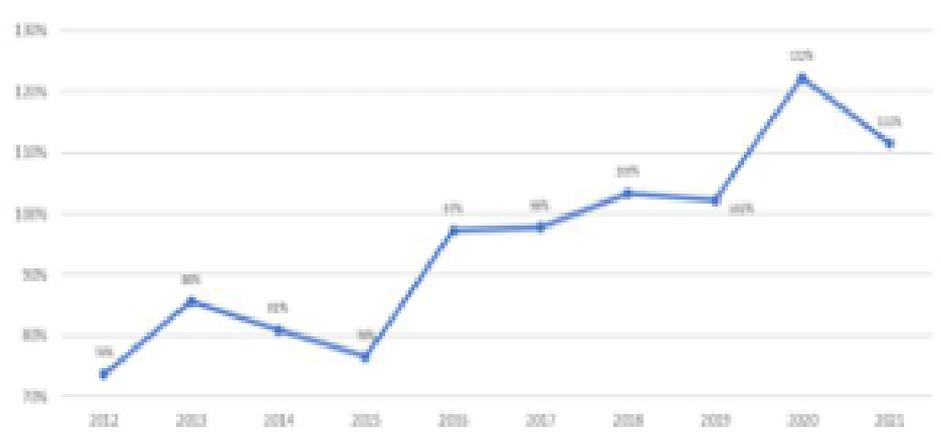
Anchamento del personale del comparto Sanità negli anni 2012 - 2021



Fonte: Report MEF su CA del Personale, 2021 - Regione Emilia-Romagna - O&A SIDA

Regione Emilia-Romagna

Rapporto % tra il personale assunto e quello cessato nel periodo 2012/2021



Fonte: Report MIOP su C.Adel Personale, 2021 - Ragioneria Generale dello Stato.

agenzia X

11

Tabella 2. -- Volumi di attività per natura giuridica delle strutture ospedaliere, Italia-2020°(Fonte:°Agenas-AIOP)←

CONDIZIONE / INTERVENTO	Volumi totali		Volumi Comparto Pubblico		Volumi Comparto Privato	
	N	N	%	N	%	
Colecistectomia laparoscopica	69890	46053	66	23837	34	
Protesi ginocchio	66691	14580	22	52111	78	
Protesi anca	96822	50501	52	46321	48	
Protesi spalla	9405	3744	40	5661	60	
Intervento chirurgico per frattura del femore	95456	82250	86	13206	14	
Infarto miocardico acuto	105742	90077	85	15665	15	
Bypass aorto-coronarico isolato	10681	6177	58	4504	42	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	29238	16184	55	13054	45	
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale	7096	5354	75	1742	25	
Angioplastiche in IMA-STEMI	33342	28702	86	4640	14	
Intervento per tumore cerebrale	12447	9155	74	3292	26	
Parti	404145	319580	79	84565	21	
Intervento chirurgico per TM della mammella	56057	39840	71	16217	29	
Intervento chirurgico per TM del polmone	11078	8077	73	3001	27	
Intervento chirurgico per TM dello stomaco	5088	3843	76	1245	24	
Intervento chirurgico per TM del colon	23078	17821	77	5257	23	
Scompenso cardiaco	155082	118131	76	36951	24	
BPCO riacutizzata*	60640	47575	78	13065	22	
Ictus ischemico	73494	64010	87	9484	13	

*solo ricoveri ordinari

91

Tabella 23 - La spesa sanitaria diretta delle famiglie (*out of pocket*) in Europa - Anni 2017-2022

Paese	Misura	Unità	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Italia	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	23,8	23,6	23,5	21,5	21,9	21,4
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	803,7	823,3	836,4	805,4	885,1	919,6
Francia	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	9,7	9,5	9,5	8,8	8,9	
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	485,1	484,2	488,1	482	544,9	
Germania	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	12,8	13	13,3	12,3	12	11
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	764,1	820,1	854,9	853,1	905,5	882,6
Grecia	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	35	36,1	33,6	33,4	33,3	
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	787,7	835,1	790,5	831,3	912	
Spagna	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	22,2	22,2	21,8	19,7	21	
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	738,1	762,4	770,3	733,1	858,1	
Regno Unito	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	14,7	15,5	15,7	12,7	12,7	13,9
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	593,5	649	687,7	636,8	693,1	763,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE

Tabella 20 - La spesa sanitaria negli indicatori macroeconomici OCSE - Anni 2015-2022

Paese	Misura	Unità	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Italia	Quota sul Pil	percentuale	6,6	6,5	6,4	6,4	6,4	7,3	7,1	6,8
	Prezzi correnti	Euro, milioni	109.132	110.086	111.117	113.591	114.691	121.390	126.595	130.364
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	1.797	1.816	1.836	1.880	1.920	2.042	2.141	2.208
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	2.299	2.436	2.489	2.582	2.629	2.850	3.051	3.255
Francia	Quota sul Pil	percentuale	8,8	9,5	9,4	9,3	9,3	10,3	10,4	10,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	192.743	212.653	216.742	220.786	225.859	237.676	261.037	271.218
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	2.896	3.187	3.239	3.288	3.352	3.517	3.852	3.996
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	3.577	4.084	4.158	4.249	4.314	4.624	5.178	5.622
Germania	Quota sul Pil	percentuale	9,4	9,5	9,6	9,7	9,8	10,8	11,1	10,9
	Prezzi correnti	Euro, milioni	285.092	297.262	312.544	325.002	341.709	367.825	398.083	423.311
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	3.490	3.610	3.781	3.920	4.112	4.423	4.785	5.086
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	4.461	4.786	5.043	5.291	5.390	5.911	6.424	6.930
Grecia	Quota sul Pil	percentuale	4,8	5,2	4,9	4,8	5	5,9	5,7	5,1
	Prezzi correnti	Euro, milioni	8.470	9.050	8.715	8.634	9.246	9.720	10.353	10.578
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	783	840	810	804	862	909	980	1.011
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	1.240	1.386	1.363	1.371	1.445	1.537	1.700	1.785
Paesi Bassi	Quota sul Pil	percentuale	8,4	8,4	8,3	8,2	8,4	9,5	9,6	8,6
	Prezzi correnti	Euro, milioni	57.972	59.201	60.951	63.675	68.267	75.845	82.034	80.944
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	3.422	3.476	3.558	3.695	3.936	4.349	4.679	4.602
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	4.010	4.137	4.292	4.501	4.673	5.261	5.722	5.672
Portogallo	Quota sul Pil	percentuale	5,8	5,8	5,7	5,8	5,8	6,8	7	6,7
	Prezzi correnti	Euro, milioni	10.335	10.803	11.165	11.825	12.410	13.599	15.117	16.125
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	998	1.046	1.084	1.150	1.206	1.321	1.459	1.558
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	1.627	1.736	1.780	1.919	1.962	2.157	2.421	2.640
Spagna	Quota sul Pil	percentuale	6,5	6,4	6,3	6,3	6,5	7,9	7,7	7,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	70.135	71.346	73.317	76.060	80.362	87.873	92.810	96.844
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	1.510	1.535	1.574	1.625	1.705	1.855	1.957	2.042
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	2.153	2.253	2.339	2.407	2.489	2.718	2.926	3.113
Regno Unito	Quota sul Pil	percentuale	7,9	7,8	7,7	7,7	7,9	10,1	10,3	9,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	150.857	156.745	160.040	166.529	176.717	213.071	233.063	230.461
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	2.317	2.388	2.423	2.507	2.646	3.176	3.460	3.409
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	3.041	3.175	3.231	3.322	3.480	4.152	4.539	4.479

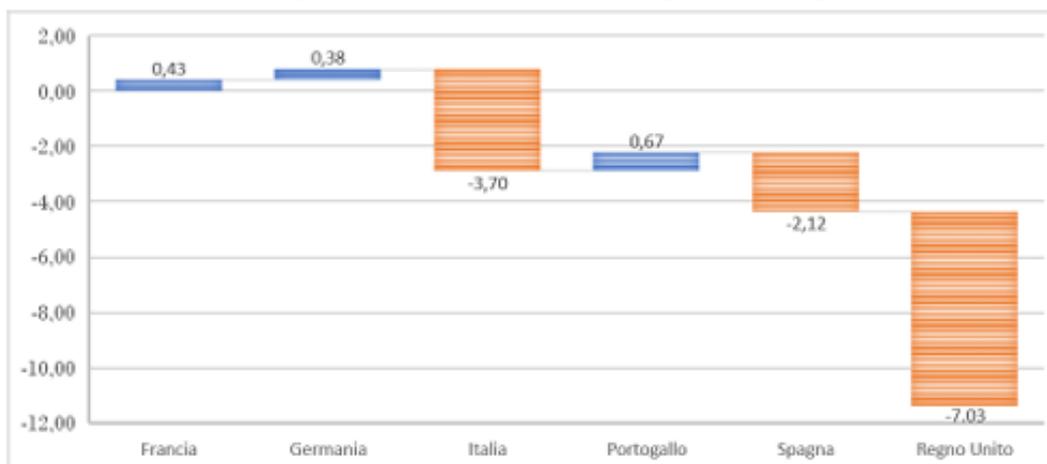
Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati OCSE; estrazione dati a dicembre 2023

Tabella 22 – Spesa pubblica per i servizi sanitari in termini reali - Anni 2015-2022

Paese	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione% 2022/2021
Francia	192.743	212.431	214.789	215.829	218.848	223.775	243.603	244.658	0,43
Germania	285.092	295.155	305.110	312.015	322.814	344.158	361.831	363.223	0,38
Italia	109.132	109.883	109.774	111.082	111.481	117.319	120.774	116.332	-3,70
Portogallo	10.335	10.682	10.852	11.306	11.751	12.709	13.925	14.018	0,67
Spagna	70.135	71.230	72.126	73.677	76.870	83.818	86.708	84.874	-2,12
Regno Unito	150.857	154.814	155.757	159.140	165.595	188.650	205.585	191.127	-7,03

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE; valori a prezzi costanti, anno base 2015; importi in milioni di euro e Regno Unito in milioni sterline

Grafico 7 – Variazione percentuale in termini reali della spesa sanitaria pubblica 2022-2021



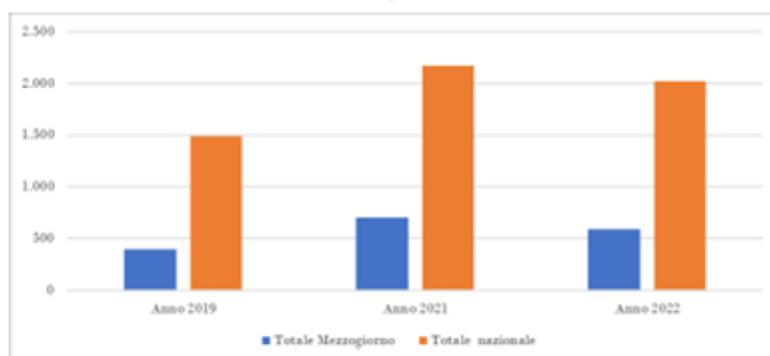
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE

Tabella 17 – IFL* degli Enti del SSN del Mezzogiorno e incidenza % sul totale

Regione	2019	2021	2022
Abruzzo	29	58	36
Campania	47	102	84
Basilicata	24	23	11
Puglia	110	268	233
Calabria	26	25	26
Sicilia	114	144	142
Sardegna	43	74	57
Molise	4	8	4
Totale Mezzogiorno	396	702	593
Totale nazionale	1.489	2.171	2.024
Incidenza % Mezzogiorno sul totale	26,6	32,3	29,3

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OpenBdap 2023; importi in milioni di euro

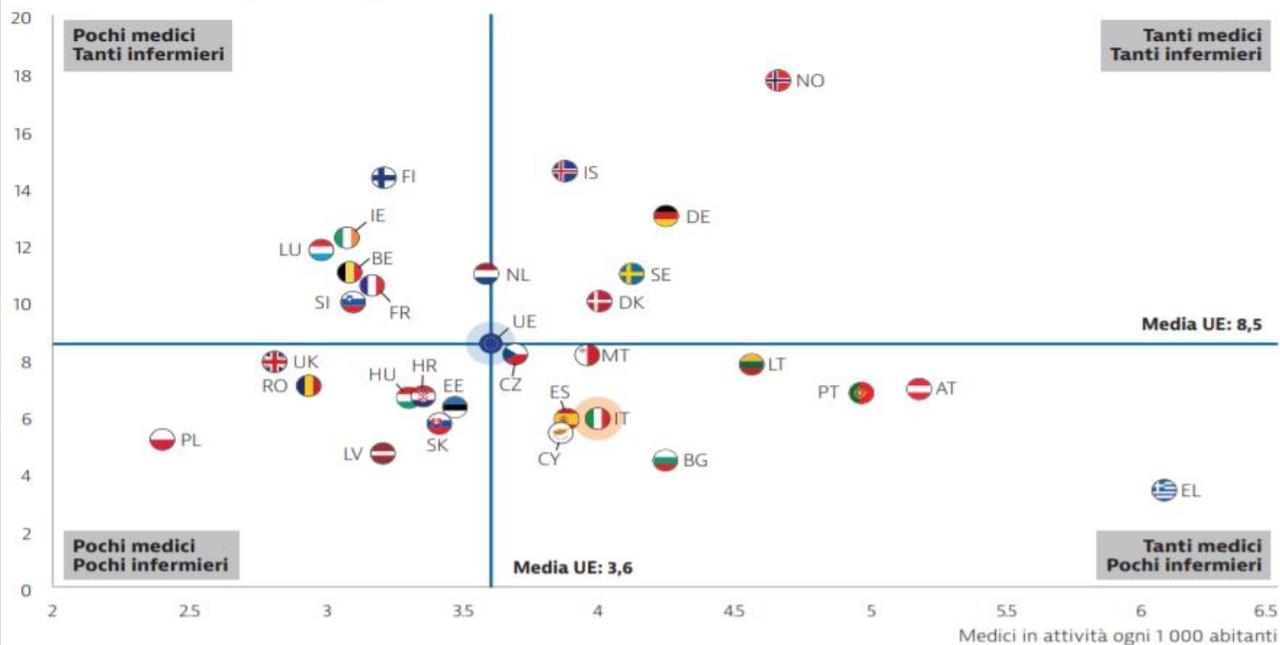
Grafico 4 – Valore degli IFL Enti del SSN del Mezzogiorno e del totale nazionale, anni 2019 e 2021/2022



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OpenBdap 2023; importi in milioni di euro

Figura 8. Rispetto alla media dell'UE, in Italia il numero di medici è elevato mentre quello del personale infermieristico è inferiore

Infermieri che esercitano la professione ogni 1 000 abitanti



Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Anno	Laureati medici	Laureati infermieri e ostetriche	Rapporto M/I e O	Fabbisogno M/I ¹ e O	Differenza relativa	Differenza assoluta
2011	6.072	11.347	1,7	3,4	1,7	10.322
2012	6.635	12.082	1,8	3,4	1,6	10.616
2013	6.467	13.201	2	3,4	1,4	9.054
2014	6.747	12.618	1,9	3,4	1,5	10.121
2015	7.482	12.233	1,6	3,4	1,8	13.468
2016	8.045	11.734	1,5	3,4	1,9	15.286
2017	8.536	11.072	1,3	3,4	2,1	17.926
2018	9.521	10.868	1,1	3,4	2,3	21.898
2019	10.091	10.712	1,1	3,4	2,3	23.209
2020	10.841	9.998	0,9	3,4	2,5	27.103
2021	10.461	9.931	0,9	3,4	2,5	26.153
<i>Totale periodo</i>	91.528	125.796	1,4	3,4	2,0	183.056
<i>Media annua</i>	8.321	11.436	1,4	3,4	2	16.641

L'emigrazione di medici e infermieri all'estero				
Stati di destinazione	2019-2020-2021		2000/2018*	
	Medici	Infermieri	Medici	Infermieri
Austria	111	-	500	-
Belgio	3.156	1.575	7.082	2.109
Canada	247	112	2.058	431
Cile	76	14	57	4
Repubblica Ceca	10	-	19	-
Estonia	3	-	21	-
Finlandia	132	6	469	51
Francia	3.368	718	9.872	4.036
Grecia	-	-	-	65
Germania	2.607	2.700**	12.889	4.200**
Ungheria	8	-	67	1
Israele	4.357	54	28.858	287
Irlanda	380	-	669	-
Lettonia	-	-	3	-
Paesi Bassi	150	57	609	51
Nuova Zelanda	73	16	229	8
Norvegia	133	40	359	120
Polonia	53	-	70	-
Portogallo	-	-	-	79
Slovenia	132	1	315	-
Svezia	216	39	2.269	169
Svizzera	2.526	2.342	8.416	9.145
Regno Unito	3.659	10.135	9.222	19.966
Stati Uniti	-	-	25.690	-
Totale presenza attiva all'estero	21.397	17.809	109.743 (25%=27.436)	29.826 (25%=7.457)
* Il dato rappresenta il totale di professionisti che sono andati a lavorare nei vari Paesi, ma non il numero di quelli che ancora sono attivi nelle singole realtà				
** Il dato è stimato in base a quantificazioni di associazioni professionali e sindacati in quanto la Germania non ha comunicato il numero all'OCSE				
Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati database OCSE 2022				

I macrodati: la situazione italiana rispetto alla media europea*	
Mmg x 100.000 abitanti	89
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-4.900</i>
Specialisti x 100.000 abitanti	288
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>+25.326</i>
Infermieri x 100.000 abitanti	626
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-148.366</i>
Ostetriche x 100.000 abitanti	29
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-8.300</i>
Personale di supporto x 100.000 abitanti	1025
<i>Differenza rispetto a media Europa in valori assoluti di unità di personale</i>	<i>-181.512</i>
* Quali sarebbero le differenze "secche" rispetto alla media europea della presenza di personale per l'assistenza sanitaria	



Il Report di Cittadinanzattiva

CHI SIAMO

COSA FACCIAMO

COSA PUOI FARE

Posizione in classifica	Provincia	N° persone per ogni Medico di Medicina Generale
1	Bolzano	1.539
2	Bergamo	1.517
3	Brescia	1.516
4	Treviso	1.445
5	Trento	1.403
6	Pordenone	1.397
7	Verona	1.395
8	Imperia	1.392
9	Milano	1.392
10	Parma	1.391
Media nazionale		1.245

Fonte: Elaborazione Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, 2020

Posizione in classifica	Provincia	N° minori per ogni pediatra
1	Asti	1.813
2	Brescia	1.482
3	Novara	1.370
4	Vercelli	1.367
5	Bolzano	1.364
6	Cuneo	1.331
7	Torino	1.320
8	Perugia	1.252
9	Udine	1.237
10	Alessandria	1.236
Media nazionale		1.061

Fonte: Elaborazione Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, 2020

Posizione in classifica	Provincia	N° donne per ogni ginecologo ospedaliero
1	Caltanissetta	40.565
2	Macerata	18.460
3	Reggio Calabria	9.992
4	Viterbo	9.163
5	La Spezia	8.061
6	Vibo Valentia	8.002
7	Venezia	7.647
8	Lodi	7.528
9	Savona	7.370
10	Cosenza	7.229
Media nazionale		4.132

Fonte: Elaborazione Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, 2020

Posizione in classifica	Provincia	N° persone per ogni cardiologo ospedaliero
1	Bolzano	224.706
2	Potenza	105.789
3	Crotone	72.172
4	Caltanissetta	36.941
5	Viterbo	34.137
6	Cosenza	21.584
7	Como	19.953
8	Reggio Calabria	15.278
9	Macerata	13.602
10	Brindisi	12.074
Media nazionale		6.741

Fonte: Elaborazione Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, 2020

Case & Ospedali di Comunità nelle Aree Interne

COSA PREVEDE IL PNRR	Totale CdC	CdC nelle Aree Interne		Totale CoT	Totale OdC	OdC nelle Aree Interne		Comuni nelle Aree Interne		Popolazione nelle Aree Interne	
		(D)	(E-F)			(D)	(E-F)	(D)	(E-F)	(D)	(E-F)
Piemonte	82	10	1	43	27	3	0	241	131	378.090	76.192
Valle d'Aosta	4	1	0	1	1	0	0	28	13	23.860	9.191
Liguria	33	4	0	16	11	4	0	82	36	178.500	24.867
Lombardia	199	22	20	101	66	15	5	254	225	733.774	356.947
Trentino Alto Adige	20	5	7	10	6	1	0	80	138	259.747	303.429
Veneto	95	8	2	49	35	6	2	70	43	288.508	93.373
Friuli Venezia Giulia	23	6	1	12	7	2	0	39	43	105.527	38.947
Emilia Romagna	85	18	14	45	27	6	5	82	79	708.151	284.228
Toscana	77	16	10	37	24	3	4	67	97	498.648	389.879
Umbria	17	2	4	9	5	1	0	33	15	148.330	92.745
Marche	29	5	1	15	9	1	0	63	42	152.458	109.512
Lazio	135	23	7	59	36	7	1	157	58	753.849	197.205
Abruzzo	40	8	12	13	11	3	2	89	113	247.838	212.490
Molise	13	3	8	3	2	1	1	33	71	48.589	152.863
Campania	172	19	17	65	48	8	10	125	165	512.298	458.775
Puglia	121	36	24	40	38	11	8	90	58	1.013.336	426.499
Basilicata	19	2	15	6	5	0	5	24	95	126.614	306.661
Calabria	61	25	12	21	20	6	9	149	131	485.416	341.709
Sicilia	156	48	62	50	43	9	17	119	191	1.151.185	1.160.822
Sardegna	50	14	16	16	13	2	5	103	162	245.009	337.073
TOTALE	1431	275	233	611	434	89	74	1928	1906	8.059.727	5.373.407

Fonte: Elaborazione Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva su dati: CIS - Contratti Istituzionali di Sviluppo, 2022 e ISTAT - La geografia delle aree interne nel 2020

La salute in uno sguardo 2023

Indicatori OCSE

Health at a Glance fornisce una serie completa di indicatori sulla salute della popolazione e sulle prestazioni dei sistemi sanitari nei paesi membri dell'OCSE e nelle principali economie emergenti. Questi riguardano lo stato di salute, i fattori di rischio per la salute, l'accesso e la qualità dell'assistenza sanitaria e le risorse del sistema sanitario. L'analisi si basa sulle più recenti statistiche nazionali ufficiali comparabili e su altre fonti. Oltre all'analisi indicatore per indicatore, un capitolo di panoramica riassume la performance comparativa dei paesi e le principali tendenze. Questa edizione si concentra inoltre in particolare sulla sanità digitale, che misura la preparazione digitale dei sistemi sanitari dei paesi OCSE e delinea ciò che i paesi devono fare per accelerare la trasformazione della sanità digitale.

I sistemi sanitari sono sotto pressione finanziaria. Ciò riflette un clima economico difficile, con priorità contrastanti che comprimono i fondi pubblici disponibili per la sanità

- Nel 2019, prima della pandemia, i paesi OCSE spendevano in media l'8,8% del PIL per l'assistenza sanitaria, una cifra relativamente invariata dal 2013. Nel 2021, questa percentuale era balzata al 9,7%. Tuttavia, le stime per il 2022 indicano un calo significativo del rapporto al 9,2%, riflettendo una minore necessità di spesa per affrontare la pandemia ma anche l'impatto dell'inflazione.
- La spesa sanitaria pro capite è stata in media poco inferiore a 5.000 dollari, variando da 12.555 dollari negli Stati Uniti a 1.181 dollari in Messico (aggiustata per le differenze di potere d'acquisto).
- Mentre la forza lavoro nel settore sanitario e sociale continua a crescere, le preoccupazioni relative alle carenze stanno diventando ancora più acute. L'invecchiamento della popolazione è uno dei motivi per cui la domanda di operatori sanitari e di assistenza a lungo termine sembra superare l'offerta, con una media del 18% della popolazione di età pari o superiore a 65 anni nel 2021.
- L'elevata inflazione ha recentemente eroso i salari del settore sanitario in alcuni paesi, rendendo più difficile attrarre e trattenere gli operatori sanitari. Analizzando le tendenze più a lungo termine, la crescita dei salari reali degli operatori sanitari ha subito variazioni marcate, con forti aumenti nella maggior parte dei paesi dell'Europa centrale e orientale a partire dal 2011, mentre Finlandia, Italia, Portogallo, Spagna e Regno Unito hanno registrato salari reali stagnanti o in calo.

Tabella 1.2. **Dashboard sullo stato di salute, 2021 (se non diversamente indicato)**

	Aspettativa di vita		Mortalità evitabile		Condizioni croniche		Salute auto-valutata	
	Anni di vita alla nascita		Morti per 100.000 abitanti (standardizzati per età)		Prevalenza del diabete (% adulti, standardizzati per età)		Popolazione in cattive condizioni di salute (% popolazione di età superiore ai 15 anni)	
OCSE	80.3	+	237	+	7.0	-	7.9	+
Australia	83.3	+	144	+	6.4	+	3,7 ³	+
Austria	81.3	+	198	+	4.6	+	7.4	+
Belgio	81.9	+	178 ²	+	3.6	+	8.0	+
Canada	81.6	+	171 ²	+	7.7	+	2.8	=
Chile	81.0	+	247 ¹	-	10.8	-	6.8	-
Colombia	76,8	+	328 ¹	-	8.3	+	1,3 ²	N / A
Costa Rica	80.8	+	237 ¹	-	8.8	+	3,4 ²	N / A
Repubblica Ceca	77.2	-	335	-	7.1	-	8.6	+
Danimarca	81,5	+	174 ¹	+	5.3	+	7.7	+
Estonia	77.2	+	363	+	6.5	+	12.1	+
Finlandia	81.9	+	186 ¹	+	6.1	-	6.2	+
Francia	82.4	+	160 ³	+	5.3	+	8.9	-
Germania	80.8	+	195 ¹	+	6.9	-	12.4	-
Grecia	80.2	-	204 ¹	-	6.4	-	6.5	+
Ungheria	74.3	-	404 ²	+	7.0	-	8.2	+
Islanda	83.2	+	142	+	5.5	-	5,9 ²	+
Irlanda	82.4	+	172 ²	+	3.0	+	5.2	-
Israele	82.6	+	141 ¹	+	8.5	-	10.9	+
Italia	82.7	+	146 ³	+	6.4	-	8.1	+
Giappone	84,5	+	134 ¹	+	6.6	+	13,6 ²	+
Corea	83.6	+	142 ¹	+	6.8	+	13,8 ¹	+

Lettonia	73.1	=	531	-	5.9	+	13.1	+
Lituania	74.2	+	481	+	5.8	+	13.1	+
Lussemburgo	82.7	+	147	+	5.9	-	5.9	+
Messico	75.4	+	665 ¹	-	16.9	-	N / A	N / A
Olanda	81.4	+	161 ¹	+	4.5	+	5.2	+
Nuova Zelanda	82.3	+	179 ³	+	6.2	+	2.1	+
Norvegia	83.2	+	156 ³	+	3.6	+	9,0 ¹	-
Polonia	75,5	-	344 ¹	-	6.8	+	10.3	+
Portogallo	81,5	+	180 ²	+	9.1	+	13.3	+
Repubblica Slovacca	74.6	-	321 ²	+	5.8	-	13.2	+
Slovenia	80.7	+	221 ¹	+	5.8	+	8.3	+
Spagna	83.3	+	163	+	10.3	-	7.7	-
Svezia	83.1	+	150 ²	+	5.0	-	6.4	-
Svizzera	83,9	+	133 ¹	+	4.6	+	3.9	-
Turchia	78,6 ²	+	233 ²	+	14.5	-	8.4	+
Regno Unito	80,4 ¹	=	222 ¹	-	6.3	-	7,4 ²	-
stati Uniti	76.4	-	336 ¹	-	10.7	-	3.1	=

Migliore della media OCSE.

Vicino alla media OCSE.

Peggiora della media OCSE.

1. Dati 2020.

2. Dati 2018/19.

3. Dati 2016/17.

Nota: Il simbolo + indica un miglioramento nel tempo, - un peggioramento nel tempo, = nessun cambiamento. Lettonia, Lituania e Messico sono esclusi dal calcolo della deviazione standard per la mortalità evitabile, mentre Messico e Turchia sono esclusi dalla prevalenza del diabete.

Tabella 1.5. **Dashboard sulla qualità delle cure, 2021 (se non diversamente indicato)**

	Cure primarie sicure		Cure primarie efficaci		Cure preventive efficaci		Cure secondarie efficaci		
	Antibiotici prescritti (dose giornaliera definita per 1 000 persone)		Ricoveri ospedalieri evitabili (per 100.000 persone, standardizzati per età e sesso)		Screening mammografico negli ultimi 2 anni (% donne di età compresa tra 50 e 69 anni)		AMI	Colpo	Mortalità a 30 giorni a seguito di IMA o ictus (per 100 ricoveri di età pari o superiore a 45 anni, standardizzati per età e sesso)
OCSE	13.1	+	463	+	55.1	-	6.8	7.8	+
Australia	16.8	-	654	+	47.1	-	3,3 ¹	4.8	+
Austria	7.2	+	483	+	40.1	N / A	5.8	6.6	+
Belgio	16.0	+	633 ²	-	56,1 ¹	-	4.3	8.2	+
Canada	9.0	N / A	388	+	59,7 ²	+	4.7	7.7	+
Chile	N / A	N / A	220	+	35.8	+	7,2 ²	8.3	+
Colombia	N / A	N / A	N / A	N / A	N / A	N / A	5,6 ²	6.1	+
Costa Rica	N / A	N / A	278 ³	+	36	+	N / A	N / A	N / A
Repubblica Ceca	11.5	N / A	577	+	58.3	+	6.2	9.4	=
Danimarca	12.6	+	538	+	83.0	=	4.8	4.9	+
Estonia	8.7	+	354	+	58.7	+	11.3	9.0	-
Finlandia	9.4	+	490	+	82.2	-	7.3	9.1	+
Francia	19.3	+	601 ⁴	+	46.9	-	5,5 ²	7,3 ⁴	+
Germania	8.1	+	728	+	47,5	-	8.6	6.6	+
Grecia	21.7	+	N / A	N / A	65,7 ²	+	N / A	N / A	N / A
Ungheria	10.8	+	N / A	N / A	29.8	-	N / A	N / A	N / A
Islanda	15.7	+	308	+	54.0	-	1.7	3.1	+

Israele	14.4	+	440	+	71.9	+	5.2	5.4	
Italia	15.9	+	214	+	55.9	-	5,3 ²	6,6 ⁴	
Giappone	12,2 ²	+	N / A	N / A	44,6 ²	+	8,3 ¹	2.9	
Corea	16.0	+	375	+	69,9	+	8.4	3.3	
Lettonia	10.1	+	N / A	N / A	30.8	-	15.9	20.5	
Lituania	11.7	N / A	554	+	45,5	+	10.3	15.4	
Lussemburgo	14.6	+	502	-	53,8	-	9.9	6.0	
Messico	N / A	N / A	195	+	20,2 ¹	+	23.7	17.2	
Olanda	7.6	+	318	+	72.7	-	2.9	4.9	+
Nuova Zelanda	N / A	N / A	N / A	N / A	63.3	-	4.1	5.9	+
Norvegia	12.8	+	477	+	65,5	-	2.6	3.1	+
Polonia	18.8	-	663	+	33.2	N / A	5.2	11,8 ³	+
Portogallo	13.7	+	266	N / A	80,2 ²	-	8.0	10.4	+
Repubblica Slovacca	14.5	+	615	+	25,5	-	7.4	9.9	+
Slovenia	8.7	+	367	+	77.2	+	5.1	12.1	+
Spagna	18.4	-	356	+	73,8 ¹	-	6.5	9.4	+
Svezia	8.6	+	361	+	80,0	N / A	3.6	5.5	+
Svizzera	N / A	N / A	424	-	49 ³	+	5,1 ⁴	5,6 ⁴	+
Turchia	11.3	+	827 ³	N / A	20.5	-	6.0	7.6	N / A
Regno Unito	N / A	N / A	403	+	64.2	-	6.7	9.0	+
stati Uniti	N / A	N / A	725	+	76.1	-	5,5 ¹	4.3	-

Migliore della media OCSE.

Vicino alla media OCSE.

Peggiora della media OCSE.

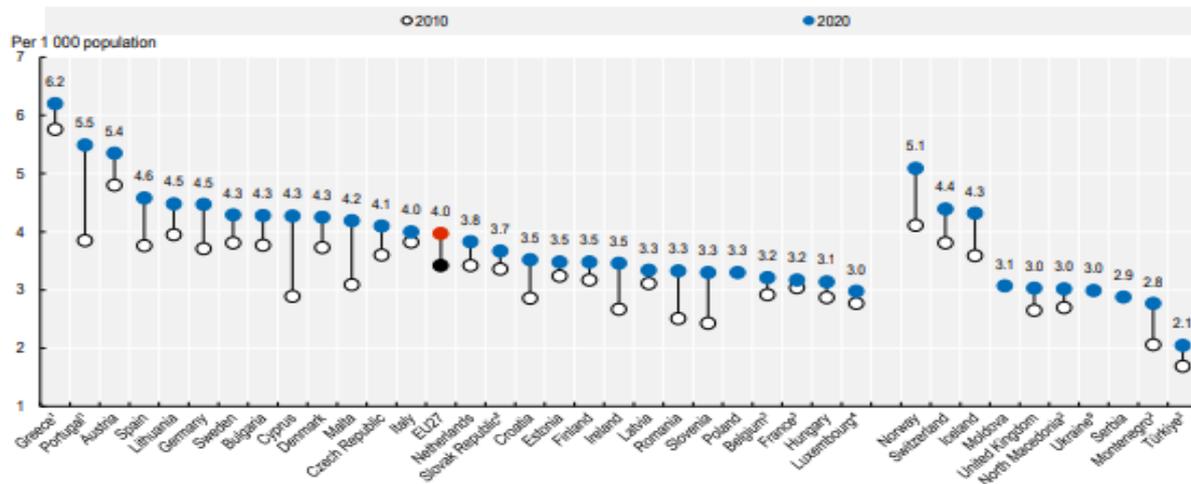
1. Dati 2020.

2. Dati 2019.

3. Dati 2017/18.

4. Dati 2014/15.

Figure 7.10. Practising doctors per 1 000 population, 2010 and 2020 (or nearest year)

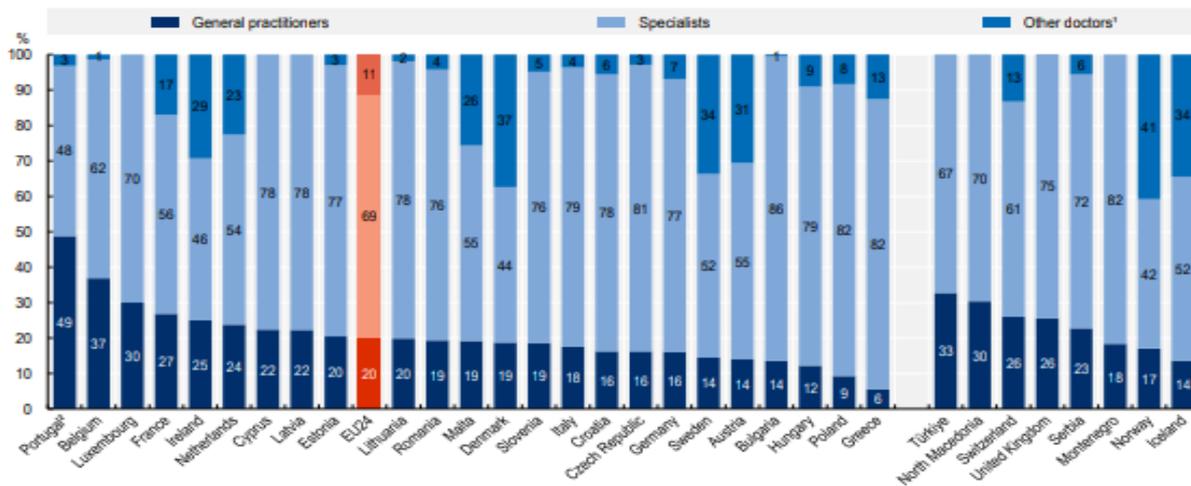


Note: The EU average is unweighted. 1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal). 2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors). 3. Medical interns and residents are not included. 4. The latest data refer to 2017 only. 5. The latest data refer to 2014 only.

Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database; WHO National Health Workforce Accounts for Moldova and Ukraine.

StatLink <https://stat.link/ejrwy5>

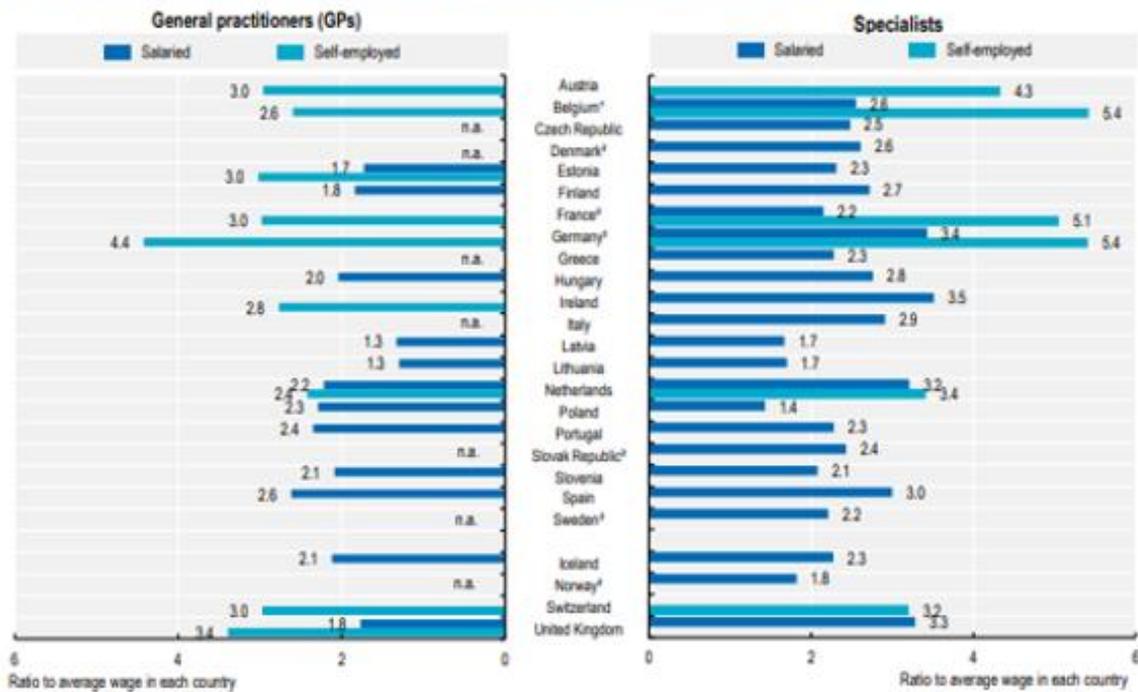
Figure 7.11. Share of different categories of doctors, 2020 (or nearest year)



Note: The EU average is unweighted. 1. The category "Other doctors" includes non-specialist doctors working in hospital, recent medical graduates who have not yet started post-graduate specialty training, as well as any other doctors not further defined. 2. In Portugal, only about 30% of doctors employed by the public sector work as GPs in primary care – the other 70% work in hospitals.

Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database.

Figure 7.12. Remuneration of doctors, ratio to average wage, 2020 (or nearest year)



1. Practice expenses of self-employed GPs and specialists are included (resulting in an over-estimation). 2. Data for both salaried GPs and specialists are reported under salaried specialists as it is not possible to separate these two groups of doctors.
Source: OECD Health Statistics 2022.

Figure 7.16. Practising nurses per 1 000 population, 2010 and 2020 (or nearest year)

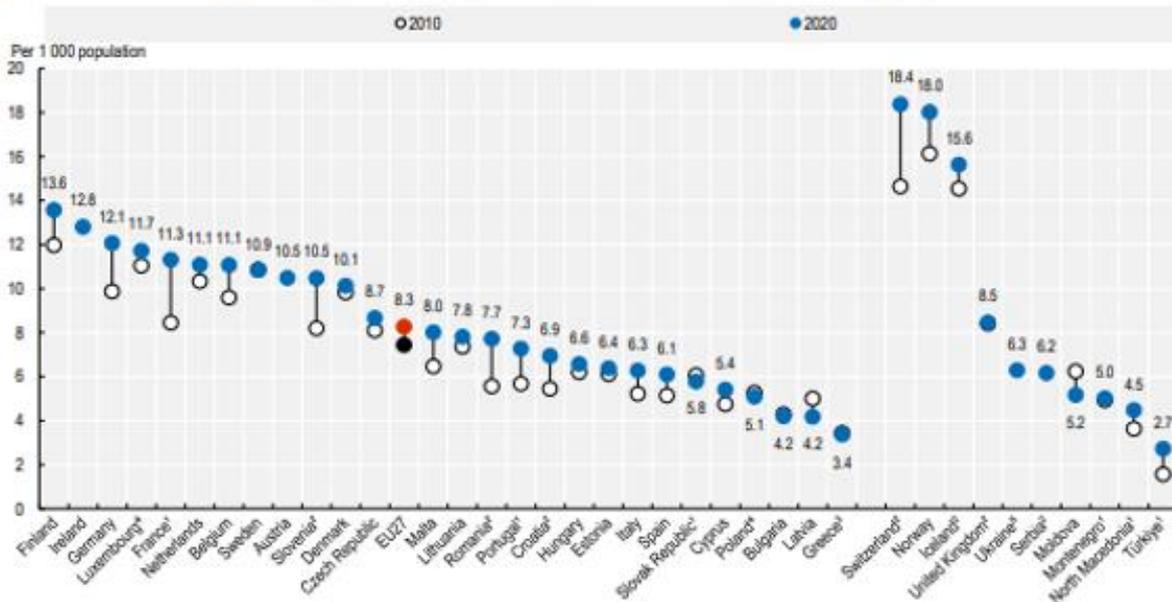
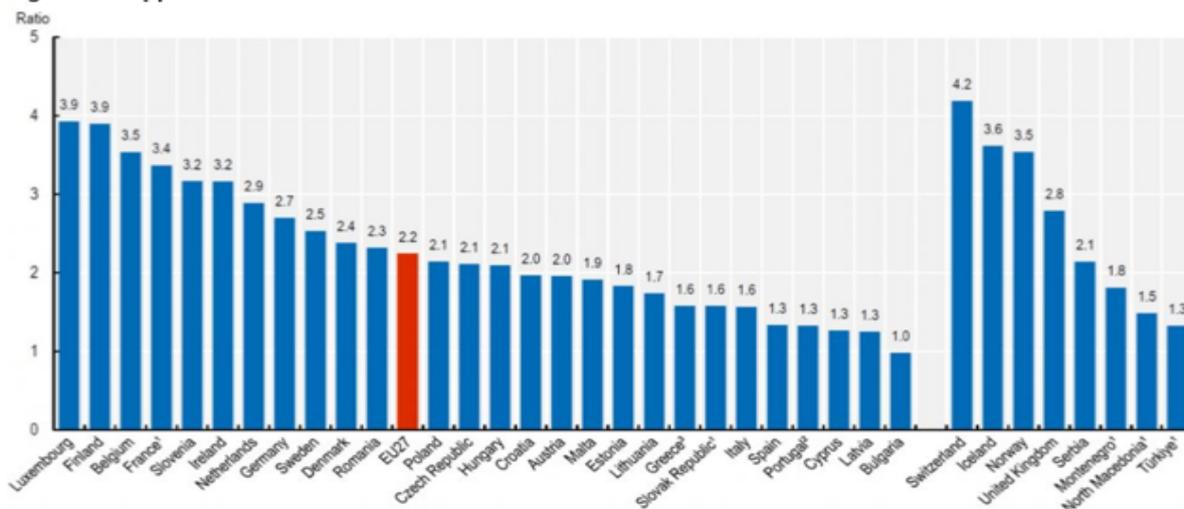
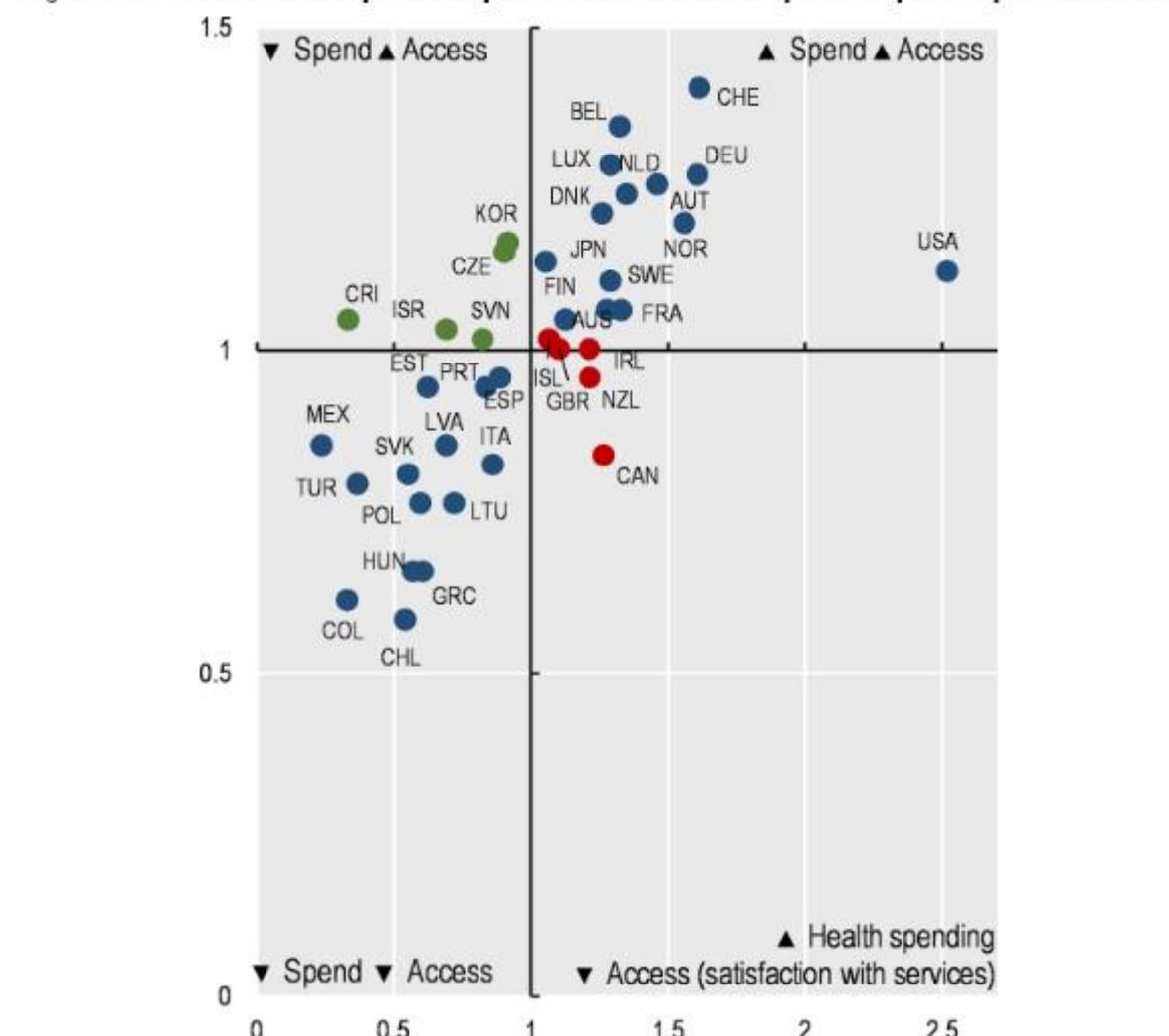


Figura 1. Rapporto Medici – Infermieri nei Paesi UE e in alcuni Paesi extra UE

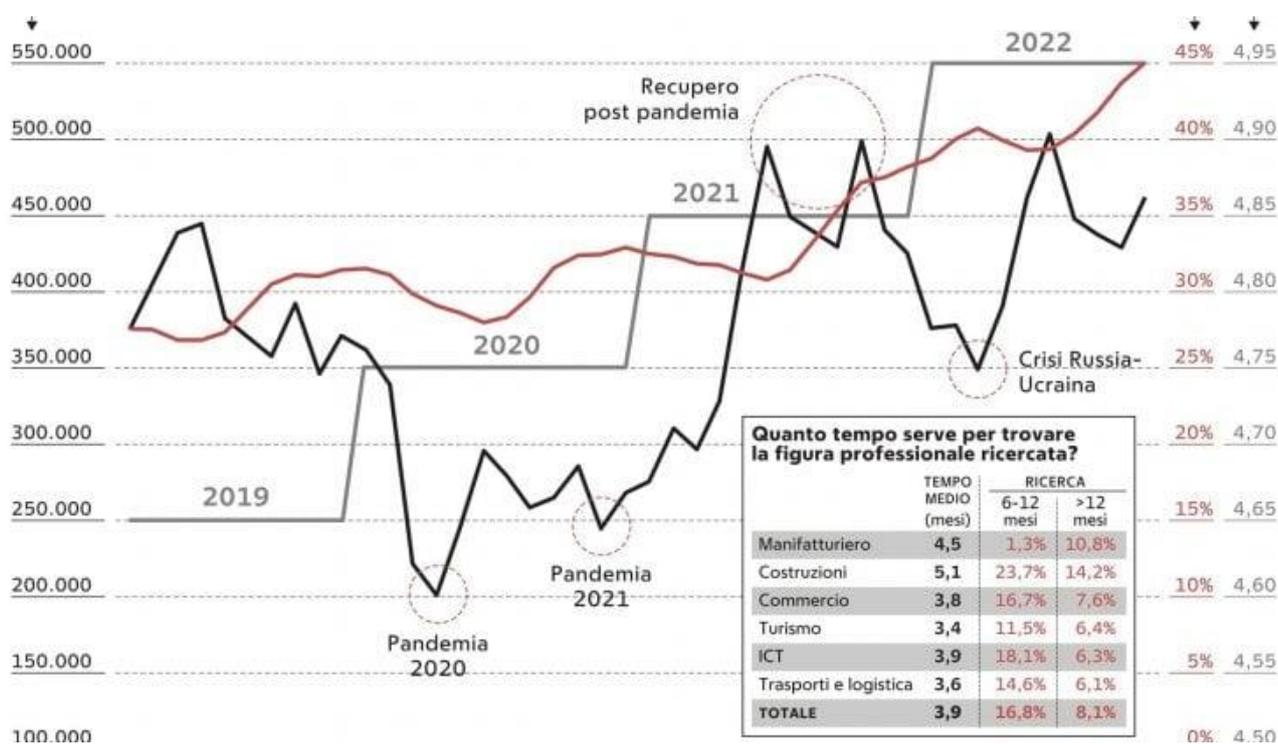


Fonte: OCSE - Rapporto Health at a Glance 2022

Figura 1.9. Soddisfazione per la disponibilità di servizi di qualità e per la spesa sanitaria



Non è un problema solo in sanità ... Ci mancano 2.000.000 lavoratori ...



	ENTRATE DI DIFFICILE REPERIMENTO E QUOTA % SUL TOTALE ENTRATE	
	2022	2019
DIRIGENTI	6.160 (55,3%)	4.580 (49,4%)
PROFESSIONI INTELLETTUALI, SCIENTIFICHE E SPECIALIZZATE	160.360 (47,2%)	104.420 (38,2%)
PROFESSIONI TECNICHE	340.200 (48,7%)	238.780 (37,6%)
IMPIEGATI	124.520 (28,9%)	82.120 (19,2%)
PROFESSIONI QUALIFICATE NELLE ATTIVITÀ COMMERCIALI E NEI SERVIZI	537.090 (37,9%)	304.560 (23,0%)
OPERAI SPECIALIZZATI	420.360 (55,4%)	241.660 (37,2%)
CONDUTTORI DI IMPIANTI E OPERAI DI MACCHINARI FISSI E MOBILI	306.760 (43,2%)	161.640 (26,2%)
PROFESSIONI NON QUALIFICATE	202.940 (25,0%)	79.630 (11,6%)
TOTALE	2.098.390 (40,5%)	1.217.390 (20,0%)

FONTE: UNIONCAMERE-ANPAL, SISTEMA INFORMATIVO EXCELSIOR, 2019



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il personale del Servizio Sanitario Nazionale

Ottobre 2022



Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
Via Piemonte 60, Via Puglie, 23
00187 Roma
Tel. 06-427491
Fax: 06-42749488
www.agenas.gov.it

Figura n.2. Rapporto Medici e Infermieri.

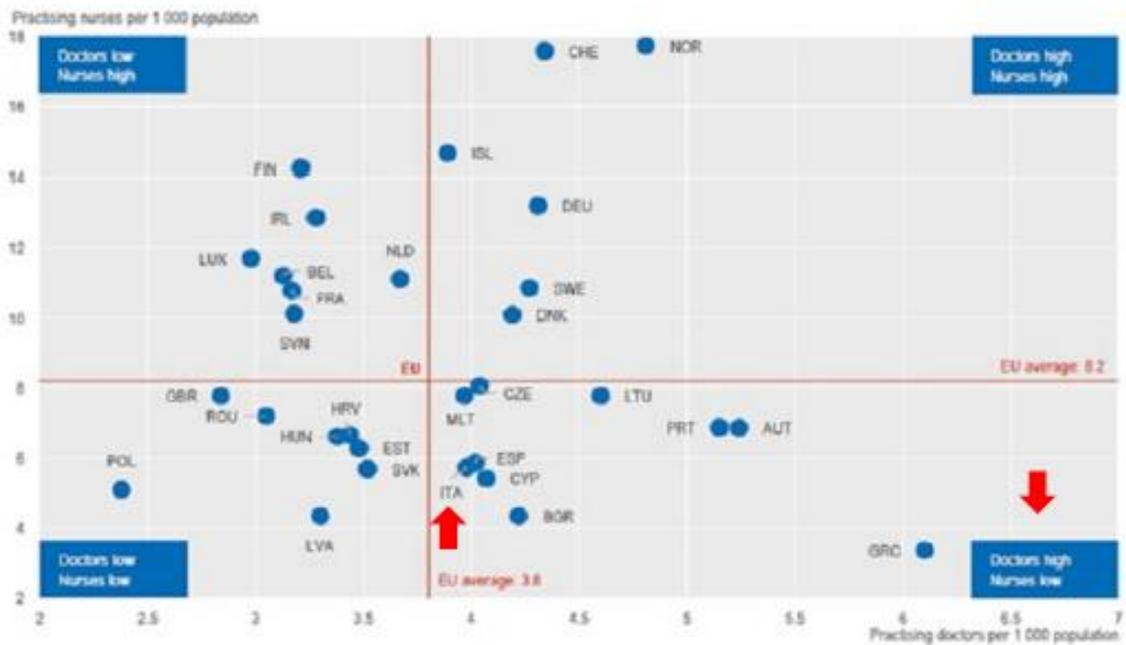
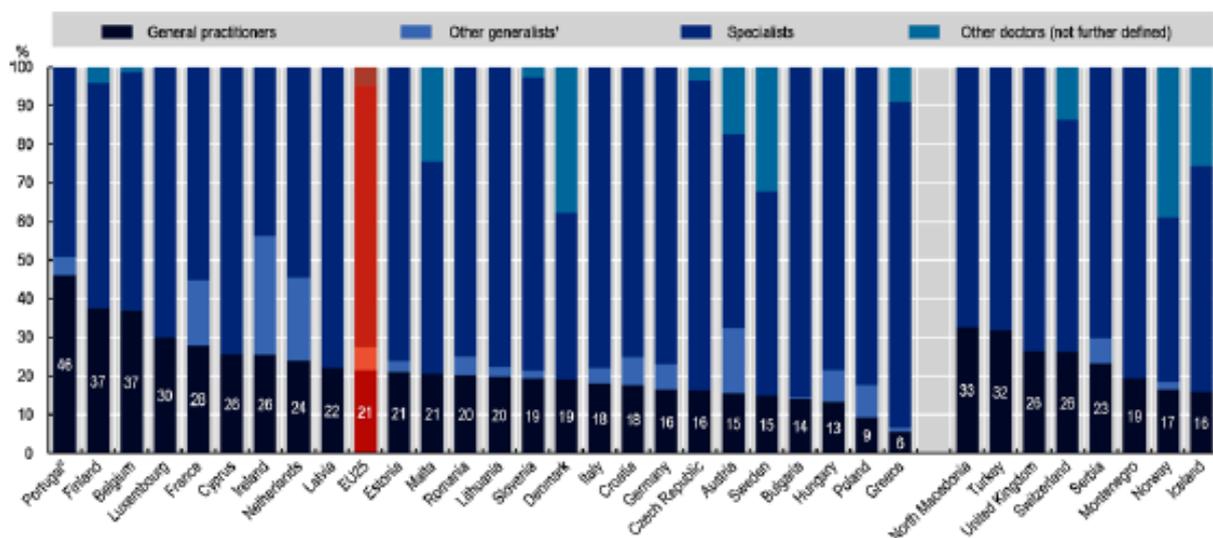


Figura n. 3. Quota percentuale delle diverse categorie di medici, 2018.



Fonte: OCSE 2020

Tabella 2. Personale impiegato presso le strutture del SSN.

Regioni	Medici e odontoiatri 2020 ¹	Infermieri 2020 ¹
Abruzzo	2.717	5.769
Basilicata	994	2.628
Calabria	3.574	6.992
Campania	9.157	18.275
Emilia Romagna	9.098	27.631
Friuli Venezia G	2.422	7.595
Lazio	8.055	20.797
Liguria	2.223	6.483
Lombardia	13.421	35.859
Marche	2.858	7.608
Molise	477	1.402
PA Bolzano	957	3.382
PA Trento	1.141	3.124
Piemonte	8.362	22.408
Puglia	6.346	15.403
Sardegna	4.031	8.066
Sicilia	8.844	17.221
Toscana	8.383	22.720
Umbria	1.996	4.898
Valle d'Aosta	325	710
Veneto	7.711	25.715
Totale	103.092	264.686

¹Fonte Conto annuale 2020

Tabella 3. Distribuzione dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS) per regione nel triennio 2019-2021.

REGIONE	2019		2020		2021	
	MMG	PLS	MMG	PLS	MMG	PLS
ABRUZZO	1.078	166	1.065	151	1.036	147
BASILICATA	475	60	466	59	435	56
CALABRIA	1.496	256	1.494	254	1.089	186
CAMPANIA	4.037	754	3.732	739	3.631	730
EMILIA ROMAGNA	2.949	615	2.947	612	2.850	595
FRIULI V. GIULIA	809	121	790	119	768	116
LAZIO	4.462	773	4.350	772	4.244	741
LIGURIA	1.139	165	1.109	161	1.054	156
LOMBARDIA	6.091	1.165	5.984	1.153	5.774	1.121
MARCHE	1.094	174	1.083	172	1.042	166
MOLISE	258	36	247	36	244	36
PIEMONTE	2.952	401	2.946	397	2.882	375
P. A. BOLZANO	284	63	292	61	292	61
P. A. TRENTO	340	72	334	71	330	70
PUGLIA	3.260	559	3.247	555	3.144	538
SARDEGNA	1.147	187	1.168	177	1.118	167
SICILIA	4.000	721	3.928	693	3.871	656
TOSCANA	2.622	438	2.644	430	2.653	448
UMBRIA	728	115	729	110	719	105
VALLE D'AOSTA	84	16	82	14	79	14
VENETO	3.123	551	3.070	549	2.995	538
Totale complessivo	42.428	7.408	41.707	7.285	40.250	7.022

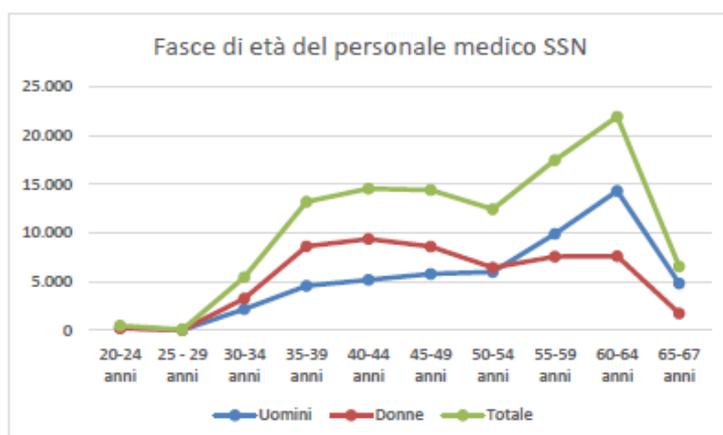
Fonte. Elaborazione AGENAS su dati Ministero della salute – NSIS – modello FS12

Tabella 4: Per calcolare il *tasso di turnover* è stato rapportato il numero degli assunti a quello dei cessati per ogni anno. Questo coefficiente, se maggiore di 100 indica che si è in presenza di un ampliamento delle risorse, al contrario, se minore di 100, si è in presenza di una contrazione dell'organico.

Regione	Tasso turnover Medici	Tasso turnover Infermieri
Campania	69	57
Emilia-Romagna	102	108
Lazio	69	62
Lombardia	100	102
Piemonte	92	95
Sicilia	69	62
Toscana	105	95
Veneto	101	99
Italia	90	95

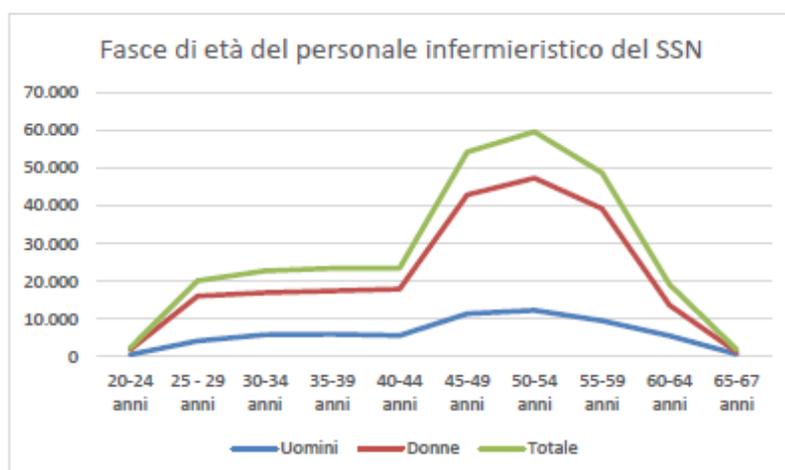
Fonte elaborazione Agenas su CA2020 (sono state considerate solo le Regioni con più di 40.000 professionisti sanitari).

Grafico n.1. Età media del personale medico: uomini 53,8 anni, donne 48,8 anni. Età media totale 51,3 anni.



Elaborazione AGENAS su dati del Conto Annuale 2020

Grafico 2. Età media degli infermieri: uomini, 47,2; donne, 47,4. Età media totale 47,3.



Elaborazione AGENAS su dati del Conto Annuale 2020

Tabella n.5. 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
Totali	21.959	6.558	814
<i>totale complessivo</i>	29.331		

Elaborazione AGENAS su CA 2020. Si è tenuto conto del solo parametro pensionistico a 65 anni.

Tabella n.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
totali parziali	19.204	1.837	9
<i>Totale complessivo</i>	21.050		

Elaborazione AGENAS su CA 2020. Si è tenuto conto del solo parametro pensionistico a 65 anni.

Tabella n.7. Stima del personale medico in uscita al 2027.

Medici SSN e MMG	
Totale in servizio SSN ¹	103.092
Totale over 60 anni ¹	29.331
% over 60 anni sul totale dei medici in servizio in SSN ²	28,45%
Uscite annue medici SSN (29.331/5anni) ²	5.866
Totale MMG al 2020 ³	41.707 ³
Stima del 28,45% over 60 anni in servizio nel 2027 ⁴	11.865
Uscite annue medici MMG (11.865/5 anni) ⁴	2.373
Totale uscite al 2027 (29.331 + 11.865) ⁴	41.196
Uscite annue medici (SSN + MMG = 41.196/5 anni) ⁴	8.239

quotidianosanita.it

Un medico italiano guadagna, a parità di potere d'acquisto, il 70% in meno di un collega tedesco e il 40% in meno di un inglese. Anche gli infermieri sono sottopagati. Gli ultimi dati Ocse

Luciano Fassari

L'analisi si basa sui dati Ocse del 2020 calcolati in dollari e perequati per potere d'acquisto. Per i medici e gli infermieri italiani si conferma un quadro molto negativo con stipendi decisamente più bassi di quelli dei colleghi degli altri Paesi, sia europei che d'oltreoceano. La media di un medico italiano è di 110 mila dollari e quella di un infermiere di 39 mila. Cifre nettamente inferiori a quelle percepite nella maggior parte dei paesi europei, negli Usa ma anche in paesi come la Corea del Sud e il Cile. Ecco tutti i dati Paese per Paese.

Dataset: Health Care Resources		Remuneration of specialists										
Variable		Measure										
Year		Salaried, income, PPP for private consumption, in US\$										
Country	Year	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Belgium		111419,01	117589,33	121063,23	133049,18	137926,94	133197,66	136005,23	136476,18	133693,07	134873	140624,70
Chile		57833,99	69401,5	77935,55	103872,34	123858,70	133600,07	134172,38	140574,99	137395,99	136536,48	
Costa Rica		6839,5	72936,92	77299,21	80482,47	81799,86	82104,36	82988,39	84470,75	85863,03	85325,44	77591,97
Czech Republic		39745,34	46186,83	46000,72	46999,1	50597,87	53393,9	57028,63	61001,03	65842,88	67946,23	73384,07
Denmark		122289,7	122213,64	123800,31	128870,95	127445,2	129048,2	132479,75	138573,6	143494,31	143385,07	153224,2
Estonia		37192,93	39189,6	40872,75	42941,7	45880,76	48314,2	55482,3	55506,16	58621,54	59203,96	69822,67
Finland		98022,17	102814,46	102995,05	105757,92	107364,16	109368,55	114061,85	113841,66	118336,75	119263,11	125820,26
France		83502,12	85004,57	88207,38	92169,27	93145,84	92003,78	96880,26	97036,07	98809,62	98992,67	
Germany		144905,04	161096,32	153321,26	156975,43	160322,5	159800,6	169147,77	172802,55	178572,11	179378,34	187703,25
Greece		68254,68	67813,33	64255,69	59947,57	62910,99	60983,04				60220,27	60736,49
Hungary		30837,69	31624,5	37189,48	42121,28	43148,99	43273,21	49782,57	56837,62	65321,43	64614,22	68377,23
Iceland		87878,91	92088	99437,63	102551,57	109040,94	124496,4	130359,12	137049,52	141095,68	138096,89	149026,36
Ireland		168290,58	184191,57	183072,44	178701,77	166644,02	162476,11	163886,93	168056,65	169444,33	169051,32	169529,92
Israel		95082,4	104328,5	111729,47	111170,42	112388,18	121709,18	131833,12	136287,36	136751,49	137650,03	138703,09
Italy		89516,83	87457,76	86451,97	87997,11	86890,41	84700,94	89259,73	90247,86	92066,62	92634,85	110348,3
Korea		136104,21	143880,02	151159,41	146718,23	147677,52	157378,2	163621,84	166603	176145,29	182406,58	196463,16
Latvia		26231,88				30422,82				43252,7		
Lithuania		26913,12				34894,03				46226,24		
Luxembourg		201967,05	214787,47	224680,95	240496,69	250630,65	264634,36					
Mexico		45467,99	48412,83	47517,17	49903,75	51099,75	52804,41	54797,55	53206,8	54010,38	53818,71	56210,06
Netherlands		166985,84	168368,17	173213,37	178443,36	186106,37	169635,98	174829,4	177284,85	183723,28	179737,77	190655,97
New Zealand		107794,32	111192,91	116175,6	115313,19	117308,1	118240,64	122311,16	123114,57	129482,02	133787,43	132758,3
Norway		79043,08	81960,07	83633,62	84785,86	86637,39	89895,28	88485,94	96381,88	99795,69	98758,72	101451,12
Poland		32113,35		34864,73		35855,16		36381,45		44033,25		44644,65
Portugal		87505,76	81796,18	82387,85	60864,36	81025,22	59929,13	84400,99	86288,2	86774,67	88237,36	84818,05
Slovak Republic		36203,87	35267,37	41520,97	45989,18	48869,05	62258,29	51143,05	50362,69	52088,02	53939,97	56993,19
Slovenia		79572,11	78466,22	76210,76	73654,5	74599,55	71675,92	74354,3	77850,44	82923,28	82899,73	80616,08
Spain			83817,69	79794,6	84941,74	86450,26	86833,36	90327,35	94978,47	100352,14	106656,72	111950,25
Sweden						97224,07	97586,16	99176,97	100338,54	102801,16	100787,70	106392,95
Türkiye		69341,51	63976,7	95323,55	98272,63	97886,29	93400,84	91826,92	92031,84	89336,15	86108,93	101810,85
United Kingdom		143745,84	141691,72	138430,75	140009,30	140835,67	140746,7	144017,77	146374,95	146219,15	149848,55	155482,23

Spostando l'obiettivo sugli infermieri i dati sono però ancora peggiori. In Italia lo stipendio medio del 2020 (sempre a parità di potere d'acquisto e in dollari) è di circa 39 mila dollari numeri ben distanti dagli 87 mila dollari che percepiscono gli infermieri belgi e dagli 81 mila dollari di quelli statunitensi. Ma i numeri sono più bassi del 51% anche se riferiti ai tedeschi (59 mila dollari nel 2018 ultimo dato presente), agli spagnoli che percepiscono 56 mila dollari e ai britannici (48 mila dollari). Facciamo meglio di Grecia e Ungheria ma in questo caso la forbice è molto stretta.

Variable	Remuneration of hospital nurses											
Measure	Salaried, income, PPP for private consumption, in US\$											
Year	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Country												
Australia	53843,38	58451,88	58188,39	60094,07	60803,18	61464,55	63215,45	64676,11	67774,64	70296,88	...	
Belgium	65129,47	68170,65	70446,92	73884,12	75153,27	75457,56	76933,93	78561,11	81356,08	81023,07	87354,35	
Canada	49582,46	51137,96	51537,81	51545,92	52238,43	51647,57	54253,77	54940,64	56538,26	56681,01	58426,24	
Chile	...	34003,21	36533,36	47327,66	45089,78	46605,94	48732,01	48008,74	50464,7	48743,86	50020,4	
Costa Rica	48420,12	50035,18	51520,22	52106,66	52941,18	53134,19	53706,09	54659,25	55549,78	56092,44	51573,47	
Czech Republic	20961,26	21680,09	22071,1	22517,01	23464,56	24279	26435,81	29712,17	33154,21	36665,41	42040,67	
Denmark	50544,34	51109,05	51844,25	53088,37	53122,4	53788,36	55258,06	57841,44	60093,01	60353,21	65219,93	
Estonia	17879,67	18016,51	18128,02	20652,58	20956,35	23150,96	26124,88	25482,87	27255,87	27919,5	32699,08	
Finland	36788,71	37818,05	38065,19	38938,55	39329,35	38997,69	40229,63	40296,88	41346,34	41920,32	43615,78	
France	36482,17	38079,95	38259,33	39488,7	39787,71	39369,83	40773,05	41177,01	42013,84	41909,47	...	
Germany	45521,59	...	...	...	51065,28	...	...	...	59988,19	...	...
Greece	33841,47	32876,53	34683,34	31856,15	33430,91	30090,28	...	...	...	31315,9	34774,12
Hungary	15114,06	15505,01	16824,21	18511,82	18245,78	18123,23	20468,41	22966,18	26400,33	26587,27	33088,01	
Iceland	37240,27	39451,62	41606,72	46119,46	48059,16	50675,73	53462,26	59447,28	64059,7	65073,17	69486,06	
Ireland	47647,9	55409,23	53654,34	52987,63	52204,57	50685,71	52141,45	51859,84	51698,87	50548,33	55924,32	
Israel	38276,19	40818,61	42496,02	44163,92	45416,52	47043,94	51514,3	53286,79	54811,11	53963,37	57026,66	
Italy	37342,86	37377,49	36942,47	37374,98	37112,74	33665,07	35476,99	35869,65	38443,63	38378,73	39586,4	
Japan	37671,76	...	40110,6	...	41964,37	...	40401,07	...	40664,93	...	41992,92	
Korea	40098,45	41828,81	43027,7	41796,62	41965,36	44754,25	46108,94	46577,47	48975,54	49737,68	52766,03	
Latvia	12064,61	...	...	...	15193,86	...	...	...	24018,25	...	...
Lithuania	12680,83	...	...	...	15607,59	...	...	...	23939,84	...	...
Luxembourg	75553,81	78430,73	80513,18	83777,77	85252,41	85002,96	86420,47	97144,93	103001,12	101257,84	103963,29	
Mexico	23897,01	24996,35	25471,57	26736,27	27363,23	28263,15	29315,18	28449,64	28986,58	29277,85	30690,07	
Netherlands	54519,2	56103,38	58017,99	60079,77	59207,29	59975,8	62295,31	63760,2	66116,18	64743,4	71170,42	
New Zealand	45370,55	45857,76	46882,31	46953,41	48966,5	47430,28	49064,59	50148,08	50080	55084,3	54394,68	
Norway	45985,54	48014,5	49449,55	49806,57	52543,76	49489,14	50109,84	53091,13	55980,91	55311,44	56268,71	
Poland	22204,21	...	22955,91	...	24199,95	...	28509,11	...	37780,54	...	44140,54	
Portugal	26650,35	25986,67	22374,95	27526,89	26181,95	25688,45	26660,97	26872	27421,48	28392,35	28848,42	
Slovak Republic	16286,31	16578,12	18515,21	19965,67	20451,13	21757,03	21794,96	21452,02	22720,87	25171,63	26907,51	
Slovenia	31443,39	40152,57	39452,71	38908,64	40307,45	39237,33	41583,13	42315,01	42990,57	45411,94	50726,07	
Spain	...	44534,6	42118,04	44921,82	46878,15	48126,04	49401,39	50768,7	52510,07	53917,07	56173,52	
Switzerland	42979,57	46548,88	49092,53	51383,74	52280,53	53011,5	54225,16	54587,39	54899,24	54823,02	57538,2	
Türkiye	21394,65	21580,33	30065,94	32003,7	33589,81	35081	36276,15	37265,4	37243,91	36523,49	37464,47	
United Kingdom	43028,24	43699,7	43567,88	43531,69	43282,7	42981,79	44108,97	44624,36	45806,7	46796,73	48549,8	
United States	68700	69880	69550	70610	71640	72980	74250	75770	77670	79400	81630	

Data extracted on 04 Nov 2022 08:44 UTC (GMT) from OECD.Stat

Legend:

- D:** Difference in methodology
- E:** Estimated value
- B:** Break
- P:** Provisional value

Personale dipendente a tempo indeterminato del SSN per categoria - Anno 2021 (31/12/2020)

CATEGORIA	Totale	di cui Donne	di cui Donne %
MEDICI	107.379	53.568	49,9%
VETERINARI	4.505	1.222	27,1%
ODONTOIATRI	118	36	30,5%
FARMACISTI	2.990	2.387	79,8%
BIOLOGI	3.642	3.009	82,6%
CHIMICI	179	94	52,5%
FISICI	677	378	55,8%
PSICOLOGI	4.856	3.825	78,8%
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	568	352	62,0%
PERS. INFERMIERISTICO	275.501	214.141	77,7%
PERS. TECNICO SANITARIO	35.061	22.655	64,6%
PERS. VIGILANZA ED ISPEZIONE	9.363	4.394	46,9%
PERS. FUNZ. RIABILITATIVE	19.984	16.359	81,9%
PROFILO RUOLO PROFESSIONALE	259	27	10,4%
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	1.194	318	26,6%
PROFILO RUOLO TECNICO	114.576	73.524	64,2%
DIR. RUOLO TECNICO	741	366	49,4%
PROFILO RUOLO AMMINISTRATIVO	60.679	44.322	73,0%
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	2.183	1.272	58,3%
ALTRO PERSONALE	707	196	27,7%
TOTALE	645.162	442.445	68,6%

Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab. 1 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA)



Nell'ambito del programma #salviamoSSN, a settembre 2016 la Fondazione ha lanciato l'Osservatorio GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, per un monitoraggio continuo e indipendente su responsabilità e azioni di tutti stakeholder della sanità. Riguardo a Governo e Parlamento, obiettivo permanente dell'Osservatorio è di vigilare sulle dinamiche e l'entità del finanziamento per la sanità pubblica e di valutare parallelamente l'azione legislativa: identificando carenze normative (priorità assoluta il riordino della sanità integrativa), individuando nei disegni di legge in corso di discussione criticità e possibili contraddizioni con altre normative e, soprattutto, monitorando lo status di applicazione di quelle vigenti.

Le valutazioni dell'Osservatorio sono guidate da tre principi fondamentali: *evidence for health*, ovvero le migliori evidenze scientifiche devono essere integrate in tutte le decisioni politiche che riguardano la salute delle persone; *health in all policies*, perché la salute delle persone deve guidare tutte le politiche, non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali; *value for money*, perché ottenere il massimo ritorno in termini di salute dal denaro investito in sanità è, al tempo stesso, mandato etico e obiettivo economico di un sistema sanitario.

Considerato che secondo il Rapporto GIMBE oltre € 12 miliardi di sprechi e inefficienze vengono assorbiti da sovra- e sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie e da inadeguato coordinamento dell'assistenza, l'Osservatorio intende fornire

evidenze e dati per facilitare a Regioni e Aziende sanitarie il processo di disinvestimento e riallocazione, sensibilizzando al tempo stesso professionisti sanitari e cittadini/pazienti

L'Osservatorio GIMBE ha già avviato diversi studi per quantificare l'impatto di questi fattori non solo sugli sprechi, ma soprattutto sugli esiti di salute e sull'equità di accesso. È stato inoltre standardizzato un approccio multifattoriale al cambiamento sulle tre determinanti del sovra- e sotto-utilizzo: offerta di servizi in relazione ai bisogni (non alla domanda) di salute, appropriatezza dei comportamenti professionali e aspettative di cittadini e pazienti».

Tra le priorità per contrastare il sovra-utilizzo: dai farmaci (*shift* da brand vs equivalenti, de-prescrizione, abuso di costosissimi farmaci oncologici in pazienti terminali), alle prestazioni diagnostiche inappropriate con rilevanti criticità nelle liste d'attesa, (TAC, risonanza magnetica, doppler TSA), dall'offerta di servizi (chirurgie oncologiche a bassi volumi), alla riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie secondo principi di intensità di cura. Tra le aree di sotto-utilizzo, innovazioni *high value*, screening oncologici, vaccinazioni, continuità terapeutica, assistenza socio-sanitaria a pazienti fragili e fasce socio-economiche svantaggiate.

L'Osservatorio mira ad espandere anche le evidenze sui conflitti di interesse: in particolare, se il *disclosure code* di Farmindustria ha fornito utili informazioni sui trasferimenti di denaro in maniera unidirezionale, è indispensabile conoscere l'entità dei finanziamenti ricevuti da vari stakeholder (enti pubblici, società scientifiche, associazioni di pazienti e di tutela dei consumatori) quale elemento indispensabile di trasparenza.

Siamo convinti che le attività di un'organizzazione indipendente finalizzate ad informare il Paese sulla salute, l'assistenza sanitaria e la ricerca biomedica possono determinare grandi benefici sociali ed economici. La campagna #salviamoSSN, il Rapporto sulla sostenibilità del SSN e l'Osservatorio GIMBE rappresentano testimonianze concrete del nostro impegno per il Paese, il cui sviluppo economico, oggi problema cruciale, dipende anche dalla salute e dal benessere delle persone.

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

Tabella 6.1. Personale dipendente per macro-categoria (dati RGS, anno 2021)

Tipologia Istituzione	N°
Aziende Sanitarie	608.013
Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	30.644
Policlinici Universitari	13.921
Agenzie per la Protezione dell'Ambiente	8.234
Istituti Zooprofilattici Sperimentali	3.665
Ex IPAB*	3.169
Altri Enti	1.583
Altri Enti regionali	1.058
Consorzi, associazioni, comprensori	154
Agenzie	125
Totale	670.566
*Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza	

Tabella 6.2. Personale dipendente per tipologia di istituzione (dati RGS, anno 2021)

Categoria professionale	N°
Personale infermieristico	279.837
Profili ruolo tecnico	123.143
Medici	108.250
Profili ruolo amministrativo	63.744
Personale tecnico sanitario	37.423
Personale funzioni riabilitative	20.923
Personale vigilanza e ispezione	10.752
Psicologi	5.081
Veterinari	4.925
Biologi	4.039
Farmacisti	3.162
Dir. ruolo amministrativo	2.546
Profili ruolo ricerca sanitaria	1.366
Dir. ruolo professionale	1.360
Dir. ruolo tecnico	929
Fisici	788
Direttori generali	762
Dirigenti professioni sanitarie	638
Chimici	404
Profili ruolo professionale	262
Odontoiatri	137
Personale contrattista	95
Totale	670.566

Tabella 6.3. Personale dipendente per categoria professionale (dati RGS, anno 2021)

Regioni	Personale
Lombardia	103.604
Emilia-Romagna	66.848
Veneto	63.033
Toscana	55.044
Piemonte	54.314
Lazio	47.340
Campania	44.295
Sicilia	42.384
Puglia	38.909
Liguria	22.885
Friuli Venezia Giulia	19.994
Marche	19.693
Sardegna	19.688
Calabria	17.900
Abruzzo	14.051
Umbria	11.867
Prov. Aut. Bolzano	8.915
Prov. Aut. Trento	8.357
Basilicata	6.536
Molise	2.710
Valle D'Aosta	2.199

Tabella 6.4. Personale dipendente per Regione (dati RGS, anno 2021)

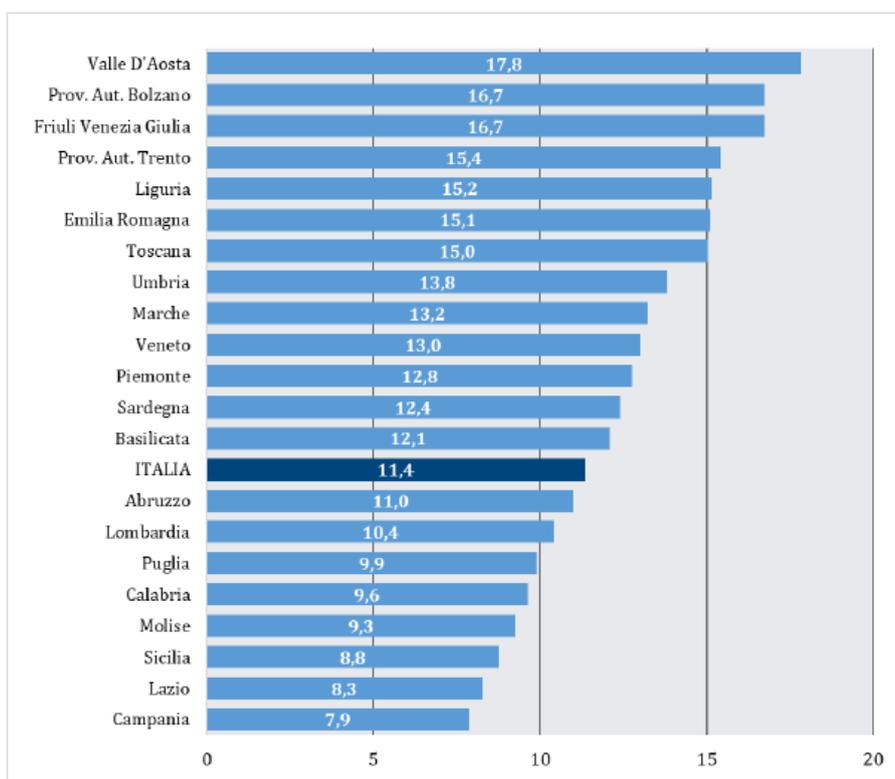


Figura 6.1. Personale dipendente per 1.000 abitanti per Regione (dati RGS, anno 2021)

Cod.	Struttura	Totale	Dipendenti SSN	Dipendenti strutture equiparate	Universitari	Altro rapporto di lavoro
S1	Aziende sanitarie locali (ASL)	407.659	407.238	-	421	-
A	Strutture di ricovero pubbliche ed equiparate					
A.1	Aziende Ospedaliere	140.343	139.008	-	1.335	-
A.2	Ospedali a gestione diretta delle ASL ^a	-	-	-	-	-
A.3	Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) e policlinici universitari privati					
A.3.1	AOU integrate con il SSN	22.398	16.148	-	6.250	-
A.3.2	AO integrate con l'Università	56.824	54.852	-	1.972	-
A.3.3	Policlinici universitari privati	6.075	-	5.897	-	178
A.4	Strutture di ricovero equiparate alle pubbliche					
A.4.1.1	IRCCS ^b privati	30.623	-	25.426	-	5.197
A.4.1.2	IRCCS ^b pubblici	29.988	-	29.366	-	622
A.4.2	Ospedali classificati	16.588	-	14.879	-	1.709
A.4.3	Istituti qualificati presidi delle ASL	4.379	-	4.023	-	356
A.4.4	Enti di ricerca	1.082	-	1.024	-	58
Totale		715.959	617.246	80.615	9.978	8.120

^aLe 248.862 unità di personale sono ricomprese nella voce S1 "Aziende sanitarie locali"

^bIstituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Tabella 6.5. Unità di personale secondo la classificazione del Ministero della Salute (anno 2021)

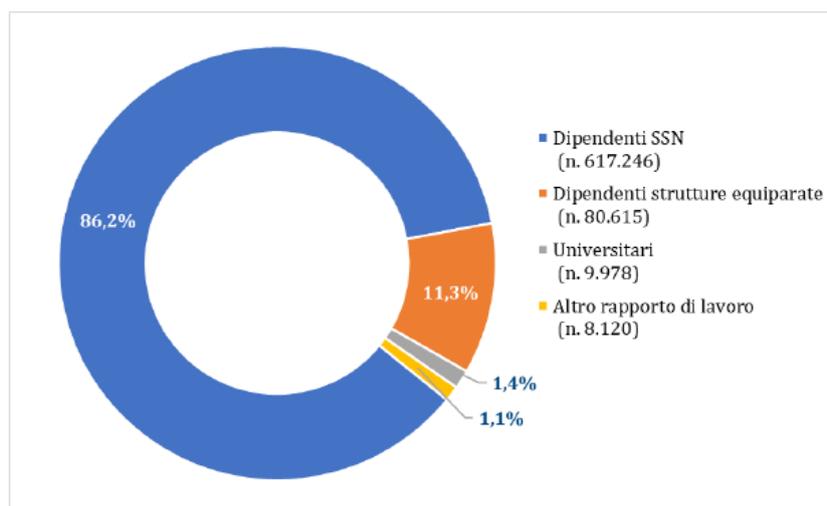


Figura 6.2. Unità di personale secondo la classificazione del Ministero della Salute (anno 2021)

Professione	N°
Medici	242.721
Medici specialisti ^a	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
^a Di cui 7.022 PLS	

Tabella 6.6. Personale in attività nel sistema sanitario pubblico e privato per professione e specialità (dati ISTAT, anno 2021)

Medici	OCSE	MdS	RGS	ISTAT	SISAC	AIOP
Medici specialisti ^a	194.142	-	-	194.142	-	-
Medici di Medicina Generale (MMG)	40.250	-	-	40.250	39.270	-
Altri medici generalisti	8.329	-	-	8.329	-	-
Dipendenti con CCNL sanità	-	-	108.250	-	-	-
Dipendenti del SSN	-	102.491	-	-	-	-
Dipendenti delle strutture equiparate al SSN	-	22.015	-	-	-	-
Specialisti convenzionati con il SSN	-	-	-	-	14.424	-
Pediatri di libera scelta (PLS) ^b	-	-	-	-	6.921	-
Dipendenti strutture associate AIOP	-	-	-	-	-	4.788
Personale non dipendente strutture associate AIOP	-	-	-	-	-	7.534
TOTALE	242.721	124.506	108.250	242.721	60.615	12.322

^adi cui 7.022 Pediatri di Libera Scelta; i medici iscritti alle scuole di specializzazione sono inclusi tra gli specialisti - ^b7.022 PLS sono inclusi da OCSE e ISTAT tra i Medici specialisti

Tabella 6.7. Medici: confronto tra le fonti analizzate (anno 2021)

Infermieri	OCSE	MdS	RGS	ISTAT	AIOP
Infermieri	367.378	-	-	367.378	-
Dipendenti con CCNL sanità	-	-	279.837	-	-
Dipendenti del SSN	-	264.768	-	-	-
Dipendenti delle strutture equiparate al SSN	-	33.829	-	-	-
Dipendenti di strutture associate AIOP	-	-	-	-	21.218
Personale non dipendente strutture associate AIOP ^a	-	-	-	-	4.956
TOTALE	367.378	298.597	279.837	367.378	26.174

^aIl dato include tutto il personale non medico

Tabella 6.8. Infermieri: confronto tra le fonti analizzate (anno 2021)

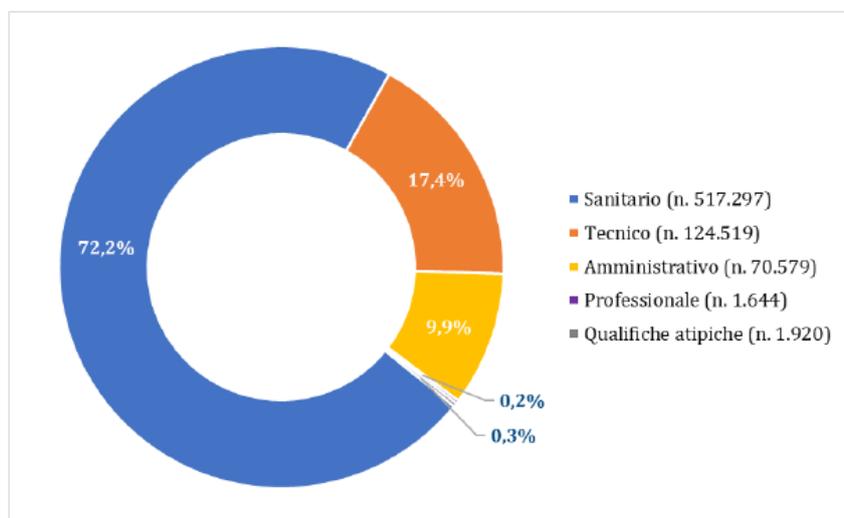


Figura 6.3. Personale dipendente per ruolo (dati MdS, anno 2021)

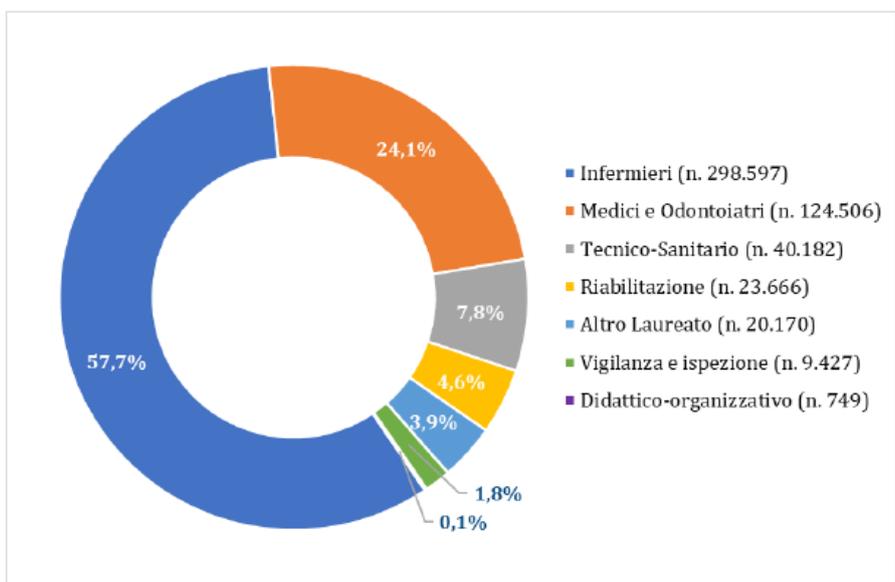


Figura 6.4. Personale dipendente per ruolo sanitario (dati MdS, anno 2021)

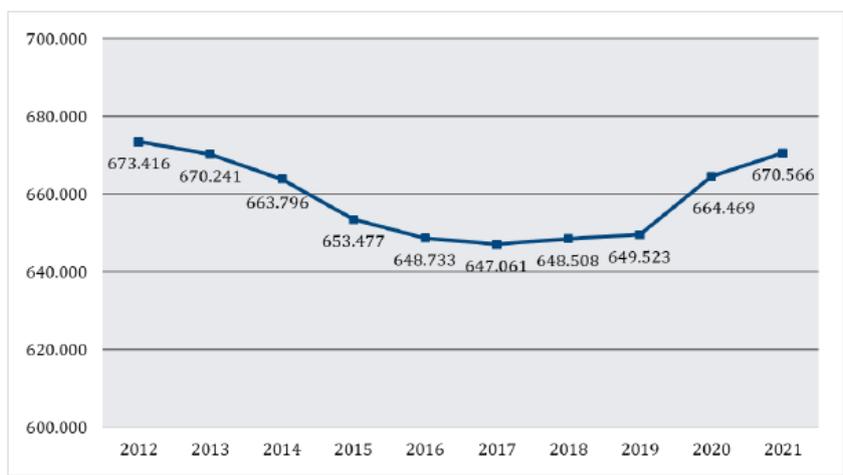


Figura 6.5. Personale dipendente con CCNL sanità (dati RGS, anno 2021)

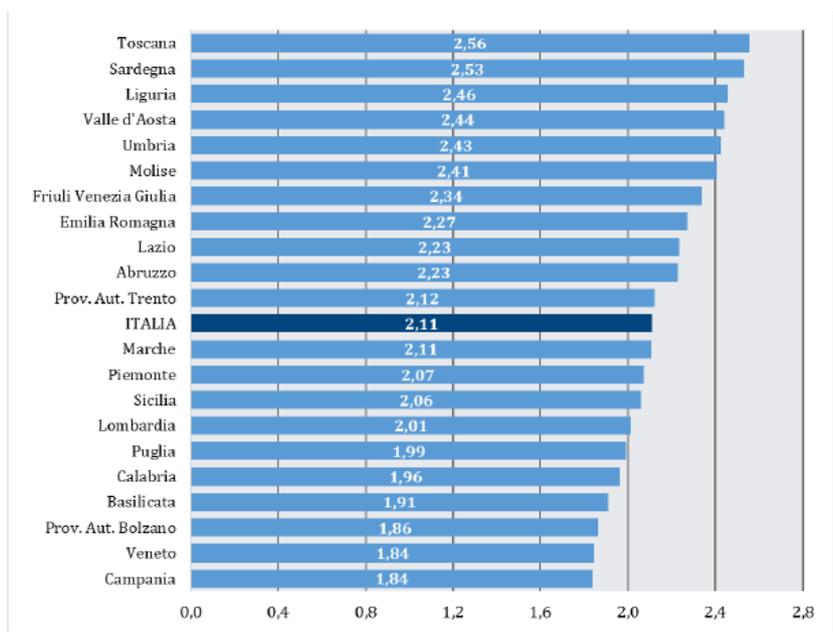


Figura 6.6. Medici dipendenti per 1.000 abitanti per Regione (dati MdS, anno 2021)

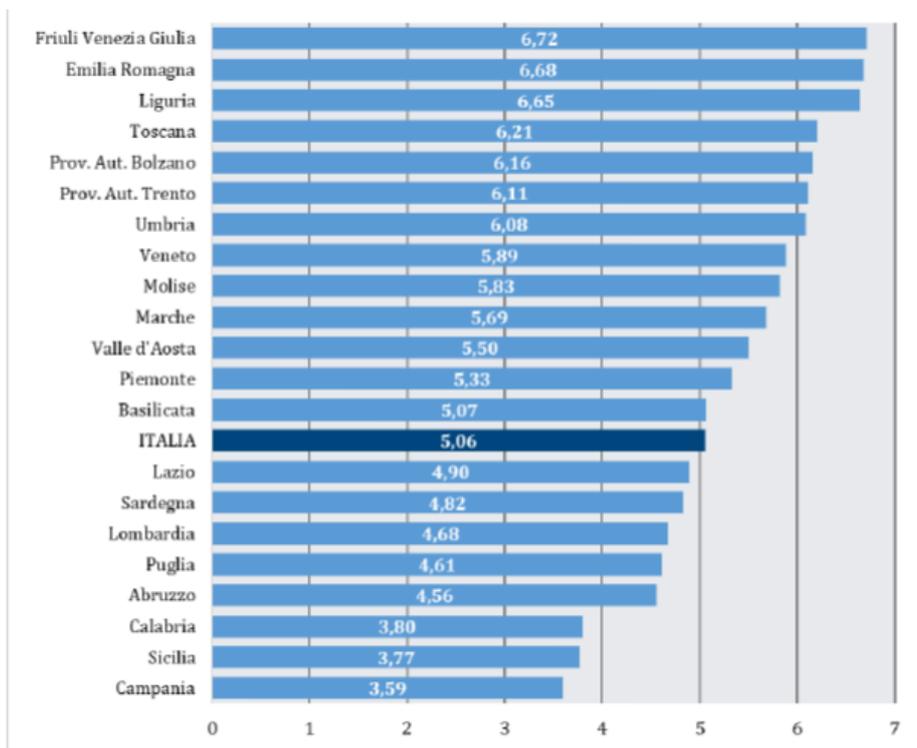


Figura 6.7. Infermieri dipendenti per 1.000 abitanti per Regione (dati MdS, anno 2021)

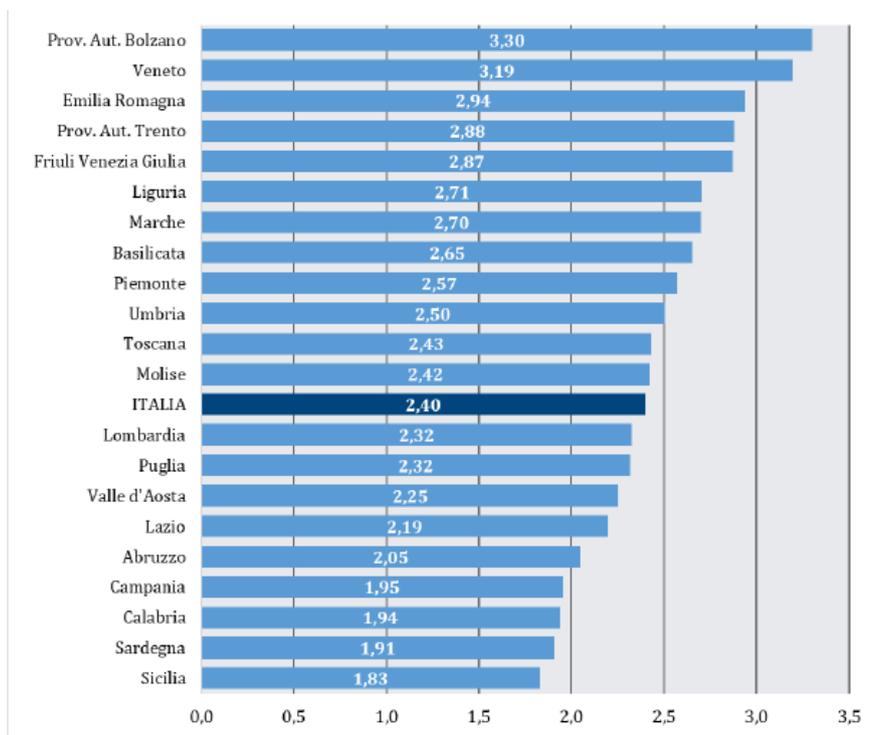


Figura 6.8. Rapporto infermieri/medici dipendenti per Regione (dati MdS, anno 2021)

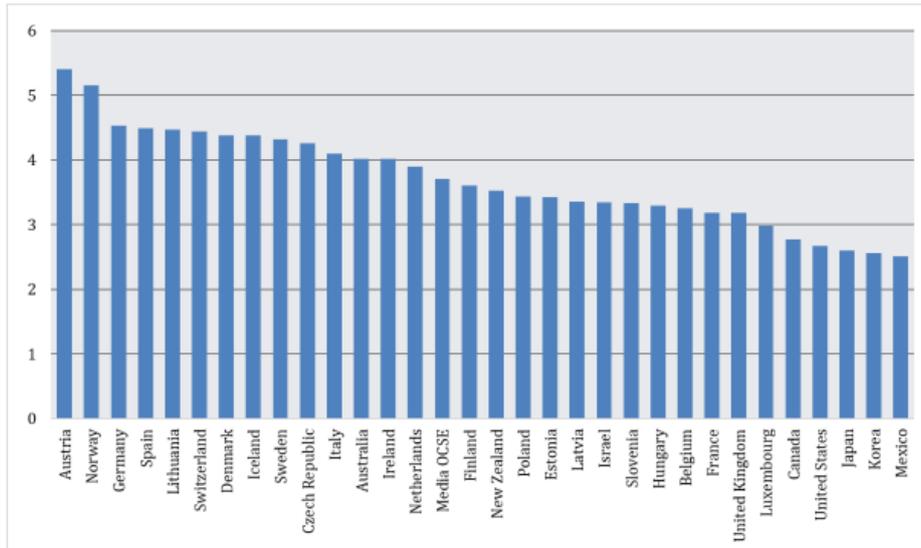


Figura 6.9. Medici per 1.000 abitanti (dati OCSE, anno 2021 o più recente disponibile)

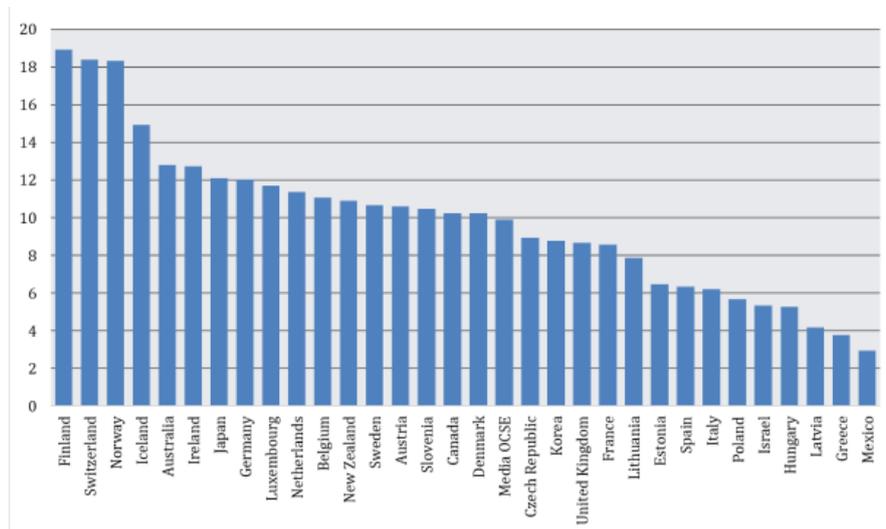


Figura 6.10. Infermieri per 1.000 abitanti (dati OCSE, anno 2021 o più recente disponibile)

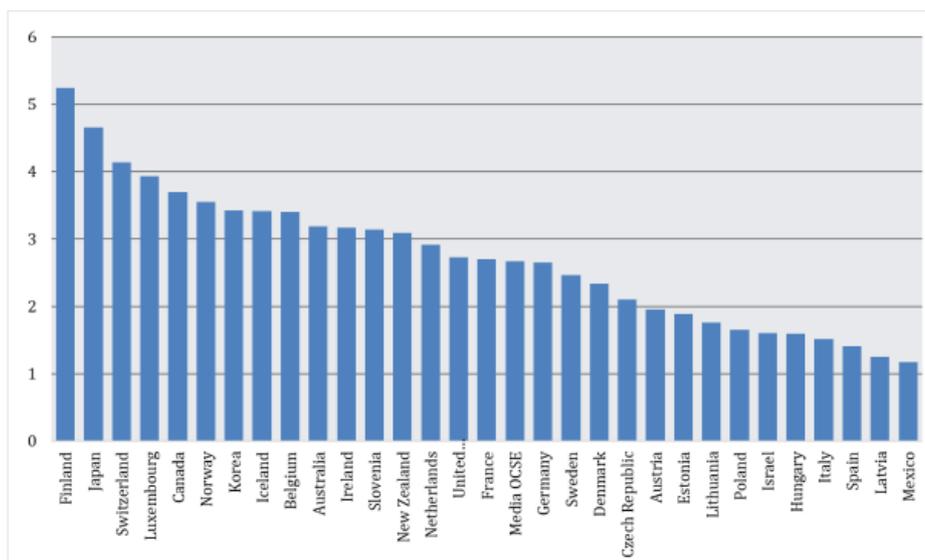


Figura 6.11. Rapporto infermieri/medici anno 2021 (o più recente disponibile)

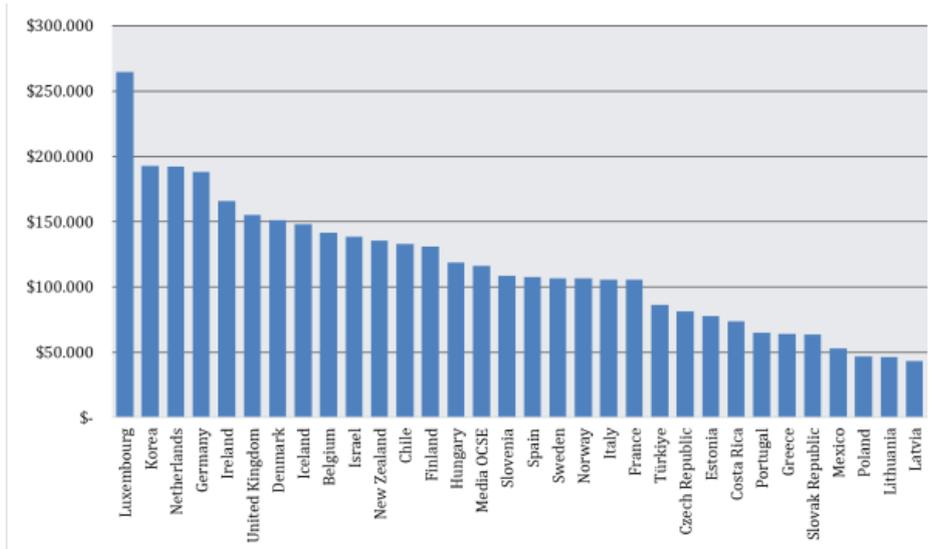


Figura 6.12. Retribuzione dei medici specialisti in \$ a parità di potere di acquisto per consumi privati (dati OCSE, anno 2021 o più recente disponibile)

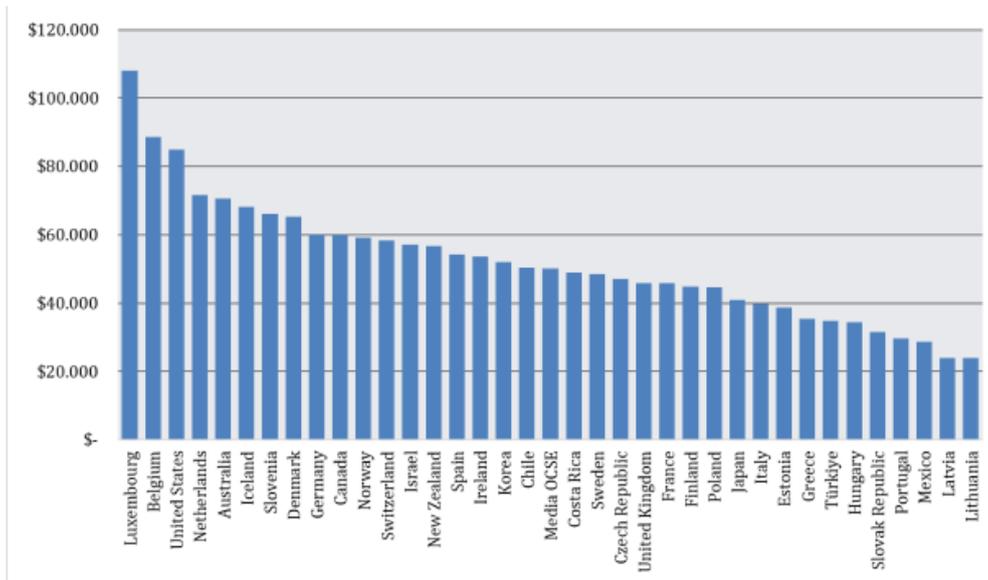


Figura 6.13. Retribuzione degli infermieri dipendenti ospedalieri in \$ a parità di potere di acquisto per consumi privati (dati OCSE, anno 2021 o più recente disponibile)

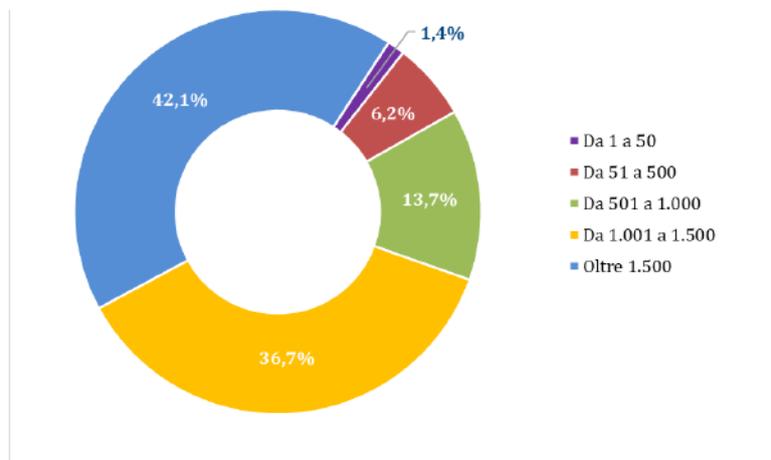


Figura 6.14. MMG per numero di assistiti: percentuale sul totale (dati Agenas, anno 2021)

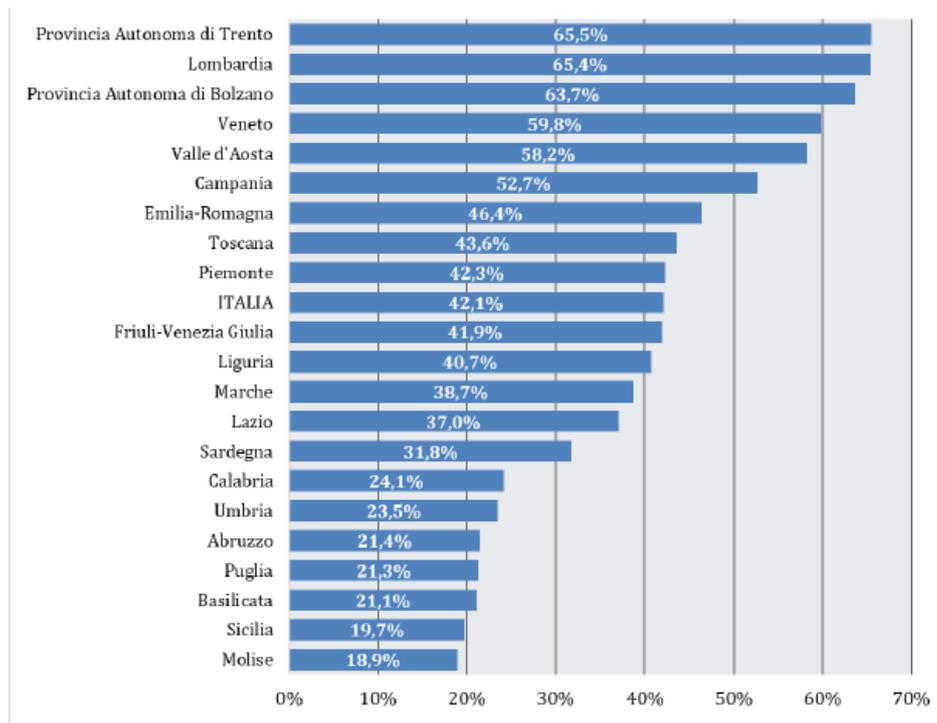


Figura 6.15. MMG con oltre 1.500 assistiti: percentuale sul totale (dati Agenas, anno 2021)

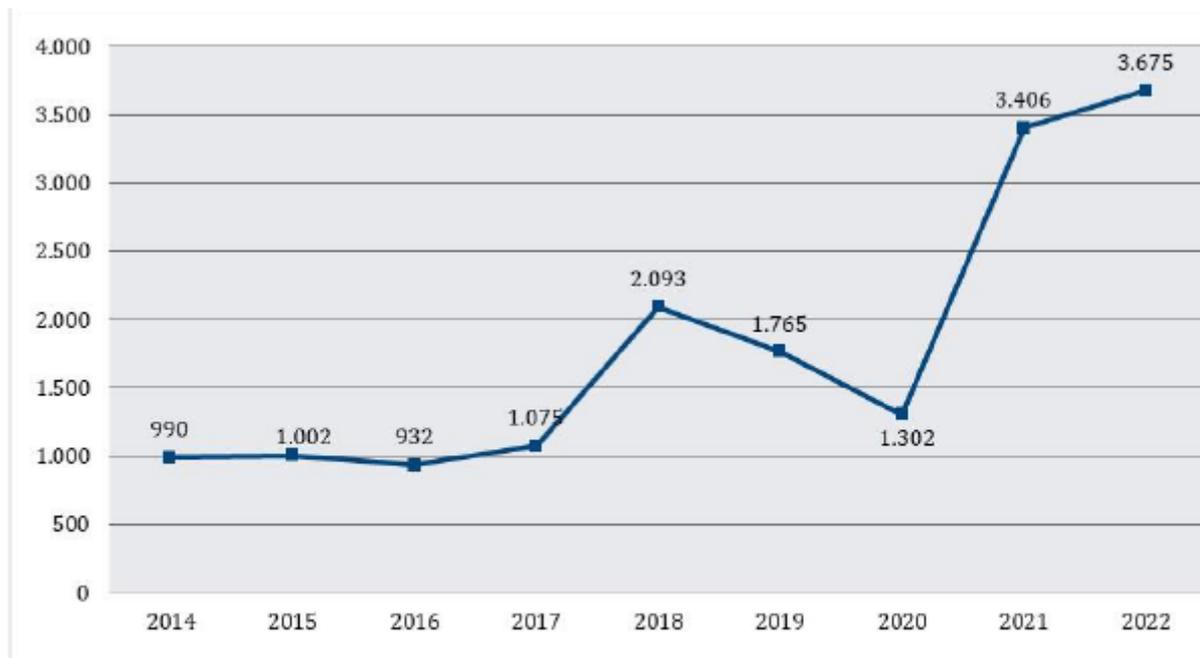


Figura 6.16. Numero di borse di studio ministeriali per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (dati Agenas)

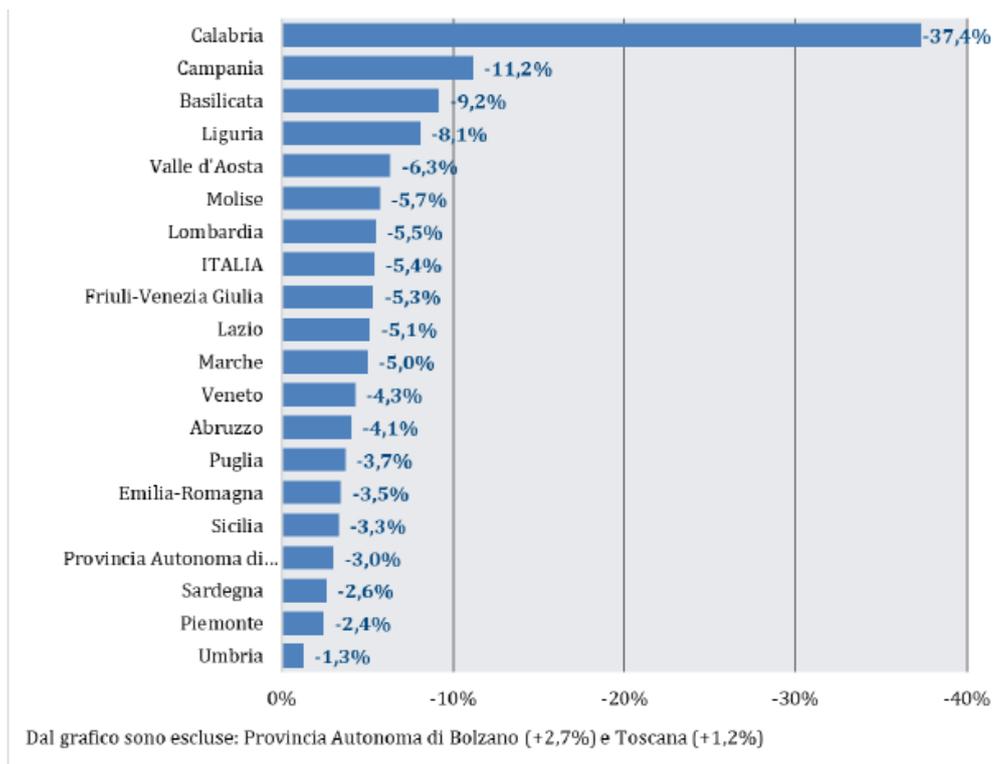


Figura 6.17. Riduzione percentuale del numero di MMG nel 2021 rispetto al 2019 (elaborazione GIMBE su dati Agenas)

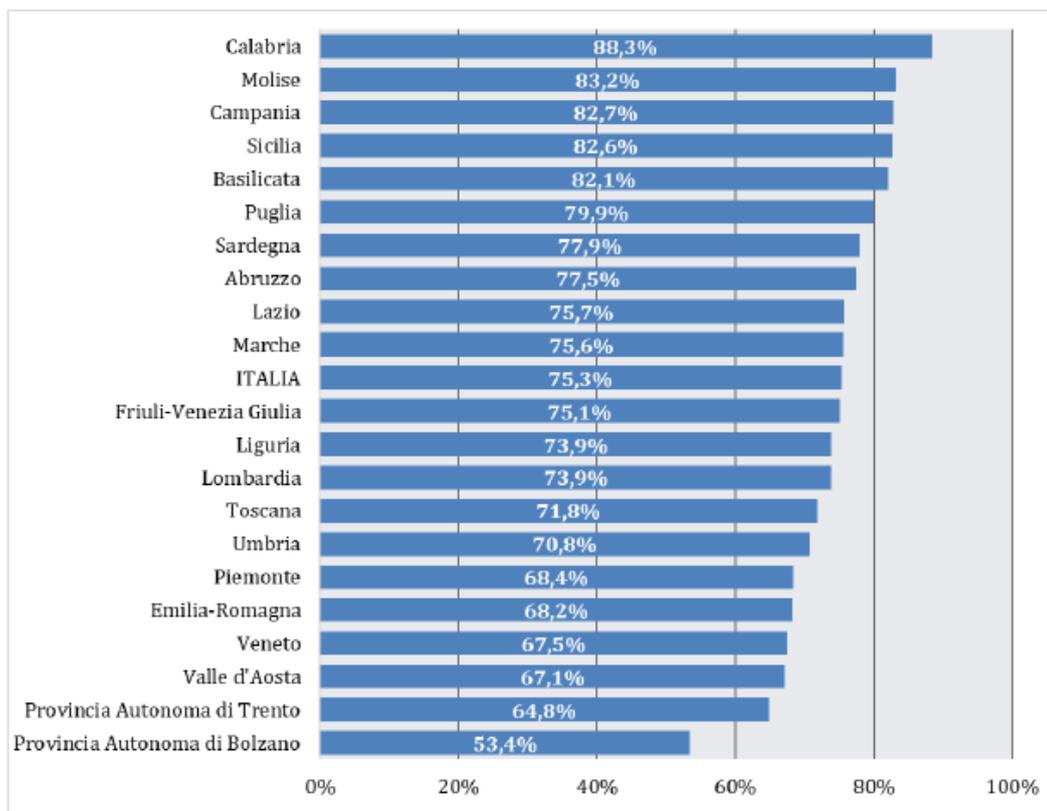


Figura 6.18. MMG con oltre 27 anni di laurea (dati Agenas, percentuale sul totale)

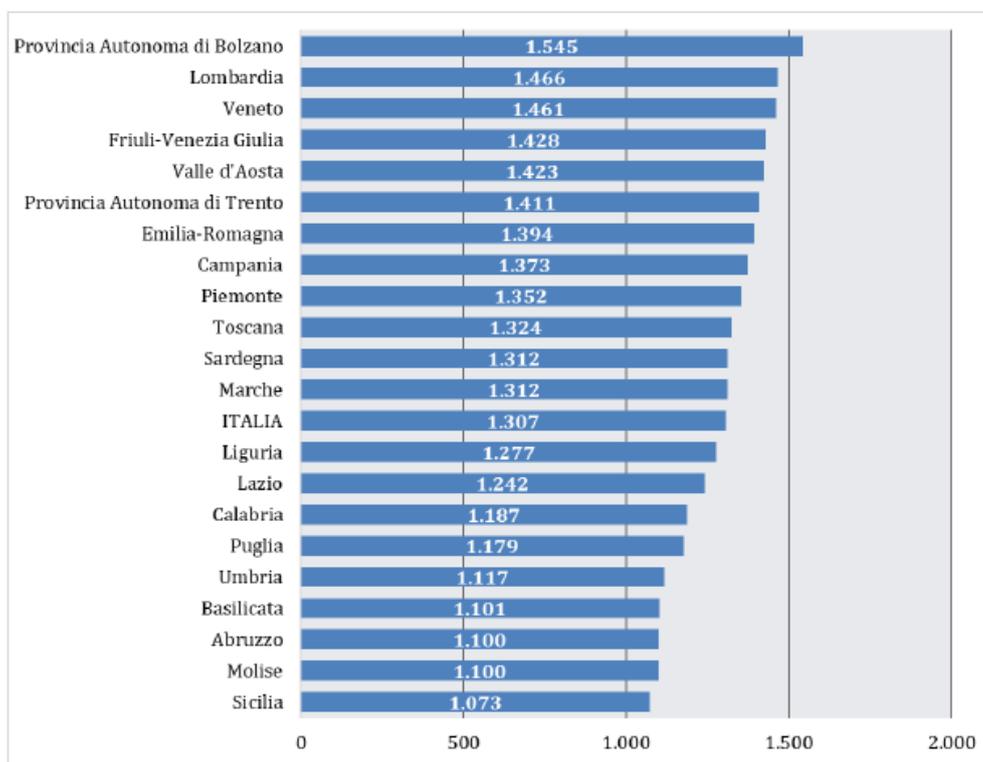


Figura 6.19. Numero medio di assistiti per MMG al 1° gennaio 2022 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

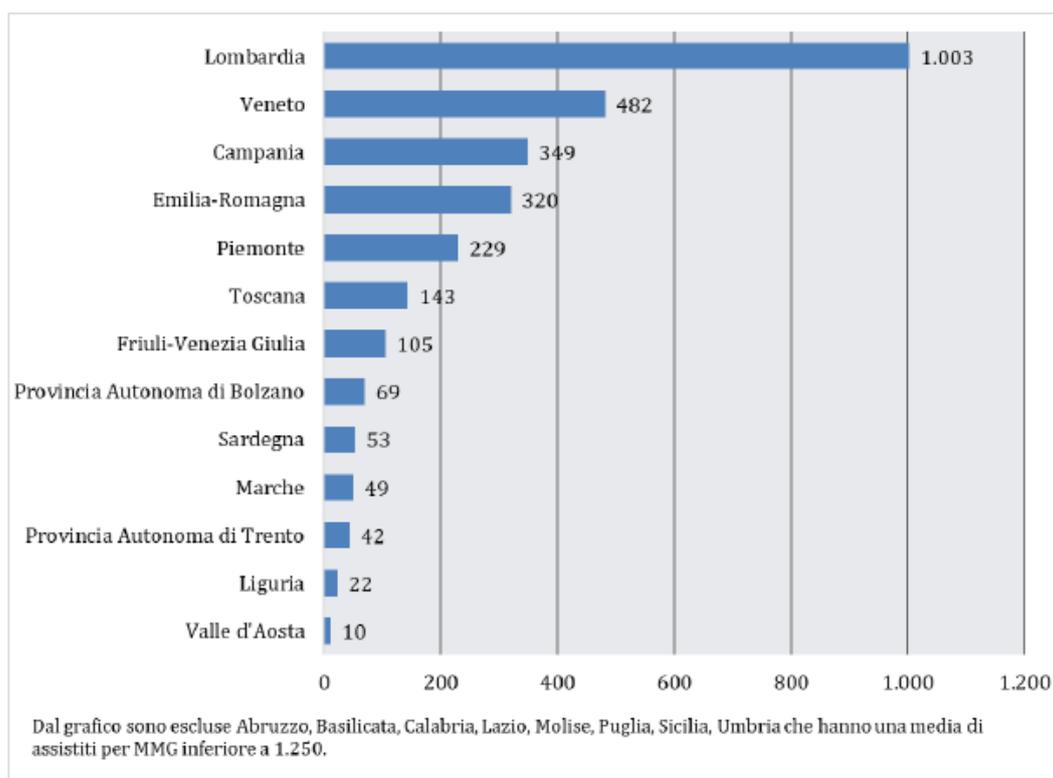


Figura 6.20. Stima del numero di MMG mancanti al 1° gennaio 2022 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

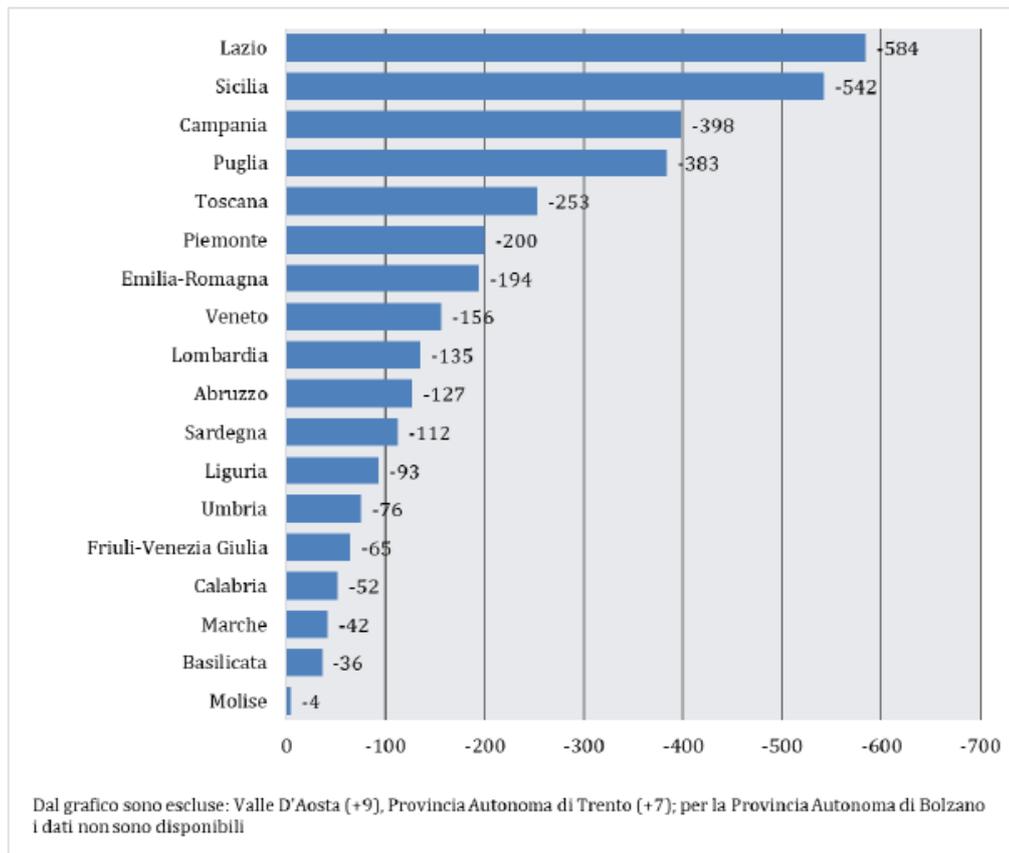


Figura 6.21. Stima riduzione del numero di MMG nel 2025 vs 2021 (elaborazione GIMBE su dati Agenas)

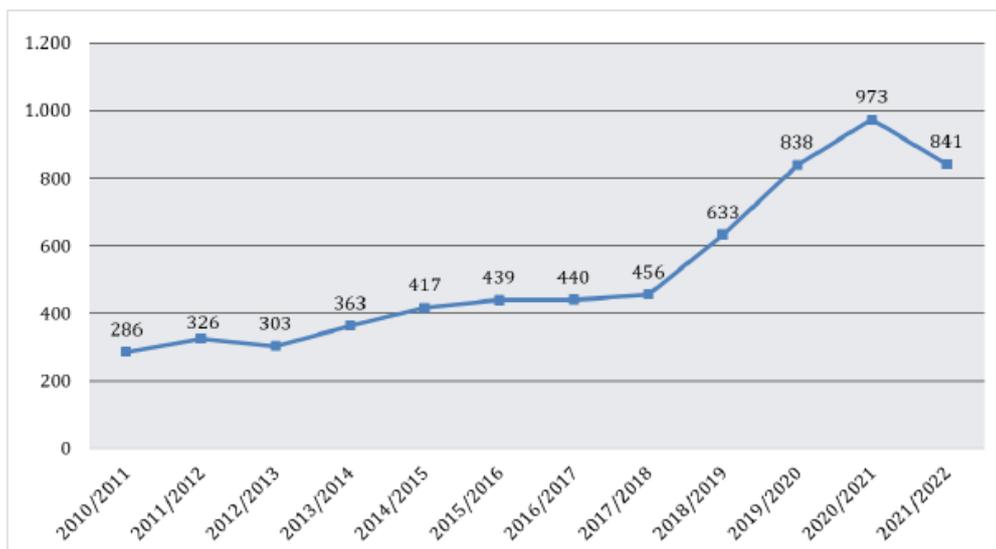


Figura 6.22. Numero di borse di studio ministeriali per la specializzazione in pediatria per anno accademico (dati Ministero dell'Università e della Ricerca)

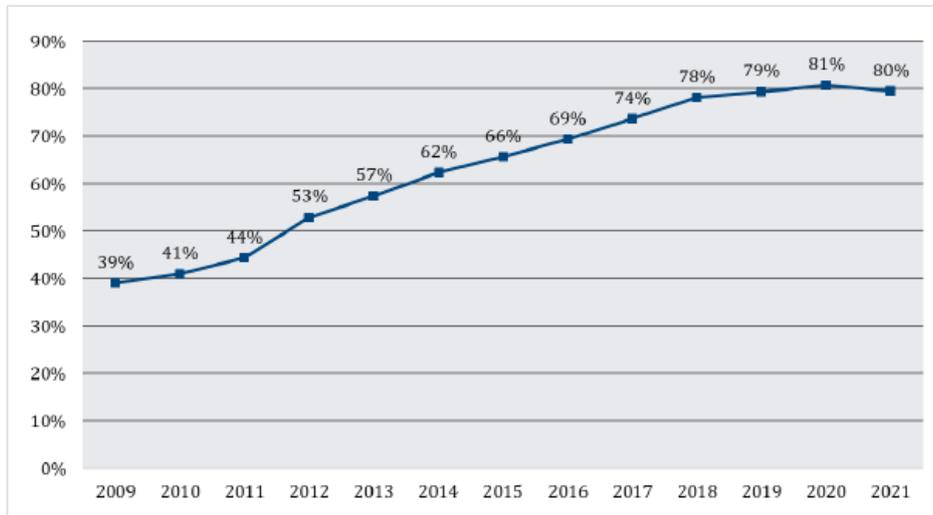


Figura 6.23. PLS con oltre 23 anni di specializzazione (percentuale sul totale) per anno (dati MdS)

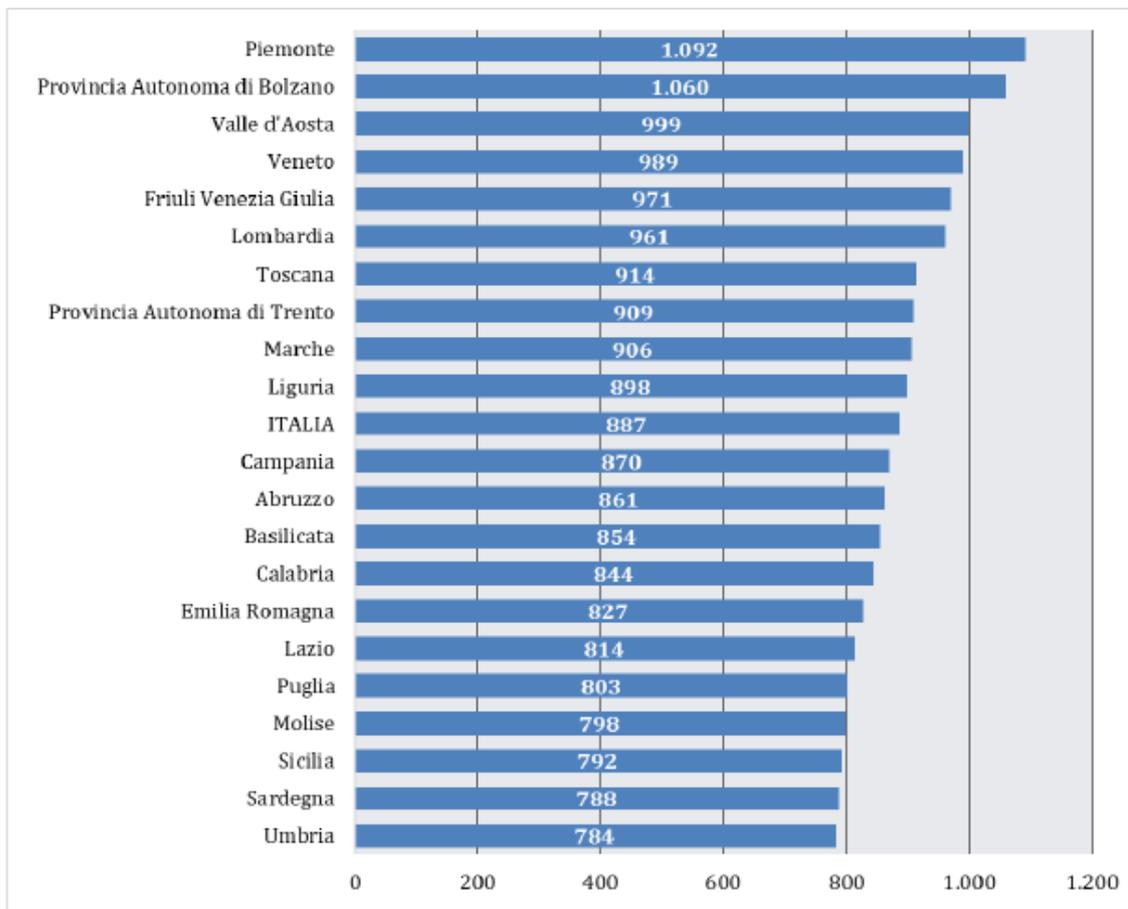


Figura 6.24. Numero medio di assistiti per PLS al 1° gennaio 2022 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

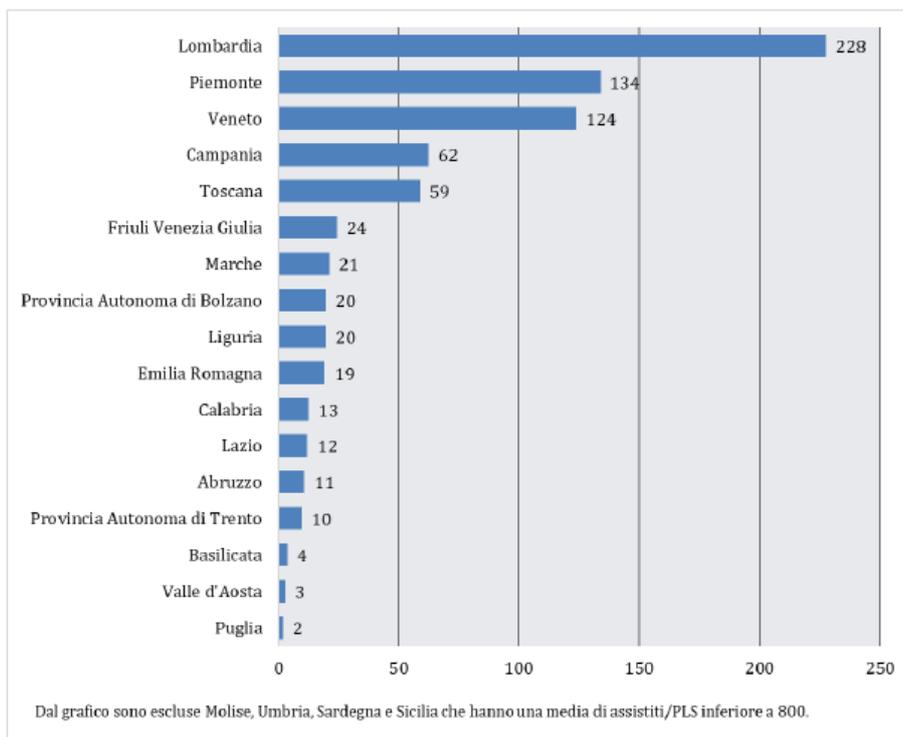
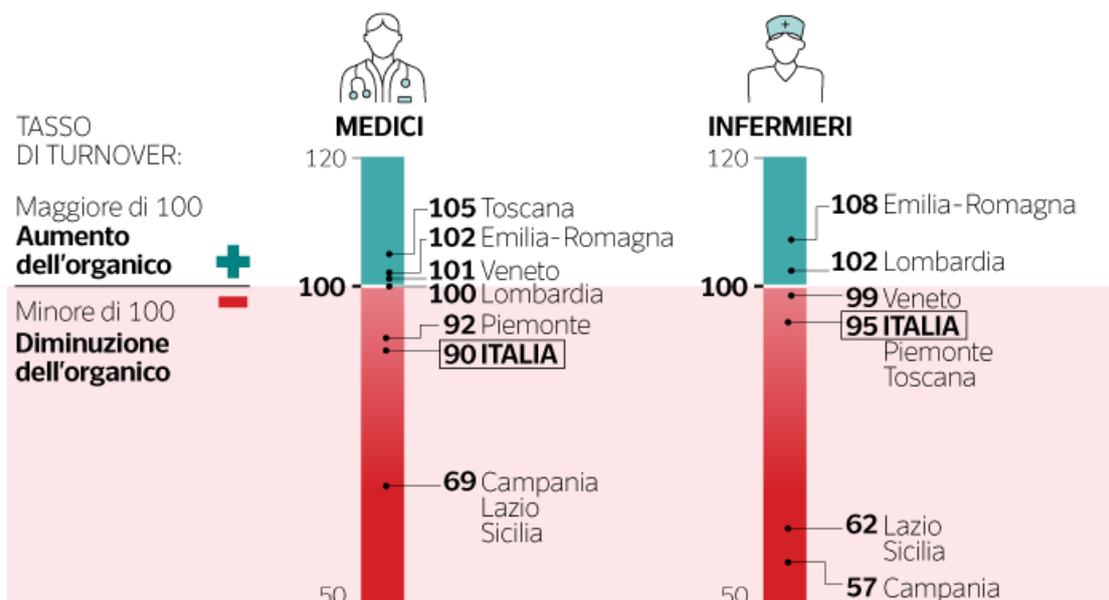


Figura 6.25. Stima del numero PLS mancanti al 1° gennaio 2022 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Perché mancano medici

1 Blocco del turnover

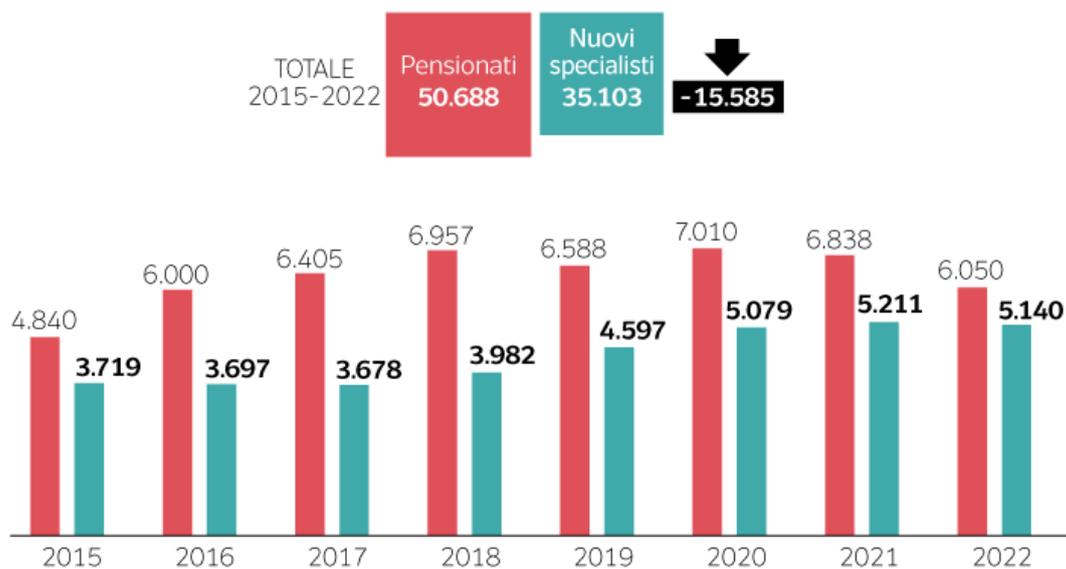
Non ha permesso di sostituire chi è andato in pensione



Fonte: elaborazione Agenas su Conto annuale dello Stato 2020 (Regioni con più di 40.000 professionisti sanitari)

2 Cattiva programmazione

Più pensionabili che specialisti formati per il Servizio Sanitario Nazionale*



Fonte: elaborazione dati Associazione Liberi Specializzandi (Als)

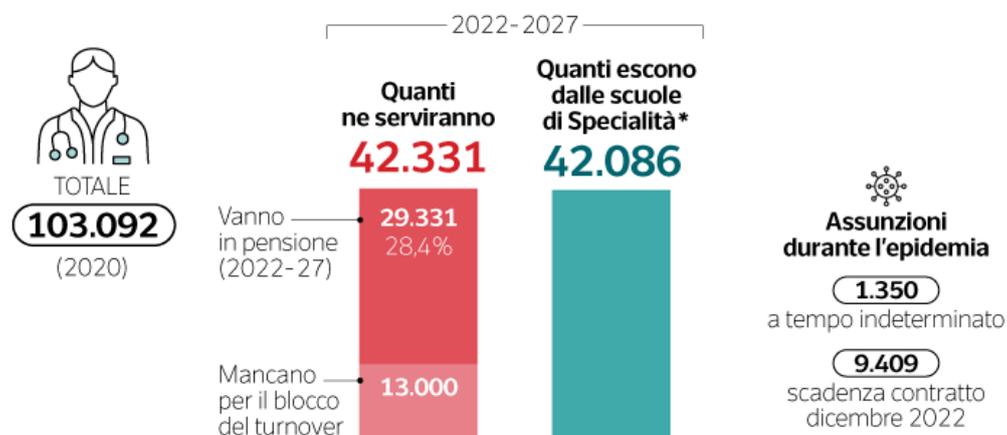
*il 25% dei formati non entra nel Ssn



Fonte: elaborazione dati Associazione Liberi Specializzandi (Als)

Cosa succede nei prossimi 5 anni

MEDICI OSPEDALIERI



Fonte: Agenas per Dataroom

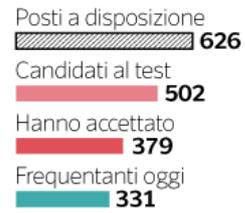
*al netto del 25% che non resta nel SSN e del 10% che non finisce gli studi

I medici di famiglia



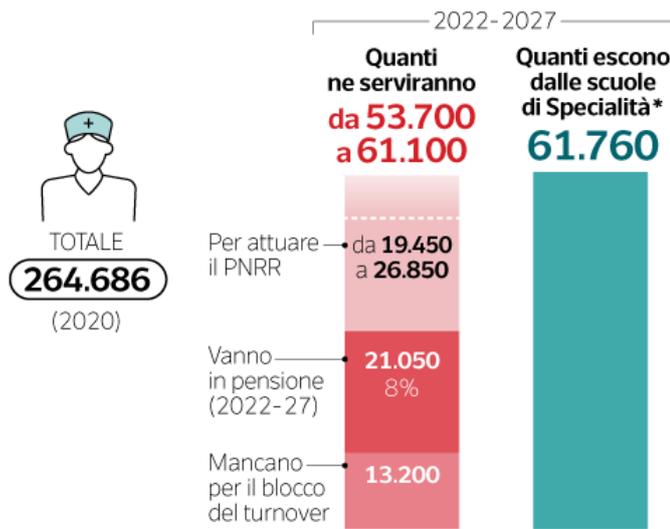
La realtà in Lombardia

Corso di formazione triennale (febbraio '22)



Fonte: Agenas per Dataroom

Gli infermieri



Assunzioni durante l'epidemia



Fonte: Agenas per Dataroom

*al netto del 25% di tasso di insuccesso

