

IL SISTEMA DELLA SALUTE IN ITALIA

*Ricerca realizzata da Censis e italiadecide
in collaborazione con Intesa Sanpaolo*

FEBBRAIO 2024



{ i/d }
italiadecide

in collaborazione con

INTESA  SANPAOLO

IL SISTEMA DELLA SALUTE IN ITALIA

*Ricerca realizzata da Censis e italiadecide
in collaborazione con Intesa Sanpaolo*

FEBBRAIO 2024



in collaborazione con



Indice

EXECUTIVE SUMMARY E RACCOMANDAZIONI	9
SEZIONE 1 - <i>A cura di italiadecide</i>	
INNOVAZIONE E FIDUCIA PER UNA SANITÀ MIGLIORE	15
<hr/>	
PARTE PRIMA	
UN MIGLIOR RAPPORTO TRA PUBBLICO-PRIVATO PER UN MIGLIORE SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. QUALE POLITICA DEL PERSONALE	16
INTRODUZIONE	17
1. - LA CRISI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO	19
2. - IL SOTTOFINANZIAMENTO DELLA SANITÀ IN ITALIA	23
3. - LA <i>SPENDING REVIEW</i> SANITARIA	25
4. - LA CARENZA DI PERSONALE SANITARIO: CONSIDERAZIONI GENERALI	27
4.1. - La carenza dei medici dipendenti nelle strutture pubbliche: le molte facce di una crisi annunciata	27
4.2. - La carenza dei medici di medicina generale	31
4.3. - La carenza degli infermieri	31
4.4. - Una variabile difficile da quantificare: la perdita del senso di appartenenza dei professionisti al Servizio sanitario nazionale	33
5. - IL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO OGGI: CONSIDERAZIONI GENERALI	35
5.1. - Il cosiddetto secondo pilastro	36
5.2. - La sanità privata accreditata e contrattualizzata	38
5.3. - Un focus sulle case di cura private multispecialistiche	40
5.4. - La presenza del privato migliora o peggiora il Servizio sanitario nazionale?	42
5.5. - Una sintesi ragionata delle criticità che legano la politica del personale e il rapporto pubblico-privato nel Servizio sanitario nazionale	42
6. - COME RENDERE IL SISTEMA SANITARIO PIÙ SOSTENIBILE	45
6.1. - Quale politica del personale	46
6.2. - Quale rapporto pubblico-privato	47
7. - CONCLUSIONI	49
BIBLIOGRAFIA	50

PARTE SECONDA	
SANITÀ DIGITALE PER MIGLIORARE I SERVIZI AL CITTADINO	52
1. - IL QUADRO DI RIFERIMENTO EUROPEO IN MATERIA DI DIGITALIZZAZIONE E UTILIZZO DEI DATI SANITARI	53
1.1. - La digitalizzazione in Europa	53
1.2. - La strategia europea dei dati tra diritti fondamentali e innovazione	55
1.3. - Data Governance Act e Data Act	57
1.4. - European Health Data Space	58
2. - LA TRANSIZIONE DIGITALE E LA SANITÀ: GLI OBIETTIVI DEL PNRR	59
2.1. - L'Italia digitale e la sanità	59
2.2. - Il Fascicolo sanitario elettronico	60
2.3. - Sviluppo della telemedicina e forme di collaborazione pubblico-privato	61
2.4. - La sanità di prossimità nel Dm 77/2022 e il ruolo del modello digitale	62
3. - IL VALORE DEI DATI SANITARI TRA OPPORTUNITÀ E PROBLEMI APERTI	65
3.1. - L'impatto dei dati elettronici sulla salute delle persone	65
3.2. - Dati sanitari e <i>cybersecurity</i>	66
3.3. - Assicurazioni degli utenti e Digital Health: la <i>Data-Driven Insurance</i> e analisi predittiva del rischio	67
3.4. - La Costituzione, il diritto alla salute, la ricerca scientifica nell'era digitale	68
4. - QUALI PROPOSTE PER LO SVILUPPO DELLA SANITÀ DIGITALE	71
4.1. - Conoscenza del digitale tra i cittadini	71
4.2. - Competenze Stem nella Pubblica Amministrazione, formazione professionale	71
4.3. - Analisi dei dati e privacy	72
4.4. - Competenze costituzionali ed esigenze di governo unitario della sanità digitale	74
BIBLIOGRAFIA	75

SEZIONE 2 - A cura del Censis	
LA FILIERA DELLA SALUTE E LA SOLIDARIETÀ SOCIALE	79
<hr/>	
PREMESSA	81
1. - LE DINAMICHE DI CONTESTO DELLE FILIERE DELLA SALUTE	83
1.1. - La transizione demografica e l'invecchiamento della società	83
1.2. - Le lunghe derive della disabilità e della non autosufficienza	87
1.3. - Le principali variabili nel confronto internazionale sulla sanità	92
1.4. - Le variabili strutturali del settore non profit	98
2. - TRA REGOLAZIONE E GARANZIE DEI DIRITTI FONDAMENTALI	105
2.1. - Le dinamiche e le disuguaglianze territoriali	105
2.2. - Nuove e antiche disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie	109
3. - IL RISCHIO DI INTRECCIO TRA SALUTE E POVERTÀ	119
3.1. - La tutela della salute come perno dell'inclusione sociale	119
3.2. - Cosa ci ha insegnato la pandemia globale da Covid-19	121
3.3. - Una domanda di salute che cerca rassicurazione	126
3.4. - Un nuovo punto di equilibrio fra domanda e offerta di salute	130
4. - LA SOLIDARIETÀ COLLETTIVA, ARGINE ALLA FRAGILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO	133
4.1. - Le organizzazioni non profit e i servizi per la salute	133
4.2. - Le filiere sanitarie e le strategie di <i>impact investing</i>	136
4.3. - Vantaggi e ritardi del settore non profit per la salute	139
4.4. - Servizi legali, finanziari e amministrativi: quali vie per maturare?	143
5. - CONCLUSIONI E PROPOSTE: LA FILIERA DELLA SALUTE COME ECOSISTEMA	147

Il presente Rapporto è stato realizzato da un team di ricerca del Censis diretto da Andrea Toma e composto da Andrea Amico, Gabriella D'Ambrosio, Nicola Filippi, Gabriella Addonizio, Vittoria Coletta e da un team di ricerca di italiadecide coordinato da Daniela Viglione, direttrice scientifica di *italiadecide* e composto da Claudio Maria Maffei, Giuseppe Zuccatelli e Armando Cirillo.

Progetto grafico: Serena Rossi

Executive Summary e raccomandazioni

Lo studio *Il Sistema della salute in Italia*, condotto da *italiadecide* e Censis si articola intorno a tre temi, tutti orientati a cogliere le dinamiche innovative che stanno interessando la Sanità in Italia.

Il primo tema, affrontato da *italiadecide* nella parte *Innovazione e fiducia per una sanità migliore - Proposte di politiche pubbliche per un Paese in buona salute* comprende le analisi su alcuni processi che stanno modificando il sistema sanitario nazionale e in particolare: il finanziamento e il “sotto-finanziamento” della Sanità, la carenza di personale sanitario, il rapporto fra strutture pubbliche e private nell’erogazione delle prestazioni.

Il secondo tema, *Sanità digitale per migliorare i servizi al cittadino*, sviluppato da *italidecide*, affronta il tema della digitalizzazione della sanità. Questo processo è visto soprattutto come opportunità per facilitare la transizione verso un servizio di prossimità e per valorizzare il potenziale di innovazione della medicina attraverso lo sfruttamento corretto dei dati personali.

Il terzo tema, *La filiera della salute e la solidarietà sociale*, elaborato dal Censis, pone al centro della riflessione il concetto-chiave di “filiera”, che rimanda a una struttura organizzativa, logistica e distributiva in grado di mettere insieme i diversi contributi – specialistici e generalisti, di servizio e di prodotto, di assistenza e di cura, regolati a livello centrale e diffusi sul territorio – mantenendo un livello di integrazione e di coerenza interna funzionale alla garanzia del diritto alla salute.

In conclusione, sono presentate alcune raccomandazioni con il fine di suggerire un percorso di superamento dell’attuale disarticolazione del Servizio sanitario nazionale. Un percorso che conduca a un adeguamento delle risorse e del personale (anche attraverso una più efficace collaborazione fra pubblico e privato), a un maggiore investimento nella sanità digitale e a un’opportuna valorizzazione di tutti i soggetti – in particolare gli Enti del Terzo Settore – che contribuiscono alla qualità del Sistema.

Innovazione e fiducia per una sanità migliore

Due fattori hanno contribuito in maniera determinante alla crisi del Servizio sanitario nazionale, evidenziata negli ultimi anni: uno imprevedibile, la pandemia, e l’altro prevedibilissimo, la drammatica carenza di personale, a partire da quello medico, ma non solo. Vale la pena di sottolineare come fino al 2019, l’anno prima della pandemia, lo stato di salute del Sistema sanitario italiano e degli italiani apparisse sorprendentemente buono, a dispetto dell’evidente sottofinanziamento rispetto agli altri Paesi.

Secondo il Rapporto statistico *Health at a Glance 2021* dell'Oecd (*Organization for Economic Cooperation and Development*), nel 2019 l'attesa di vita alla nascita in Italia era di 83,6 anni, dato che ci collocava al quarto posto dopo Giappone, Svizzera e Spagna con un dato più favorevole rispetto, ad esempio, a quello della Francia e molto più favorevole rispetto a quello di Regno Unito e Germania.

Nei primi mesi del 2020, a seguito dell'avvento della pandemia Covid-19, il Servizio sanitario nazionale italiano, dopo aver inizialmente retto bene, ha cominciato a mostrare alcune debolezze strutturali legate soprattutto alle carenze di personale. Nel confronto fra gli anni 2015-2019 e tra il 2019 e il 2020, anno della pandemia, l'Italia risulta al quarto posto come maggiore riduzione della vita attesa alla nascita nel 2020 rispetto al 2019 (1,2 anni). Un segnale della fragilità del nostro sistema sanitario che la politica non ha saputo cogliere.

Soprattutto la carenza di personale sanitario, medici e infermieri è figlia della cultura dei tetti di spesa e dei vincoli economici e strutturali imposti dal 2010 in poi. Il problema è doppio: il personale è scarso e il personale non si trova.

Il Crea ha calcolato il numero di medici e infermieri ogni 1.000 abitanti con più di 75 anni presenti nel 2020 in cinque Paesi europei: Italia, Germania, Francia, Regno Unito e Spagna. Per entrambe queste figure professionali l'Italia è sotto la media degli altri quattro Paesi. A quella data in Italia si contano 34,3 medici ogni 1.000 cittadini anziani contro 38,5 della media degli altri Paesi, con l'Italia superata da tutti gli altri Paesi, ad eccezione della Francia. Per gli infermieri il problema è ancora maggiore visto che l'Italia ne ha poco più della metà rispetto alla media degli altri quattro Paesi, con 48,9 infermieri ogni 1.000 cittadini anziani contro 94,6 della media degli altri Paesi, dato che ci colloca di gran lunga all'ultimo posto come disponibilità di infermieri.

Nel caso dei medici, la carenza è destinata ad acuirsi per la loro età media molto avanzata: la percentuale di medici con più di 55 anni è in Italia di gran lunga la più alta (56% contro una media Ocse del 34%).

Sul ruolo del privato nel Servizio sanitario nazionale si confrontano spesso due opposti punti di vista, tra chi lo ritiene una grande risorsa e chi un grande rischio. Tre ragioni vengono addotte per giustificare o per promuovere tale esternalizzazione, coinvolgendo il privato a fianco del pubblico o chiamandolo direttamente a sostituirlo:

- il privato consentirebbe, data la sua maggiore efficienza, di raggiungere i risultati con una minore spesa;
- in una società "libera" pubblico e privato dovrebbero collocarsi sullo stesso piano e agire competitivamente;
- i servizi sanitari gestiti dai privati sarebbero più efficaci o, quantomeno, ugualmente efficaci rispetto a quelli attuati dal pubblico, ma a costi più contenuti.

Al contrario, sono diversi i rischi della privatizzazione con un potenziale impatto negativo sulla popolazione:

- i privati da fornitori a scopo di lucro possono tendere a ridurre i costi, abbassando il numero di personale addetto, la loro qualificazione e l'adesione alle linee guida;
- i privati possono tendere a selezionare i servizi e i casi più redditizi, creando conseguentemente una concentrazione di casi complessi e più difficilmente trattabili nell'ambito pubblico;

- una maggior concorrenza tra pubblico e privato potrebbe portare anche gli operatori pubblici a dare priorità a risultati più facilmente quantificabili, ad esempio in termini di tempi di attesa e volumi di attività, a scapito della qualità del servizio.

Sanità digitale per migliorare i servizi al cittadino

Nell'indice di digitalizzazione Desi, l'Italia occupa il diciottesimo posto fra i 27 Stati membri dell'Unione europea. L'indice di digitalizzazione dell'Italia è cresciuto molto negli ultimi anni, considerato che nel 2017 l'Italia occupava il 25° posto tra i 28 Paesi membri dell'Unione europea.

In Italia, il problema a oggi più rilevante riguarda le competenze digitali: oltre la metà dei cittadini italiani non ha competenze digitali di base, la percentuale degli specialisti digitali nella forza lavoro italiana è inferiore alla media dell'Unione europea e modeste sono ancora le iscrizioni all'università e i laureati nel settore delle Tic.

Una posizione centrale nelle politiche di investimento del Pnrr è riservata alla Sanità digitale con l'obiettivo di diffondere l'utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), sviluppare la telemedicina, promuovere la ricerca e l'innovazione, ammodernare le strutture tecnologiche, monitorare i Livelli essenziali di assistenza (Lea) attraverso il potenziamento del sistema informativo Nsis (Nuovo sistema informativo sanitario), promuovere l'utilizzo secondario dei dati per la programmazione e la ricerca scientifica.

Il Fascicolo sanitario elettronico è stato definito nel Pnrr come "pietra angolare per l'erogazione dei servizi sanitari regionali e la valorizzazione dei dati clinici nazionali".

Il Fascicolo sanitario elettronico serve essenzialmente a tre cose: consentire al cittadino di tenere costantemente sotto controllo i propri dati sanitari; dare la possibilità ai professionisti sanitari di avere a disposizione una base di dati aggiornati per la diagnosi e la cura dei pazienti; sviluppare strumenti di analisi dei dati sanitari per la programmazione e la ricerca scientifica.

Il Pnrr stanziava complessivamente 1,38 miliardi di euro per il rafforzamento del Fascicolo sanitario elettronico, attualmente sono attivi 57.663.021 Fse e sono stati digitalizzati oltre 415 milioni di referti, attivazioni cresciute durante la pandemia a seguito dell'eliminazione, per legge, del cosiddetto "consenso all'alimentazione", che ha dato la possibilità di attivare in automatico il Fse.

Da diversi anni le Regioni italiane stanno adottando soluzioni di telemedicina al fine di realizzare concretamente cure di prossimità. Il Ministero della Salute, impegnato nella definizione della *governance* per l'impiego della telemedicina, in coerenza con le linee di indirizzo nazionale, effettua una mappatura puntuale delle esperienze delle Regioni che consente al Governo di avere un quadro generale delle esperienze di telemedicina adottate in Italia e valutarne l'efficacia e l'economicità in base alla domanda, attraverso il modello Mast (*Model for the Assessment of Telemedicine*) che, nell'anno 2018 ha permesso di rilevare 282 esperienze di telemedicina.

Con il consenso dei cittadini deve essere realizzato da parte del Servizio sanitario nazionale, in ogni sua ramificazione, un modello di accesso, ai dati clinici e amministrativi, al fine di sviluppare attività di *reporting* e analisi dei dati stessi. I dati servono al cittadino per monitorare le proprie condizioni di salute, al medico per curare il paziente, ai ricercatori per sostenere processi di ricerca *Data-Driven*, alle istituzioni per fare programmazione sanitaria.

La sicurezza informatica costituisce uno degli interventi previsti dal Pnrr. L'Unione europea,

con la direttiva Nis, *Network and Information Security*, identifica misure comuni di sicurezza della rete e dei sistemi informativi dell'Unione. Nel mese di gennaio 2023, in sostituzione della direttiva Nis, è entrata in vigore la nuova direttiva Nis 2, che rappresenta la base di riferimento per la gestione dei rischi e degli obblighi di segnalazione degli incidenti in materia di sicurezza informatica per i settori previsti dalla normativa, in particolare per quelli più delicati quali energia, trasporti, salute e infrastrutture digitali.

Il Rapporto Clusit 2023 evidenzia come il settore sanitario sia tra i principali obiettivi dei cyber attacchi: la sanità è nel 2022 il secondo settore più colpito dagli attacchi informatici con una percentuale sul totale del 12,2%. I dati sanitari hanno un grande valore nel *dark web*, proprio perché contengono dati di grande sensibilità e importanza per le persone.

Anche sul fronte delle assicurazioni degli utenti assistiamo a una grande trasformazione del rapporto con il paziente: non solo erogazioni di cure in caso di sinistri, come tradizionalmente previsto, ma un percorso di accompagnamento degli utenti, anche grazie all'utilizzo degli strumenti digitali.

L'idea che emerge è di guidare il cliente verso la *patient journey*, sviluppando nuovi servizi personalizzati, applicando un approccio ibrido al fine di combinare insieme assistenza fisica e digitale. Il nuovo modello dovrà mettere al centro il paziente, puntando alla prevenzione e contribuendo all'adozione di comportamenti sani e virtuosi, al fine di sviluppare la diagnosi precoce e così ridurre l'incidenza dei sinistri.

La filiera della salute come ecosistema

Si sta assistendo a un'alterazione del vecchio paradigma del sistema della salute, alimentata soprattutto da fenomeni di grande portata come: l'invecchiamento della popolazione e la dimensione della non autosufficienza; la moltiplicazione delle cause di disuguaglianza nell'accesso ai servizi, e quindi, con connotati di esclusione; l'estensione dell'area di criticità sociale al cui interno ricadono sempre più famiglie e individui in condizioni di povertà assoluta o povertà relativa.

L'inverno demografico italiano ha nelle poche nascite la sua origine principale ed è destinato ad accentuarsi nei prossimi anni. In futuro, si ridurrà ulteriormente il numero di donne che entreranno in età feconda, con un conseguente ulteriore calo delle nascite, se il tasso di fecondità continuerà a permanere sul valore degli ultimi anni; nel 2021 è stato pari a 1,25. Nello stesso tempo, fra tutti i Paesi dell'Unione, l'Italia, nel 2022, ha la quota maggiore di over 64 sul totale della popolazione (23,8%), un valore superiore di 2,7 punti percentuali rispetto al dato complessivo europeo.

Emergono differenze e disuguaglianze che, di fatto, attenuano i risultati generali fin qui raggiunti. Una causa della mobilità sanitaria fra regioni si ritrova nella differente distribuzione dei posti letto: fra il 2010 e il 2020 si è assistito a un loro moderato aumento pari a 10.500 posti, ma con significative differenze a livello regionale e nel numero dei posti letto per 1.000 abitanti; Lombardia, Piemonte e Marche hanno incrementato di oltre un quarto i posti letto disponibili, Molise e Calabria hanno subito una riduzione pari rispettivamente al 28,3% e al 24,1%.

L'andamento della spesa sanitaria per tipologia di erogatore (pubblica, privata delle famiglie, finanziamento volontario tramite assicurazioni) è il segnale rivelatore delle diverse opportunità di accesso e del crinale che separa chi dispone di risorse proprie sufficienti per curarsi e chi non ha alternativa e non può che rivolgersi al sistema pubblico.

In euro correnti la spesa sanitaria complessiva (tutti gli erogatori di assistenza sanitaria) è passata dai 142,7 miliardi del 2012 ai 170,2 miliardi del 2022. Dal 2003 oltre i tre quarti della spesa sanitaria in Italia è stata pubblica. In termini reali, la componente pubblica è aumentata del 23% fra il 2000 e il 2010, si è ridotta del 3,6% fra il 2010 e il 2019, mentre nei quattro anni a cavallo della pandemia (2019-2022) è aumentata di 9,2 punti percentuali. Nel 2022 la spesa diretta delle famiglie è stata pari a 38,7 miliardi di euro; in termini reali si è registrato un incremento dello 0,8% fra il 2000 e il 2010, del 5,9% fra il 2010 e il 2019, mentre si è ridotta di mezzo punto fra il 2019 e il 2022.

Nel 2021 la spesa sanitaria finanziata dalle assicurazioni volontarie è stata di poco inferiore ai 4.500 milioni di euro correnti, corrispondenti al 2,67% di tutti i regimi di finanziamento, un valore che ha ripreso a crescere dopo la flessione subita nel 2020, dovuta in massima parte all'aumento della spesa sostenuta dallo Stato (*Sistema dei conti della Sanità*). Anche la quota del finanziamento da parte delle imprese, che assicurano ai propri dipendenti il rimborso delle spese sostenute senza il coinvolgimento di un sistema previdenziale cresce dal 2012, per arrestarsi nel 2020; riprende a salire nel 2021 tornando ai livelli del 2019.

Le realtà del Terzo Settore impegnate nella filiera della salute, soprattutto laddove il pubblico e il privato non riescono ad arrivare, rappresentano una modalità di offerta che supera i limiti organizzativi (nel versante pubblico) e i vincoli economici (se si guarda al privato e al privato convenzionato) che condizionano oggi la copertura dei bisogni reali dei cittadini.

Nella relazione coerente fra bisogni sociali nuovi e offerta di servizi da parte degli Enti, si individua anche la progressiva maturazione del Terzo Settore, sia dal punto di vista organizzativo che da quello operativo. Con riferimento al settore sanitario e dell'assistenza sociale e protezione civile, le istituzioni non profit attive in Italia alla fine di dicembre 2020 sono rispettivamente 12.578 e 35.868 (pari rispettivamente al 3,5% e al 9,9% sul totale delle organizzazioni non profit in Italia), impiegando 103.215 dipendenti nella sanità (11,9% sul totale) e più del quadruplo nell'assistenza sociale e nella protezione civile con 421.356 dipendenti (48,4% sul totale).

Al profilo strutturale del non profit fornito dall'Istat, si possono aggiungere i risultati della rilevazione Censis del 2023 sul Terzo Settore: il 58,2% degli Enti del Terzo Settore impegnati in sanità e assistenza sociale ritiene che l'offerta dei servizi sanitari erogati dagli Enti pubblici o del Terzo Settore sia tuttora parzialmente adeguata a coprire la domanda di salute dei cittadini del territorio in cui l'Ente intervistato è inserito. Nel dettaglio dei servizi sanitari o relativi alla salute di cui c'è più bisogno nel territorio secondo gli Enti intervistati, vi sono il contrasto alla povertà economica (64,8%), la predisposizione di più sportelli per il supporto psicologico (63,4%) e l'assistenza domiciliare integrata (62,7%).

Raccomandazioni

Raccomandazione n. 1 – Avviare un’azione di manutenzione straordinaria del Servizio sanitario nazionale. Più che di grandi riforme epocali, il Servizio sanitario nazionale ha bisogno di sostanziali innovazioni per aggiustare i numerosi meccanismi di dettaglio che, nel tempo, si sono bloccati e hanno perso di efficienza.

Raccomandazione n. 2 – Rispondere alla crisi del Servizio sanitario nazionale non solo con dei più – più personale e stipendi più alti – ma anche con dei meno – meno ospedali, meno rigidità nei ruoli professionali e nei modelli organizzativi – e soprattutto con dei cambiamenti: nei processi formativi, nei percorsi di carriera, negli strumenti di motivazione e valutazione, nei modelli organizzativi.

Raccomandazione n. 3 – Accompagnare misure finalizzate a scoraggiare la fuga del personale dal Servizio sanitario nazionale con misure volte a incoraggiare la scelta di lavorare nel pubblico, sia di tipo economico, sia come opportunità di crescita e valorizzazione professionale.

Raccomandazione n. 4 – Definire e valorizzare il ruolo del privato all’interno di una chiara cornice di riferimento, in cui in cui le parti operino in regime di integrazione e non di concorrenza, assicurando un approccio ad alta integrazione tra livelli organizzativi, discipline, professioni e componenti sociali.

Raccomandazione n. 5 – Attribuire massima priorità alle politiche per la digitalizzazione in Italia e aumentare la conoscenza e l’accesso al digitale della popolazione. Nello stesso tempo, è indispensabile sostenere l’ingresso di personale con competenze tecnologiche nella Pubblica Amministrazione.

Raccomandazione n. 6 – Rafforzare l’attenzione nell’analisi dei dati sanitari e della privacy, per una corretta transizione digitale nella sanità e secondo quanto indicato dal Garante per la protezione dei dati personali.

Raccomandazione n. 7 – Attuare una leale collaborazione fra Stato e Regioni al fine di rafforzare la sanità digitale, dentro la cornice costituzionale che inquadra la sanità tra le materie concorrenti.

Raccomandazione n. 8 – Avviare un serio impegno di programmazione coerente con i grandi fenomeni demografici che stanno investendo il Paese e che più di ogni altra cosa condizioneranno l’evoluzione della spesa sanitaria e delle sue componenti.

Raccomandazione n. 9 – Affrontare i fenomeni di invecchiamento e di progressiva non autosufficienza grazie a una forte integrazione fra sanità e assistenza e, di conseguenza, fra soggetti erogatori di servizi sanitari e di servizi di assistenza fino a valutare nel dettaglio il vero “potenziale” d’offerta.

Raccomandazione n. 10 – Aumentare le opportunità di ingresso di lavoratori domestici dall’estero (anche a fronte di un progressivo invecchiamento dei lavoratori stranieri che oggi assistono gli anziani) e adottare una leva retributiva che renda più appetibile il lavoro di assistenza, compatibilmente con le risorse disponibili delle famiglie.

Raccomandazione n. 11 – Agire sui fenomeni di povertà, marginalità e indigenza utilizzando le organizzazioni del Terzo Settore per contenere le ricadute in termini di salute e di rinuncia alle cure che le condizioni di disagio economico e sociale tendono ad amplificare.

Raccomandazione n. 12 – Definire la collaborazione fra pubblico, privato e Terzo Settore in maniera chiara e trasparente, valorizzando i contributi che ognuna delle tre categorie di soggetti può procurare all’esterno, sia ai cittadini, ma anche agli altri protagonisti di quello che per complessità ha assunto la dimensione di un ecosistema.

SEZIONE 1

A cura di italiadecide

INNOVAZIONE E FIDUCIA PER UNA SANITÀ MIGLIORE

PARTE PRIMA

**UN MIGLIOR RAPPORTO TRA PUBBLICO-PRIVATO
PER UN MIGLIORE SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.
QUALE POLITICA DEL PERSONALE**

di Claudio Maria Maffei e Giuseppe Zuccatelli

Introduzione

Il Servizio sanitario nazionale sta attraversando il suo periodo di maggior crisi dal momento della sua istituzione nel 1978 con la Legge n. 833. Alcuni fenomeni ne sono la dimostrazione, e sono talmente evidenti e gravi da essere finiti da mesi sotto i riflettori dei media ma ancora non adeguatamente affrontati dalle politiche pubbliche. Tali fenomeni sono la drammatica carenza di personale, a partire da quella di alcune figure mediche specialistiche (medici dell'area dell'emergenza *in primis*, come anestesisti-rianimatori e medici di Pronto Soccorso) e del personale infermieristico; la conseguente necessità di ricorrere a soluzioni ad alto costo e bassa qualità come il ricorso alle cooperative; il crescente ricorso al privato nelle sue diverse forme; i drammatici tempi di attesa sia nei Pronto Soccorso sia per prestazioni programmate di tipo diagnostico e chirurgico. Nell'attuale situazione di crisi del Servizio sanitario nazionale non è possibile isolare singoli problemi senza metterli in relazione ad altri problemi "maggiori" collegati. Nel presente contributo verranno approfonditi due rilevanti aree di crisi del Servizio sanitario nazionale, il rapporto pubblico-privato e la politica del personale, richiamando le principali diverse problematiche che condizionano dette criticità, il sotto-finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e il ruolo delle politiche regionali.

Si cercherà, in particolare, di trovare un rapporto tra le cause della crisi del Servizio sanitario nazionale e i suoi effetti in modo da suggerire possibili percorsi alle scelte di politica sanitaria a livello nazionale e regionale, utilizzando il punto di vista e l'esperienza di medici impegnati sui temi della programmazione e gestione e dei sistemi di tutela della salute nei diversi livelli dirigenziali aziendali e regionali, un punto di vista che privilegia gli aspetti di carattere clinico-organizzativo rispetto a quelli di carattere economico.

1. - La crisi del Servizio sanitario nazionale italiano

Che il Servizio sanitario nazionale scricchiolasse per fattori che saranno più avanti esaminati nel dettaglio, a partire dal sottofinanziamento, lo si sa da anni. Nel 2018 la ricorrenza dei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale, istituito nel 1978, fu l'occasione per la pubblicazione di alcuni libri utili per capire la sua storia e le sue criticità che erano ben visibili anche cinque anni fa. Uno di questi era non a caso intitolato *La salute sostenibile*¹. In un'intervista l'autore, Marco Geddes da Filicaia, sottolineava come il libro volesse porre alcuni interrogativi, a partire dalla questione della sostenibilità economica del nostro Servizio sanitario, in modo da rispondere "alla narrazione inconsistente che ha percorso questi ultimi anni, ipotizzando che il nostro servizio sanitario non fosse economicamente sostenibile quasi che fosse il più caro dell'Europa. In realtà è il troppo poco costoso, nel senso che nel nostro Paese le risorse destinate al servizio sanitario pubblico negli ultimi anni sono continuamente diminuite e si prevede che questo trend continuerà anche nel futuro". E poi lanciava un grido di allarme affermando di temere "una decrescita infelice del nostro sistema sanitario." Gli altri due libri pubblicati quasi contemporaneamente e di cui suggeriamo la lettura sono *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*² di Francesco Taroni e *È tutta salute - In difesa della sanità pubblica di Nerina Dirindin*³. Con un taglio molto diverso, ma complementare, dette pubblicazioni anticipavano molte delle criticità di oggi a partire dal sottofinanziamento della sanità. Purtroppo, il Servizio sanitario nazionale, molto festeggiato in occasione dei suoi primi 40 anni, a tutt'oggi non è stato abbastanza difeso come vedremo nel dettaglio.

Due fattori hanno probabilmente contribuito in maniera determinante alla crisi evidenziata negli ultimi anni: uno imprevedibile, la pandemia, e l'altro prevedibilissimo, la drammatica carenza di personale, a partire da quello medico, ma non solo. Vale la pena di sottolineare come fino al 2019, l'anno prima della pandemia, lo stato di salute del sistema sanitario italiano e degli italiani apparisse sorprendentemente buono, a dispetto dell'evidente sottofinanziamento rispetto agli altri Paesi. Del finanziamento si tratterà in un successivo paragrafo, ma dei "vecchi" buoni livelli di *performance* del nostro Paese parliamo subito. Per farlo usiamo come fonte il Rapporto Statistico *Health at a Glance 2021*" dell'Oecd (Organization for Economic Cooperation and Development), l'organizzazione intergovernativa che raggruppa 38 Paesi di più continenti. Come si può vedere dal grafico della **figura 1**, nel 2019 l'attesa di vita alla nascita in Italia era di 83,6 anni, dato che ci collocava al quarto posto dopo Giappone, Svizzera e Spagna con un dato più favorevole rispetto, ad esempio, a quello della Francia e molto più favorevole rispetto a quello di Regno Unito e Germania.

1 Marco Geddes da Filicaia, *La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.

2 Francesco Taroni, *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2019.

3 Nerina Dirindin, *È tutta salute - In difesa della sanità pubblica*, Edizioni Gruppo Abele, 2018.

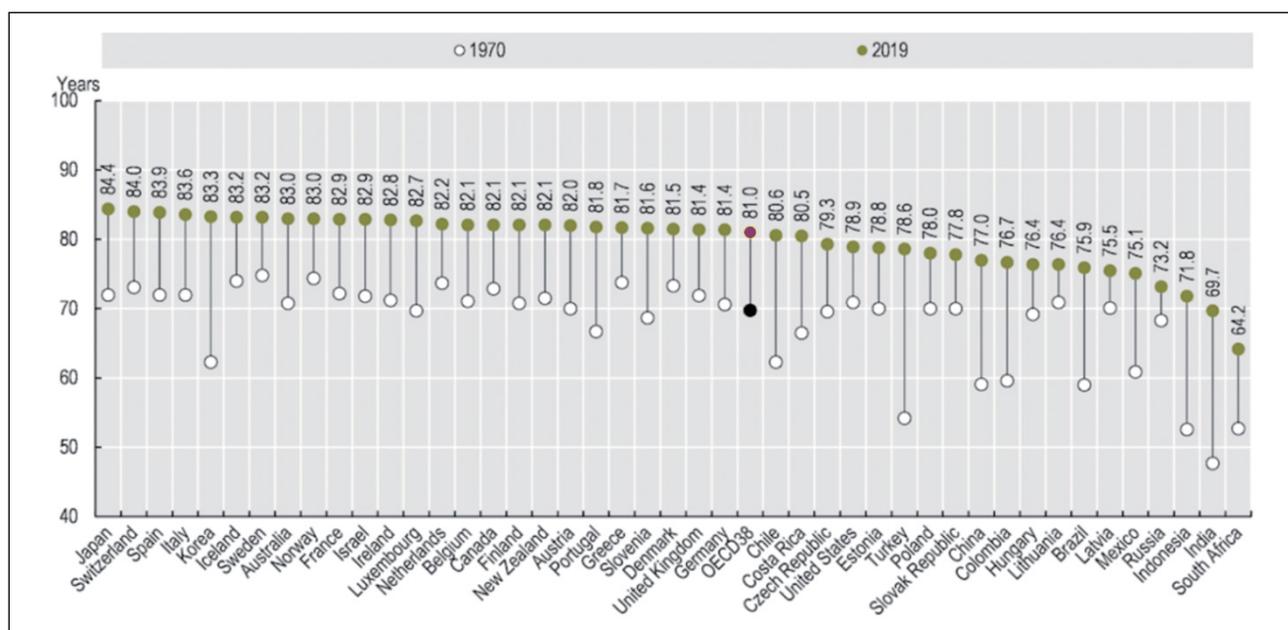
Ancora più interessante il dato relativo alla differenza nella attesa di vita a 30 anni tra la classe con la maggiore scolarità e quella con la peggiore, dove l'Italia risulta nel 2019 il Paese con la differenza più bassa (**fig. 2**).

Guardando alla valutazione comparativa relativa al macro-indicatore “attesa di vita”, la posizione del Servizio sanitario nazionale risultava positiva. Ugualmente positiva risultava la valutazione comparativa nel 2019 nei Paesi europei relativa alla mortalità evitabile nelle persone con meno di 75 anni. La mortalità evitabile è quella che può essere in larga misura evitata con misure di prevenzione o cure efficaci. Anche in questa statistica, tratta da *Eurostat - Preventable and Treatable Mortality Statistics*, l'Italia si piazza al quarto posto come Paese con la mortalità evitabile più bassa (**fig. 3**).

Nei primi mesi del 2020, a seguito dell'avvento della pandemia Covid-19, il Servizio sanitario nazionale, dopo aver inizialmente retto bene, ha cominciato a mostrare alcune debolezze strutturali legate soprattutto alle carenze di personale. Nella **figura 4**, tratta da *Health at a Glance 2021*, che evidenzia per ciascun Paese il cambiamento annuale della vita attesa negli anni 2015-2019 e quello registrato tra il 2019 e il 2020, anno della pandemia, l'Italia risulta al quarto posto come maggiore riduzione della vita attesa alla nascita nel 2020 rispetto al 2019. Un segnale della fragilità del nostro sistema sanitario che la politica non ha saputo cogliere.

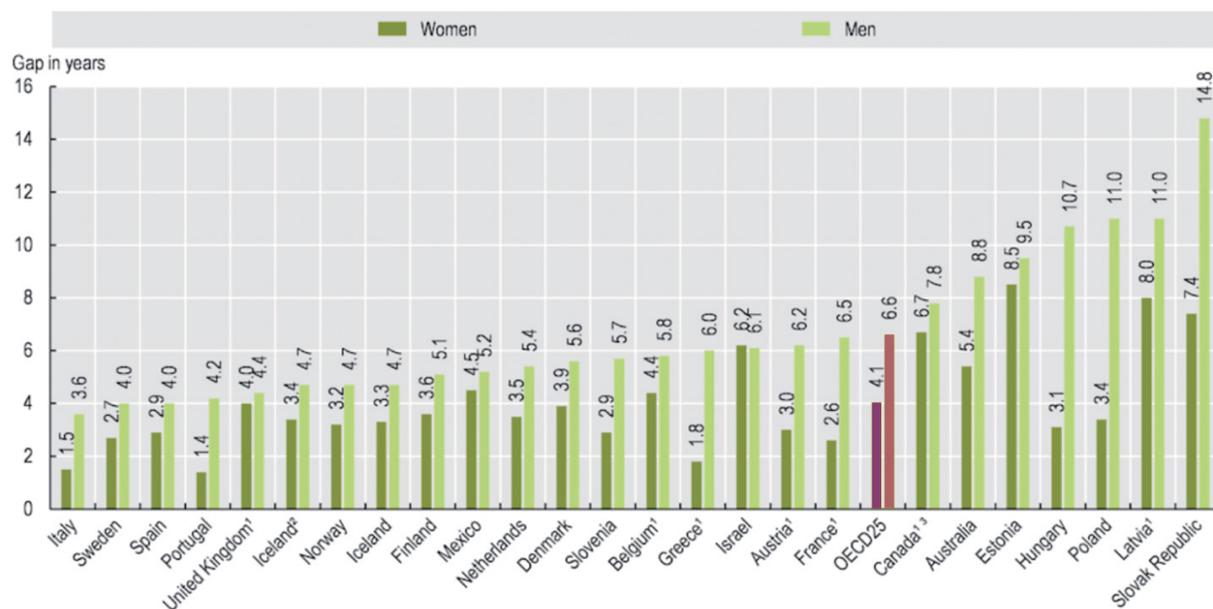
Sinteticamente, i dati statistici mostrano la buona performance del Servizio sanitario nazionale rispetto alla sanità degli altri Paesi fino a quando la pandemia non ne ha sfidato i fragili equilibri. L'impatto sulla salute dei cittadini della pandemia è derivato e deriverà in futuro sia, in modo diretto, dalle conseguenze cliniche del Covid sia, in modo indiretto, dalla riduzione delle attività ospedaliere e territoriali che la pandemia ha provocato con la mancata effettuazione di: interventi chirurgici, prestazioni ambulatoriali e interventi di diagnosi precoce e con la rinuncia alle prestazioni da parte di cittadini che evitavano il ricorso alle strutture ospedaliere.

Fig. 1 – Attesa di vita alla nascita in anni nei Paesi Ocse. 1970 e 2019 (v.a. in anni)



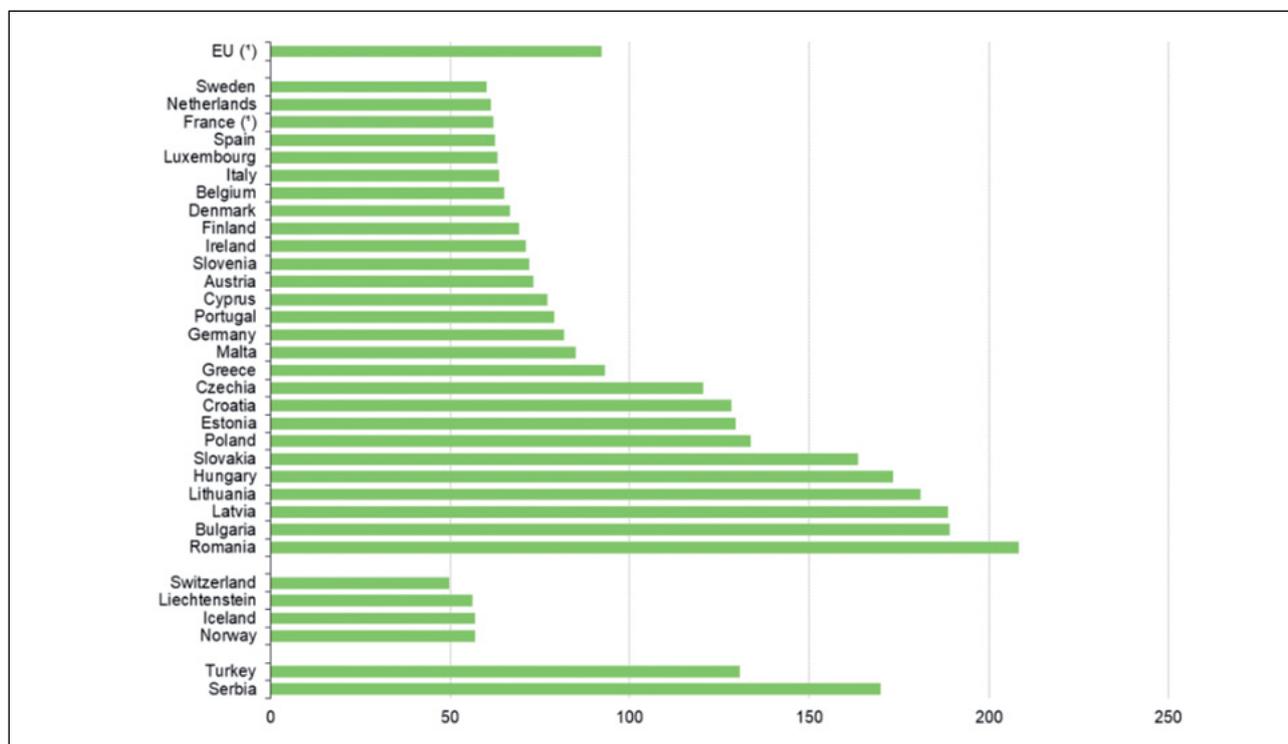
Fonte: Ocse

Fig. 2 – Differenza nella attesa di vita alla nascita tra la popolazione con il livello di scolarità più alto e quella con il livello di scolarità più basso nei Paesi Ocse. 2019 (v.a. in anni)



Fonte: Ocse

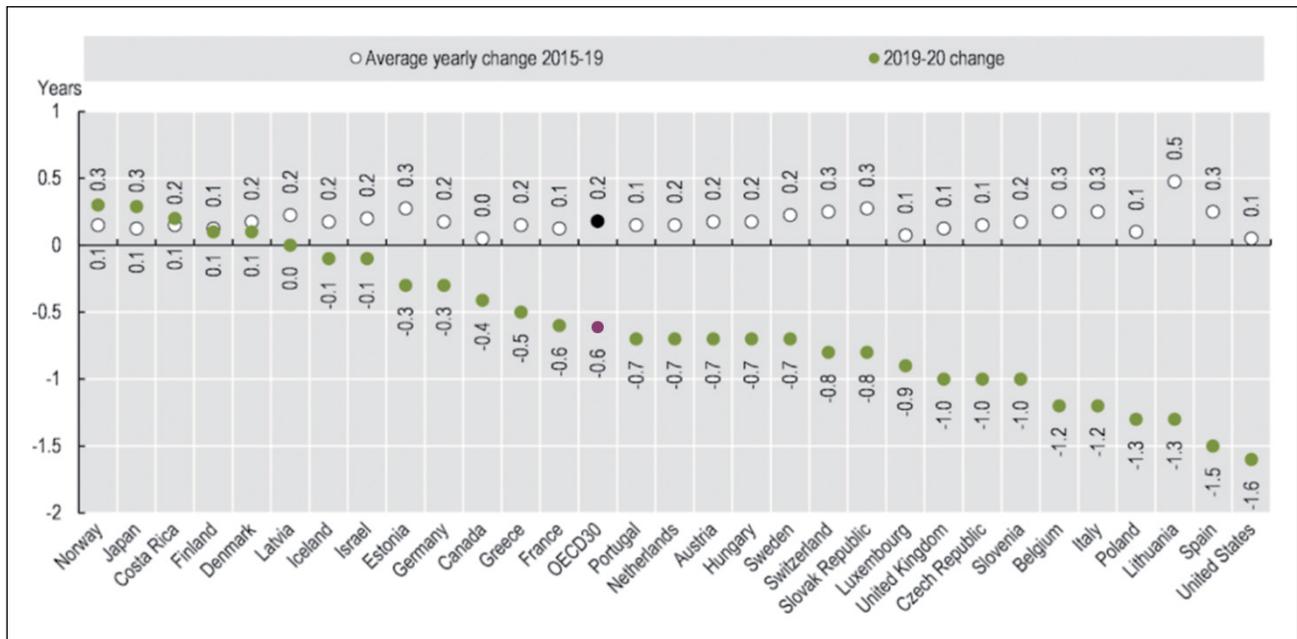
Fig. 3 – Tassi di mortalità evitabile in Europa nella popolazione con meno di 75 anni. 2019 (tassi standardizzati per 100.000 abitanti) (*)



(*): il dato dell'Unione Europea e della Francia si riferiscono al 2017

Fonte: Eurostat

Fig. 4 – Variazione annuale della vita attesa nei Paesi Ocse, 2015-2019 e 2019-2020 (var. % medie annue e var. %)



Fonte: Ocse

2. - Il sottofinanziamento della sanità in Italia

Il sottofinanziamento del Servizio sanitario nazionale è noto da anni. La **figura 5**, tratta da *Health at Once: Europe 2022*, presenta un confronto tra i Paesi europei relativo alla spesa sanitaria nel 2020, espressa in rapporto al Prodotto interno lordo e distinta nelle due componenti di spesa pubblica e spesa privata. Il grafico della figura 5 evidenzia con chiarezza la differenza tra la spesa per la sanità dell'Italia rispetto a quella di Germania, Francia, Svezia, Regno Unito, Svizzera e Norvegia.

Ciononostante, almeno al momento non sono previsti sostanziali incrementi nella spesa sanitaria pubblica nel nostro Paese, le cui possibili conseguenze sono segnalate anche da una recente lettera del 14 gennaio 2023 degli assessori regionali alla Sanità inviata ai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze in cui si legge: "L'insufficienza delle risorse disponibili, la carenza di personale, il continuo rincaro dei prezzi delle materie prime e dei consumi energetici rischiano molto seriamente di compromettere l'attuazione di importanti riforme, a partire da quella dell'assistenza territoriale, nonché la possibilità di dare corso agli investimenti della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che sono in corso di progettazione e che sono già stati presentati agli Enti Locali. Questa situazione determinerà conseguenze catastrofiche per il Servizio Sanitario pubblico che ha invece urgenza di rivedere i modelli organizzativi per rafforzare e sviluppare l'assistenza territoriale e anzitutto affrontando il grave problema della carenza di MMG, rinnovare e rendere più efficienti e sicure le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, dare una soluzione al collasso delle strutture di emergenza urgenza, ammodernare il parco tecnologico e digitale." ⁴

Non è questa la sede per entrare nel merito di quanto serve "in più" alla sanità ma, a fronte dei pochi miliardi in più previsti per il 2023 e gli anni successivi nell'*Executive Summary* del XVIII Rapporto Sanità del 2022, il Crea Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) ha calcolato che, per allinearsi ai Paesi europei di riferimento, servirebbe un incremento annuale per cinque anni di 15 miliardi di euro.⁵ Cifre lontanissime da quelle attualmente previste, del valore di circa due miliardi di euro di incremento annuo.

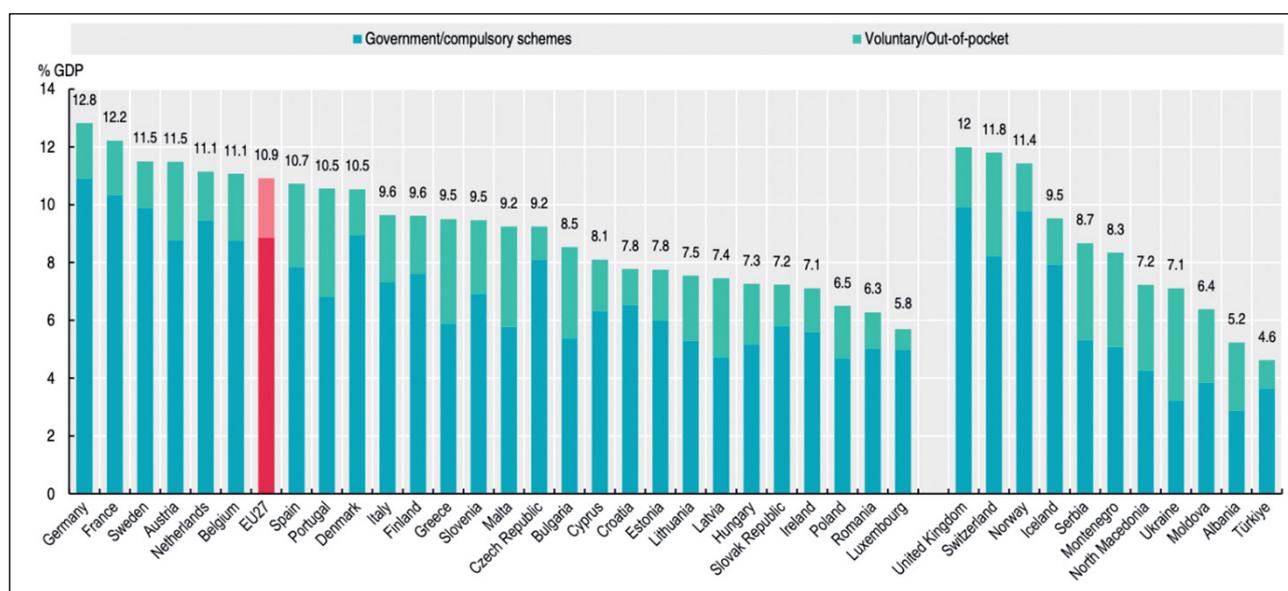
Riguardo al sotto-finanziamento, Emmanuele Pavolini si è chiesto "come mai la politica in questi anni ha prestato attenzione a tanti temi importanti, relativi alla protezione sociale delle persone, aumentando considerevolmente la spesa pubblica in un periodo di austerità (dalle pensioni con «Quota 100» al Reddito di Cittadinanza nel campo del contrasto alla povertà per fare i due esempi più recenti) ma ha trascurato la sanità (e si dovrebbe aggiungere, il sistema educativo e le politiche per la cura di bambini e anziani)." Rispondendo, Pavolini fa presente – e noi condividiamo – che "se la sanità non ha acquisito un ruolo

⁴ www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1673688569.pdf

⁵ Il 18° Rapporto Sanità, edito dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (Crea Sanità).

importante nell'agenda dei governi dell'ultimo decennio (in realtà sarebbe più appropriato riferirsi all'ultimo ventennio) è stato sicuramente per miopia della politica che, anche per tante ragioni comprensibili, si è data altre priorità, ma anche per scarsa attenzione di cittadini, imprese e società civile, anche essi (noi) abbastanza miopi da non mettere la sanità ai primi posti delle loro richieste ai partiti.”⁶

Fig. 5 – La quota della spesa sanitaria sul Prodotto interno lordo nei Paesi europei, 2020. Spesa pubblica e spesa privata (val. %)



Fonte: Ocse

⁶ Emmanuele Pavolini, *La sanità italiana di fronte alla crisi del coronavirus: lezioni dal passato e consigli per il futuro*. L'articolo è una rielaborazione della versione pubblicata nel sito web Ocis.

3. - La *spending review* sanitaria

Un fattore di tipo economico che ha esercitato un effetto negativo ulteriore, oltre a quello del sottofinanziamento, è il tetto di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale introdotto dalla legge Finanziaria del 2010 (Legge 191/2009), in cui si prevedeva che il livello massimo di spesa per il personale dovesse parametrarsi a quello dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%. Tale limite, pur con qualche lieve ritocco in aumento, è sostanzialmente rimasto immutato. Con il cosiddetto Decreto Calabria nel triennio 2019-2021, i limiti di spesa sono stati incrementati annualmente di un importo pari al 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente ed è in corso la previsione di un possibile ulteriore incremento del 5% calcolato sullo stesso incremento in presenza di "oggettivi fabbisogni di personale", da documentarsi con una apposita metodologia.

L'introduzione del tetto di spesa del personale è stata una delle prime misure introdotte nella sanità negli anni della cosiddetta *spending review*. Nella rassegna delle misure adottate, dedicata dalla Camera dei deputati alla *spending review* sanitaria, si legge: "La *spending review* in sanità, iniziata nel 2011 e ancora in corso, intende razionalizzare i processi di acquisto di beni e servizi in ambito sanitario, recuperando le aree di inefficienza sia a livello gestionale che organizzativo. Gli interventi in tema di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria hanno interessato le diverse componenti della spesa dedicata al finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La riduzione delle risorse è stata fronteggiata con la rimodulazione o l'introduzione di nuovi tetti di spesa, la parziale riorganizzazione della rete ospedaliera e un diverso sistema di acquisto e gestione dei beni e dei servizi in ambito sanitario".⁷

Le suddette misure hanno accompagnato la politica di definanziamento del Servizio sanitario nazionale illustrato in un Rapporto della Fondazione Gimbe (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze) che esamina il periodo 2010-2019. Nella presentazione del Rapporto si legge: "Fra tagli e minori entrate il Servizio sanitario nazionale ha perso negli ultimi dieci anni 37 miliardi di euro [...]. Il finanziamento pubblico è stato decurtato di oltre 37 miliardi di euro, di cui circa 25 miliardi nel 2010-2015 per tagli conseguenti a varie manovre finanziarie e oltre 12 miliardi nel 2015-2019, quando alla sanità sono state destinate meno risorse di quelle programmate per esigenze di finanza pubblica. In termini assoluti il finanziamento pubblico in 10 anni è aumentato di 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%). I dati Ocse aggiornati al luglio 2019 dimostrano che l'Italia si attesta sotto la media sia per la spesa sanitaria totale (3.428 dollari contro 3.980), sia per quella pubblica (2.545 contro 3.038), precedendo solo i Paesi dell'Europa orientale, oltre a Spagna, Portogallo e Grecia. Nel periodo 2009-2018 l'incremento percentuale della spesa sanitaria pubblica si è attestato al 10%, rispetto a una media del 37%".⁸

⁷ www.camera.it/leg17/465?tema=controllo_spesa_sanitaria

⁸ Report Osservatorio Gimbe n. 7/2019, *Il de-finanziamento 2010-2019 del Servizio sanitario nazionale*.

Esula dagli obiettivi del presente contributo l'analisi dei motivi della scelta di definanziamento fatta dai governi, peraltro di segno differente, che si sono succeduti nel periodo; si intende infatti concentrare l'attenzione sugli effetti di tali scelte sul rapporto tra pubblico e privato e sulla politica del personale nel Servizio sanitario nazionale.

Va comunque sottolineato che la filosofia che ha ispirato la *spending review* è stata quella di forzare il recupero di razionalità ed efficienza della sanità pubblica attraverso la previsione di tetti di spesa e altri strumenti "rigidi" e quantitativi di contenimento della spesa. I tetti di spesa hanno riguardato il personale sanitario e la spesa per farmaci e dispositivi medici; altri strumenti impiegati hanno riguardato la riduzione dei posti letto e delle strutture ospedaliere e la contestuale diminuzione delle unità operative complesse e semplici. Quella che doveva essere la stimolante stagione della razionalizzazione della sanità è stata vissuta come la stagione dei cosiddetti *tagli lineari*, e cioè il suo opposto. La verifica della effettiva adozione delle misure della *spending review* era ed è oggetto di monitoraggio in sede di verifica da parte del Ministero delle Economie e delle Finanze degli adempimenti Lea (Livelli essenziali di assistenza cui è dedicata una pagina del sito del Ministero della Salute.⁹ Qui basterà ricordare che superare la verifica annuale degli adempimenti Lea consente, tra l'altro, alle Regioni di accedere alla quota premiale del Servizio sanitario nazionale e che, di conseguenza, le Regioni fanno quello che gli adempimenti prevedono. Chi volesse saperne di più sulle quote premiali lo può leggere nel sito della Camera dei deputati.¹⁰

Alle misure della *spending review* sanitaria sono state e continuano a essere attribuite le attuali criticità del Servizio sanitario nazionale. Non c'è ad esempio intervento sulla crisi attuale della sanità ospedaliera e in particolare dei servizi di Pronto Soccorso che non venga attribuita alla carenza di posti letto e alla riduzione nel numero degli ospedali. A esempio, il dossier *Sanità: allarme rosso. Gli effetti sul Servizio sanitario nazionale di dieci anni di tagli*¹¹ pubblicato nel settembre 2022 dal sindacato dei medici Federazione Cimo-Fesmed, così presenta i dati: "Tra il 2010 ed il 2020, in Italia hanno chiuso i battenti 11 aziende ospedaliere, 100 ospedali a gestione diretta, 113 pronto soccorso (di cui 10 pediatrici) e sono state disattivate 85 unità mobili di rianimazione. Chiusure che hanno implicato la perdita di quasi 37 mila posti letto, 28 mila dei quali ordinari e quasi 10 mila di day hospital: ma se i posti letto nelle strutture pubbliche sono stati drasticamente tagliati (-38.684), quelli nelle strutture private sono aumentati (+1.747)." È opinione diffusa che la politica dei tagli indiscriminati sia stata e rimanga la principale causa dei problemi della sanità italiana di oggi.

9 www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4746&area=Lea&menu=monitoraggio-Lea

10 https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_il_fabbisogno_sanitario.html#:~:text=La%20misura%20percentuale%20della%20quota,1%2C%20del%20decreto%20legge%20n.

11 Federazione Cimo-Fesmed, *Sanità: allarme rosso. Gli effetti sul Servizio Sanitario Nazionale di dieci anni di tagli*.

4. - La carenza di personale sanitario: considerazioni generali

Soprattutto la carenza di personale sanitario, medici e infermieri è figlia della cultura dei tetti di spesa e dei vincoli economici e strutturali imposti dal 2010 in poi. Il problema è doppio: il personale è scarso e il personale non si trova. Il Crea ha calcolato il numero di medici e infermieri ogni 1.000 abitanti con più di 75 anni presenti nel 2020 in cinque Paesi europei: Italia, Germania, Francia, Regno Unito e Spagna. Per entrambe queste figure professionali l'Italia è sotto la media degli altri quattro Paesi. A quella data in Italia si contano 34,3 medici ogni 1.000 cittadini anziani contro 38,5 della media degli altri Paesi, con l'Italia superata da tutti gli altri Paesi, a eccezione della Francia. Per gli infermieri il problema è ancora maggiore visto che l'Italia ne ha poco più della metà rispetto alla media degli altri quattro Paesi, con 48,9 infermieri ogni 1.000 cittadini anziani contro 94,6 della media degli altri Paesi, dato che ci colloca di gran lunga all'ultimo posto come disponibilità di infermieri.¹²

Di fronte all'attuale esigenza/volontà di assumere, pur ancora in presenza dei tetti di spesa almeno per garantire il *turn over*, l'offerta risulta assolutamente carente specie per alcune figure, come gli infermieri, e per alcune discipline mediche come quelle dell'area dell'emergenza, in particolare medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione. Colpisce il fatto che si tratti di una crisi largamente annunciata visto che la carenza di offerta viene segnalata da almeno un decennio per i medici e addirittura da molto prima per gli infermieri. Inoltre, nel caso dei medici la carenza è destinata ad acuirsi per la loro età media molto avanzata. Dal grafico della **figura 6** si vede come la percentuale di medici con più di 55 anni sia in Italia di gran lunga la più alta. Molte altre informazioni su personale del Servizio sanitario nazionale si trovano nel Rapporto sul personale del Servizio sanitario nazionale pubblicato nell'ottobre 2022 dall'Agenas.¹³

4.1. - La carenza dei medici dipendenti nelle strutture pubbliche: le molte facce di una crisi annunciata

Dati e conseguenze delle carenze di personale erano ben noti da tempo. Anaa-Assomed, Associazione Nazionale Aiuti e Assistenti Ospedalieri, già nel 2010 scriveva come la struttura demografica dei medici dipendenti avrebbe determinato una "gobba pensionistica" che avrebbe portato negli anni a un esodo drammatico nei suoi effetti, se non si fossero adottate misure idonee, come mostra la **figura 7**.¹⁴ Ma le misure previste non vennero purtroppo adottate.

¹² Crea Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), XVIII Rapporto Sanità, 2022.

¹³ Rapporto Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, *Il personale del servizio sanitario*, 2022.

¹⁴ Enrico Reginato, vicepresidente Fems (Federazione Europea Medici Salariati) Carlo Palermo, coordinatore della Con-

Ancora due anni fa Anaao-Assomed segnalava, in un intervento sul suo sito, tre problemi alla base della carenza di medici nelle strutture pubbliche: il cosiddetto “imbuto formativo”, il deflusso verso l’attività privata e la scarsa motivazione a specializzarsi in settori in cui la necessità di specialisti è più alta.¹⁵ A questi problemi se ne è aggiunto, negli ultimi anni, prima un quarto, rappresentato dalla necessità di ricorrere a cooperative, e poi un quinto condiviso con altre professioni: il trattamento economico inadeguato. Vediamoli uno alla volta, anche se sono tra loro strettamente intrecciati come chiariremo in seguito, utilizzando l’intervento citato di Anaao-Assomed, un sindacato da sempre attento alla politica del personale del Servizio sanitario nazionale nei suoi riflessi sulla professione medica.

Per quanto riguarda l’imbuto formativo, la tesi dell’Anaao-Assomed è che il mancato ricambio generazionale dei medici nasca da un “decennio fallimentare nella programmazione dei fabbisogni specialistici”, con un rapporto sbilanciato fra i pensionamenti e il numero di contratti formativi finanziati, vale a dire i contratti per le specializzazioni, le borse per la Medicina generale e quelle per la formazione dei medici di famiglia. Le uscite di personale non sono state accompagnate a un numero adeguato di contratti di formazione che tenesse conto sia del fabbisogno del sistema che del totale di neolaureati in arrivo dalle università, fenomeno ribattezzato “imbuto formativo”. Nonostante da un paio di anni i contratti programmati di formazione specialistica siano molto aumentati, passando dai 7.547 del 2008 ai 14.378 dell’anno accademico 2021-2022, gli effetti positivi tardano ad arrivare dal momento che per formare uno specialista servono dai 4 ai 5 anni.

I medici che si licenziano per passare alla sanità privata è un altro fenomeno segnalato da anni. Il grafico della **figura 8** evidenzia la percentuale di medici che si è licenziato nelle varie Regioni negli anni 2020 e 2021.¹⁶

Buona parte dei medici dimissionari è andato a lavorare nelle strutture private specie nel caso di specialisti in discipline come Ortopedia, Urologia, Radiologia e Anestesia e Rianimazione. Le discipline per cui tale fenomeno risulta più accentuato sono di area chirurgica, in cui l’attività programmata nelle strutture pubbliche è in sofferenza perché compete con l’attività in urgenza con una ricaduta negativa sulla possibilità del professionista di sviluppare la propria caratterizzazione specialistica.

Le motivazioni della “fuga” nel privato, su cui torneremo più avanti, sono banali: spesso si va a lavorare meno e meglio, guadagnando di più.

La tendenza a non scegliere da parte dei neolaureati le discipline che servono di più (*in primis* la medicina d’urgenza) emerge dall’analisi dei dati sulle borse di studio di specializzazione non assegnate per disciplina, in occasione del primo scaglione del concorso di specializzazione 2022, il 50% dei posti per la medicina d’urgenza non è stato assegnato.¹⁷

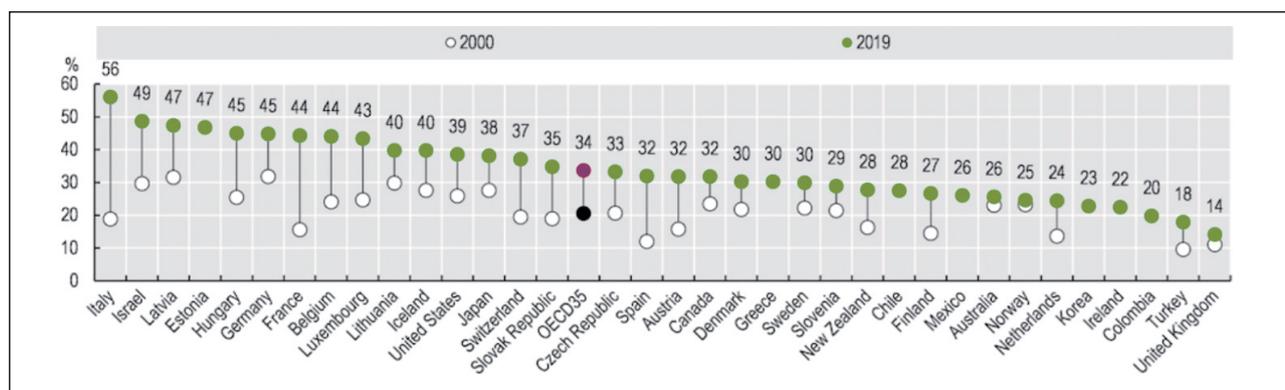
ferenza permanente dei Segretari Anaao-Assomed delle Regioni e delle Province autonome, *Demografia dei medici dipendenti del sistema sanitario nazionale Proposte per ridurre gli effetti negativi del prossimo esodo pensionistico*, 2010.

15 Perché in Italia ci sono pochi medici negli ospedali pubblici. L’Anaao su 24 PLUS, 8 dicembre 2020.

16 www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104156

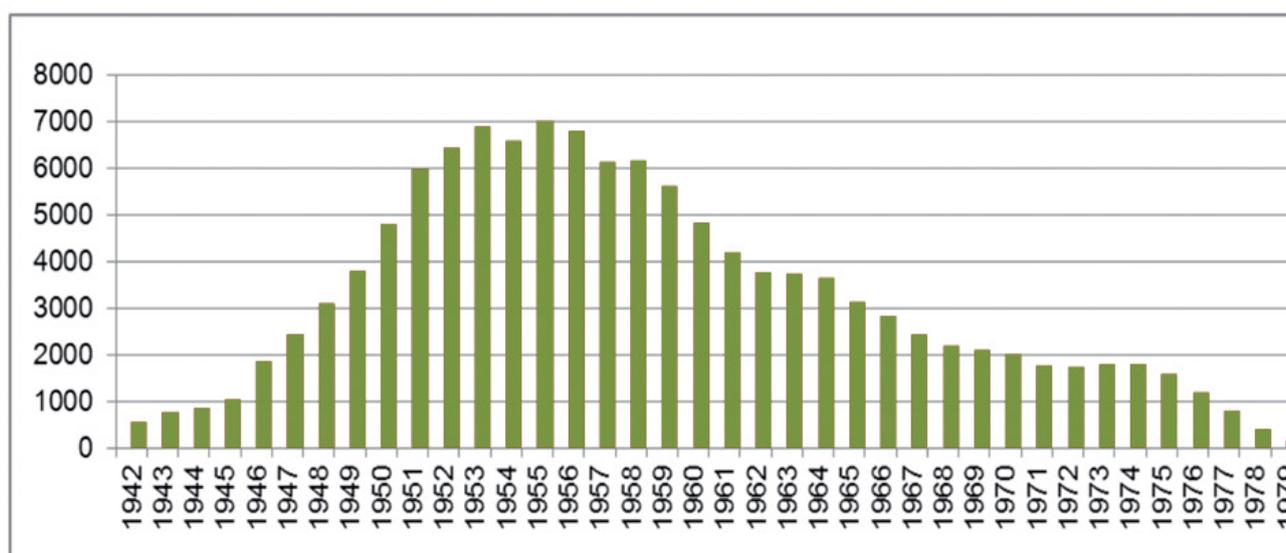
17 www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=107831

Fig. 6 – Medici con più di 55 anni. Confronto Italia e altri Paesi Ocse. 2000 e 2019 (val. % sul totale dei medici)



Fonte: Ocse

Fig. 7 – Distribuzione dei medici dipendenti per anno di nascita, 2010 (v.a.)



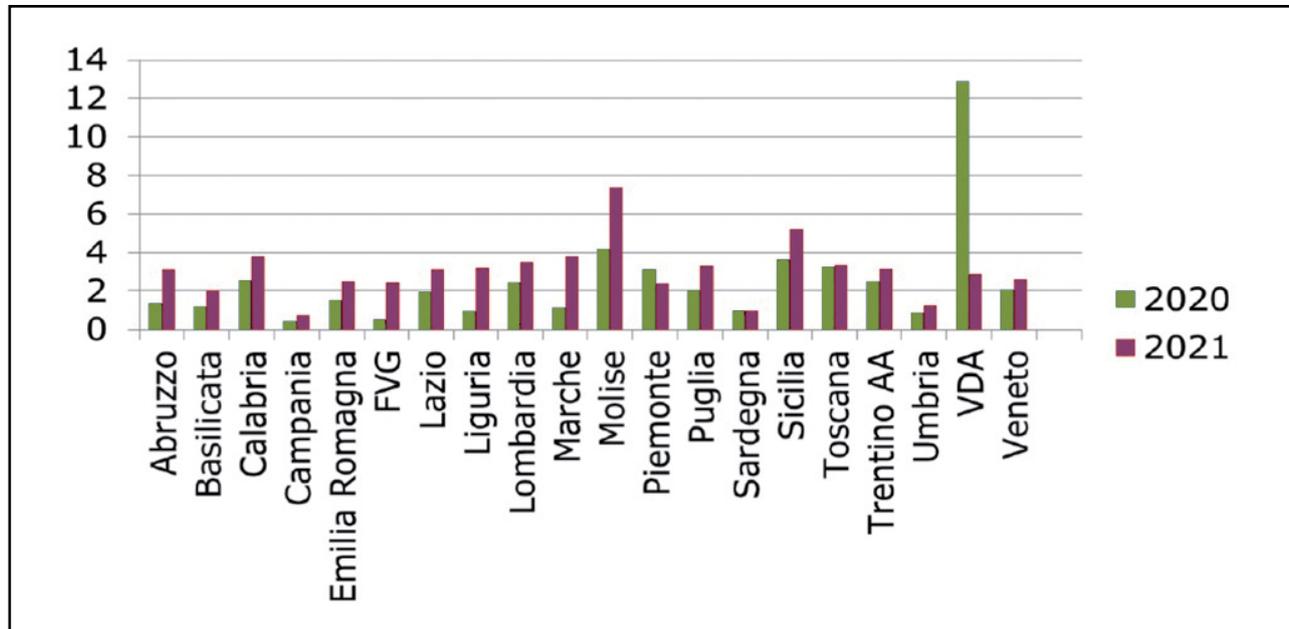
Fonte: Anaa

Il crescente ricorso alle cooperative di medici per la copertura dei turni negli ospedali è un fenomeno tanto diffuso quanto patologico che porta a reclutare “medici a gettone” per attività che andrebbero svolte da personale esperto abituato a lavorare nella stessa *équipe* come gli anestesisti, i medici dell’urgenza e i pediatri. L’assurdo è che il ricorso alle cooperative avviene a costi e guadagni infinitamente superiori rispetto a quelli di un medico strutturato. Una indagine del “Corriere della Sera” ha quantificato in oltre 100.000 turni nel 2022 le dimensioni di questo fenomeno ormai sempre più senza regole. “Gli ospedali per coprire i buchi di organico appaltano alle cooperative, che i medici invece li hanno perché ingaggiano neolaureati, pensionati,

liberi professionisti e chi ha lasciato il servizio sanitario perché stremato e sottopagato. I gettonisti sono pagati per i turni che svolgono, di solito 12 ore la notte, nei fine settimana e nei festivi. Ecco le dimensioni del fenomeno nelle principali regioni del Nord Italia: solo nel 2022 i turni appaltati in Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna superano i 100 mila. La conferma del rischio di inadeguatezza del servizio offerto arriva da un'indagine dei Nas che dalla metà di novembre ai primi di dicembre ha svolto verifiche a campione su 1.525 medici delle cooperative in tutta Italia. Risultato: sono stati trovati dottori arruolati in ostetricia senza nessuna formazione per fare i parti cesarei, altri in Pronto Soccorso senza avere competenze in Medicina d'urgenza, ultrasettantenni, o già dipendenti di altri ospedali che facevano di nascosto i doppi turni per la cooperativa."¹⁸

Infine, per concludere l'analisi sui problemi correlati alle politiche del personale del Servizio sanitario nazionale, occorre considerare che gli stipendi in Italia risultano più bassi rispetto alla maggior parte dei Paesi europei, seppure i confronti siano difficili.

Figura 8 – Medici dipendenti che si sono licenziati nel 2020 e 2021 in Italia (val. %)



Fonte: Anaa-Assomed,

18 www.affaritaliani.it/medicina/sanita-100mila-turni-a-gettone-reparti-affidati-a-neolaureati-ultra-70enni-834567.

4.2. - La carenza dei medici di medicina generale

Una specifica attenzione merita la carenza dei medici di medicina generale (Mmg) che costituisce un problema specifico non direttamente collegato con la relazione tra politica del personale e rapporto pubblico-privato, ma con un impatto rilevante sulla qualità della assistenza offerta a livello territoriale. Il prevalere oggi della patologia cronica come principale problema di salute rende la figura del Mmg ancora più essenziale. Infatti, per tali condizioni, spesso presenti contemporaneamente nella stessa persona (scompenso cardiaco, diabete, bronco-pneumopatia cronica, ecc.) la migliore risposta è quella territoriale che passa attraverso le equipe multiprofessionali, in cui il Mmg ha un ruolo chiave, e il coinvolgimento delle comunità. Si tratta dell'approccio che dovrebbe caratterizzare le "nuove" Case della Comunità previste dal Pnrr. Come misura temporanea e volontaria alcune Regioni come il Veneto e l'Emilia-Romagna hanno portato il numero massimo di assistiti per ogni Mmg da 1.500 unità a 1.800 unità. L'impatto di tale misura non è ancora stato valutato.

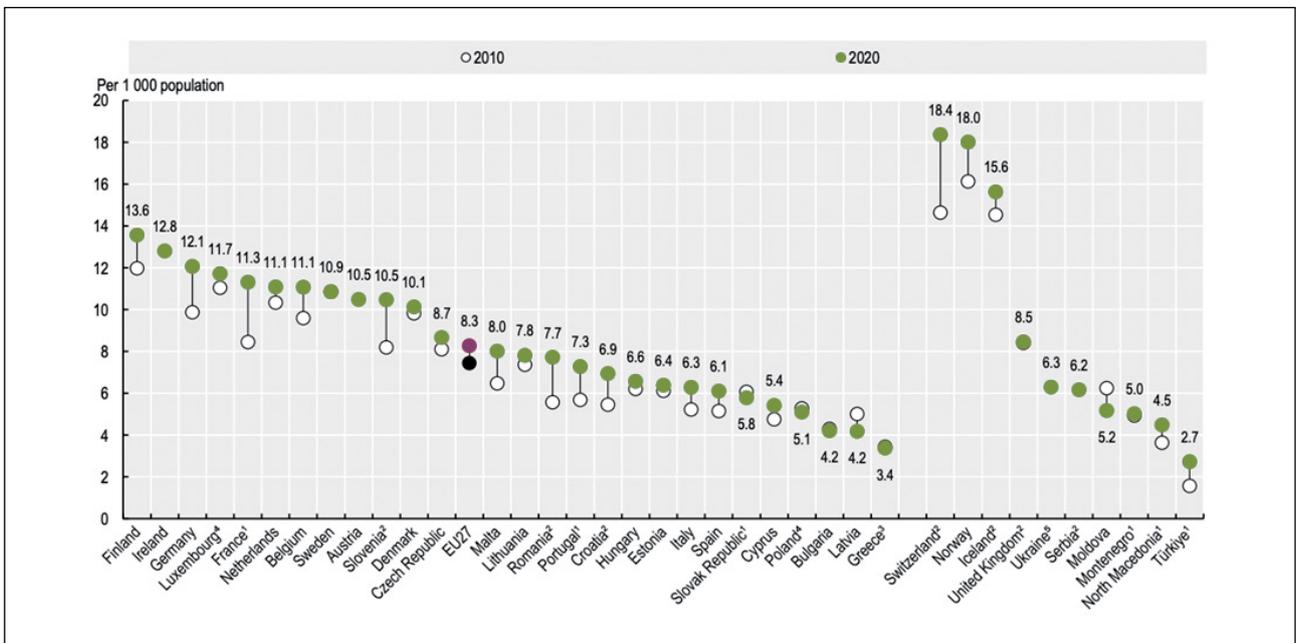
4.3. - La carenza degli infermieri

Pur essendo scontato che tutte le figure professionali giocano un ruolo decisivo nell'offerta della migliore tutela della salute possibile dei cittadini, non vi è dubbio che quella degli infermieri giochi un ruolo centrale. Sia a livello ospedaliero, dove è prevista aumentare la complessità dei casi trattati, sia a livello territoriale, dove si giocherà la presa in carico dei pazienti cronici, gli infermieri saranno sempre più necessari, visto che la continuità dell'assistenza diretta al paziente costituisce la loro specifica caratterizzazione professionale.

La **figura 9** mostra come nel 2020 il numero degli infermieri in rapporto alla popolazione fosse in Italia assai inferiore rispetto alla media europea, con 6,3 infermieri ogni mille abitanti contro gli 8,3 della media dei 27 Paesi dell'Unione europea, e la **figura 10** evidenzia il nostro più basso rapporto infermieri/medici con 1,6 unità contro 2,2 della media europea.¹⁹

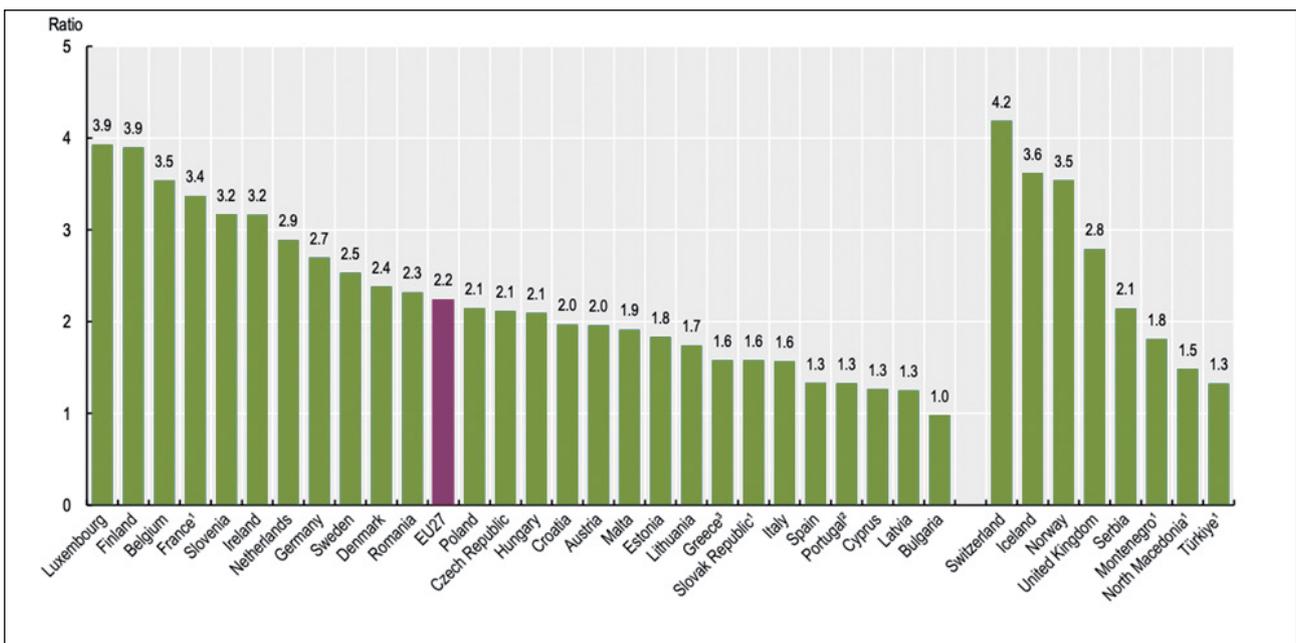
¹⁹ Health at a Glance: Europe 2022 State of Health in the Eu Cycle.

Fig. 9 – Numero di infermieri per 1.000 abitanti nei Paesi europei, 2020



Fonte: Ocse

Fig. 10 – Rapporto infermieri/medici nei Paesi Europei, 2020



Fonte: Ocse

4.4. - Una variabile difficile da quantificare: la perdita del senso di appartenenza dei professionisti al Servizio sanitario nazionale

Il tema trattato in questo paragrafo è di primaria importanza, come esemplifica bene e in maniera diretta la testimonianza della dottoressa Sara Palmieri pubblicata lo scorso 3 febbraio su Brescia Medica, il Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Brescia. In un pezzo dal titolo *Non lasciateci soli* si legge la ricostruzione dal campo di chi ha vissuto la tragedia della pandemia a Brescia, ha subito la retorica degli eroi per arrivare poi a queste considerazioni: "E mentre si cerca di coprire la falla con medici gettonisti, non specialisti, non controllati e strapagati, agli ospedalieri si chiede sempre di più: turni oltre l'orario di servizio, ambulatori aperti a oltranza, recupero e addirittura aumento della produttività rispetto al pre-Covid. Non ve lo devo spiegare io come questo non migliori la qualità e l'efficienza delle nostre prestazioni, anzi. E i medici si licenziano sempre di più, sfiniti, incazzati, frustrati. Aumentando ancora di più il carico su chi resta. Ed è un loop infinito."²⁰ La diffusione dei sentimenti di frustrazione, disillusione e stress riguarda principalmente ai medici perché è nei loro confronti che si esercita l'attrattività del privato.

²⁰ http://brescia medica.it/non-lasciateci-soli/?fbclid=IwAR1yyUYDZmqwaEd-dWZhuV0dc_ZH5CxRUrvx0jKdGU6n-baeEyvWMuRIODU

5. - Il rapporto pubblico-privato oggi: considerazioni generali

Il privato entra in sanità attraverso diverse modalità:

- come fornitore di materiali, farmaci, dispositivi medici e tecnologie;
- come fornitore di servizi “non sanitari” a supporto della erogazione di prestazioni delle strutture pubbliche (dalla mensa, alla manutenzione delle apparecchiature, ecc.);
- come fornitore di personale sanitario (come nel caso delle cooperative di medici già citate);
- come erogatore di attività inserite nei Lea (Livelli Essenziali di Assistenza) per conto del Servizio sanitario nazionale in regime di accreditamento e in base a un accordo contrattuale;
- come erogatore di attività sanitarie inserite nei Lea con oneri a carico del cittadino o di una assicurazione o di un fondo integrativo, attività erogate anche dalle strutture pubbliche a gestione diretta;
- come erogatore di attività sanitarie extra-Lea, per le quali il privato deve essere comunque autorizzato, con oneri a carico del cittadino o di una assicurazione o di un fondo sanitario (anche in questo caso le strutture pubbliche a gestione diretta erogano queste attività).

Partiamo dal ruolo del privato come erogatore di prestazioni sanitarie inserite nei Lea, che è l'area di attività/domanda che ci interessa di più. Per un miglior inquadramento di questo ruolo è opportuno considerare cosa siano “in pratica” i Lea, dal momento che essi definiscono il perimetro delle prestazioni/attività/funzioni che il Servizio sanitario nazionale dovrebbe garantire ai cittadini. Il Servizio sanitario nazionale, poiché nasce solidaristico, essendo finanziato dalla fiscalità generale, e universalistico, e quindi impegnato ad assicurare equità di accesso a tutti i cittadini, dovrebbe garantire i Lea “per intero”, lasciando alla domanda privata (pagata direttamente dai cittadini o “intermediata” da Assicurazioni e Fondi) solo le prestazioni ulteriori o quelle che, pur rientranti nei Lea, i cittadini per loro scelta decidono di ottenere privatamente.

Definire e garantire i Lea diventa ancora più importante oggi, in tempi di proposte di autonomia differenziata delle Regioni, che, qualunque sia la forma che potrebbe assumere, non potrà comunque mettere in discussione il fatto che a ogni cittadino italiano debbano essere garantiti i diritti fondamentali in termini di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie definiti dai Lea, come da Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017.²¹ Purtroppo il modo in cui i Lea sono definiti è tutt'altro che preciso per cui non è facile per un cittadino capire ciò cui ha diritto. In particolare, sono incerti i confini delle prestazioni nell'area della cronicità per

²¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

cui un paziente con Demenza e la sua famiglia riceveranno prestazioni molto diverse a seconda delle Regioni, e spesso anche a seconda dell'area della Regione in cui vivono. Lo stesso vale per le prestazioni tradizionali come quelle ambulatoriali e chirurgiche programmate. Ad esempio, in materia di Oculistica, è evidente che un anziano ha diritto a un accesso tempestivo alla visita specialistica e a un eventuale intervento di cataratta. Ma, nei fatti, l'oculistica sta uscendo silenziosamente dai Lea e ciò che andrebbe garantito dal Servizio sanitario nazionale attraverso le strutture pubbliche a gestione diretta o attraverso le strutture private accreditate e contrattualizzate, viene invece fornito da strutture private, ma anche da strutture pubbliche che vengono o pagate direttamente dal cittadino o pagate dalle Assicurazioni o dai Fondi sanitari a cui i cittadini aderiscono. I motivi per cui l'oculistica sta uscendo dai Lea sono stati analizzati di recente in un contributo comparso su *Quotidiano Sanità*.²² Tra questi motivi ricordiamo:

- l'equivoco degli ospedali per acuti che debbono privilegiare la complessità: in ospedale uno degli indicatori di monitoraggio principe è il peso medio dei ricoveri e la chirurgia oculistica "pesa" poco;
- l'equivoco dei Drg a rischio di inappropriatelyzza quando erogati in regime di ricovero ordinario: anche in questo elenco la chirurgia oculistica è ai primi posti. Siccome non c'è l'elenco dei Drg a "valenza sociale" alla chirurgia oculistica rimane lo stigma che non è "attività da ospedale";
- le tariffe basse che hanno ridotto di molto l'interesse dei privati contrattualizzati nei confronti della chirurgia oculistica.

Se le situazioni come quelle dell'oculistica aumentano, parte dei Lea entreranno progressivamente nel mercato compromettendo l'universalismo che è la grande forza alla base della Legge 833 del 23 dicembre 1978. È questo uno sviluppo che oggi a ragione molti temono e che si va diffondendo, in forma diversa, ma comunque diffusa e crescente, nelle varie Regioni.

5.1. - Il cosiddetto secondo pilastro

Prima di passare alla sanità privata accreditata e contrattualizzata, conviene fare una breve analisi del cosiddetto secondo pilastro del Servizio sanitario nazionale, cioè le assicurazioni e i fondi sanitari.

Le assicurazioni private sono una scelta del cittadino con costi a suo carico, che può rappresentare un segnale quando diventa una soluzione imposta dalle carenze riscontrate nella erogazione dei Lea. Più importante, specie in prospettiva, è la riflessione sul ruolo dei fondi sanitari. I fondi sanitari sono di due tipi: i "fondi integrativi" e gli "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale", i primi "fondi doc" e i secondi "fondi non doc", secondo la distinzione riportata nell'Anagrafe dei Fondi sanitari del Ministero della Salute.²³ Secondi dati del Rapporto, nel 2020 i fondi iscritti all'Anagrafe sono per il 4% "Fondi Doc" (nell'Anagrafe identificati come fondi di tipologia "A"), che erogano esclusivamente prestazioni extra Lea, quindi integrativi alle prestazioni fornite dal Servizio sanitario nazionale che non prevedono forme di selezione dei rischi per l'adesione al fondo e sono rivolti a tutti

²² Claudio Maria Maffei, www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=109730

²³ www.salute.gov.it/portale/moduliServizi/dettaglioSchedaModuliServizi.jsp?lingua=italiano&label=servizionline&id-Mat=FS&idAmb=AFSI&idSrv=01&flag=P

i cittadini e non a singole categorie. Il 96% dei fondi sanitari iscritti all'Anagrafe erano "fondi non doc", nell'Anagrafe classificati come tipologia "B". Questi fondi hanno spesso un'origine di tipo contrattuale, sono rivolti ai lavoratori dipendenti di uno o più comparti e, in alcuni casi, con l'adesione che avviene automaticamente con la stipula del contratto di lavoro al momento dell'assunzione. I Fondi di tipo B possono erogare anche prestazioni sanitarie comprese nei Lea, quindi complementari e sostitutive rispetto a quelle del Servizio sanitario nazionale, sulla base dei rispettivi statuti e regolamenti interni, ma devono avere finalità solidaristiche ed essere senza scopo di lucro.

Nel citato Rapporto vengono quantificate le risorse erogate nel 2019 per i fondi di tipo A (pari a 2.687.640 di euro) e per i fondi di tipo B (pari a 2.826.008.550 di euro). La voce più importante è stata in entrambi i casi quella relativa alle cure odontoiatriche, a testimonianza del peso ancora residuale del secondo pilastro.

Quest'ultimo rappresenta una tematica che sta richiamando notevole attenzione, ma noi qui ci limitiamo a richiamare le opportunità e le "insidie" dei Fondi sanitari del cosiddetto welfare aziendale. Ci è sembrato essere al riguardo un valido riferimento quanto contenuto in una memoria sotto forma di slide presentata dalla Cgil in una recente audizione al Senato nell'ambito di una indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute.²⁴ Nella sua memoria la Cgil ha elencato una serie di proposte finalizzate a garantire universalmente il diritto alla salute, orientando la sanità integrativa verso una dimensione sinergica e integrativa al servizio pubblico. Le proposte ci sembrano una buona base di partenza per una riflessione su un tema così delicato. Qui ne ricordiamo solo alcune:

- stesura di un Testo Unico sulla regolamentazione della sanità integrativa;
- creazione di un Organismo di Vigilanza pubblica con competenze sanitarie per verificare anche l'appropriatezza delle prestazioni;
- stabilire rapporti strutturali convenzionali a livello centrale con le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale;
- pacchetti prevenzione con protocolli definiti dal Ministero;
- obbligo per tutte le strutture sanitarie che erogano le prestazioni di alimentare il fascicolo sanitario;
- definizione della natura giuridica dei fondi con la definizione della struttura di governance.

Per approfondimenti rimandiamo a trattazioni specialistiche sul tema, magari di impostazione diversa come, da una parte, il Report *Assistenza sanitaria integrativa e rapporto con i fondi*²⁵ del 2021 a cura di Assolombarda in collaborazione con l'Università cattolica del Sacro Cuore e dall'altra, un intervento di Isabella Mastrobuono²⁶ su "Quotidiano Sanità" del febbraio 2019 e il volume *La mano invisibile dello stato sociale* di Matteo Jessoula e Emmanuele Pavolini, di cui è disponibile una presentazione su welforum.it a cura degli stessi Autori.²⁷

24 Cgil, Audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute in materia di Sanità Integrativa, Senato della Repubblica, 1° marzo 2023.

25 *Assistenza sanitaria integrativa e rapporto con i fondi*. Report realizzato con il contributo delle aziende di Assolombarda.

26 www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=70598

27 Emmanuele Pavolini, Matteo Jessoula, *Il welfare fiscale in Italia: caratteristiche ed effetti distributivi della "mano invi-*

In relazione al ruolo dei Fondi sanitari, i dati recenti, relativi ai consumi privati evidenziano come i consumi intermediati da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso) sia crescente nel tempo, ma ancora nel 2021 pesi solo per 4,5 miliardi di euro contro i 36,5 miliardi di euro delle spese di tasca propria delle famiglie.²⁸

5.2. - La sanità privata accreditata e contrattualizzata

La sanità privata accreditata e contrattualizzata è il privato che riveste maggiore importanza in rapporto alla politica del personale del Servizio sanitario nazionale, perché è quella che, nella maggior parte delle Regioni, attrae gli specialisti per diversi motivi. Il peso della componente privata della offerta pubblica di servizi in sanità è quantificato annualmente dal già citato Rapporto Oasi del CeRGAS della Università Bocconi che dedica all'argomento uno specifico capitolo sugli erogatori privati accreditati. Come si vede nella **tabella 1**, nel 2021 la spesa per il privato accreditato in Italia rappresenta il 17,4%, con un minimo di 5,9% in Valle d'Aosta e un massimo del 25,7 nel Lazio. Una spesa che risulta in crescita nel 2021 rispetto al 2019, dopo il calo registrato nel 2019 a causa della pandemia.

Queste percentuali non tengono conto dell'assenza del privato in alcune aree come la prevenzione o l'area amministrativa e direzionale. Se si analizzano le singole aree, la percentuale di presenza della componente privata accreditata cresce in misura rilevante. Ad esempio, secondo l'analisi del CeRGAS, il privato accreditato nel 2020 gestiva l'83% delle strutture residenziali e il 72% di quelle semiresidenziali. Commenta il Rapporto "Queste percentuali, evidentemente più elevate rispetto al segmento ospedaliero per acuti, registrano crescite molto significative negli ultimi due decenni. L'analisi "storica" ormai consolidata è che il privato accreditato si sia sviluppato velocemente nei setting più *sfidanti dalla crescita dei bisogni legati all'invecchiamento, alla cronicità e alla Long Term Care*".²⁹

L'area dell'offerta privata accreditata di maggiore interesse in rapporto alla politica del personale è sicuramente quella delle case di cura private multispecialistiche che rischia di sottrarre, come già anticipato, specialisti soprattutto di area chirurgica, anestesisti compresi. Una recente analisi sugli esiti della assistenza erogata dalle strutture ospedaliere pubbliche rispetto alle private (**tab. 2**) evidenzia bene la differenza delle casistiche trattate dalle due componenti.³⁰ Nel privato prevale l'attività di chirurgia programmata, mentre nel pubblico si concentra gran parte della attività di emergenza-urgenza di area medica. Ad esempio, la chirurgia protesica ortopedica di anca e di ginocchio, tra le cause di ricovero più comuni dell'area chirurgica, sono effettuati prevalentemente nel privato, a differenza dei ricoveri in fase acuta dell'ictus ischemico che avviene in una struttura privata solo nel 13% dei casi.

sibile" dello stato sociale, Edizioni il Mulino, 2022.

28 Rapporto Oasi 2022 del CeRGAS, Università Bocconi.

29 Rapporto Oasi 2022, CeRGAS, Università Bocconi.

30 Volumi di attività per natura giuridica delle strutture ospedaliere, Italia 2020 (Fonte: Agenas-Aiop).

Tab. 1 – Spesa per la sanità privata accreditata in Italia per tipologia di spesa e per regione, 2021 (valori pro capite in euro e val. %)

Regione	Ospedaliera accreditata, € pro capite	Specialistica accreditata, € pro capite	Riabilitativa accreditata, € pro capite	Altra assistenza accreditata, € pro capite	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata, € pro capite	Totale spesa SSN per gestione corrente, € pro capite	% spesa SSN per assistenza privata accreditata su totale
Piemonte	115	67	38	137	356	2.320	15,4%
Valle d'Aosta	56	17	37	52	162	2.752	5,9%
Lombardia	210	109	8	223	550	2.247	24,5%
P.A. di Bolzano	69	27	4	139	237	2.955	8,0%
P.A. di Trento	106	57	1	124	288	2.647	10,9%
Veneto	118	78	6	132	334	2.328	14,3%
Friuli-Venezia Giulia	60	53	12	96	221	2.494	8,9%
Liguria	30	32	63	138	261	2.488	10,5%
Emilia-Romagna	128	52	0	166	347	2.503	13,9%
Toscana	62	41	20	127	250	2.391	10,5%
Umbria	45	34	11	122	212	2.382	8,9%
Marche	78	42	55	121	296	2.275	13,0%
Lazio	273	99	40	154	566	2.207	25,7%
Abruzzo	102	37	52	98	289	2.278	12,7%
Molise	235	138	54	107	534	2.668	20,0%
Campania	161	155	57	59	431	2.153	20,0%
Puglia	186	79	40	114	419	2.211	18,9%
Basilicata	19	80	64	77	241	2.288	10,5%
Calabria	86	64	38	82	270	2.126	12,7%
Sicilia	160	111	39	114	423	2.215	19,1%
Sardegna	73	84	30	104	292	2.404	12,1%
ITALIA	149	85	28	138	400	2.298	17,4%

Fonte: CeRGAS

Tab. 2 – Volumi di attività per natura giuridica delle strutture ospedaliere in Italia, 2020 (v.a. e val. %)

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

Fonte: Agenas-Aiop

5.3. - Un focus sulle case di cura private multispecialistiche

Dal momento, che le strutture maggiormente attrattive per i medici specialisti sono le case di cura multispecialistiche, vale la pena di esaminarne da vicino le caratteristiche. Va premesso che il tema dell'ospedalità privata non è stato finora oggetto di specifico interesse e di una analisi istituzionale da parte del Ministero e dell'Agenas. Mancano anche dati sul confronto tra la produzione ospedaliera pubblica e privata, visto che né i rapporti Sdo (Schede di dimissione ospedaliera) né il Programma nazionale esiti, prodotto dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, né l'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale fanno analisi comparative di questo tipo. Informazioni utili vengono invece dall'Aiop che pubblica un suo Rapporto Ospedali&Salute annuale di cui l'ultimo nel 2021 riporta dati relativi al 2020.³¹ Incrociando questi dati con quelli dello stesso anno del Rapporto Ministeriale sull'attività di

³¹ Ospedali & Salute, 19° Rapporto annuale Aiop/Ermeneia.

ricovero ospedaliero,³² si possono trarre indicazioni più precise sul settore delle case di cura private in Italia, caratterizzato, pur in presenza di una grande variabilità regionale, da:

- una assoluta prevalenza della attività programmata rispetto a quella in urgenza, visto che meno del 10% degli accessi in Pronto soccorso sono gestiti dalle strutture private, come già evidenziato;
- dimensioni ridotte in termini di posti letto (circa 85 posti letto in media tra gli ospedali associati Aiop);
- netta prevalenza della attività chirurgica concentrata su specifiche tipologie di interventi, ortopedici in primo luogo;
- relativa autonomia nel selezionare le linee produttive più convenienti, dato il non coinvolgimento nel sistema dell'emergenza/urgenza;
- presenza di equipe chirurgiche itineranti che operano in più sedi dentro e fuori Regione, utilizzando gli spazi disponibili di budget e incrementando di conseguenza la mobilità interregionale;
- scarso coinvolgimento nella gestione delle criticità emergenti in corso di pandemia, data la natura di strutture a prevalente vocazione chirurgica e più orientate a una attività programmata;
- rischi di inappropriata (da dimostrare caso per caso) data la natura "mono-produttiva" di alcune strutture.

Una tale situazione se da un lato comporta alcuni vantaggi per i cittadini, come ad esempio il forte contributo allo sviluppo di alcune discipline chirurgiche, dall'altro rischia di impoverire di professionalità il sistema pubblico, visto che le condizioni "protette" garantite alle case di cura private costituiscono, assieme al miglior trattamento economico, un motivo di attrazione assai rilevante. Si intende per condizioni protette la possibilità per le case di cura private di lavorare solo sulle attività programmate selezionando le linee produttive ritenute più convenienti e cioè condizioni impossibili o quasi per le strutture ospedaliere pubbliche.

La connotazione da "riserva protetta", garantita in molte Regioni alle case di cura private, deriva da un difetto della normativa di riferimento per la programmazione ospedaliera, il Decreto ministeriale n. 70 del 2015.³³ Il citato Decreto ministeriale aveva e ha l'enorme merito di avere fornito un solido, anche se ovviamente imperfetto, riferimento al ridisegno delle reti ospedaliere pubbliche del Servizio sanitario nazionale orientato a migliorarne sia l'efficienza organizzativa sia l'efficacia clinica. Per cui, se si vuole migliorare l'integrazione pubblico-privato nel settore delle case di cura anche per evitare la fuga dei professionisti dal pubblico, occorre correggere il Decreto proprio nelle parti che riguardano questo rapporto, come si approfondirà di seguito.

³² Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria - Ufficio 6, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero DATI SDO*, 2020.

³³ Decreto ministeriale n. 70, 2 aprile 2015, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

5.4. - La presenza del privato migliora o peggiora il Servizio sanitario nazionale?

Sul ruolo del privato nel Servizio sanitario nazionale si confrontano spesso due opposti punti di vista, tra chi lo ritiene una grande risorsa e chi un grande rischio. Una riflessione molto stimolante al riguardo viene da Marco Geddes da Filicaia che in una recente analisi,³⁴ trattando il tema della esternalizzazione dei servizi sanitari, ha ricordato le tre ragioni che vengono addotte per giustificare o per promuovere tale esternalizzazione coinvolgendo il privato a fianco del pubblico o chiamandolo direttamente a sostituirlo:

1. il privato consentirebbe, data la sua maggiore efficienza, di raggiungere i risultati con una minore spesa;
2. in una società “libera” pubblico e privato dovrebbero collocarsi sullo stesso piano e agire competitivamente;
3. i servizi sanitari gestiti dai privati sarebbero più efficaci o, quantomeno, ugualmente efficaci rispetto a quelli attuati dal pubblico, ma a costi più contenuti.

Partendo dai risultati di uno studio inglese sull'aumento della mortalità evitabile in aree in cui è stata maggiore la esternalizzazione dei servizi sanitari, Geddes da Filicaia evidenzia i rischi della privatizzazione che spiegherebbero il suo potenziale impatto negativo sulla popolazione:

- i privati da fornitori a scopo di lucro possono tendere a ridurre i costi, abbassando il numero di personale addetto, la loro qualificazione e l'adesione alle linee guida;
- i privati possono tendere a selezionare i servizi e i casi più redditizi, creando conseguentemente una concentrazione di casi complessi e più difficilmente trattabili nell'ambito pubblico;
- una maggior concorrenza pubblico-privato potrebbe portare anche gli operatori pubblici a dare la priorità a risultati più facilmente quantificabili, ad esempio in termini di tempi di attesa e volumi di attività, a scapito della qualità del servizio.

A questi rischi va aggiunto quello rappresentato dalla competizione del privato col sistema pubblico per la acquisizione di professionisti, un fenomeno, come abbiamo visto, decisamente preoccupante.

La domanda, che rimane aperta, se il privato vada contenuto o incentivato a nostro parere va così riformulata: qual è il modo migliore per governare il rapporto pubblico-privato nel Servizio sanitario nazionale? E qual è la politica del personale più funzionale a migliorare questo rapporto?

³⁴ www.sossanita.org/archives/17630

5.5. - Una sintesi ragionata delle criticità che legano la politica del personale e il rapporto pubblico-privato nel Servizio sanitario nazionale

Il Servizio sanitario nazionale è largamente sotto-finanziato e questo dato, assieme al tetto di spesa imposto alla assunzione di personale, ha creato forti vincoli al Servizio sanitario nazionale che hanno manifestato i loro effetti a partire dal 2010. In tale contesto ha esercitato tutti i suoi effetti negativi la carenza delle principali figure professionali quali gli infermieri e i medici. Per gli infermieri è da sempre nota la loro insufficienza in termini numerici rispetto agli altri Paesi europei, mentre per il personale medico la carenza è stata causata dal doppio fenomeno della gobba pensionistica con l'uscita annunciata di moltissimi medici dal Servizio sanitario nazionale e dalla scarsa disponibilità di specialisti per l'imbuto formativo che ha bloccato l'ingresso in specializzazione di molti laureati. Tali carenze, hanno determinato un peggioramento delle condizioni di lavoro nelle strutture del Servizio sanitario nazionale e sono state vissute ancor peggio dai "reduci" della pandemia, destinatari di molti encomi e di promesse presto dimenticate.

Questo complesso di fattori, assieme al trattamento economico non soddisfacente e alla perdita in molti professionisti del senso di appartenenza al Servizio sanitario nazionale prima e al valore della professione poi, ha portato sia alla perdita di *appeal* dei corsi di laurea di area sanitaria, specie di quello per infermieri, sia alla fuga di coloro che ne avevano la possibilità, verso la pensione e/o nel privato. Privato che a sua volta tende a crescere sempre di più per la carenza di offerta, sia di servizi sia di opportunità di lavoro attrattive, da parte delle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale. Si rischia così una sorta di circolo vizioso che trova nel fenomeno delle cooperative dei medici il suo aspetto più distorsivo. Si può fermare questo circolo vizioso o almeno rallentarlo?

6. - Come rendere il sistema sanitario più sostenibile

La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e quindi la sua capacità di garantire con il fondo sanitario nazionale i Lea a tutti i cittadini costituisce il punto di partenza per un rilancio della politica del suo personale e la ricerca di una compatibilità con la situazione delle famiglie dei consumi privati in sanità, da quelli di tasca propria ai cosiddetti consumi intermediati. In questi ultimi due anni, dalla pandemia in poi, il rischio del collasso del Servizio sanitario nazionale ha spinto i difensori del Servizio sanitario nazionale a reclamare un recupero di centralità dei temi della salute nell'agenda della politica e a mettere un aumento del finanziamento pubblico al primo posto tra gli strumenti per garantirne la sostenibilità. Ne è dimostrazione il fatto che gli interventi in cui si confrontano il finanziamento pubblico della sanità in Italia e negli altri Paesi "confrontabili" non si contano. Minori riflessioni sono state dedicate al tema del miglior utilizzo delle risorse – e quindi della riduzione degli sprechi – e a quello della modifica dei bisogni attraverso gli interventi di promozione della salute.

Per quanto riguarda sprechi e inefficienze, la Fondazione Gimbe nel V Rapporto sul Servizio sanitario dell'ottobre 2022³⁵ le identifica in: sovrautilizzo di prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate o dal basso *value*; sottoutilizzo di prestazioni sanitarie efficaci, appropriate o dal *value* elevato; frodi e abusi; acquisti a costi eccessivi; complessità amministrative; inadeguato coordinamento. Queste sei categorie secondo le stime della Fondazione Gimbe riportate nel suo documento per festeggiare i primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale³⁶ si traducono, ogni anno, in circa 21 miliardi di euro ($\pm 20\%$) spesi in sanità che non producono alcun miglioramento della salute. Al di là della attendibilità di questa cifra, è interessante notare che la tassonomia degli sprechi elaborata da Antonino Cartabellotta di Gimbe nel 2015³⁷, sulla falsariga di quella elaborata nel 2012 da Donald M. Berwick per la sanità degli Usa³⁸, non include quelli direttamente imputabili alla politica, che esercitano un peso assai rilevante. Si pensi solo al mancato adeguamento delle reti ospedaliere regionali alle indicazioni del Decreto ministeriale 70/2015, quasi esclusiva responsabilità della politica, con le sue conseguenze in termini di investimenti di edilizia sanitaria e adeguamento tecnologico ad alto costo e "bassa resa", al mancato potenziamento dei Lea territoriali, distrettuali e della prevenzione.

Quanto alle attività di promozione della salute e alla prevenzione, in Italia si assiste alla contraddizione tra il Piano nazionale della prevenzione (Pnp) 2020-2025³⁹ (42) e il gravissimo sottofi-

35 V Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale.

36 Antonino Cartabellotta, *Il Servizio Sanitario Nazionale compie 40 anni Lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale!* Servizio sanitario nazionale e Gimbe.

37 Antonino Cartabellotta, *Sostenibilità dei sistemi sanitari: aumentare il value, ridurre gli sprechi* - www.evidence.it/articoli/pdf/e1000123.pdf

38 Donald M. Berwick, *Eliminating Waste in US Health Care*, 2012.

39 Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria-

nanziamento del macro livello Prevenzione, la conseguente ormai drammatica carenza di risorse umane dei dipartimenti di prevenzione e la dissoluzione della rete epidemiologica. Questi sono i frutti della disattenzione nei confronti della prevenzione delle politiche pubbliche, che rispetto alla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale hanno il compito non solo di adeguare il fondo del Servizio sanitario nazionale alle esigenze della società e dei cittadini, ma anche di garantirne un funzionamento migliore a partire dalle scelte programmatiche che ad esse competono.

Nella sostenibilità sono compresi anche i temi del secondo pilastro e della autonomia differenziata, sui quali ci limitiamo a riportare quanto contenuto nel Documento di indirizzo della Associazione Salute Diritto Fondamentale, che così definisce l'autonomia differenziata: "Una proposta senza contrappesi e meccanismi di salvaguardia, rovinosa sul piano finanziario, avulsa dal perno della centralità dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che contribuirà a consolidare le diseguaglianze territoriali e comporterà una rottura dei canoni fondamentali di eguaglianza e solidarietà. Al contrario deve essere rafforzato il ruolo concretamente esercitato dello Stato quale garante della coesione sociale e dell'unità giuridica ed economica del Paese". Quanto al secondo pilastro e quindi ai fondi sanitari il documento afferma che: "Possono svolgere un ruolo, ma solo nel rispetto dei principi generali di tutela della salute che valgono per tutte le persone. La loro espansione, frutto delle stesse politiche che hanno indebolito la sanità pubblica, è ampiamente sostenuta da importanti agevolazioni fiscali che causano una perdita di gettito Irpef (a carico della collettività dei contribuenti) e un minor monte contributivo (a carico delle future pensioni dei lavoratori). Sono fonte di diseguaglianze perché offrono risparmi fiscali crescenti al crescere del reddito, discriminano specifici gruppi di popolazione e, soprattutto, legittimano l'idea che di fronte alla malattia i cittadini non sono tutti uguali. L'offerta di prestazioni è in larga parte duplicativa di quelle offerte dal Servizio sanitario nazionale e promuove consumi superflui o inappropriati con forti incentivi a indirizzare la domanda verso fornitori privati."⁴⁰

6.1. - Quale politica del personale

Le proposte per una politica del personale che facciano uscire il Servizio sanitario nazionale dalla drammatica situazione in cui versa sono strettamente legate alle criticità più importanti che sono alla base della carenza di personale in generale e di quello di alcune figure professionali in particolare: medici specialisti, medici di medicina generale, infermieri. La carenza, peraltro, non riguarda solo queste figure, ma anche, a solo titolo di esempio, nuove professionalità come quella degli ingegneri clinici e professionalità tradizionali come quella dei farmacisti. Senza ingegneri clinici è impossibile governare l'adeguamento tecnologico, che rischia di diventare un gioco ad altissimo costo lasciato in mano alla politica che rischia di distribuire le tecnologie sulla base di criteri basati più sul consenso locale che non su analisi di *Health Technology Assessment* e di coerenza programmatica, e senza farmacisti è impossibile gestire la spesa farmaceutica pro-capite molto alta in alcune Regioni italiane.

Senza ripercorrere tutte le criticità, vanno sottolineati due punti, di cui il primo, l'importanza di un adeguamento del trattamento economico dei professionisti dipendenti, non ha bisogno di commenti. L'altro punto riguarda l'importanza che l'aumento del tetto di spesa del personale non sia senza vincoli e sia contestuale alla rivisitazione dei ruoli professionali,

www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf

40 <https://salutedirittofondamentale.it/documentazione/materiale-dellassociazione/>

dei modelli organizzativi e degli approcci programmatori. Rispondere alla crisi del Servizio sanitario nazionale solo con dei più – più personale e stipendi più alti –, ma anche con dei meno – meno ospedali, meno rigidità nei ruoli professionali e nei modelli organizzativi – e soprattutto con dei cambiamenti: nei processi formativi, nei percorsi di carriera, negli strumenti di motivazione e valutazione, nei modelli organizzativi.

Vi sono poi molti possibili interventi di dettaglio che riguardano singole problematiche, come ad esempio il rapporto con gli specialisti convenzionati (una figura che va perdendo rilevanza), la organizzazione della continuità assistenziale (anche la tradizionale guardia medica ha perso molto del suo ruolo) e la organizzazione del lavoro in ospedale prevista nei contratti dei medici (anche la copertura in presenza dalle 8.00 alle 20.00 per unità operativa non ha più molto senso). Più che di grandi riforme epocali il nostro Servizio sanitario nazionale ha bisogno di una manutenzione straordinaria con alcune sostanziali innovazioni e di molta manutenzione ordinaria per aggiustare i numerosi meccanismi di dettaglio che, nel tempo, si sono bloccati e hanno perso di efficienza.

6.2. - Quale rapporto pubblico-privato

Per quanto riguarda il rapporto pubblico-privato, occorre avviare un intervento che mantenga un ruolo a entrambe le componenti del servizio pubblico, e che salvaguardi alcuni principi fondamentali:

- che il ruolo del privato venga definito e valorizzato all'interno di una chiara cornice di riferimento. È compito del Servizio sanitario nazionale garantire i Lea ai cittadini attraverso servizi e strutture a gestione diretta e servizi e strutture gestite dal privato accreditato. Dal momento che oggi la risposta ai problemi di salute della popolazione, prevalentemente costituiti dai problemi legati alla cronicità e all'invecchiamento, richiede un approccio ad alta integrazione tra livelli organizzativi, discipline, professioni e componenti sociali, il ruolo del privato deve garantire coerenza con questo modello. Al privato non si deve chiedere solo, dunque, l'erogazione di prestazioni, ma il coinvolgimento in processi complessi in cui programmazione e coordinamento sono di specifica responsabilità pubblica;
- che il privato operi in regime di integrazione e non di concorrenza. Attualmente il privato occupa uno spazio prevalente rispetto al pubblico in alcune aree di attività, come nel caso della riabilitazione e dell'attività residenziale di tipo sociosanitario. In queste aree l'integrazione è già favorita dalle regole stesse del gioco: ammissione e dimissione da queste strutture sono concordate con la Azienda sanitaria di competenza. Diverso è il settore delle case di cura private multispecialistiche, dove il rischio di una concorrenza da parte delle strutture private è alto, dal momento che spesso operano nelle stesse aree delle strutture pubbliche sia in termini di bacini di utenza che di tipologia di attività, oltretutto col vantaggio di poter selezionare le casistiche e di non dover garantire le stesse attività in urgenza;
- che il privato e il pubblico siano governati: volumi e tipologie di attività, tariffe e controlli del privato dovrebbero essere oggetto di una specifica attenzione da parte della committenza pubblica, che peraltro dovrebbe esercitare la stessa funzione nei confronti dell'erogatore pubblico.

Purtroppo, la concorrenza tra erogatore pubblico ed erogatore privato è spesso "sleale" perché le regole favoriscono l'erogatore privato, pur essendo il sistema pubblico a fare le regole.

Questo fenomeno è particolarmente accentuato nel caso delle strutture multispecialistiche, cui, come abbiamo visto in precedenza, viene concesso un funzionamento quasi da “riserva protetta”. È lo stesso Decreto ministeriale n. 70/2015 a determinare tale situazione tanto favorevole quanto accattivante per i medici “in fuga” dalle strutture pubbliche. Il rimedio sta nella revisione del Decreto ministeriale n. 70/2015 per la quale si avanzano le seguenti indicazioni:

- il superamento della frammentazione delle case di cura private per acuti in un numero elevato di piccole strutture portando ad almeno 80 il numero minimo di posti letto (oggi basta che la struttura privata faccia parte di un raggruppamento d’impresa che raggiunga almeno 80 posti letto non necessariamente in un’unica sede);
- un maggiore coinvolgimento nel sistema dell’emergenza ospedaliera delle strutture private prevedendo rapporti sistematici col Dipartimento di Emergenza e Accettazione competente per territorio in modo da garantire allo stesso una adeguata quantità di posti letti in area medica e di interventi in urgenza in area chirurgica e soprattutto ortopedica;
- la chiara definizione di quali sono i “compiti complementari e di integrazione” che vanno affidati alle case di cura private nelle reti ospedaliere regionali come indicato dal Decreto ministeriale n. 70/2015 (era previsto nel decreto che entro tre mesi venissero stabilite “le attività affini e complementari” corrispondenti a quei compiti) ad esempio stabilendo i criteri di ripartizione tra strutture pubbliche e private dei volumi di attività programmata delle linee di attività comuni;
- le modalità di coinvolgimento delle case di cura in occasione di eventi straordinari come le pandemie nel corso delle quali la rete ospedaliera pubblica a gestione diretta e quella contrattualizzata dovrebbero avere un governo comune;
- la condivisione di un sistema che definisca le priorità nella produzione;
- la chiara definizione di come si ripartiscono tra strutture ospedaliere pubbliche e private le unità operative delle diverse discipline attivabili in ciascuna Regione in base ai rispettivi bacini di utenza e in base al ruolo attribuito alle diverse strutture pubbliche e private nella rete.

Ma ci sono altri modi per contrastare la fuga nel privato dei professionisti che va scoraggiata con misure quali:

- impedire ai professionisti “in fuga” dal pubblico di lavorare in strutture private contrattualizzate della stessa Regione per almeno due anni dopo le dimissioni;
- impedire che medici dipendenti in *extramoenia* possano lavorare nelle cooperative;
- prevedere che il privato abbia una quota definita e limitata di professionisti con rapporto libero-professionale in tutti i settori;
- impedire nel privato forme di retribuzione legate direttamente al valore economico della produzione in modo da evitare che vengano selezionate le casistiche più convenienti per il professionista e da disincentivare le “monoproduzioni”;
- prevedere il coinvolgimento del privato nel sistema dell’emergenza-urgenza.

Naturalmente accanto a misure per scoraggiare la fuga ci sono quelle che dovrebbero incoraggiare la scelta di lavorare nel pubblico sia di tipo economico sia come opportunità di crescita e valorizzazione professionale.

7. - Conclusioni

I due temi intrecciati della politica del personale e del rapporto pubblico-privato nel Servizio sanitario nazionale vanno a nostro parere inquadrati nel più generale contesto della crisi del Servizio sanitario nazionale, una crisi che ormai è così evidente da essere diventata quasi “polare” in termini di copertura mediatica. Ne sono prova la massa crescente e continua di articoli, trasmissioni televisive, podcast, interventi sui new media, oltretutto naturalmente sui social media. A oggi, tuttavia, i problemi del Servizio sanitario nazionale stentano a trovare uno spazio adeguato nell’agenda della politica a livello nazionale. Secondo dichiarazioni del Governo, la dotazione di due miliardi di euro sarebbe sufficiente per cercare di dare risposte al mondo della sanità. E a fronte della lamentata inadeguatezza del finanziamento rispetto ai parametri attuali, ritenuti frutto di una realtà emergenziale determinata dalla diffusione del Covid, ci si chiede se, superata l’emergenza, non si debba piuttosto riorganizzare da capo l’intero sistema sanitario, paragonato a una macchina da reinventare.

In realtà, dati, criticità, risultati ed esperienze mostrano che la macchina del Servizio sanitario nazionale, piuttosto che reinventata, debba essere oggetto di un intervento di manutenzione straordinaria cui destinare un finanziamento per un periodo di tempo necessario ad assicurare gli interventi e le risorse per una politica del personale adeguata a rilanciare il lavoro nel Servizio sanitario nazionale e per fare del lavoro nel Servizio sanitario nazionale una scelta appagante. A tale riguardo non è certo sufficiente l’adeguamento, pure indispensabile, delle retribuzioni, ma deve essere accompagnato dall’investimento nella formazione, dalla realizzazione di percorsi di crescita e ai processi di valorizzazione di ciascuna professione e dal coinvolgimento nelle scelte di politica sanitaria.

Concludiamo le riflessioni e proposte con il titolo di un bell’intervento di Filippo Palumbo⁴¹: *Duri i banchi*. Per salvare il Servizio sanitario nazionale, Palumbo spiega che *duri i banchi* è un adattamento, avutosi nel tempo, della sequenza di parole *duri ai banchi* che nel periodo della Serenissima, durante i conflitti in mare, erano lanciate come ordine ai rematori delle galee veneziane nell’imminenza di uno scontro con le imbarcazioni nemiche. Occorre che ciascun rematore e, quindi, tutta la squadra dei rematori mantenesse il controllo dei remi e si tenesse ben agganciato alle panche per meglio reggere l’impatto dello scontro con le navi nemiche. Un’esortazione/invito, quello di Filippo Palumbo, da condividere in pieno.

41 www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=110958

Bibliografia

Marco Geddes da Filicaia, *La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.

Francesco Taroni, *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2019.

Nerina Dirindin, *È tutta salute - In difesa della sanità pubblica*, Edizioni Gruppo Abele, 2018.
www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1673688569.pdf

Il 18° Rapporto Sanità, edito dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (Crea Sanità)

Emmanuele Pavolini, *La sanità italiana di fronte alla crisi del coronavirus: lezioni dal passato e consigli per il futuro*. L'articolo è una rielaborazione della versione pubblicata nel sito web Ocis.

www.camera.it/leg17/465?tema=controllo_spesa_sanitaria

Report Osservatorio Gimbe n. 7/2019 Il de-finanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale

www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4746&area=-Lea&menu=monitoraggioLea

https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_il_fabbisogno_sanitario.html#:~:text=La%20misura%20percentuale%20della%20quota,1%2C%20del%20decreto%20legge%20n.

Federazione Cimo-Fesmed, *Sanità: allarme rosso. Gli effetti sul Servizio Sanitario Nazionale di dieci anni di tagli*.

Crea Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), XVIII Rapporto Sanità, 2022.

Rapporto Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Il personale del servizio sanitario, 2022.

Enrico Reginato, Vicepresidente Fems (Federazione Europea Medici Salarati) Carlo Palermo, Coordinatore della Conferenza permanente dei Segretari Anaa-Assomed delle Regioni e delle Province autonome, *Demografia dei medici dipendenti del sistema sanitario nazionale Proposte per ridurre gli effetti negativi del prossimo esodo pensionistico*, 2010.

Perché in Italia ci sono pochi medici negli ospedali pubblici. L'Anaa su 24 PLUS, 8 dicembre 2020.

www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104156

www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=107831

www.affaritaliani.it/medicina/sanita-100mila-turni-a-gettone-reparti-affidati-a-neolaureati-ultra-70enni-834567.

Health at a Glance: Europe 2022 State of Health in the Eu Cycle

http://bresciamedica.it/non-lasciateci-soli/?fbclid=IwAR1yyUYDZmqwaEd-dWZhuV0dc_ZH5CxRUrvx0jKdGU6nbaeEyyWMuRIODU

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

Claudio Maria Maffei, www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=109730

www.salute.gov.it/portale/moduliServizi/dettaglioSchedaModuliServizi.jsp?lingua=italiano&label=servizionline&idMat=FS&idAmb=AFSI&idSrv=01&flag=P

Cgil, Audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute in materia di Sanità Integrativa, Senato della Repubblica, 1° marzo 2023.

Assistenza sanitaria integrativa e rapporto con i fondi. Report realizzato con il contributo delle aziende di Assolombarda.

www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=70598

Emmanuele Pavolini - Matteo Jessoula, *Il welfare fiscale in Italia: caratteristiche ed effetti distributivi della "mano invisibile" dello stato sociale*, Edizioni il Mulino, 2022.

Rapporto Oasi 2022 del CeRGAS, Università Bocconi.

Volumi di attività per natura giuridica delle strutture ospedaliere, Italia 2020 (Fonte: Agenas-Aiop).

Ospedali & Salute, 19° Rapporto annuale Aiop/Ermeneia.

Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria - Ufficio 6, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero DATI SDO*, 2020.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

www.sossanita.org/archives/17630

V Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Antonino Cartabellotta, *Il Servizio Sanitario Nazionale compie 40 anni. Lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale!*, Servizio sanitario nazionale e Gimbe

Antonino Cartabellotta, *Sostenibilità dei sistemi sanitari: aumentare il value, ridurre gli sprechi* - www.evidence.it/articoli/pdf/e1000123.pdf

Donald M. Berwick, *Eliminating Waste in US Health Care*, 2012

Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf

salutedirittofondamentale.it/documentazione/materiale-dellassociazione/

www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=110014

www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=110958

PARTE SECONDA

**SANITÀ DIGITALE PER MIGLIORARE I SERVIZI
AL CITTADINO**

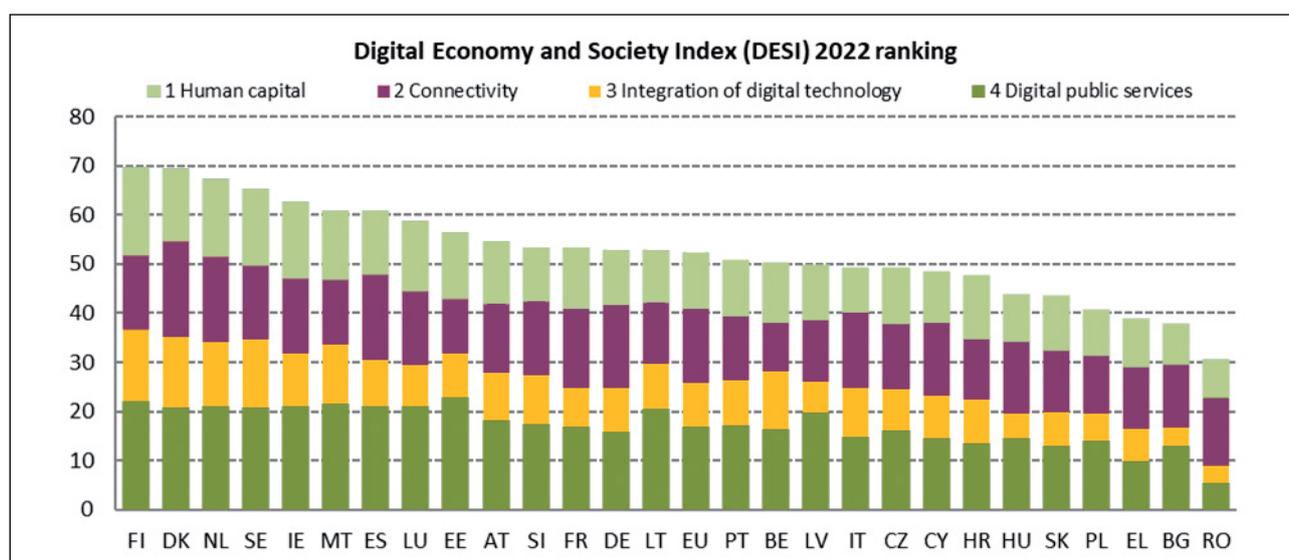
di Armando Cirillo

1. - Il quadro di riferimento europeo in materia di digitalizzazione e utilizzo dei dati sanitari

1.1. - La digitalizzazione in Europa

I processi di digitalizzazione in Europa sono misurati attraverso il *Digital Economy and Society Index (Desi)*, un rapporto che consente di tenere costantemente sotto controllo i dati relativi allo sviluppo delle tecnologie digitali nei Paesi europei. L'Unione europea, proprio attraverso il Desi, fotografa una disomogeneità dei processi di digitalizzazione dei Paesi membri, nonostante alcuni segnali di convergenza: mentre i capifila sono rimasti invariati, un gruppo di Stati si concentra intorno alla media dell'Unione europea⁴². I Paesi che cinque anni fa segnavano un livello basso di digitalizzazione adesso avanzano a un ritmo più elevato degli altri (**fig. 11**).

Fig. 11 – L'indice Desi nei Paesi dell'Unione europea, 2022 (valori da 0 a 100)



Fonte: Commissione europea

⁴² The Digital Economy and Society Index (Desi)- 2022.

Si assiste, con il passare degli anni, a un processo di sostanziale convergenza del digitale in Europa. Questo è un dato fondamentale che ci consente di guardare con fiducia al futuro, al fine di competere nel contesto internazionale, non come singoli Stati ma con la forza dell'Unione europea. Non possono essere i Paesi membri a competere con realtà come gli Stati Uniti e la Cina, ma bisogna rilanciare il protagonismo dell'Unione europea.

La pandemia Sars-Cov-2 ha accelerato i processi di digitalizzazione negli Stati membri dell'Unione europea, ma si riscontrano ancora lacune nelle competenze digitali, nella trasformazione digitale delle Pmi e nella diffusione delle reti 5G. Il *Recovery and Resilience Facility* offre un'opportunità senza precedenti per dare una ulteriore accelerazione della trasformazione digitale nei Paesi membri dell'Unione europea.

La maggior parte degli Stati dell'Unione europea mostrano progressi nella trasformazione digitale, ma l'adozione di tecnologie digitali da parte delle imprese, come l'Intelligenza artificiale (AI) e i Big Data, rimane ancora bassa.

Finlandia, Danimarca, Paesi Bassi e Svezia restano gli Stati dove il digitale ha raggiunto i livelli più alti tra i Paesi europei. Italia, Polonia e Grecia hanno notevolmente migliorato il loro punteggio negli ultimi 5 anni.

Uno dei principali problemi in Europa riguarda le competenze digitali della popolazione. Solo il 54% degli europei di età compresa tra i 16 e i 74 anni possiede le competenze digitali di base: l'obiettivo è di arrivare almeno all'80% entro il 2030. Un problema ulteriore è rappresentato dalla carenza di personale specializzato nel digitale all'interno delle imprese. Nel corso del 2020 più della metà delle imprese nell'Unione europea (55%) ha segnalato difficoltà nel coprire i posti vacanti nel settore Ict. Gli attuali 9 milioni di specialisti Ict nell'Unione europea sono molto distanti dall'obiettivo di 20 milioni di specialisti per il 2030.

Durante la pandemia Sars-Cov-2 le aziende hanno puntato molto sulle nuove tecnologie, a partire dall'utilizzo del *Cloud Computing* che ha raggiunto il 34% delle imprese, anche se l'uso dell'AI e Big Data da parte delle aziende si attesta, rispettivamente, all'8% e al 14% (target 75% entro il 2030), dati che segnalano come l'utilizzo dei Big Data e dell'Intelligenza artificiale sia ancora marginale.

Nel 2021 abbiamo assistito a un aumento della connettività in Europa, arrivata a una copertura del 50% degli edifici con la fibra, con una crescita della connettività 5G arrivata al 66% della popolazione dell'Unione europea, anche se si riscontrano ancora problemi nell'assegnazione dello spettro. "L'assegnazione dello spettro, presupposto importante per il lancio commerciale del 5G, non è ancora completa: nella stragrande maggioranza degli Stati membri è stato assegnato solo il 56% dello spettro totale armonizzato 5G (fanno eccezione l'Estonia e la Polonia)"⁴³. Con lo stanziamento di 127 miliardi di euro, a valere sul Dispositivo di Ripresa e Resilienza, per le riforme e gli investimenti nel digitale s'intende dare una accelerazione importante ai processi di digitalizzazione dell'Unione europea, al fine di poter competere nel contesto internazionale.

43 https://italy.representation.ec.europa.eu/notizie-ed-eventi/notizie/indice-di-digitalizzazione-delleconomia-e-della-societa-2022-progressi-dinsieme-ma-ritardi-2022-07-28_it

1.2. - La strategia europea dei dati tra diritti fondamentali e innovazione

La competizione internazionale riguarda anche l'utilizzo dei dati prodotti attraverso i crescenti processi di digitalizzazione. L'Unione europea punta ad acquisire una leadership in questo settore attraverso la creazione di un mercato unico dei dati che ne consenta la libera circolazione all'interno dell'Unione europea e tra i vari settori, al fine di creare vantaggio per le imprese, nel campo della ricerca, nella Pubblica Amministrazione, nel settore della salute.

I dati rappresentano il cuore della trasformazione digitale. Attraverso l'analisi dei dati possiamo ridefinire il modo in cui produciamo, consumiamo, viviamo e possiamo migliorare la salute della popolazione, orientando le scelte pubbliche e private, di sviluppo e investimento al fine di centrare obiettivi di innovazione.

Il volume dei dati è destinato a crescere insieme ai processi di digitalizzazione. La capacità di saperli raccogliere, elaborare (anche attraverso l'utilizzo del Supercalcolo), metterli al servizio della popolazione è essenziale per costruire reali processi di innovazione, portare benefici concreti a cittadini e imprese. Sviluppare una strategia dei dati significa mettere in campo una serie di tecniche di raccolta, armonizzazione, visualizzazione al fine di supportare i processi decisionali. Si pensi, ad esempio, alla medicina personalizzata, all'efficienza della mobilità, al perfezionamento dei processi di *governance* pubblica e dei servizi, ai possibili sviluppi nel campo della ricerca scientifica.

La crescita a livello europeo di un'economia basata sui dati porterà alla definizione di norme sul loro accesso e utilizzo, alla realizzazione di strumenti e infrastrutture per la loro elaborazione e archiviazione, allo sviluppo di un sistema *cloud* a livello europeo, alla condivisione dei dati e alla creazione di sistemi di interoperabilità comuni, a strumenti in grado di consentire agli utenti di controllare costantemente i propri dati ed esercitare i propri diritti.

Con l'avanzare dei processi di digitalizzazione aumenta anche il numero dei dati utilizzabili. Si pensi ad esempio alla salute degli individui. Grazie alla diffusione della telemedicina, di sensori, dispositivi mobili, ricette e referti dematerializzati, la quantità dei dati che riguardano la salute delle persone, la loro storia clinica, è destinata a crescere in modo esponenziale. L'Unione europea prevede un aumento del volume globale dei dati al 530% nel 2025 (da 33 zettabyte nel 2018 a 175 zettabyte).

In questo contesto, il tema dei diritti rappresenta un punto di riferimento essenziale dell'intera strategia relativa ai dati dell'Unione europea, che riguarda, da un lato la valorizzazione dei dati al fine di realizzare innovazione e, dall'altro, la protezione dei dati stessi, attraverso la piena attuazione del Regolamento 2016/679 (conosciuto come Gdpr) relativo alla protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali.

Un equilibrio tra diritto alla privacy ed esigenze di utilizzo dei dati per l'innovazione, la crescita, il miglioramento complessivo della società è possibile e va ricercato costantemente. La privacy è un diritto fondamentale dell'individuo e il Gdpr è una grande opportunità per creare fiducia tra le persone che devono restare al centro di ogni strategia. Al fine di completare il quadro strategico in materia di dati, l'Unione europea è impegnata nella definizione di un assetto normativo complessivo, che ha portato all'approvazione del *Data Governance Act* e alla

proposta di regolamento denominato *European Health Data Space*. Attraverso la strategia sui dati, l'Unione europea potrà diventare "un modello di riferimento per una società che, grazie ai dati, dispone di strumenti per adottare decisioni migliori, a livello sia di imprese sia di settore pubblico".⁴⁴

Tav. 1 – La crescita dei volumi di dati personali trattati ed elaborati in Unione europea. Previsioni al 2025⁴⁵



Fonte: Commissione europea

⁴⁴ "Una strategia europea per i dati", Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, Bruxelles, 19 febbraio 2020.

⁴⁵ https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/european-data-strategy_it

1.3. - Data Governance Act e Data Act

La strategia europea per la *governance* dei dati si concretizza in proposte di regolamento direttamente vincolanti per gli Stati membri.

Nel 2020 è stata presentata una proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio in materia di *governance* dei dati, il *Data Governance Act*⁴⁶ una misura annunciata nella *Strategia europea dei dati* del 2020.

Il *Data Governance Act* intende regolamentare i seguenti aspetti:

- la disponibilità dei dati del settore pubblico per il loro riutilizzo, qualora tali dati siano oggetto di diritti di terzi;
- la condivisione dei dati tra le imprese;
- il consenso all'utilizzo di dati personali attraverso un "intermediario per la condivisione dei dati personali", che dovrà aiutare le persone a esercitare i propri diritti a norma del Gdpr;
- il consenso all'utilizzo dei dati per scopi altruistici.

Questa proposta di regolamento ha il merito di proporre le definizioni più rilevanti dell'intera materia, compresa quella, molto importante, di "riutilizzo" dei dati. In questo contesto, per riutilizzo dei dati si intende "l'utilizzo di dati in possesso di enti pubblici da parte di persone fisiche o giuridiche a fini commerciali o non commerciali diversi dallo scopo iniziale nell'ambito dei compiti di servizio pubblico per i quali i dati sono stati prodotti, fatta eccezione per lo scambio di dati tra enti pubblici esclusivamente in adempimento dei loro compiti di servizio pubblico"⁴⁷.

Lo sviluppo di questa strategia apre le porte al tema del cosiddetto "utilizzo secondario dei dati", che consentirà alla Pubblica Amministrazione di sviluppare, proprio attraverso il riutilizzo dei dati, un filone nuovo di attività di *governance* e di ricerca scientifica al servizio di cittadini e imprese. Il *Data Governance Act*, entrato in vigore nel mese di giugno del 2022, sarà applicabile a partire dal mese di settembre del 2023.

Nel mese di febbraio 2022, la Commissione europea ha definito un ulteriore tassello della strategia europea dei dati, il *Data Act*⁴⁸, con cui si intende regolamentare l'utilizzo dei dati di dispositivi connessi, consentendo agli utenti di accedere ai dati da essi stessi generati, spesso utilizzati esclusivamente dai produttori, e condividere tali dati con terze parti, al fine di creare servizi innovativi basati sui dati. Con il *Data Act*, in circostanze eccezionali di emergenza pubblica, il settore pubblico potrà accedere e utilizzare i dati posseduti dai privati. Il *Data Act* è stato approvato dal Parlamento europeo il 14 marzo 2023.

⁴⁶ *Data Governance Act*, Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alla governance europea dei dati, Bruxelles 25 novembre 2020.

⁴⁷ *Data Governance Act*, articolo 2, "Definizioni".

⁴⁸ Regulation of the European Parliament and of the Council on Harmonized Rules on Fair Access to and Use of Data (Data Act), Brussels, 23.2.2022

1.4. - The European Health Data Space

Nel contesto della strategia europea dei dati, un ruolo centrale è assunto dai dati sanitari, che sono oggetto di una specifica proposta di Regolamento, presentata dalla Commissione europea nel maggio del 2022, al fine di delineare lo sviluppo, dentro il contesto generale della strategia dei dati, di specifiche azioni di dominio, a partire da quello sanitario⁴⁹.

L'Ehds ha l'obiettivo di regolamentare l'accesso ai dati sanitari elettronici e la loro condivisione. Sarà parte integrante della costruzione dell'Unione europea della salute, che dovrà qualificarsi in materia di innovazione, sull'utilizzo della telemedicina e sull'analisi dei dati sanitari delle persone. L'obiettivo è dare la possibilità ai cittadini europei di controllare costantemente i propri dati sanitari, consentendo ai ricercatori, agli innovatori, a chi è chiamato a programmare la politica sanitaria di utilizzare i dati elettronici relativi alla salute in modo sicuro e nel rispetto della privacy.

Attualmente i cittadini incontrano notevoli difficoltà ad accedere ai propri dati sanitari e alla loro trasmissione. Sul piano giuridico crea notevoli incertezze la disomogeneità di attuazione e interpretazione del Gdpr⁵⁰ nei Paesi membri dell'Unione europea, provocando ostacoli all'uso secondario dei dati sanitari elettronici, una situazione che rischia di danneggiare innanzitutto i cittadini che hanno bisogno di cure innovative. In secondo luogo, i decisori pubblici devono poter contare su una base di dati, anche in tempo reale, indispensabile a sviluppare processi di *governance* della sanità pubblica. Da questo punto di vista la pandemia Sars-Cov-2 ha messo in luce la necessità di avere dati sanitari sempre aggiornati al fine di governare le emergenze. Infine, occorre rimuovere gli ostacoli che frenano la ricerca scientifica *Data-Driven* impedendo ai ricercatori di accedere ai dati indispensabili per offrire una medicina di precisione.

Con il regolamento Ehds, vista l'estrema sensibilità dei dati sanitari, si intende garantire, innanzitutto, il diritto di accesso ai propri dati sanitari da parte dei cittadini, che ne sono i legittimi proprietari, attraverso maggiore controllo, un ambiente sicuro, e un quadro giuridico che ne consenta l'utilizzo per favorire il miglioramento della *governance* sanitaria, della diagnosi e del benessere delle persone, grazie alla ricerca scientifica.

L'utilizzo dei dati può essere considerato come innovativo se produce un miglioramento delle condizioni di vita delle persone. La proposta di regolamento intende costituire un mercato unico per i prodotti e i servizi di sanità digitale, allo scopo di migliorare l'accesso ai dati sanitari dalle cartelle cliniche elettroniche ai dati genomici, al fine di sostenere la ricerca, la conversione dei dati in innovazione, la medicina personalizzata.

49 Ehds, European Health Data Space, Bruxelles, 3 maggio 2022.

50 Commissione europea, Valutazione delle norme degli Stati membri dell'Ue sui dati sanitari alla luce del Gdpr, 2021 (https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-02/ms_rules_health-data_en_0.pdf)

2. - La transizione digitale e la sanità: gli obiettivi del Pnrr

2.1. - L'Italia digitale e la sanità

Nell'indice di digitalizzazione Desi l'Italia occupa il 18° posto fra i 27 Stati membri dell'Unione europea.⁵¹ L'indice di digitalizzazione dell'Italia è cresciuto molto negli ultimi anni, considerato che nel 2017 l'Italia occupava il 25° posto tra i 28 Paesi membri dell'Unione europea.⁵² A seguito della nomina in Consiglio dei Ministri di un responsabile e per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale (ruolo non riconfermato nell'ultimo Governo) sono state infatti approvate una serie di politiche che hanno consentito all'Italia di scalare posizioni nelle classifiche europee.

Grazie al Pnrr, l'Italia che, essendo la terza economia europea per dimensioni non può accontentarsi di una posizione a metà classifica in materia di digitalizzazione, potrebbe continuare questa crescita. L'Italia, con la sua solida produzione industriale e la presenza di centri di ricerca di qualità, sta sviluppando, insieme all'Europa, esperienze importanti nel settore del Supercalcolo. Nel mese di novembre 2022 è stato inaugurato a Bologna il Supercalcolatore Leonardo, il quarto al mondo per potenza di calcolo⁵³, con una performance misurata di *High-Performance Linpack* (Hpl) di 174,7 *petaflop*.

In Italia, il problema a oggi più rilevante riguarda le competenze digitali. Oltre la metà dei cittadini italiani non ha competenze digitali di base, la percentuale degli specialisti digitali nella forza lavoro italiana è inferiore alla media dell'Unione europea e modeste sono ancora le iscrizioni all'università e i laureati nel settore delle Tic. Per contro, segnali di crescita riguardano la connettività, l'utilizzo del digitale nelle Pmi (il 60% hanno raggiunto un livello base di intensità digitale), l'utilizzo del *cloud* e dei servizi pubblici digitali (anche se, come vedremo, siamo ancora sotto la media Ue). Questi miglioramenti possono essere ulteriormente amplificati grazie alle risorse stanziare dal Pnrr, 191,5 miliardi di euro di cui il 25% è destinato proprio alla transizione digitale⁵⁴.

Una posizione centrale nelle politiche di investimento del Pnrr è riservata alla sanità digitale con l'obiettivo di diffondere l'utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), sviluppare la telemedicina, promuovere la ricerca e l'innovazione, ammodernare le strutture tecnologiche, monitorare i Livelli essenziali di assistenza (Lea) attraverso il potenziamento del sistema informativo Nsis (Nuovo sistema informativo sanitario), promuovere l'utilizzo secondario dei dati per la programmazione e la ricerca scientifica.⁵⁵

51 Desi- *Digital Economy and Society index 2022: overall progress but digital skills, SMEs and 5g networks lag behind.*

52 Desi, 2017.

53 <https://www.top500.org/lists/top500/2022/11/>

54 Pnrr- Piano nazionale di ripresa e resilienza, Italia <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

55 Pnrr- Piano nazionale di ripresa e resilienza, Italia Missione 6 – Salute <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

La parola chiave per l'utilizzo dei dati sanitari è "interoperabilità", poiché la condivisione dei dati all'interno della Pubblica Amministrazione è fondamentale per renderli fruibili al fine di realizzare attività basate sul loro trasferimento aggiornato tra i diversi sistemi, sull'integrazione di flussi per il monitoraggio costante della salute della popolazione, sull'offerta aggiornata dei servizi sanitari rivolti ai cittadini.

2.2. - Il Fascicolo sanitario elettronico

Il Fascicolo sanitario elettronico è stato definito nel Pnrr come "pietra angolare per l'erogazione dei servizi sanitari regionali e la valorizzazione dei dati clinici nazionali"⁵⁶. Una posizione fondamentale nella strategia di sviluppo della sanità digitale che porterà a una piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la loro armonizzazione, la creazione e l'implementazione di un archivio centrale, la progettazione di una interfaccia standardizzata per i cittadini al fine di superare l'attuale frammentazione, supportando le regioni.

Il Fascicolo sanitario elettronico serve, essenzialmente, a tre cose:

- consentire al cittadino di tenere costantemente sotto controllo i propri dati sanitari;
- dare la possibilità ai professionisti sanitari di avere a disposizione una base di dati aggiornati per la diagnosi e la cura dei pazienti;
- sviluppare strumenti di analisi dei dati sanitari per la programmazione e la ricerca scientifica.

Il Pnrr stanziava complessivamente 1,38 miliardi di euro per il rafforzamento del Fascicolo sanitario elettronico, Con Decreto interministeriale del 4 ottobre 2022, sono stati stanziati 610 milioni di euro a favore delle Regioni, in attuazioni di una parte degli investimenti previsti dal Pnrr per il rafforzamento e la diffusione del Fse. Di questo stanziamento, circa 311 milioni di euro serviranno al rafforzamento delle competenze digitali dei professionisti e 299 milioni di euro circa per il potenziamento tecnologico dell'infrastruttura digitale.⁵⁷

Attualmente sono attivi 57.663.021 Fse e sono stati digitalizzati oltre 415 milioni di referti⁵⁸, attivazioni cresciute durante la pandemia a seguito dell'eliminazione, per legge, del cosiddetto "Consenso all'alimentazione", che ha dato la possibilità di attivare in automatico il Fse.⁵⁹

Nel luglio 2022 sono state pubblicate in Gazzetta Ufficiale le linee guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario elettronico 2.0, grazie a un lavoro importante di innovazione e razionalizzazione, coordinato dal Ministero della Salute. Le linee guida in materia di Fse forniscono alle Regioni un indirizzo strategico unico, mirato alla qualità degli investimenti previsti dal Pnrr, al fine di raggiungere alcuni obiettivi che restano centrali: l'85% dei medici di base dovranno alimentare il Fse entro il 2025 e tutte le Regioni dovranno utilizzare il Fse entro il 2026. Per conseguire questi obiettivi le Regioni dovranno presentare piani di adeguamento alle Linee guida nazionali come definito dalla legge.

⁵⁶ Pnrr - Piano nazionale di ripresa e resilienza <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

⁵⁷ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6024

⁵⁸ <https://www.fascicolosanitario.gov.it>, accesso 15 marzo 2023

⁵⁹ <https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5493&area=eHealth&menu=fse>

Uno dei problemi più evidenti in materia di Fse riguarda l'utilizzo da parte dei cittadini di questo fondamentale strumento per lo sviluppo della sanità digitale. I fascicoli, anche se attivi per la quasi totalità della popolazione italiana, sono ancora poco utilizzati: secondo una ricerca del Politecnico di Milano solo il 38% degli assistiti ha sentito parlare di Fascicolo sanitario elettronico e solo il 12% lo ha utilizzato almeno una volta.⁶⁰

Per accrescerne la diffusione, il Fascicolo sanitario elettronico dovrà essere riprogettato seguendo le recenti linee guida ministeriali e le leggi in materia, al fine di alimentarlo automaticamente, sviluppare interfacce per l'utente di semplice utilizzo, anche mediante dispositivi mobili, armonizzandone i contenuti a livello nazionale secondo standard progettuali capaci di favorire lo sviluppo dell'analisi dei dati da parte del cittadino, del medico, delle istituzioni sanitarie. Il coinvolgimento diretto del cittadino è fondamentale al fine di diffondere l'utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico.

Per questo il Fse nel futuro dovrà consentire al cittadino di valutare i servizi offerti dal Servizio sanitario nazionale attraverso l'invio di giudizi e recensioni, al fine di utilizzare i feedback per il miglioramento costante dell'offerta su tutto il territorio nazionale.

2.3. - Sviluppo della telemedicina e forme di collaborazione pubblico-privato

Da diversi anni le Regioni italiane stanno adottando soluzioni di telemedicina al fine di realizzare concretamente cure di prossimità. Il Ministero della Salute, impegnato nella definizione della *governance* per l'impiego della telemedicina, in coerenza con le linee di indirizzo nazionale⁶¹, effettua una mappatura puntuale delle esperienze delle Regioni che consente al Governo di avere un quadro generale delle esperienze di telemedicina adottate in Italia e valutarne l'efficacia e l'economicità in base alla domanda, attraverso il modello Mast (*Model for the Assessment of Telemedicine*) che, nell'anno 2018 ha permesso di rilevare 282 esperienze di telemedicina.

Sempre secondo il Ministero della Salute, tra il 2018 e il 2021 sono state mappate 369 esperienze di telemedicina a livello regionale.⁶²

Negli ultimi anni il Governo è stato impegnato nella definizione di linee guida e norme di indirizzo nazionali per rafforzare l'utilizzo della telemedicina, cui è stata data centralità per il ruolo centrale fondamentale che riveste, nella riforma dell'assistenza sanitaria, per garantire cure di prossimità. Il documento "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni nazionali di telemedicina" è stato approvato dalla Cabina di regia del Nuovo sistema informatico sanitario (Nsis) nella seduta del 28 ottobre 2020 e adottato con Accordo in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020.⁶³

60 Linee guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario elettronico, dati dell'Osservatorio Innovazione digitale in Sanità, School of Management del Politecnico di Milano - https://www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=22A0396100100010110001&dgu=2022-07-11&art.dataPubblicazioneGazzetta=2022-07-11&art.codiceRedazionale=22A03961&art.num=1&art.tiposerie=SG

61 <https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=2515&area=eHealth&menu=telemedicina>

62 Convegno organizzato dall'Università cattolica del Sacro Cuore, Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems), 21 settembre 2022 "La telemedicina: dagli scenari attuali agli obiettivi del Pnrr", Ministero della Salute - <https://altems.unicatt.it/altems-2022-la-telemedicina-dagli-scenari-attuali-agli-obiettivi-del-pnrr>

63 <https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5525&area=eHealth&>

La capacità di realizzare un modello digitale per l'assistenza territoriale attraverso i servizi di telemedicina passa da nuove forme di collaborazione tra pubblico e privato, dal momento che sono i privati ad aver sviluppato tecnologie digitali e competenze specifiche da mettere a sistema per portare le innovazioni al cittadino.

Il coinvolgimento dei privati è fondamentale per avviare nuove iniziative in materia di telemedicina e armonizzarle a livello nazionale, superando la frammentazione. In questo contesto va valorizzato lo strumento del partenariato pubblico-privato, attraverso i cui modelli attuativi è possibile coinvolgere in maniera regolata i privati utilizzando le competenze manageriali e commerciali utili alla progettazione, finanziamento e gestione di servizi innovativi di pubblica utilità⁶⁴.

Attraverso una procedura pubblica di valutazione di proposte di partnership pubblico-privato è stato definito il percorso per la progettazione, realizzazione, gestione dei servizi abilitanti della "Piattaforma nazionale di telemedicina" (Pnrr- Missione 6, Componente 1, sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina"), per un valore complessivo di 250 milioni di euro⁶⁵.

Il Pnrr ha stanziato, complessivamente, 1 miliardo di euro per potenziare i sistemi di telemedicina, un investimento che può portare a una crescita sostanziale dell'esperienza portata avanti dalle Regioni italiane, come risulta dal lavoro di monitoraggio del Ministero della Salute. Sono risorse importanti che servono a diffondere l'utilizzo della telemedicina che, pur avendo compiuto dei notevoli passi in avanti, come risulta dalla mappatura ministeriale, attualmente risulta essere ancora poco conosciuta tra i cittadini: secondo una ricerca il 19% degli italiani dichiara di non conoscere la telemedicina, il 54% di averne solo una vaga idea, solamente il 27% dichiara di sapere bene di cosa si tratta.⁶⁶

2.4. - La sanità di prossimità nel Dm 77/2022 e il ruolo del modello digitale

Con il Decreto ministeriale n. 77 del 2022 è stata definitivamente approvata la riforma della sanità territoriale che mira rafforzare il Servizio sanitario nazionale attraverso, un nuovo modello organizzativo per l'assistenza primaria al fine di individuare le priorità di intervento per realizzare una sanità di prossimità, vicina alle persone e ai luoghi dove vivono, attraverso l'integrazione tra reti di assistenza territoriale, ospedaliera e specialistiche.

Con il Dm n. 77 sono state istituite 1.350 Case di comunità, aperte 24 ore al giorno tutti i giorni, diffuse su tutto il territorio nazionale, come luoghi fisici facilmente individuabili dai cittadini per bisogni di assistenza sanitari e sociosanitari. Sarà operativa in tutta Italia la "centrale operativa 116117", servizio telefonico a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per bisogni assistenziali non urgenti e a bassa intensità. Sono state istituite le Centrali operative territoriali (Cot), che svolgono funzioni di razionalizzazione della presa in carico dei pazienti. La riforma prevede l'infermiere di famiglia e di comunità, che assicura l'assistenza infermieristica, e l'unità di continuità assistenziale, un gruppo mobile che interviene nelle situazioni di difficoltà operativa.

Con il nuovo disegno assistenziale di prossimità si intende erogare a domicilio una serie di servizi personalizzati nell'ambito di specifici percorsi di cura del paziente, servizi prestati da

menu=telemedicina

64 <https://www.programmazioneeconomica.gov.it/partenariato-pubblico-privato/>

65 https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6182

66 Deloitte, 2022.

personale sanitario e sociosanitario per la cura e l'assistenza delle persone, al fine di stabilizzare il quadro clinico delle persone, limitarne il declino, e di migliorarne la qualità della vita.

Il Dm n. 77 istituisce, inoltre, l'Ospedale di comunità, una struttura di ricovero dell'Assistenza territoriale con 20 posti letto, con la finalità di evitare, quando il quadro clinico delle persone lo renda possibile, i ricoveri ospedalieri impropri. L'ospedale di comunità si pone come una struttura intermedia tra la casa del paziente e l'ospedale, che serve anche a favorire dimissioni ospedaliere in luoghi più idonei alla stabilizzazione clinica e al recupero funzionale del paziente per il rientro presso il proprio domicilio. Con il Dm n. 77 si realizzano, inoltre, servizi per le cure palliative, per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie, nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Dentro la riforma dell'assistenza territoriale un ruolo fondamentale è svolto dall'utilizzo di nuove tecnologie digitali, a partire dai servizi di telemedicina. A tal fine un passo in avanti di grande rilevanza dal punto di vista normativo è stato fatto con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale nel mese di maggio 2022 delle linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza territoriale".

Con la pubblicazione di queste linee guida in materia di telemedicina è stata raggiunta la *milestone* europea, l'obiettivo "EUM6C1- 4 Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" che fa parte della Missione 6 (Salute), Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Le linee guida definiscono il modello di riferimento per le attività di telemedicina in coerenza con la riforma dell'assistenza territoriale di prossimità, per dare risposte ai problemi di salute il più vicino possibile ai cittadini. L'obiettivo è di costruire un modello digitale per realizzare alcuni degli obiettivi del Dm n. 77 del 2022: l'assistenza domiciliare, le Case di comunità, gli Ospedali di comunità con nuove modalità di presa in carico del paziente.⁶⁷

Tutti gli operatori dell'assistenza territoriale o il personale della struttura di ricovero, possono proporre al paziente – quando possibile – strumenti e attività di telemedicina. La tecnologia, in questo caso, avvicina i servizi sanitari alle persone, razionalizzando gli interventi sanitari, anche al fine di conseguire obiettivi di economicità ed efficacia dell'azione della Pubblica Amministrazione. Il modello digitale per l'assistenza territoriale definisce la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza, il telemonitoraggio, il telecontrollo, la teleriabilitazione.

Le attività di telemedicina, oltre a migliorare e razionalizzare i servizi e a realizzare un nuovo modello di gestione del paziente, può consentire anche di coinvolgere il paziente direttamente nello sviluppo dell'innovazione, attraverso la *user experience*.

Lo sviluppo della telemedicina può sostenere la crescita di un ecosistema di startup, di makers, di artigiani digitali, impegnati nelle realizzazioni di innovazioni capaci di aiutare i pazienti, caregiver, migliorare le attività di cura. Anche in questo caso, come per la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico, il coinvolgimento del paziente riveste un ruolo centrale. I pazienti non sono solo soggetti ai quali somministrare cure e farmaci. Attraverso la loro partecipazione attiva si può realizzare una co-produzione nelle fasi che caratterizzano i processi di innovazione, da quelle iniziali caratterizzate dalla nascita dell'idea, alla sua realizzazione concreta, alla valutazione dei risultati e alla diffusione delle tecnologie. L'innovazione da parte degli utenti, la User Innovation rappresenta un aspetto rilevante per realizzare processi innovativi della sanità italiana, poiché attraverso il coinvolgimento del paziente e dei *caregiver* è possibile contribuire a rendere le innovazioni un successo.⁶⁸

67 https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5934

68 F. Schiavone, *User Innovation in Healthcare. How Patients and Caregivers React Creatively to Illness*, Springer, 2020.

3. - Il valore dei dati sanitari tra opportunità e problemi aperti

3.1. - L'impatto dei dati elettronici sulla salute delle persone

Come abbiamo visto, l'Unione europea sostiene con forza, con norme regolamentari e risorse economiche, lo sviluppo di servizi sanitari basati sull'utilizzo dei dati. La digitalizzazione sta trasformando l'economia, la società e la vita delle persone e *"Data is at the centre of this transformation and more is to come"*⁶⁹. Dentro questa strategia generale va collocata anche la sanità, dove i dati sono fondamentali per costruire cure personalizzate, migliorare i servizi al cittadino attraverso processi complessi di conversione di dati in innovazione, anche mediante l'utilizzo di algoritmi di intelligenza artificiale.

I dati sanitari devono essere messi a disposizione del paziente, che è il legittimo proprietario, in modo semplice e intuitivo. Ognuno di noi deve poter contare su un luogo digitale dove raccogliere, archiviare e tenere costantemente sotto controllo i propri dati sanitari. A questo serve, innanzitutto, il Fascicolo sanitario elettronico. È un diritto individuale della persona poter disporre, in ogni momento, anche in emergenza, della propria storia sanitaria, dove poter collezionare, esame dopo esame, i propri dati sanitari, dove annotare in autonomia appunti di salute da portare sempre con sé.

Attraverso applicazioni per dispositivi mobili e siti web possiamo in ogni momento, in *cloud*, accedere ai nostri dati. Possiamo consentire al personale sanitario di accedere, anche in emergenza e nelle situazioni più difficili quando non si è in grado di comunicare verbalmente, ai nostri dati sanitari. Grazie ai dispositivi di telemedicina, ai sensori installati dentro diversi tipi di apparecchiature, ai dispositivi indossabili possiamo costantemente tenere traccia del nostro stato di salute. L'accessibilità ai dati da parte dei cittadini rappresenta oggi uno degli obiettivi principali da conseguire quando si parla di utilizzo dei dati e questo riguarda anche i nuovi cittadini e i nuovi nati che devono poter disporre dell'intera storia clinica nel proprio futuro.

Con il consenso dei cittadini deve essere realizzato da parte del Servizio sanitario nazionale, in ogni sua ramificazione, un modello di accesso, ai dati clinici e amministrativi, al fine di sviluppare attività di *reporting* e analisi dei dati stessi. Attraverso questo processo è possibile realizzare una *governance* dinamica, aggiornata in tempo reale, dei processi sanitari attraverso analisi retrospettive e predittive, anche attraverso l'utilizzo dell'intelligenza artificiale, a supporto di scelte strategiche basate sul valore dei dati, sia in termini di salute per il cittadino che di investimenti in servizi sanitari. I dati servono al cittadino per monitorare le proprie condizioni di salute, al medico per curare il paziente, ai ricercatori per sostenere processi di ricerca *"Data-Driven"*, alle istituzioni per fare programmazione sanitaria.

69 Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. A European strategy for data, Bruxelles, 19 febbraio 2020.

Acc (Alleanza contro il cancro) è impegnata in un progetto decennale a sostegno della ricerca scientifica per combattere il cancro, finanziato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e coordinato dal Ministero della Salute, che coinvolge 51 Irccs (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) chiamato Hbd (*Health Big Data*). Il progetto prevede la creazione di piattaforme IT locali presso ciascun Irccs partecipante all'iniziativa che garantiscano l'estrazione, l'integrazione e l'interoperabilità di dati clinici e scientifici, e di una piattaforma IT centralizzata che garantisca la connettività tra gli Irccs e l'analisi avanzata dei dati condivisi. La tipologia dei dati raccolti comprende dati omici (genomica, trascrittomica, proteomica, metabolomica); dati clinici (cartella clinica elettronica e dati di *follow up* dei pazienti); dati di *imaging* clinica e radiomica; dati forniti dal paziente. Nel medio periodo verranno inclusi anche dati provenienti da biosensori, dati ambientali, sociali ed economici.⁷⁰

La Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute è impegnata nello sviluppo di un "Modello Predittivo del fabbisogno di salute della popolazione italiana". Il modello simulerà diversi scenari programmatici per supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse. Il Modello predittivo del Ministero della Salute promette un cambio di rotta: "alla tradizionale lettura verticale 'per silos' di spesa sanitaria, basata sul monitoraggio dei fattori produttivi per aree di assistenza, si affiancherà una logica orizzontale per patologia, che consentirà una visione complessiva del costo delle malattie e permetterà di svolgere una programmazione più efficiente e una valutazione predittiva di cambiamenti e innovazioni tecnologiche introdotte nel sistema."⁷¹

Dentro questo contesto è fondamentale lo sviluppo del Fascicolo sanitario elettronico, un Fse 2.0, come è stato ultimamente definito, profondamente rinnovato al fine di rafforzarlo e renderlo la prima pietra della strategia di rafforzamento della sanità digitale.

3.2. - Dati sanitari e *cybersecurity*

La sicurezza informatica costituisce uno degli interventi previsti dal Pnrr. Vista l'accresciuta esposizione alle minacce cibernetiche, è indispensabile sviluppare e aggiornare costantemente idonee azioni di tutela dei dati sanitari che costituiscono, per il loro valore, uno dei principali punti di attacco cibernetico da parte della criminalità.

L'Unione Europea, con la direttiva Nis, *Network and Information Security*⁷², identifica misure comuni di sicurezza della rete e dei sistemi informativi dell'Unione. Anche a seguito della Direttiva, è nata, recentemente, l'Agenzia per la cybersicurezza nazionale. Vista l'importanza dell'argomento, il Presidente del Consiglio dei Ministri coordina le politiche in materia di *cybersecurity* e l'adozione delle strategie in materia.⁷³ Nel mese di gennaio 2023, in sostituzione della direttiva Nis, è entrata in vigore la nuova direttiva Nis 2, che rappresenta la base di riferimento per la gestione dei rischi e degli obblighi di segnalazione degli incidenti in materia di sicurezza informatica per i settori previsti dalla normativa, in particolare per quelli più delicati quali energia, trasporti, salute e infrastrutture digitali.⁷⁴

70 <https://www.alleanzacontroilcancro.it/en/progetti/health-big-data/>

71 https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5600&area=programmazioneSanitariaLea&menu=progetti

72 Direttiva (Ue) 2016/1148.

73 Decreto Legge 14 giugno 2021, n. 82.

74 <https://www.consilium.europa.eu/it/press/press-releases/2022/11/28/eu-decides-to-strengthen-cybersecurity>

L'Italia ha oggi l'esigenza di portare nella Pubblica Amministrazione nuove professionalità attraverso l'inserimento di dipendenti pubblici con competenze in materia di sicurezza informatica, come sta facendo l'Agenzia per la *cybersicurezza* con l'avvio di specifiche selezioni. Il rapporto Clusit 2023 evidenzia come il settore sanitario sia tra i principali obiettivi dei cyber attacchi: la sanità è nel 2022 il secondo settore più colpito dagli attacchi informatici con una percentuale sul totale del 12,2%.⁷⁵

I dati sanitari hanno un grande valore nel *dark web*, proprio perché contengono dati di grande sensibilità e importanza per le persone. Secondo "Il Sole 24 Ore", il mercato nero dei dati sanitari rintracciabili nel *dark web* può valere fino a 2.000 dollari per una cartella sanitaria di una persona.⁷⁶ Gli ospedali archiviano dati sensibili che possono essere facilmente venduti o utilizzati da criminali informatici per chiedere un riscatto.

Gli attacchi informatici in sanità avvengono attraverso *malware*, software dannosi progettati per compromettere o sfruttare un dispositivo programmabile. Un tipo di *malware* è un *ransomware* che limita l'accesso del dispositivo che infetta, al fine di chiedere un riscatto (*ransom*).

Gli attacchi informatici possono incidere negativamente anche sulla salute delle persone perché possono rallentare e addirittura interrompere i servizi offerte dalle strutture sanitarie. Manca ancora in Italia la piena consapevolezza di questo problema. È indispensabile aumentare gli investimenti in sicurezza, destinando una quota delle risorse disponibili per la digitalizzazione al tema della protezione dei dispositivi programmabili con particolare attenzione proprio al settore sanitario.

3.3. - Assicurazioni degli utenti e Digital Health: la *Data-Driven Insurance* e l'analisi predittiva del rischio

Anche sul fronte delle assicurazioni degli utenti assistiamo a una grande trasformazione del rapporto con il paziente: non solo erogazioni di cure in caso di sinistri, come tradizionalmente previsto, ma un percorso di accompagnamento degli utenti, anche grazie all'utilizzo degli strumenti digitali.

Secondo una ricerca di EY e IIA, *Italian Insurtech Association*, "il 63% dei *player* assicurativi vede nel miglioramento dell'integrazione con i clienti e nei nuovi servizi di prevenzione e assistenze nuove opportunità in ambito salute".⁷⁷ L'idea che emerge è di guidare il cliente verso la *patient journey*, sviluppando nuovi servizi personalizzati, applicando un approccio ibrido al fine di combinare insieme assistenza fisica e digitale. Il nuovo modello dovrà mettere al centro il paziente, puntando alla prevenzione e contribuendo all'adozione di comportamenti sani e virtuosi, al fine di sviluppare la diagnosi precoce e così ridurre l'incidenza dei sinistri. Dentro questo modello il digitale consente di innovare l'approccio tradizionale alla cura e assistenza l'approccio, proprio attraverso l'utilizzo concreto di tecnologie innovative, applica-

ty-and-resilience-across-the-union-council-adopts-new-legislation/#:~:text=La%20direttiva%20NIS%202%20stabilir%C3%A0,salute%20e%20le%20infrastrutture%20digitali.

75 Rapporto Clusit 2023.

76 Rapporto Clusit 2023 e Il Sole 24 Ore "https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2022-05-25/attacchi-cyber-strutture-ospedaliere-perche-nostri-dati-sanitari-fanno-gola-hacker-e-come-possano-protettersi-aziende-sanitarie-133203.php?uuiid=AEvKDGbB

77https://www.ey.com/it_it/news/2022-press-releases/06/polizze-salute-prevenzione-e-analisi-dei-dati-i-driver-per-innovare-il-settore

zioni digitali, strumenti di telemedicina al fine di raggiungere l'obiettivo concreto di trasformare il modello assicurativo privato dal semplice rimborso di sinistri ad un sistema capace di offrire servizi ibridi basati sull'assistenza fisica, attraverso tecnologie innovative (esempio: telemedicina, assistenza virtuale, robot ecc.).

Grazie all'aumento dei dati raccolti attraverso applicazioni digitali e dispositivi *wearable* gli assicuratori possono incrementare iniziative per generare *insights* rilevati ai fini di creare servizi personalizzati per migliorare l'esperienza del paziente. Questo approccio, nel rispetto di rigidi criteri di sicurezza e della normativa europea in materia di *Privacy*, può consentire di sviluppare analisi predittive, diagnosi preventive e regolare i rischi attraverso analisi basate sui dati.⁷⁸ Infatti grazie alla *Data-Driven Insurance*, nel rispetto del Gdpr, è possibile integrare dati assicurativi, demografici, dati degli utenti, migliorando la conoscenza del rischio e consentendo lo sviluppo di pratiche di prevenzione del rischio stesso.

Anche sul versante privato, lo sviluppo della strategia europea dei dati e i relativi regolamenti possono rilanciare con forza il tema dell'utilizzo dei dati per creare innovazione nel campo assicurativo. Con l'utilizzo dei dati nel settore assicurativo è possibile identificare le criticità, ridurre il rischio della sinistrosità e di copertura della spesa assicurativa, sviluppando un circolo virtuoso che produce benefici sia per le Assicurazioni che per gli utenti, grazie al miglioramento dei servizi di cura attraverso l'innovazione fondata su strategie *data-driven*.

L'utilizzo dei dati nel settore assicurativo sanitario può essere esteso anche alla comprensione del *feedback* dell'utente. Attraverso l'analisi del *sentiment* le assicurazioni possono comprendere e utilizzare il *feedback* al fine di individuare aree di miglioramento e di efficacia delle prestazioni sanitarie. Attraverso l'utilizzo dell'Intelligenza artificiale, dell'elaborazione del linguaggio naturale (Nlp, *Natural language processing*) è possibile identificare, estrarre, analizzare i commenti dei pazienti al fine di individuare le loro esigenze, anche attraverso l'analisi dei *social media*, al fine di tenere costantemente sotto controllo la *brand reputation*. In generale, assistiamo alla tendenza, da parte dei pazienti, di raccontare sui *social network* la propria malattia, il percorso di cura, gli esiti. Parole, pensieri pubblici, valutazioni condivise che possono essere utili per il miglioramento dei servizi offerti ai cittadini.

3.4. - La Costituzione, il diritto alla salute, la ricerca scientifica nell'era digitale

La tutela della salute è un principio costituzionale fondamentale come recita l'Articolo 32 della Costituzione della Repubblica. Un diritto da difendere nell'interesse individuale e collettivo. Tale diritto oggi può vivere in termini nuovi nella società, anche grazie agli strumenti che la modernità e le innovazioni tecnologiche ci consegnano. Anche il diritto all'informazione, il cosiddetto "consenso informato", inteso come la manifestazione di volontà del paziente rispetto a un determinato trattamento sanitario, va letto dentro una nuova dimensione. "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge", è scritto nella Costituzione.

Grazie al Fascicolo sanitario elettronico, oggi è possibile seguire l'andamento delle proprie condizioni di salute in modo puntuale, verificarne i cambiamenti in tempo reale, e, conse-

⁷⁸ <https://www.agendadigitale.eu/sanita/assicurazioni-e-sanita-telemedicina-e-phygital-per-un-nuovo-approccio-alla-salute/>

guentemente, dare un consenso più consapevole rispetto a prima, dove, comunque, un ruolo centrale deve sempre essere esercitato dal medico dentro il rapporto di fiducia che si crea con il paziente. La persona resta sempre al centro nei trattamenti sanitari e oggi, proprio grazie alle nuove tecnologie, le informazioni possono circolare in modo diverso, possono essere costantemente aggiornate, ad esempio attraverso la sensoristica, senza rischiare di perderle nel tempo, attraverso la dematerializzazione e i servizi di consultazione fondati sul *cloud*.

I dati elettronici a disposizione del paziente, del *caregiver* e del medico, che rappresentano un grande patrimonio individuale per la cura, oggi possono essere messi a sistema dentro una nuova cornice operativa della ricerca scientifica. Lo sviluppo della ricerca scientifica, di cui parla la Costituzione all'art. 9, là dove individua tra i compiti della Repubblica "lo sviluppo della cultura della ricerca scientifica e tecnica", conosce oggi una via nuova, proprio grazie all'utilizzo dei dati, nel rispetto dei diritti della persona. Da un lato vi è quindi la necessità di mettere a disposizione della ricerca i dati, dall'altro quella di difendere il diritto alla *privacy*.

Nella "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea", utilizzata in sede di giudizio come parametro per la verifica della legittimità costituzionale delle norme italiane, è previsto espressamente, all'art. 8, che "ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che lo riguardano" e che questi dati vadano "trattati secondo il principio di lealtà, per finalità determinate e in base al consenso della persona interessata o a un altro fondamento legittimo previsto dalla legge".

Il perseguimento della conoscenza nell'interesse collettivo attraverso la ricerca scientifica può camminare insieme al diritto alla salute e di informazione, trovando un bilanciamento con un altro diritto, sancito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, che è quello alla *privacy*. Un diritto che l'Unione europea difende con il Gdpr e che rappresenta uno dei pilastri delle istituzioni europee:

"Il riconoscimento della protezione dei dati come diritto fondamentale realizza proprio l'obiettivo di mantenere il rapporto tra la persona e il suo corpo, non più racchiuso nei confini della fisicità e nel segreto della psiche, ma davvero sconfinato, affidato alle infinite banche dati che dicono al mondo chi siamo".⁷⁹

La digitalizzazione crescente delle attività umane, la dematerializzazione della documentazione clinica, la diffusione di sensori installati in dispositivi indossabili al fine di misurare costantemente i parametri vitali ci porta a parlare di "corpo elettronico"⁸⁰ e conseguentemente, a ridefinire il confine dei diritti delle persone.

Il tema della tutela dei dati personali nelle banche dati elettroniche è fondamentale per impedire che dati riguardanti la sfera intima delle persone possano essere divulgate, conosciute da terzi, con il rischio di creare discriminazioni nella società. Si pensi ad esempio proprio in materia di dati sanitari, a possibili trattamenti discriminatori di chi è affetto da una determinata malattia⁸¹.

La tutela dei dati personali nell'ambito della ricerca scientifica va quindi letta come capacità di bilanciamento tra diverse esigenze di rango costituzionale, alla luce dell'elevato tasso di innovazione tecnologica, sia per ciò che riguarda la nozione di dato sia per quello dell'attività di ricerca scientifica.⁸²

79 Stefano Rodotà, *Tecnologie e diritti*, Il Mulino, 2021, pag. 207-208.

80 Stefano Rodotà, *Tecnologie e diritti*, Il Mulino, 2021.

81 T. E. Frosini, *Dati e algoritmi. Le sfide attuali del diritto ai dati personali*, Il Mulino, 2020.

82 G. F. Ferrari, "La tutela dei dati, tra diritti individuali e ricerca scientifica: la prospettiva Costituzionale", in AA. VV. *I dati. Il futuro della sanità. Strumenti per una reale innovazione*, Edra, 2022.

4. - Proposte per lo sviluppo della sanità digitale

4.1. - Conoscenza del digitale tra i cittadini

Tra le linee di intervento prioritarie nell'ambito delle politiche per la digitalizzazione in Italia va collocata la conoscenza del digitale nella popolazione. Come abbiamo visto, l'indice Desi ci dice che uno dei principali problemi in materia di digitalizzazione è rappresentato dalla scarsa conoscenza da parte della popolazione. Oltre la metà dei cittadini italiani non dispone neppure delle competenze digitali di base e conseguentemente questo aspetto non consente di colmare rapidamente il divario con la media europea. Anche se l'utilizzo dei servizi pubblici digitali ha registrato una crescita considerevole negli ultimi due anni, solo il 40% degli utenti italiani di internet ne fa uso rispetto alla media del 65% dell'Unione Europea. La situazione peggiora notevolmente quando si guarda all'utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico, oggi scarsamente conosciuto e utilizzato, un contesto in cui parlare di utilizzo di attrezzature di telemedicina, di dati digitali, tra i pazienti e i medici, diventa difficile.

La transizione digitale del Servizio sanitario nazionale non può quindi prescindere dall'essere sostenuta da una attività costante di comunicazione pubblica, di formazione professionale per gli operatori, i pazienti, i *caregiver*, rispetto al cambiamento tecnologico. Il coinvolgimento diretto dei pazienti, la *User Innovation*, è fondamentale per sviluppare la telemedicina, le applicazioni, l'uso dei dispositivi mobili e indossabili. Altrettanto fondamentale è dare la possibilità ai cittadini di esprimere pareri sui servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le nuove tecnologie, per coinvolgerli e assicurare loro il diretto potere di cambiamento della sanità.

L'analisi secondaria dei dati sanitari può vivere solo dentro il rapporto di fiducia tra cittadino e Pubblica Amministrazione, garantendo il pieno rispetto della privacy e idonee infrastrutture di sicurezza cibernetica, spiegando alle persone a cosa servono i loro dati sanitari. Il motto da propagandare potrebbe allora essere "dona i tuoi dati" paragonando il "consenso" all'utilizzo dei dati da parte del personale sanitario, dei ricercatori, dei decisori pubblici, alle campagne per la donazione del sangue.

4.2. - Competenze Stem nella Pubblica Amministrazione, formazione professionale

È indispensabile sostenere l'ingresso di personale con competenze tecnologiche nella Pubblica Amministrazione dal momento che solo il 5,6% dei dipendenti della PA ha competenze Stem (acronimo di Science, Technology, Engineering and Mathematics). Negli ultimi 10 anni il

numero dei laureati nella Pubblica Amministrazione è cresciuto del 23,1%, raggiungendo nel 2020 il 42,6% del totale dei dipendenti pubblici, pari a quasi 1,4 milioni, ma le lauree sono principalmente di tipo economico-giuridico. Si avverte quindi l'esigenza di investire di più in formazione continua: nel 2020 la spesa in formazione è stata pari a 40,3 euro per dipendente pubblico, per un totale di 130,7 milioni di euro.⁸³

In Italia, come in molti altri Paesi europei, le competenze Stem sono poco diffuse, con una percentuale media dei laureati Stem in Europa del 26%. Solo la Germania ha un tasso significativamente superiore (36,8%), mentre l'Italia si colloca al di sotto della media dei Paesi analizzati, con una percentuale pari al 24,5% del totale dei laureati.⁸⁴

Si tratta quindi, oltreché di incoraggiare l'iscrizione alle facoltà Stem, di assumere giovani con competenze tecnologiche nella Pubblica Amministrazione, che però oggi appare scarsamente attrattiva rispetto al mercato Stem privato, che offre un più elevato livello dei salari, percorsi di carriera più vantaggiosi, meccanismi di responsabilizzazione più flessibile e una più ampia varietà dei ruoli offerti rispetto alla Pubblica Amministrazione.

Lo sviluppo di competenze Stem è un tema entrato nell'agenda politica. Secondo quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2023 in materia di competenze Stem, il Ministero dell'Istruzione e del Merito, promuoverà specifiche Linee guida per l'introduzione di azioni dedicate a rafforzare le competenze matematiche, scientifiche, tecnologiche, digitali e l'apprendimento delle discipline Stem. Saranno sviluppate, inoltre, azioni di informazione, sensibilizzazione e formazione rivolte alle famiglie per incoraggiare la partecipazione a percorsi di studi Stem. Secondo quanto previsto dalla norma approvata, saranno definite iniziative volte a promuovere l'acquisizione di competenze Stem e digitali anche nei percorsi di istruzione rivolte agli adulti, per agevolarne il reinserimento nel mercato del lavoro.⁸⁵

Sono misure approvate in coerenza con la risoluzione del Parlamento europeo del 10 giugno 2021 sulla parità tra donne e uomini in materia di istruzione e occupazione nel campo Stem.⁸⁶

4.3. - Analisi dei dati sanitari e privacy

Nel mese di agosto 2022, il Garante per la protezione dei dati personali ha espresso parere negativo su due schemi di decreto del Ministero della Salute e del Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, di concerto con il Ministero dell'Economia, sull'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS), previsto dal DL 4/2022, e lo schema di decreto per favorire e migliorare l'implementazione del Fascicolo Sanitario elettronico (c.d. Fse 2.0) a livello nazionale.

Come si legge dal comunicato stampa dell'8 settembre 2022 del Garante: "l'Autorità condivide la necessità di introdurre strumenti volti ad agevolare lo sviluppo di servizi sanitari digitali offerti ai cittadini, ma evidenzia come sia doveroso che, nella loro realizzazione, ven-

83 FPA, Lavoro pubblico 2022 <https://www.corrierecomunicazioni.it/pa-digitale/stem-al-palo-nella-pa-solo-il-56-dei-dipendenti-ha-una-laurea-tech/>

84 Deloitte, Osservatorio Stem "Rethink Ste(a)m education-A sustainable future through scientific, tech and humanistic skills", 2022 - <https://www.corrierecomunicazioni.it/lavoro-carriere/competenze-stem-per-il-245-dei-laureati-litalia-sotto-la-media-ue/>

85 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025, L. 29 dicembre 2022, n. 197, Art 1 comma 552

86 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021IP0296&from=EN>

gano rispettati i diritti fondamentali delle persone. Una tale tutela non è stata pienamente ravvisata nei due schemi di decreto, i quali non sono risultati coerenti con la normativa di settore, e presentano numerosi profili di violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Con i pareri attuali, il Garante ha quindi indicato al Ministero le misure da adottare per rendere i due testi conformi alla normativa nazionale e europea.”⁸⁷

L’Eds comporta, secondo il Garante, una duplicazione di dati e documenti sanitari già presenti nel Fse e determina la costruzione della più grande banca dati della salute nel nostro Paese. Secondo il Garante tale *Database* raccoglierebbe “senza garanzia di anonimato” dati su tutte le prestazioni sanitarie erogate sul territorio.

Se la preoccupazione del Garante per l’anonimato riveste una notevole importanza e attentamente considerata, altrettanta attenzione va riservata al *Database* nazionale, fondamentale per superare l’attuale frammentazione del sistema regionalizzato che non aiuta né l’utilizzo secondario dei dati a livello nazionale, né la ricerca scientifica né la *governance* della sanità nazionale. L’attuale Fse registra anche problemi di portabilità nel passaggio di residenza da una Regione all’altra.

Il *Database* nazionale dovrà diventare il fulcro dell’intera strategia in materia di dati sanitari, pena il rischio del depotenziamento della portata innovativa dell’intero progetto, dopo che la condivisione tra Stato e Regioni in materia è stata sancita in riunioni ufficiali che hanno caratterizzato un proficuo lavoro congiunto di programmazione relativa al Pnrr.

Secondo il Garante anche lo schema di Decreto sul Fse presenta “criticità e carenze” nonostante l’Autorità abbia, fin dal 2020, indicato specifiche misure necessarie per superarle. Il Ministero dovrà dunque specificare, in particolare, quali informazioni personali devono entrare nel Fascicolo sanitario elettronico; chi vi può avere accesso in caso di emergenza; i diritti riconosciuti agli assistiti e le modalità per esprimere un consenso consapevole rispetto alle diverse finalità per le quali i dati vengono trattati”.⁸⁸

È necessario continuare il confronto per migliorare ulteriormente il testo garantendo il pieno rispetto del Gdpr secondo le osservazioni del Garante, ma la direzione strategica della proposta di Decreto in materia di Fascicolo sanitario elettronico, in termini di armonizzazione, standardizzazione vanno nella giusta direzione per superare l’attuale frammentazione e realizzare un FSE davvero utile al cittadino e al Servizio sanitario nazionale, e alla strategia sui dati.

Si tratta di trovare dunque un equilibrio che ad oggi manca. Un equilibrio ricercato anche dal legislatore europeo che ha dato al regolamento in materia di protezione della privacy il titolo “Regolamento (Ue) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.” Protezione dei dati e libera circolazione stanno nello stesso titolo, ispirando così la strategia europea dei dati.

87 <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9802752>

88 <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2022-05-25/attacchi-cyber-strutture-ospedaliere-perche-nostri-dati-sanitari-fanno-gola-hacker-e-come-possano-proteggersi-aziende-sanitarie-133203.php?uuid=AEvKDGbB>

4.4. - Competenze costituzionali ed esigenze di governo unitario della sanità digitale

Stato e Regioni hanno sviluppato negli ultimi anni un lavoro proficuo, basato sulla leale collaborazione al fine di rafforzare la sanità digitale. Alcuni risultati sono stati centrati: ad esempio la diffusione della telemedicina, come emerge dal puntuale monitoraggio del Ministero della Salute. Sempre sul tema della telemedicina, un impulso nuovo arriverà grazie alla Piattaforma Nazionale in corso di realizzazione.

L'intelligenza artificiale sarà messa a disposizione del medico nei percorsi di cura del paziente nell'assistenza primaria. Grazie al Pnrr che stanziava per questo progetto in corso di definizione 50 milioni di euro, "saranno sviluppati servizi di supporto al medico per condurre l'anamnesi e giungere alla diagnosi. Il sistema fornirà informazioni e suggerimenti non vincolanti ma preziosi". Al medico spetterà quindi la decisione finale, ma sarà supportato dall'Intelligenza artificiale.⁸⁹

Adesso si tratta di dare la spinta decisiva alle politiche per la digitalizzazione della sanità, dentro la cornice costituzionale che inquadra la sanità tra le materie concorrenti. Si avverte l'esigenza di politiche nazionali in materia di sanità digitale. La pandemia Sars-Cov-2 ha dimostrato l'esigenza di avere strumenti nazionali in materia di analisi dei dati e telemedicina, anche per fronteggiare le emergenze.

Negli anni si è assistito ad una frammentazione eccessiva della materia che ha finito per indebolire le politiche per la sanità digitale. Si pensi ad esempio al quadro che emerge dal monitoraggio sul Fascicolo sanitario elettronico, dove ci sono Regioni che hanno visto lo sviluppo di questo strumento e altre che sono ancora in regime di sussidiarietà (Abruzzo, Calabria, Campania, Sicilia).⁹⁰

Con il Decreto legislativo n. 4 del 2022 al fine di assicurare l'equità sul territorio nazionale, le Regioni italiane devono adeguarsi⁹¹ alle linee guida nazionali in materia di Fascicolo sanitario elettronico, in modo da rafforzare questo strumento, superare le frammentazioni favorendo il governo unitario della sanità digitale. Nel caso di inerzia o ritardo nella predisposizione del piano di adeguamento, è prevista la possibilità di procedere all'esercizio del potere sostitutivo da parte dello Stato.⁹²

La sanità digitale può crescere dentro una rinnovata collaborazione tra le istituzioni nazionali e le regioni, trovando un equilibrio tra esigenze di coordinamento nazionali e sviluppo dei servizi sanitari regionali in una logica di prossimità, sviluppando le necessarie forme di partnership tra il settore pubblico e quello privato, con il fine ultimo di migliorare i servizi al cittadino.

89 http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/stenografici/html/12/audiz2/audizione/2022/02/15/indice_stenografico.0011.html

90 <https://www.fascicolosanitario.gov.it>

91 Decreto legislativo 4/2022, Art. 21.

92 Articolo n. 117, secondo comma della Costituzione.

Bibliografia

The Digital Economy and Society Index (Desi)- 2022.

https://italy.representation.ec.europa.eu/notizie-ed-eventi/notizie/indice-di-digitalizzazione-delleconomia-e-della-societa-2022-progressi-dinsieme-ma-ritardi-2022-07-28_it

https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/european-data-strategy_it

“Una strategia europea per i dati”, Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, Bruxelles, 19 febbraio 2020.

Data Governance Act, Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alla governance europea dei dati, Bruxelles 25 novembre 2020.

Data Governance Act, Articolo 2, “Definizioni”.

Regulation of the European Parliament and of the Council on Harmonized Rules on Fair Access to and Use of Data (Data Act), Brussels, 23 febbraio 2022.

Ehds, European Health Data Space, Bruxelles, 3 maggio 2022.

Commissione europea, Valutazione delle norme degli Stati membri dell’UE sui dati sanitari alla luce del GDPR, 2021 (https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-02/ms_rules_health-data_en_0.pdf).

Desi - Digital Economy and Society index 2022: overall progress but digital skills, SMEs and 5g networks lag behind.

Desi, 2017.

www.top500.org/lists/top500/2022/11/

Pnrr - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Italia Missione 6 - Salute - www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf

www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal-ministero&id=6024

www.fascicolosanitario.gov.it, accesso 15 marzo 2023.

www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5493&area=eHealth&menu=fse

Linee guida per l’Attuazione del Fascicolo sanitario elettronico, dati dell’Osservatorio Innovazione digitale in Sanità, School of Management del Politecnico di Milano - www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=22A0396100100010110001&dgu=2022-07-11&art.dataPubblicazioneGazzetta=2022-07-11&art.codiceRedazionale=22A03961&art.num=1&art.tiposerie=SG

www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=2515&area=eHealth&menu=telemedicina

Convegno organizzato dall’Università cattolica del Sacro Cuore, Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems), 21 settembre 2022, “*La telemedicina: dagli scenari attuali agli obiettivi del Pnrr*”, Ministero della Salute <https://altems.unicatt.it/altems-2022-la-telemedicina-dagli-scenari-attuali-agli-obiettivi-del-pnrr>

www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5525&area=eHealth&menu=telemedicina

www.programmazioneeconomica.gov.it/partenariato-pubblico-privato/

www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6182

Deloitte, 2022.

www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5934

F. Schiavone, *User Innovation in Healthcare. How Patients and Caregivers React Creatively to Illness*, Springer, 2020.

Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. A European Strategy for Data. Bruxelles, 19 febbraio 2020.

www.alleanzacontroilcancro.it/en/progetti/health-big-data/

www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5600&area=programmazioneSanitariaLea&menu=progetti

Direttiva (Ue) 2016/1148.

Decreto Legge 14 giugno 2021 n. 82.

www.consilium.europa.eu/it/press/press-releases/2022/11/28/eu-decides-to-strengthen-cybersecurity-and-resilience-across-the-union-council-adopts-new-legislation/#:~:text=La%20direttiva%20NIS%20%20stabilir%C3%A0,salute%20e%20le%20infrastrutture%20digitali.

Rapporto Clusit 2023 e “Il sole 24 Ore” <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2022-05-25/attacchi-cyber-strutture-ospedaliere-perche-nostri-dati-sanitari-fanno-gola-hacker-e-come-possono-proteggersi-aziende-sanitarie-133203.php?uuid=AEvKDGbB>

www.ey.com/it_it/news/2022-press-releases/06/polizze-salute-prevenzione-e-analisi-dei-dati-i-driver-per-innovare-il-settore

www.agendadigitale.eu/sanita/assicurazioni-e-sanita-telemedicina-e-phygital-per-un-nuovo-approccio-alla-salute/

Stefano Rodotà, *Tecnologie e diritti*, Il Mulino, 2021, pag. 207-208.

T. E. Frosini, “Le sfide attuali del diritto ai dati personali” in *Dati e algoritmi*, Il Mulino, 2020, pag. 26-27.

G. F. Ferrari, “La tutela dei dati, tra diritti individuali e ricerca scientifica: la prospettiva Costituzionale”, in AA. VV. *I dati. Il futuro della sanità. Strumenti per una reale innovazione*, Edra, 2022.

FPA, “Lavoro pubblico 2022” - <https://www.corrierecomunicazioni.it/pa-digitale/stem-alpalo-nella-pa-solo-il-56-dei-dipendenti-ha-una-laurea-tech/>

Deloitte, Osservatorio Stem “Rethink Ste(a)m education- A sustainable future through scientific, tech and humanistic skills”, 2022- <https://www.corrierecomunicazioni.it/lavoro-carriere/competenze-stem-per-il-245-dei-laureati-litalia-sotto-la-media-ue/>

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025, L. 29 /12/2022, n. 197, Art. 1 comma 552.

<https://eur-lex.europa.eu/legal%20content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021IP0296&-from=EN>

www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9802752

www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2022-05-25/attacchi-cyber-strutture-ospedaliere-perche-nostri-dati-sanitari-fanno-gola-hacker-e-come-possono-protegger-si-aziende-sanitarie-133203.php?uuid=AEvKDGBB

http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/stenografici/html/12/audiz2/audizione/2022/02/15/indice_stenografico.0011.html

www.fascicolosanitario.gov.it

DL 4/2022, Art. 21.

Articolo 117 secondo comma della Costituzione.

SEZIONE 2

A cura del Censis

LA FILIERA DELLA SALUTE E LA SOLIDARIETÀ SOCIALE

Premessa

Le analisi contenute in questo testo rispondono a una serie di obiettivi conoscitivi e di esigenze di approfondimento che riguardano la salute degli italiani, la sua evoluzione, i rapporti fra domanda e offerta di servizi, l'adattamento delle politiche e degli interventi in una prospettiva futura. Il testo, inoltre, ricostruisce in maniera dettagliata e originale il quadro demografico, sociale e organizzativo che può essere ricondotto al "sistema salute" in Italia e individua alcune tracce di sviluppo nell'adozione di politiche coerenti con il quadro nazionale.

Il percorso del Report tocca, nell'ordine, i seguenti punti di riflessione:

- le trasformazioni sociali che derivano dall'invecchiamento della popolazione, dalla non autosufficienza, dalla disabilità (**cap. 1**);
- gli strumenti da utilizzare per perseguire obiettivi di riduzione delle diseguaglianze territoriali e per garantire parità nei diritti di accesso ai servizi della salute (**cap. 2**);
- l'inclusione sociale perseguita attraverso la riduzione delle povertà, spesso legate proprio a fenomeni di isolamento, discriminazione, disparità (**cap. 3**);
- l'integrazione dei servizi di assistenza sanitaria e socioassistenziale svolta dal Terzo Settore in Italia, anche in un'ottica di innovazione nell'organizzazione dei servizi e di impegno della solidarietà collettiva (**cap. 4**);

A chiusura delle analisi è, infine, posto un contributo di sintesi e indicazioni trasversali che provano a dare interpretazione dell'evoluzione attuale e futura del sistema della salute in Italia (**cap. 5**).

Il concetto-chiave che emerge dalle analisi è quello di "filiera", quello cioè di una struttura organizzativa, logistica e distributiva che metta insieme i diversi contributi – specialistici e generalisti, di servizio e di prodotto, di assistenza e di cura, regolati a livello centrale e diffusi sul territorio – mantenendo un livello di integrazione e di coerenza interna funzionale alla garanzia del diritto alla salute.

1. - Le dinamiche di contesto delle filiere della salute

La dinamica fra domanda di salute e offerta di servizi di cura e sanitari trova una leva fondamentale nell'andamento demografico di una popolazione. A maggior ragione se quella dinamica riguarda la società italiana, una delle più esposte al fenomeno dell'invecchiamento e al consolidamento di processi ad esso collegati come la non autosufficienza e la disabilità.

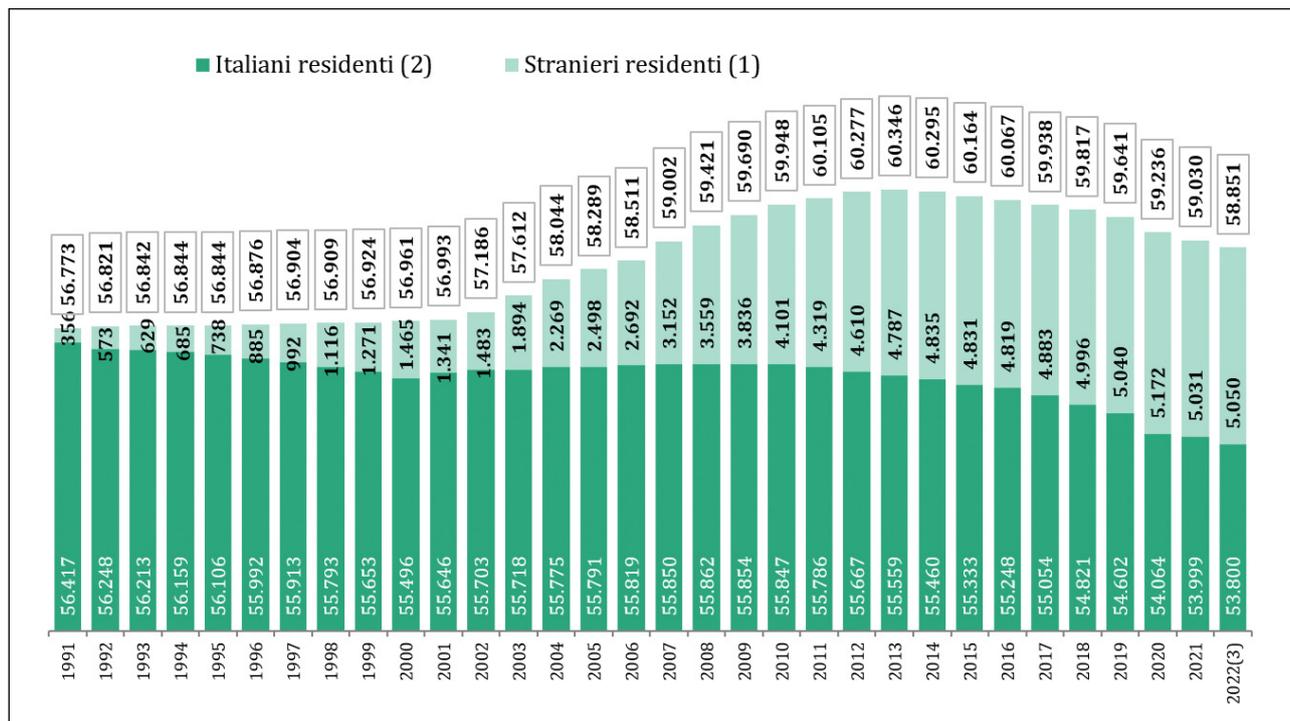
Al pari di altri Paesi europei come Germania, Francia, Spagna, l'invecchiamento della popolazione sta assumendo l'aspetto di un vero *stress test* per i sistemi sanitari nazionali, sia dal punto di vista delle risorse da impiegare, sia dal punto di vista organizzativo nella ricerca del giusto equilibrio tra programmazione ed erogazione dei servizi, tra responsabilità ripartite fra pubblico, privato e Terzo Settore. Proprio quest'ultimo soggetto, presente in molte attività dedicate alla salute, alla cura e all'assistenza, suggerisce una soluzione al rischio di frammentazione e di "spersonalizzazione", cui spesso sono esposti i sistemi sanitari nel momento dell'erogazione delle prestazioni, offrendo una visione integrata del servizio, una modalità quanto più prossima alla persona e ai suoi bisogni, una presenza diffusa, soprattutto in quei territori dove è maggiore il rischio di esclusione e di disuguaglianza nella garanzia del diritto alla salute.

1.1. - La transizione demografica e l'invecchiamento della società

Il declino demografico italiano, l'"inverno demografico" secondo una terminologia ormai di uso corrente, ha una data di inizio precisa: l'anno 2014, quando per la prima volta il numero complessivo dei residenti inizia a decrescere, diminuendo di poco più di 50.000 unità. Il calo prosegue anche negli anni successivi e il 1° gennaio 2022 i residenti erano complessivamente poco meno di 59 milioni a fronte dei 60,3 milioni presenti all'inizio del 2014 con una decrescita del 2,2%.

La flessione ha alla sua radice la diminuzione dei residenti con cittadinanza italiana che, sebbene iniziata in maniera contenuta nel 2009, si accentua con il passare degli anni raggiungendo il suo culmine nel 2020 quando, anche a causa della pandemia da Covid-19, decresce più di mezzo milione di unità rispetto al 2019. Il calo prosegue anche nell'anno successivo, sebbene in misura contenuta, portando i residenti sotto la soglia dei 54 milioni. Al contrario, il trend dei residenti con cittadinanza straniera è crescente e il loro numero supera ormai i 5 milioni, costituendo nel 2022 l'8,5% del totale della popolazione rispetto al 2,4% di venti anni prima. La crescita della presenza di cittadini stranieri ha, dunque, permesso di contenere la diminuzione dei residenti italiani (**fig. 1**).

Fig. 1 – Andamento della popolazione residente in Italia per cittadinanza, 2002-2022 (*) (v.a. in migliaia)



(*) Dati al 1° gennaio

(1) Dato al 1991 censuario

(2) Stima della differenza tra la popolazione totale e la popolazione straniera

(3) Dati provvisori

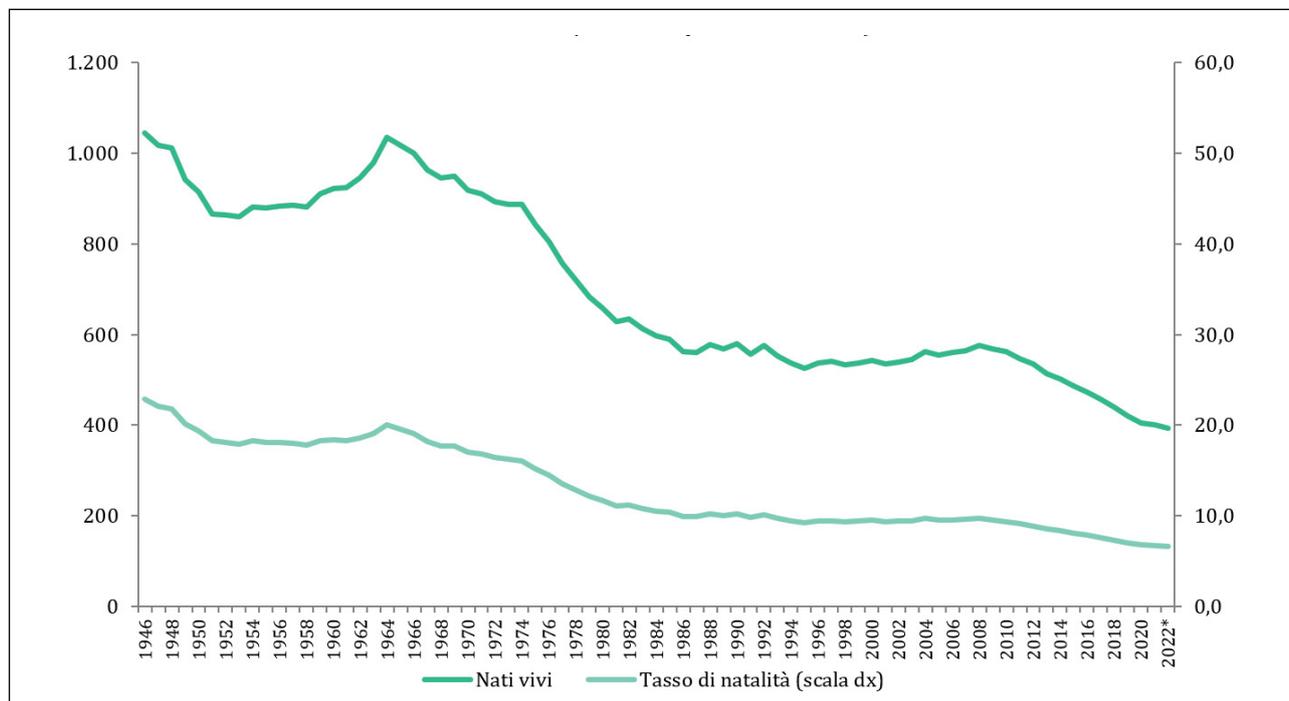
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

L'indice di natalità dopo una certa stabilità fra il 2000 e il 2009, dal 2010 è costantemente calato, raggiungendo nel 2022 il valore più basso di sempre, pari a 6,7 nati vivi ogni 1.000 abitanti. Si è trattato di un vero e proprio crollo delle nascite che nel 2022 ha portato per la prima volta sotto la soglia di 400.000 il numero dei nati vivi (**fig. 2**).

Il calo della popolazione residente ha permesso di contenere la flessione del tasso di natalità, che sarebbe stata maggiore nel caso in cui gli abitanti fossero rimasti stabili o aumentati, anche grazie al saldo migratorio. Quest'ultimo valore, che in passato è stato decisivo per l'aumento sia pure contenuto della popolazione, non appare in grado di compensare o moderare il calo dei residenti, poiché negli ultimi dieci anni è sempre stato inferiore alle 100.000 unità (**fig. 3**). Soltanto nell'ultimo anno, il saldo tra ingressi e uscite ha superato tale soglia, arrivando ad un valore positivo pari a 141.000 unità.

L'inverno demografico italiano ha, quindi, nelle poche nascite la sua origine principale ed è destinato ad accentuarsi nei prossimi anni. In futuro, si ridurrà ulteriormente il numero di donne che entreranno in età feconda, con un conseguente ulteriore calo delle nascite, se il tasso di fecondità continuerà a permanere sul valore degli ultimi anni; nel 2021 è stato pari a 1,25.

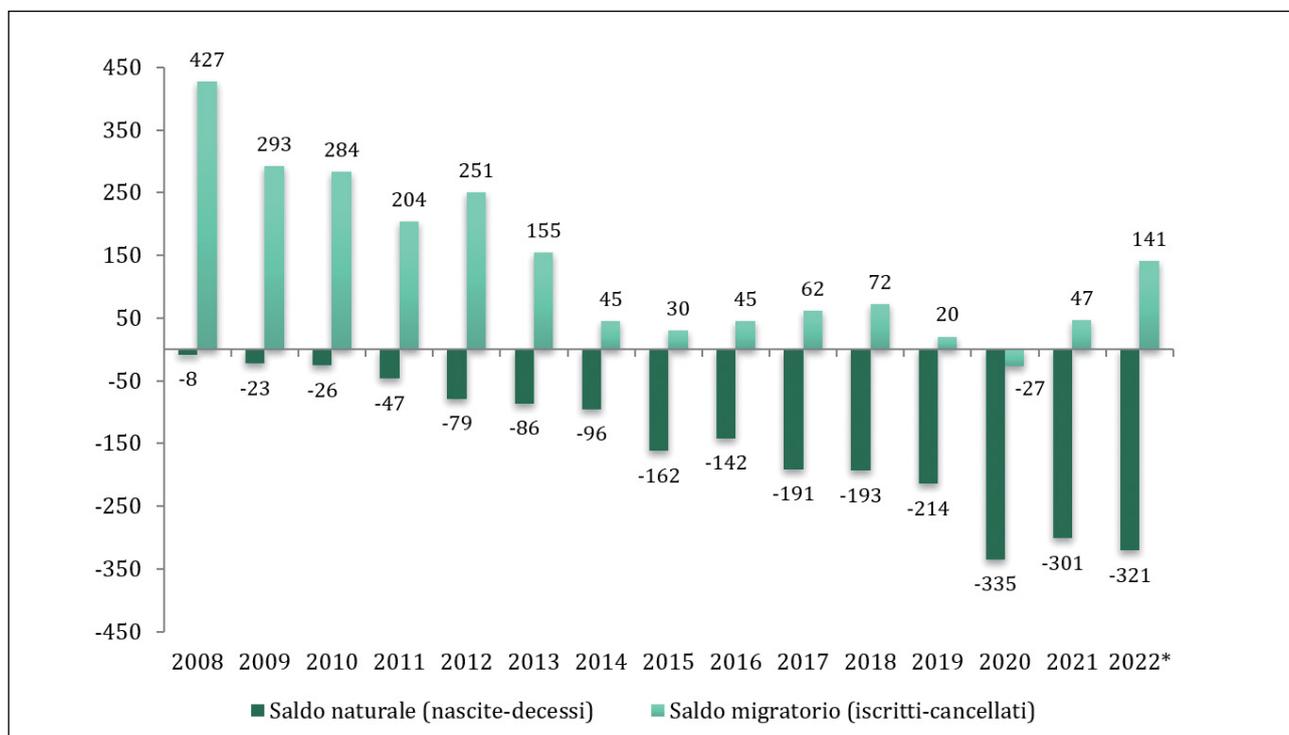
Fig. 2 – Nati vivi e tasso di natalità, 1946-2022 (v.a. e tassi per 1.000 abitanti)



(*) Dati provvisori

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Fig. 3 – Saldo naturale e migratorio, 2008-2022 (v.a. in migliaia)



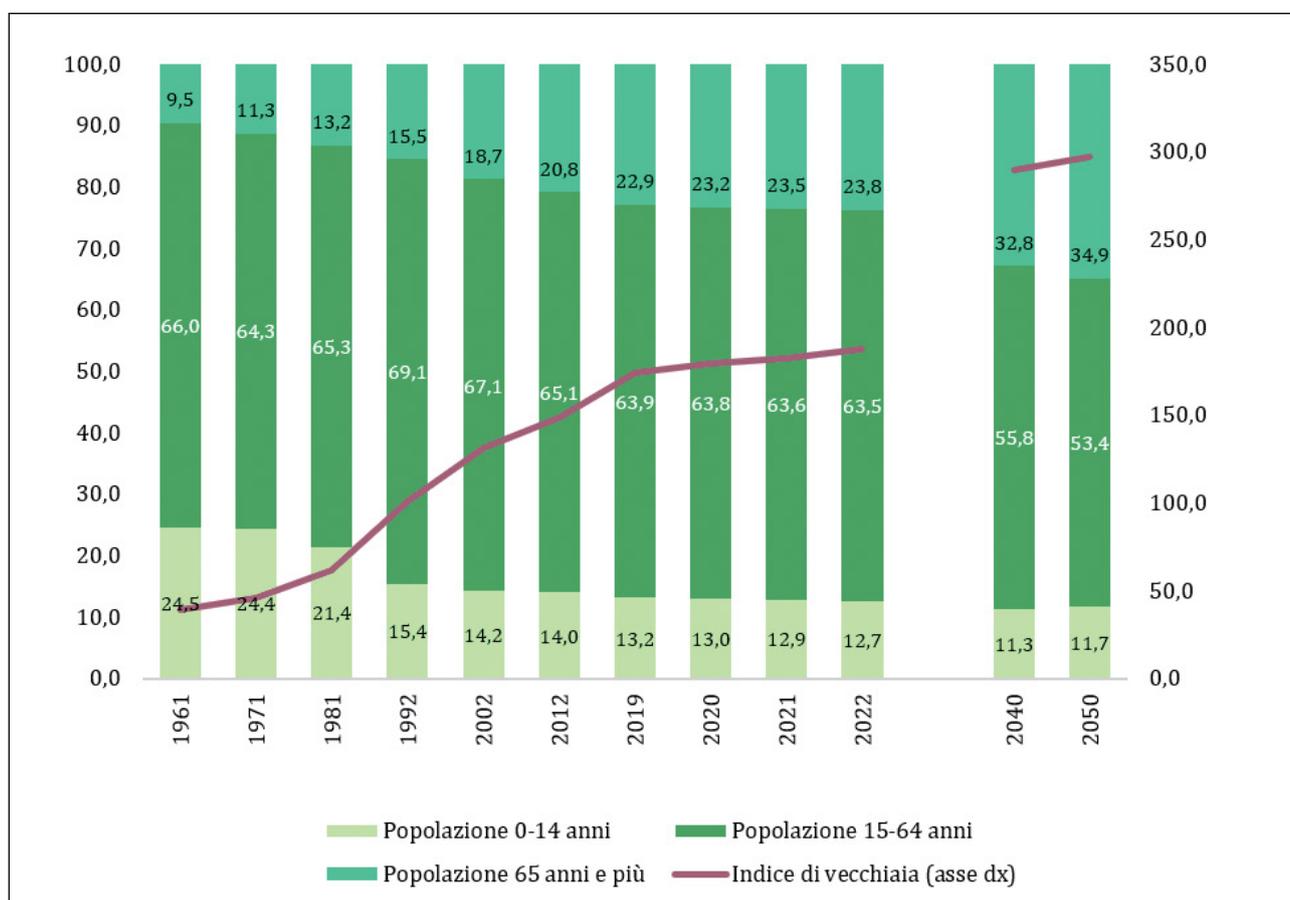
(*) Dati provvisori

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

La pandemia da Covid-19, con le difficoltà economiche e i timori per il futuro che ha suscitato, ha contribuito ad accentuare la crisi della natalità. Politiche più incisive a sostegno della natalità accompagnate da un cambiamento culturale che generi una nuova mentalità nei confronti della vita e del futuro potrebbero arrestare il declino demografico del Paese.

Il decremento delle nascite e il contestuale miglioramento delle condizioni di vita hanno comportato una crescita della quota della popolazione con oltre 65 anni di età, che nel 2022 costituisce poco meno di un quarto del totale (23,8%). Contestualmente è cresciuto l'indice di vecchiaia che ha raggiunto il valore di 187,4 nel 2022 e che si prevede sfiori quota 300 nel 2050, quando per ogni individuo sotto i 14 anni ce ne saranno tre con almeno 65 anni (**fig. 4**).

Fig. 4 – La struttura per età della popolazione in Italia dal 1961 al 2022 (*) e previsioni 2040 e 2050 ()** (val. %)



(*) Dal 1961 al 1981 i dati afferiscono al Censimento, dal 1992 fanno riferimento al 1° gennaio dell'anno

(**) Scenario mediano

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

1.2. - Le lunghe derive della disabilità e della non autosufficienza

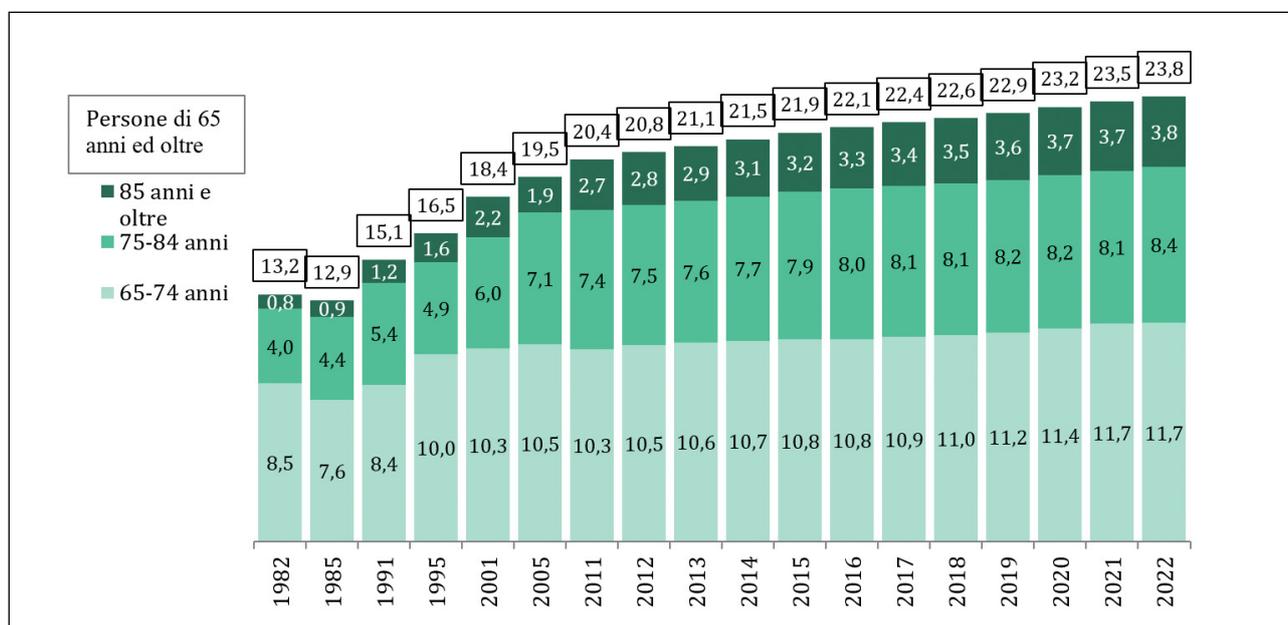
L'invecchiamento della popolazione è una realtà inevitabile che comporta un aumento dei costi non indifferente, a cominciare da quelli previdenziali e sanitari. La quota sempre maggiore di persone in età avanzata richiederà cure e prestazioni sanitarie specifiche, nonché un'assistenza – anche attraverso apposite strutture – capace di sopperire la mancanza di autonomia, che spesso si riscontra nelle persone molto anziane.

Nel 2022, infatti, gli over 84 anni erano 2,2 milioni costituendo il 3,8% della popolazione italiana e il 15,8% sugli over 64, una quota più che raddoppiata negli ultimi quarant'anni (**fig. 5**).

Nel 2021 poco meno di tre residenti in Italia su quattro dichiaravano di trovarsi in buona salute, una percentuale di poco superiore a quella del 2011, ma che registra significative differenze all'interno delle diverse classi di età: a fronte di una diminuzione nella classe più giovane della popolazione, in quelle più anziane si osserva un netto miglioramento, pari a 7,8 punti per la classe 65-74 anni e a 8,4 per quella dei 75 anni e oltre (**tab. 1**).

L'avanzare dell'età, dunque, non comporta necessariamente un peggioramento della salute, anzi le migliori condizioni di vita, che il progresso assicura, permettono di vivere bene la vecchiaia e di continuare ad avere una buona qualità di vita.

Fig. 5 – Persone di 65 anni e oltre residenti in Italia, 1982-2022 (*) (val. % sulla popolazione)



(*) Dati al 1° gennaio dell'anno

Fonte elaborazione Censis su dati Istat

Inevitabilmente, però, l'avanzare dell'età comporta l'insorgenza di patologie che con gli anni si cronicizzano: l'85,1% degli over 75 soffre di una malattia cronica e poco meno di due terzi di due patologie (65,5%, **tab. 2**).

Tab. 1 – Persone in buona salute in Italia per classe d'età, 2011 e 2021 (val. % e diff. assoluta)

Classe d'età	2011	2021	Diff. assoluta 2011-2021
0-24 anni	94,5	94,3	-0,2
25-44 anni	85,0	85,5	0,5
45-64 anni	65,1	67,2	2,1
65-74 anni	39,5	47,3	7,7
75 anni e +	22,6	31,0	8,3
Totale	71,0	71,1	0,1

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tab. 2 – Persone per tipologia di malattia cronica in Italia per classe d'età, 2011 e 2021 (val. % e var. %)

Malattie	2021			Var. % 2011-2021		
	Totale popolazione	di cui: 65-74 anni	di cui: 75 anni e oltre	Totale popolazione	di cui: 65-74 anni	di cui: 75 anni e oltre
Diabete	6,3	15,7	20,8	28,3	32,2	22,6
Iperensione	18,8	45,8	56	16,7	21,9	23,1
Bronchite cronica	5,7	9,6	14,3	-7,5	1,0	-21,6
Artrosi, artrite	14,8	34,4	50,3	-14,7	-11,2	-4,6
Osteoporosi	7,8	18,7	30,5	6,4	8,5	5,1
Malattie del cuore	4,3	9,8	17	19,0	14,9	16,1
Malattie allergiche	11	10,8	9,3	6,3	58,2	32,9
Disturbi nervosi	4,6	6,1	15,9	12,9	-6,8	70,7
Ulcera gastrica o duodenale	2,2	3,8	5,2	-17,7	-23,1	-6,5
Con almeno una malattia cronica	39,9	74,6	85,1	3,3	12,5	13,9
Con almeno due malattie croniche	20,9	48,9	65,5	3,6	12,3	11,3
Con malattie croniche in buona salute	46,0	38,6	26,3	12,5	41,2	68,5

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

I problemi cardiaci e quelli all'apparato scheletrico sono le patologie più comuni, ma le terapie farmacologiche, affiancate da un'adeguata assistenza medica e da una cultura della prevenzione, permettono di contrastare efficacemente l'ipertensione e l'artrosi, assicurando così un buon livello di salute anche a quanti si trovano in età avanzata.

A conferma che l'Italia è un Paese dove si invecchia bene, si può riportare il dato che riguarda oltre un quarto degli over 74, il quale, sebbene sia affetto da malattie croniche, dichiara di essere in buona salute (26,3%).

Se da un lato l'invecchiamento della popolazione può non essere correlato a un peggioramento dello stato di salute delle persone anziane, dall'altro l'età avanzata tende a contrassegnare il numero di quanti hanno limitazioni gravi che impediscono di svolgere attività abituali. Questa componente, in Italia, si è attestata, già dal 2009, intorno ai 3 milioni. Il calo tendenziale della popolazione ha fatto leggermente aumentare il loro peso percentuale nel corso dell'ultimo decennio, il quale è passato dal 5% del 2011 al 5,3% del 2020 (**tab. 3**).

Il Covid-19, spesso fatale per le persone fragili, nel 2021 ha fatto diminuire di 160.000 persone quanti hanno limitazioni gravi, che sono tornati così a rappresentare il 5% della popolazione. Alla luce delle previsioni demografiche che confermano un calo della popolazione, si può supporre che, rispetto al 2021, il numero delle persone con limitazioni gravi diminuisca di circa 100.000 unità nel 2030 e di circa 200.000 nel 2040. Tuttavia, per gli over 74 è prevista invece una crescita che li porterà a sfiorare 1,5 milioni di individui, costituendo così oltre il 50% del totale a fronte del 46,2% del 2021.

L'allungamento della vita comporterà così anche l'aumento di chi soffre di limitazioni gravi con il conseguente aggravio di costi, dovuti anche all'insorgere di nuove patologie o alla cronicizzazione di altre, e la necessità di assicurare un'assistenza adeguata, perché le limitazioni non incidano troppo sulla qualità della vita.

Lo sviluppo di una sanità fortemente radicata sul territorio costituisce una sfida ineludibile per assicurare un futuro a quanti si troveranno fortemente limitati nello svolgimento di quelle azioni che caratterizzano la quotidianità delle persone. Allo stesso tempo il sistema sanitario dovrà essere in grado di seguire anche l'altra grande criticità della domanda di salute e che riguarda quanti soffrono di più patologie croniche.

Nel 2022, infatti, è nuovamente aumentata la quota di coloro che oltre i 74 anni di età sono affetti da multi-cronicità (tre o più patologie) e limitazioni gravi, dopo che nel biennio 2019-2021 la pandemia aveva causato una flessione di più di due punti percentuali in tutte le classi di età considerate (**tab. 4**).

Tab. 3 – Persone con limitazioni gravi che impediscono loro di svolgere attività abituali, 2009-2021 e previsioni 2030 e 2040 (v.a. in migliaia, val. % e var. %)

	Totale		di cui:						
			65 anni e oltre				75 anni e oltre		
	V.a. (in migliaia)	% sul totale popolazione	V.a. (in migliaia)	%	% sul totale con persone con limitazioni	% sul totale popolazione	V.a. (in migliaia)	%	% sul totale con persone con limitazioni
2009	3.031	5,1	1.878	15,9	62,0	3,2	1.227	22,6	40,5
2010	3.109	5,2	1.913	16,1	61,5	3,2	1.289	23,0	41,5
2011	3.004	5,0	1.895	15,8	63,1	3,2	1.322	23,1	44,0
2012	2.981	5,0	1.912	15,7	64,1	3,2	1.346	22,9	45,2
2013	2.994	5,0	1.936	15,6	64,7	3,2	1.379	22,9	46,1
2014	3.037	5,0	1.981	15,6	65,2	3,3	1.425	23,0	46,9
2015	3.095	5,1	1.972	15,3	63,7	3,3	1.420	22,0	45,9
2016	3.069	5,1	1.938	14,8	63,1	3,2	1.414	21,3	46,1
2017	3.115	5,2	1.967	14,8	63,1	3,3	1.467	21,7	47,1
2018	3.088	5,1	1.967	14,7	63,7	3,3	1.496	21,8	48,4
2019	3.150	5,2	2.008	14,8	63,7	3,3	1.492	21,9	47,4
2020	3.163	5,3	2.024	14,7	64,0	3,4	1.500	21,9	47,4
2021	3.004	5,0	1.895	13,7	63,1	3,2	1.389	20,4	46,2
Tasso medio annuo di crescita 2015-2021	-0,5	-0,2	-0,7	-1,8	-0,2	-0,4	-0,4	-1,2	0,1
2030*	2.905	5,0	1.850	11,5	63,7	3,2	1.413	17,4	48,6
2040*	2.810	5,0	1.810	9,7	64,4	3,2	1.446	14,6	51,5
Var. % 2011-2021	0,0	-	0,0	-	-	-	5,1	-	-
Var. % 2021-2040	-6,5	-	-4,5	-	-	-	4,1	-	-

(*) Stime ottenute tenendo conto dell'andamento riscontrato nel periodo 2015-2019 e dell'invecchiamento della popolazione

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tab. 4 – Persone di 75 anni e oltre affette da multi-cronicità e limitazioni gravi in Italia per classe d'età, 2008-2022 (val. % e var. %)

	75-79 anni	80-84 anni	85 anni e più	Totale 75 anni e più
2008	44,6	51,1	65,0	51,6
2009	45,0	54,7	62,0	52,2
2010	43,4	54,5	61,5	51,3
2011	45,2	53,6	61,9	52,1
2012	46,2	53,6	62,6	53,0
2013	45,9	55,7	64,8	53,9
2014	42,7	53,9	63,4	51,9
2015	40,6	49,5	59,8	48,7
2016	42,4	54,2	60,6	51,0
2017	41,4	53,8	61,5	50,8
2018	41,0	53,1	62,2	50,7
2019	41,3	48,7	61,5	49,4
2020	39,4	48,4	60,6	48,9
2021	38,8	46,9	59,4	47,8
2022	39,2	50,1	60,9	49,0

(*) Persone di 75 anni e più che dichiarano di essere affette da 3 o più patologie croniche e/o di avere gravi limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Superata la fase dell'emergenza pandemica, il Paese deve quindi pensare quale futuro assicurare alla parte crescente della sua popolazione, che ha limitazioni gravi o è affetta da malattie croniche. Non si tratta semplicemente di rendere più efficiente il sistema di assistenza ospedaliera o medica, quanto invece di costruire un sistema di welfare che permetta agli anziani di vivere al meglio pur nelle difficoltà di movimento o di salute che l'età avanzata porta con sé.

Tutto ciò è reso più urgente dal fatto che quanti soffrono di limitazioni gravi sono spesso persone sole o che fanno parte di coppie senza figli, non avendo quindi il più delle volte quella rete familiare che generalmente sopperisce alla mancanza di strutture e servizi adeguati. Il cambiamento della struttura familiare incide, quindi, anche sul futuro sistema di assistenza da assicurare agli anziani (**tab. 5**).

A partire dal 2014 si assiste a una crescita degli anziani ospitati nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari, sebbene anche in questo caso la pandemia abbia provocato una diminuzione di poco più di 32.000 ospiti, 29.000 dei quali non autosufficienti e quindi particolarmente fragili (**tab. 6**). La presenza crescente in tali presidi di ospiti che hanno necessità di un'assistenza costante evidenzia come la rete familiare non sia in grado di farsi carico totalmente delle esigenze degli anziani. Anche la presenza di colf o badanti non sembra essere sufficiente nell'assistenza di questa fascia di popolazione, che richiede prestazioni e cure specifiche che solo strutture come i presidi residenziali possono offrire.

Tab. 5 – Persone con limitazioni gravi che impediscono loro di svolgere attività abituali per tipologia familiare, 2011 e 2021 (val. %)

Tipologia familiare	Val. %	
	2011	2021
Persona sola	25,7	28,6
Coppia senza figli	27,9	25,6
Coppia con figli	25,9	23,5
Monogenitore	9,0	11,2
Altro	11,4	11,2
Totale	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tab. 6 – Ospiti con oltre 65 anni di età dei presidi socioassistenziali e sociosanitari con protezione sociosanitaria, 2014-2020 (v.a.)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Autosufficienti	32.471	36.690	33.057	29.841	32.877	34.616	31.418
Non autosufficienti	204.264	205.006	211.588	213.236	220.331	220.681	191.561
Totale	236.735	241.696	244.645	243.077	253.208	255.297	222.979

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

1.3. - Le principali variabili nel confronto internazionale sulla sanità

Il numero crescente di anziani è una caratteristica che accomuna tutti gli stati dell'Unione europea, sebbene a livello europeo abbia caratteristiche meno marcate rispetto a quello italiano.

Un primo indicatore dell'invecchiamento della popolazione è l'aumento della speranza di vita alla nascita. Dal 2015 al 2019 il dato per i 27 Paesi dell'Unione è costantemente cresciuto, registrando poi un calo nel 2020 a seguito dell'alto numero di decessi provocato dalla pandemia da Covid-19, che ha colpito le fasce di età più avanzate della popolazione.

Fra il 2015 e il 2019 la speranza di vita alla nascita in Italia, sia per gli uomini che per le donne, è aumentata più del dato complessivo dell'Unione. Inoltre, nel 2020 mentre la speranza di vita per le donne italiane è inferiore a quella per le donne francesi e spagnole, gli uomini conservano il valore più alto, nonostante un calo di 1,4 rispetto al 2019.

Nonostante la battuta di arresto subita nel 2020, è presumibile che il valore riprenda a crescere anche alla luce del miglioramento della qualità della vita e ai progressi in campo medico e farmacologico, che hanno consentito di curare patologie che avevano spesso un esito fatale per il paziente (**tab. 7**).

Tab. 7 – Speranza di vita alla nascita per gli uomini e per le donne nei cinque maggiori Paesi dell’Unione europea, 2015, 2019 e 2020 (in anni)

	Uomini			Donne		
	2015	2019	2020	2015	2019	2020
Italia	80,3	81,4	80,0	84,9	85,8	84,5
Germania	78,3	79,0	78,7	83,1	83,7	83,5
Spagna	80,1	81,1	79,6	85,7	86,7	85,2
Francia	79,2	79,9	79,2	85,6	85,9	85,3
Polonia	73,5	74,1	72,5	81,6	81,9	80,7
Ue-27	77,7	78,5	77,5	83,3	84,0	83,2

Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

Fra tutti i Paesi dell’Unione, l’Italia, nel 2022, ha la quota maggiore di over 64 sul totale della popolazione (23,8%), un valore superiore di 2,7 punti percentuali rispetto al dato complessivo europeo. La peculiarità della situazione italiana non è però determinata dalla quota di anziani superiore al resto dell’Europa, quanto dal basso livello di natalità, che determina scenari complessi per il futuro (**fig. 6**).

Le proiezioni dell’indice di dipendenza di vecchiaia evidenziano, infatti, delle significative differenze. Mentre per Italia, Spagna e Polonia è previsto un aumento di oltre 20 punti percentuali, che porterà questi Paesi a un indice superiore al 50%, per Francia e Germania si prevede un incremento fra i 10 e i 14 punti percentuali, che amplierà ulteriormente la forbice con il nostro Paese.

Fig. 6 – Quota di abitanti con 65 anni e oltre nei cinque maggiori Paesi dell’Unione europea, 2022 (val. %)



Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

La lungimiranza delle scelte politiche adottate nel passato dai governi francese e tedesco è alla base del miglior andamento demografico previsto per questi Paesi rispetto agli altri. L'aumento dell'indice comporterà ricadute sull'intero sistema economico in termini di costi previdenziali e sanitari, poiché aumenterà il numero dei percettori di sussidi previdenziali, in rapporto a quanti si troveranno in età lavorativa. Inoltre, ciò comporterà un aumento delle risorse pubbliche destinate al welfare, con la conseguente riduzione degli stanziamenti per altri settori decisivi per il futuro del Paese (**tab. 8**).

Per la dinamica futura della popolazione, e i suoi risvolti in campo sociale, è dunque determinante il tasso di natalità, che nel periodo 2015-2020 è decrescente per i 27 Paesi dell'Unione europea. La Germania, tuttavia, costituisce un'eccezione, avendo visto aumentare il tasso da 9 nati per 1.000 abitanti nel 2015 ai 9,6 nati del 2021, dato che ha portato il divario con il nostro Paese da 1 a 2,8 nati. La Francia, invece, detiene il valore più alto (10,9 nati per 1.000 abitanti), anche se in calo rispetto al 2015, mentre il differenziale con l'Italia è rimasto sostanzialmente invariato (**tab. 9**).

Tab. 8 – Indice di dipendenza previsto nei cinque maggiori Paesi dell'Unione europea, 2023, 2030, 2040 e 2050 (val. % e diff. %)

	2023	2030	2040	2050	Diff. % 2023-2050
Italia	37,8	43,7	56,2	61,3	23,5
Francia	34,5	39,0	45,3	48,0	13,5
Spagna	30,8	36,2	48,4	59,0	28,2
Germania	34,7	40,3	45,2	45,7	11,0
Polonia	29,7	34,2	38,6	50,5	20,8
UE-27	33,3	38,0	45,4	50,4	17,1

Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

Tab. 9 – Tasso di natalità nei cinque maggiori Paesi dell'Unione europea, 2015-2021 (nati per 1.000 abitanti)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Italia	8,0	7,8	7,6	7,3	7,0	6,8	6,8
Spagna	9,0	8,8	8,4	7,9	7,6	7,2	7,1
Polonia	9,7	10,1	10,6	10,2	9,9	9,4	8,8
Germania	9,0	9,6	9,5	9,5	9,4	9,3	9,6
Francia	12,0	11,8	11,5	11,3	11,2	10,9	10,9
Ue 27	9,7	9,8	9,7	9,5	9,3	9,1	9,1

Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

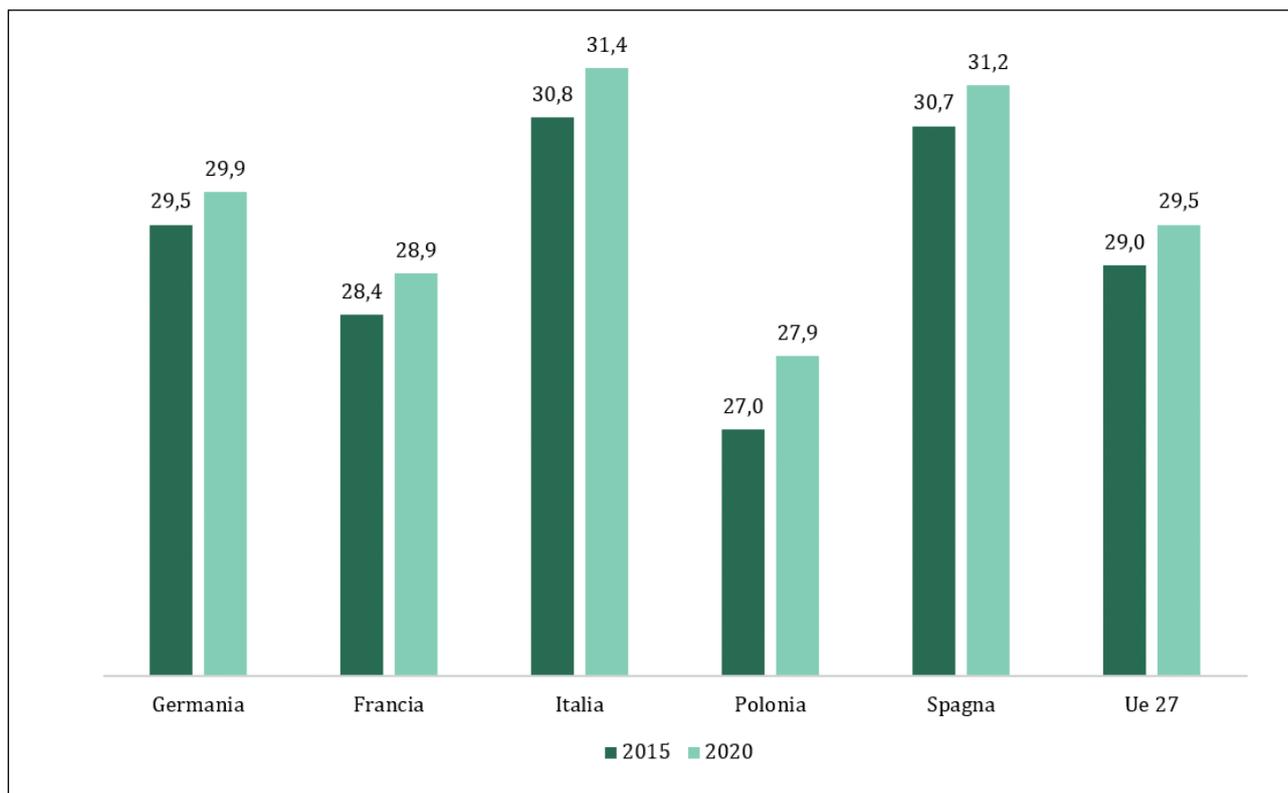
La peculiarità dell'indice tedesco e francese dipende dalle politiche per favorire la natalità che i due maggiori Paesi europei hanno adottato per fare fronte al declino demografico che li affliggeva. La Germania, infatti, ha adottato una politica di sostegno attraverso la riforma dei congedi parentali, che favorisce il ritorno delle donne al lavoro dopo il parto, lo sviluppo delle strutture per i servizi all'infanzia e l'erogazione di assegni familiari, che al 1° gennaio 2021 ammontavano a 219 euro mensili per il primo e il secondo figlio. Anche la Francia, dopo la crisi demografica che aveva afflitto il Paese negli anni '70 e '80, ha adottato politiche che hanno sostenuto e continuano tutt'oggi a sostenere non solo la natalità, ma più in generale la genitorialità.

L'esperienza francese e tedesca testimonia come il declino demografico possa essere contrastato attraverso un mix di misure, che oltre a sussidi economici preveda anche una politica fiscale favorevole alle famiglie, attraverso il quoziente familiare, e investimenti, sia pubblici che privati, che assicurino servizi per l'infanzia. Alla base è necessario però un cambiamento culturale consistente nell'infondere nei cittadini la certezza che lo Stato aiuta tutte le famiglie nel tempo e non soltanto nei primi anni di vita dei bambini o attraverso bonus temporanei. Per invertire l'attuale trend negativo sono, quindi, necessarie riforme strutturali, nella consapevolezza che i benefici sul sistema economico e sociale si potranno avere nel medio e lungo periodo.

L'efficacia di politiche a favore della natalità si riscontra anche dall'analisi del differenziale dell'età media delle donne al primo parto. Tra il 2015 e il 2020 sebbene in tutti i Paesi si assista a un aumento dell'età media, la differenza fra il dato italiano e quello della Germania e della Francia aumenta.

Rispetto alle donne tedesche si nota un aumento di 0,2, mentre rispetto a quelle francesi l'aumento è di 0,1, considerando però che se in Italia si partorisce il primo figlio oltre i 31 anni, in Germania questo avviene un anno e mezzo prima dei 30 e in Francia due anni e mezzo in anticipo, con un'età leggermente sotto i 29 anni (**fig. 7**).

Fra i principali Paesi europei nel 2020 in Germania la spesa sanitaria è stata di circa 5.200 euro per abitante, un valore ampiamente superiore a quello registrato nel nostro Paese dove sono stati spesi circa 2.700 euro (**tab. 10**). Il peso delle diverse voci mostra una vicinanza fra Germania e Francia da un lato e Italia e Spagna dall'altro. Mentre la spesa per l'assistenza sanitaria e cure di francesi e di tedeschi è intorno al 50%, la percentuale è più alta per spagnoli e italiani, che però destinano oltre un quinto della spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici di cui non è specificata la funzione. La vera discriminante la si nota però nella spesa per l'assistenza sanitaria a lungo termine che in Germania sfiora il 20%, mentre in Italia è di poco superiore al 10% e in Spagna solo al 9,2%.

Fig. 7 – Età media delle donne al primo parto nei cinque maggiori Paesi dell'Unione europea, 2015 e 2020 (in anni)

Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

Tutto ciò si riflette anche nel numero di posti letto di *long term care* nelle strutture residenziali che in Italia, sebbene nel periodo 2015-2020 siano cresciuti (+9,7%), rimangono ampiamente al di sotto del dato dei maggiori Paesi dell'Unione europea (**fig. 8**). Nel 2020 in Francia i posti letto sono il doppio di quelli italiani, mentre in Germania, il cui dato si riferisce al 2019, quasi il triplo.

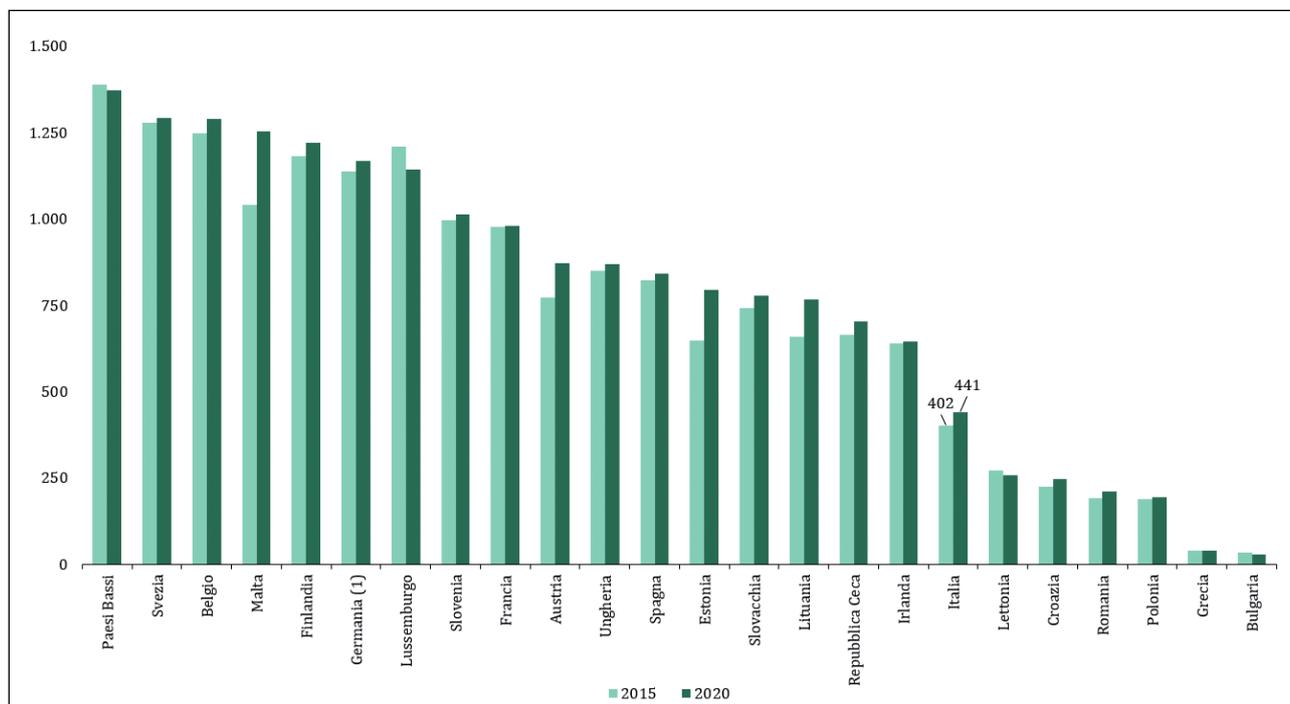
È evidente, dunque, una politica di assistenza in Francia e Germania, che in questi due Paesi pone una maggiore attenzione nell'accompagnare nel tempo i cittadini non autosufficienti in apposite strutture, che hanno costi elevati per il personale specializzato, le attrezzature necessarie e l'assistenza. Nel periodo considerato tutti i Paesi hanno aumentato il numero dei posti letto e questa tendenza è destinata a proseguire anche nel futuro. L'invecchiamento della popolazione europea, con il conseguente aumento anche degli anziani non autosufficienti, comporterà necessariamente un aumento delle strutture, pubbliche e private, di *long term care*, con un inevitabile aggravio della spesa sanitaria per questa funzione.

Tab. 10 – Spese sanitarie per funzione nei principali Paesi dell'Unione europea, 2020 (v.a. in euro per abitante e val. %)

	Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	Assistenza (sanitaria) a lungo termine (LTC)	Prodotti farmaceutici e altri apparecchi				Servizi per la prevenzione delle malattie	Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove	Assistenza (sociale) a lungo termine (LTC)	Totale
			Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	terapeutici (non specificati per funzione)	altri apparecchi	farmaceutici e altri apparecchi					
	per abitante (in €)										
Germania	2.573	1.019	259	946	167	229	-	-	-	5.192	
Italia	1.437	274	225	557	147	45	-	-	-	2.686	
Spagna	1.487	229	130	535	80	76	-	-	16	2.538	
Francia	2.144	687	178	805	118	227	-	-	227	4.160	
	%										
Germania	49,6	19,6	5,0	18,2	3,2	4,4	-	-	-	100,0	
Italia	53,5	10,2	8,4	20,8	5,5	1,7	-	-	-	100,0	
Spagna	58,6	9,0	5,1	21,1	3,2	3,0	-	-	0,6	100,0	
Francia	51,5	16,5	4,3	19,4	2,8	5,5	-	-	5,4	100,0	

Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

Fig. 8 – Posti letto di *long term care* in strutture residenziali nei Paesi dell’Unione europea, 2015 e 2020 (val. per 100.000 abitanti)



(1) Dato 2020 relativo all’anno 2019

Fonte: Eurostat

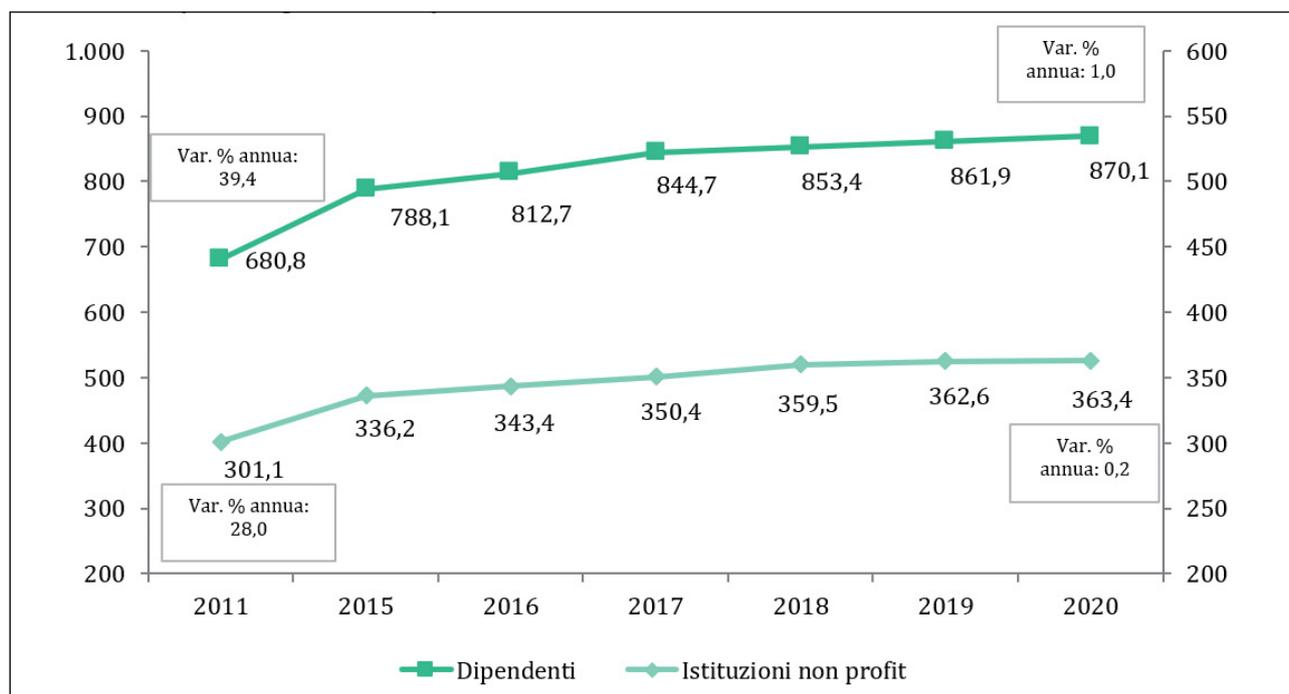
1.4. - Le variabili strutturali del settore non profit

Le istituzioni non profit in Italia sono in continua crescita nell’ultimo decennio. Sono incluse, in questa classificazione, le associazioni (riconosciute e non riconosciute), le cooperative sociali, le fondazioni, gli enti ecclesiastici, le società di mutuo soccorso, i comitati e altre istituzioni con finalità non lucrative.

Si è passati da poco più di 300 mila istituzioni del 2011, a superare le 363 mila nel 2020 con una crescita che non si è interrotta nemmeno durante l’anno di inizio della pandemia globale (+0,2% rispetto all’anno precedente, **fig. 9**).

I dati sull’evoluzione delle istituzioni non profit però indicano chiaramente anche la presenza di un fenomeno poco raccontato. Non di soli volontari, infatti, vivono le associazioni e in generale tutte le istituzioni di questa tipologia. Oltre al numero delle istituzioni, è in costante aumento anche quello dei dipendenti direttamente impiegati. Da poco più di 680 mila dipendenti del 2011 si è arrivati a superare gli 870 mila dipendenti nel 2020. Sono posti di lavoro che hanno quindi un duplice merito, permettono a centinaia di migliaia di persone di avere una fonte di reddito e contemporaneamente, grazie al loro lavoro, aiutano a colmare le carenze nel nostro sistema di welfare nazionale.

Fig. 9 – Evoluzione delle istituzioni non profit (asse sinistro) e dei dipendenti (asse destro) in Italia, 2011-2020 (val. in migliaia e var. %)

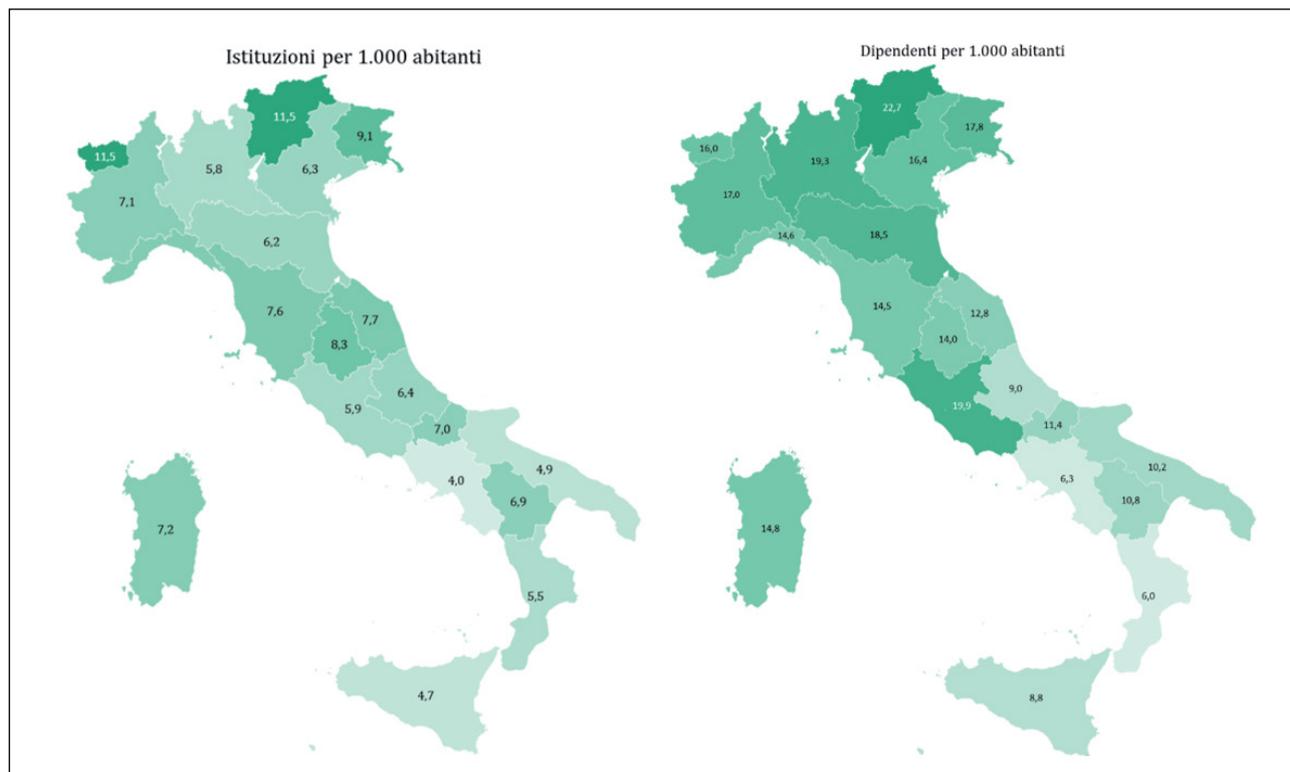


Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

L'importanza di questo "settore economico" è ancora più vasta se si considera che il non profit impiega per il suo funzionamento un numero di dipendenti paragonabili a quello di uno tra i settori più centrali dell'economia italiana come quello delle costruzioni (868 mila) e un numero di poco inferiore rispetto a quello del turismo, relativo alle attività di alloggio e ristorazione (985 mila). Questo, quindi, rappresenta un settore sempre più importante soprattutto per una certa fascia di lavoratori con più basse competenze che sarebbero difficilmente impiegabili in altri settori.

È quindi necessario iniziare a considerare importanti anche i lavoratori di queste istituzioni prevedendo degli investimenti indispensabili alla professionalizzazione delle competenze necessarie a rispondere alle esigenze in costante mutamento del pubblico che usufruisce dei servizi offerti dalle istituzioni non profit.

La presenza e la partecipazione alle attività promosse da questo tipo di istituzioni varia in maniera significativa a livello territoriale (**fig. 10**). Le regioni dove è più alta la concentrazione di istituzioni non profit sono tutte nel Centro-Nord Italia. I picchi si registrano in due regioni a statuto speciale, la Valle d'Aosta e il Trentino-Alto Adige (in entrambi i casi 11,5 imprese non profit ogni 1.000 abitanti) dove è molto diffuso e presente il sentimento di appartenenza al territorio che porta con sé anche la voglia di agire attivamente per migliorare il tessuto sociale.

Fig. 10 – Incidenza delle istituzioni non profit e dei relativi dipendenti per regioni, 2020 (val. per 1.000 abitanti)

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Seguono il Friuli Venezia Giulia (9,1) e l'Umbria (8,3), regioni in cui la struttura insediativa è principalmente composta da piccoli centri e paesi in cui è quasi una necessità quella di riunirsi insieme anche per fare azioni di volontariato.

L'incidenza dei lavoratori di queste istituzioni indicano, invece, la presenza di enti maggiormente strutturati in varie parti d'Italia. Il Trentino Alto Adige rimane la regione con più addetti ogni 1.000 abitanti (22,7). La presenza di questi lavoratori è alta anche in grandi regioni quali la Lombardia (19,3) e l'Emilia Romagna (18,4), terra in cui l'associazionismo è sempre stato molto presente. Un valore elevato anche nel Lazio in cui si sfiorano i 20 dipendenti ogni 1.000 abitanti, soprattutto per la presenza delle sedi di coordinamento nazionale per quasi tutte le principali istituzioni non profit italiane.

La distanza che separa le regioni del Sud e delle isole rispetto al resto del Paese sia nella concentrazione delle istituzioni che rispetto ai dipendenti è elevata. Mediamente sono 5 le istituzioni non profit presenti nel Mezzogiorno per ogni 1.000 abitanti contro circa 7 nel Centro-Nord, che occupano poco meno di 9 dipendenti ogni 1.000 abitanti, contro i quasi 17 del Centro, i circa 18 del Nord-Ovest e i 18,2 del Nord-Est.

Se è possibile individuare un processo di progressiva maturazione organizzativa per quanto riguarda gli enti del Centro-Nord, è ancora molta la strada per gli enti del Sud che soffrono della frammentazione delle strutture e di una minore capacità organizzativa in generale.

Oltre l'85% (305.868) di tutte le istituzioni non profit sono associazioni, poco più del 4% sono registrate come cooperative sociali (14.984), il 2,3% sono Fondazioni (8.295) mentre l'8,4% (30.497) sono enti ecclesiastici, società sportive dilettantistiche, comitati, società di mutuo soccorso o imprese sociali.

Il settore nettamente prevalente per quanto riguarda il numero di istituzioni è quello che comprende la cultura, lo sport e la ricreazione con poco meno di 230 mila tra associazioni, cooperative sociali, fondazioni e altro (**tab. 11**). Segue, anche se a distanza, quello relativo all'assistenza sociale e alla protezione civile con poco meno di 36 mila istituzioni non profit operanti nel 2020, 6,1 ogni 10.000 abitanti.

Tab. 11 – I settori di attività prevalente del non profit: istituzioni e dipendenti, 2020 (v.a., val. % e var. %)

	Istituzioni			Dipendenti		
	V.a. 2020	Val. %	Var. % 2015-2020	V.a. 2020	Val. %	Var. % 2015-2020
Cultura, sport e ricreazione	229.045	63,0	4,9	49.612	5,7	6,0
Assistenza sociale e protezione civile	35.868	9,9	16,2	421.356	48,4	48,5
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	24.610	6,8	19,4	40.686	4,7	7,3
Religione	17.249	4,7	20,0	9.396	1,1	40,4
Istruzione e ricerca	13.839	3,8	2,7	130.392	15,0	4,4
Sanità	12.578	3,5	8,5	103.215	11,9	-41,9
Tutela dei diritti e attività politica	6.684	1,8	27,3	3.350	0,4	-5,0
Sviluppo economico e coesione sociale	6.351	1,7	-7,1	98.918	11,4	6,7
Ambiente	6.316	1,7	23,7	2.145	0,2	8,1
Cooperazione e solidarietà internazionale	4.635	1,3	7,0	3.868	0,4	-11,1
Filantropia e promozione del volontariato	4.126	1,1	9,1	2.667	0,3	23,4
Altre attività	2.198	0,6	25,9	4.578	0,5	-18,5
Totale	363.499	100,0	8,1	870.183	100,0	10,4

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

I settori che rispetto al 2015 sono in più forte espansione sono quelli della tutela dei diritti e dell'attività politica (+27,3%), dell'ambiente (+23,7%), della religione (+20%) e delle relazioni sindacali (+19,4%). Tutte tematiche che sono tornate al centro di tutti i dibattiti pubblici e su cui si sta concentrando l'attività delle nuove istituzioni non profit create nell'ultimo quinquennio.

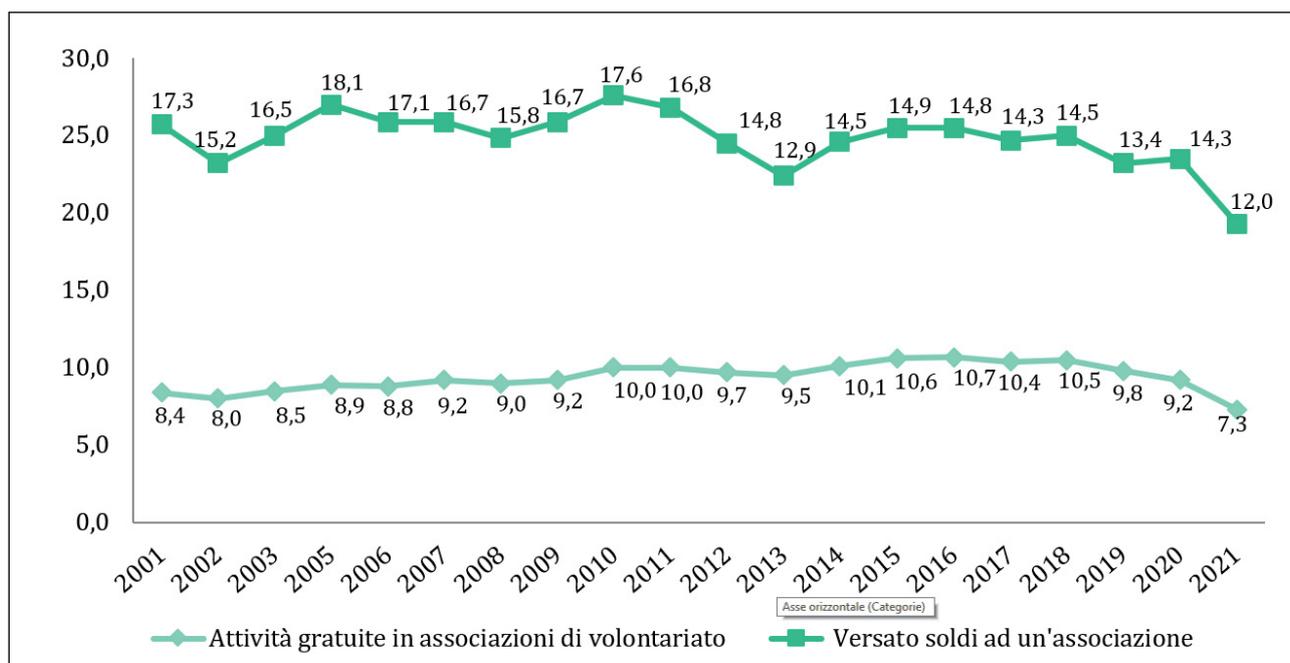
Il settore dell'assistenza sociale e della protezione civile, oltre a essere in forte aumento nel numero delle istituzioni (+16,2%), è anche quello che impiega quasi la metà di tutti i dipendenti, oltre 421 mila nel 2020. Il non profit rappresenta in questo ambito sicuramente uno

dei pilastri di supporto al *welfare state* prettamente pubblico non più in grado di soddisfare le crescenti esigenze di una popolazione caratterizzata da fenomeni quali il progressivo invecchiamento, lo spopolamento delle zone interne e in generale il costante sfibramento del tessuto familiare non più in grado di garantire la proverbiale rete di sicurezza sociale ai suoi membri.

I due aspetti che compongono il *continuum* della partecipazione, l'aver prestato attività gratuita presso delle istituzioni non profit e l'aver versato dei soldi per sostenere un'associazione, sono direttamente influenzati anche dall'andamento dell'economia insieme ad altri fattori esterni quali la pandemia degli ultimi anni.

Gli italiani con più di 14 anni che hanno dichiarato di aver sostenuto economicamente un'associazione varia dal massimo registrato nel 2005 pari al 18,1% al 14,3% del 2020 con due crolli registrati nel 2012-2013, *anni horribiles* in cui l'Italia stava sperimentando i principali effetti della grande recessione partita nel 2008 dagli Stati Uniti d'America, e l'anno 2021 in cui si è toccato il minimo con il 12% degli over 14 che ha donato a un'associazione (**fig. 11**) a causa della forte crisi economica e lavorativa che ha colpito l'Italia nel corso del 2020 e del clima di generale preoccupazione. Anche la partecipazione diretta, la cui serie storica già registrava un andamento in lieve decrescita dal 2018 al 2020, si contrae nel 2020 e crolla drasticamente nel 2021, attestandosi al 7,3%, molto probabilmente a causa delle regole e delle restrizioni imposte dalla pandemia da Covid-19 i cui effetti hanno continuato a riverberarsi per tutto il 2021.

Fig. 11 – Persone di 14 anni e oltre che hanno svolto attività gratuite in associazioni di volontariato e versato soldi ad associazioni, 2001-2021 (val. per 100 persone)



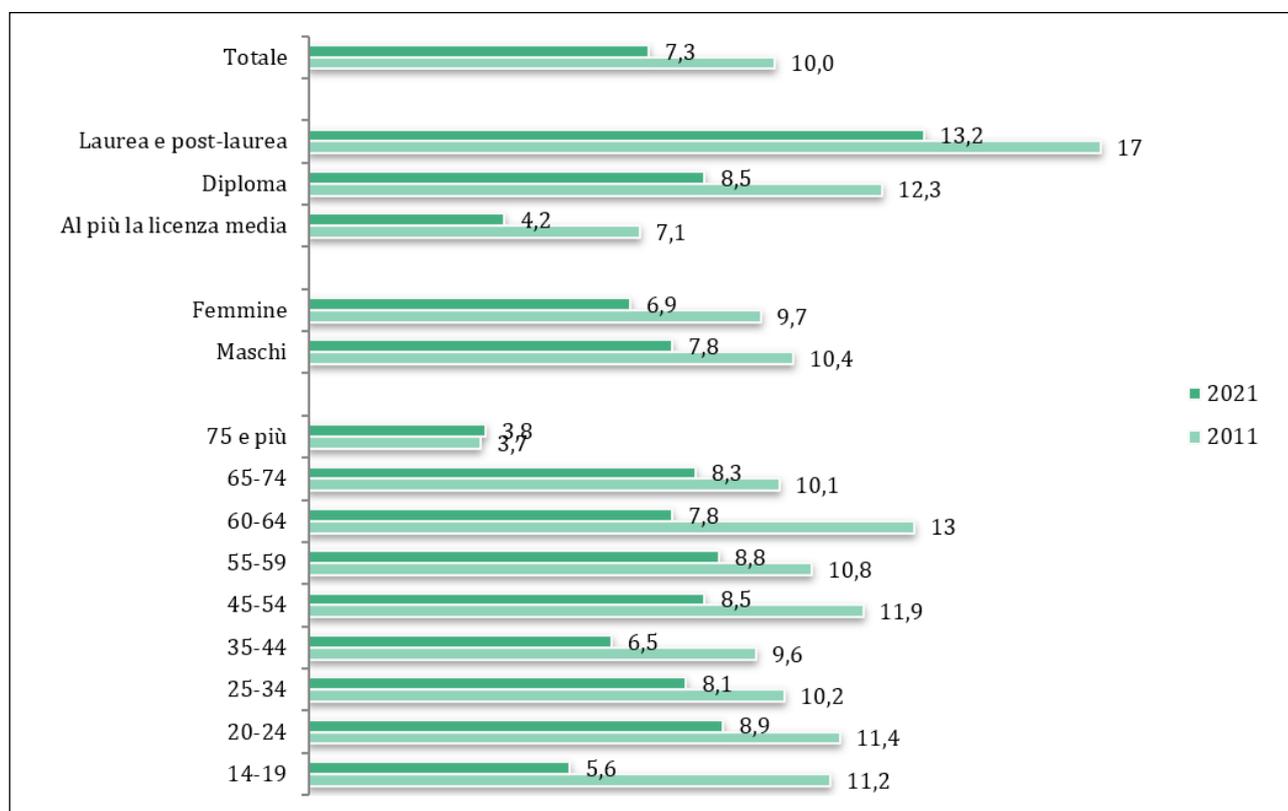
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Il profilo di chi si impegna in prima persona nel sostenere le attività delle associazioni rimane pressoché identico anche considerando la diminuzione nella partecipazione registrata nell'ultimo anno (**fig. 12**).

La quota dei laureati che decide di dedicare il proprio tempo libero all'attività di un'associazione o di un gruppo di volontariato è pari al 13,2% del totale di tutti i laureati. Più limitata è la partecipazione quando scende il titolo di studio, solo l'8,5% dei diplomati o il 4,2% di chi possiede al più la licenza media si impegna in prima persona. È leggermente più alta la propensione tra gli uomini (il 7,8% degli uomini ha prestato almeno un'ora di volontariato nel 2021) rispetto alle donne (6,9%). Propensione all'associazionismo che rimane più alta tra i giovani (20-34 anni) e tra gli over 45 anche nel 2021.

Il così detto Terzo Settore è fondamentale sia per la capacità di supporto al resto dell'economia italiana sia, in special misura, per mitigare i problemi e le differenze che nascono nella società a causa delle contraddizioni insite nel sistema economico. È per questi motivi che è necessario sia continuare a supportare le istituzioni non profit sia agevolare i cittadini che mettono a disposizione il proprio tempo e le proprie competenze al servizio degli altri.

Fig. 12 – Persone di 14 anni e oltre che negli ultimi 12 mesi hanno svolto attività gratuita per associazioni o gruppi di volontariato sul totale delle persone di 14 anni e oltre, per titolo di studio, età, genere. 2011 e 2021 (val. %)



Fonte: Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

2. - Tra regolazione e garanzie dei diritti fondamentali

Via via che nelle analisi si scende dal livello nazionale a quello locale, l'incidenza di fenomeni come l'invecchiamento, o di situazioni di contesto come l'offerta di servizi sanitari, appare più rilevante per gli aspetti di vita quotidiana delle persone.

Lungo le coordinate delle variabili di contesto e dei fenomeni che si presentano nei diversi ambiti territoriali, emergono differenze e disuguaglianze che, di fatto, attenuano i risultati generali fin qui raggiunti nella garanzia dei diritti e nell'efficacia dell'organizzazione dei servizi, risultati questi che hanno avuto un ampio riconoscimento anche a livello internazionale.

Come immediata conseguenza delle disparità territoriali nella disponibilità di strutture e servizi, si può registrare l'iniziativa autonoma dei singoli individui che – di fronte a un bisogno essenziale e non differibile, come spesso accade per quelli collegati alla salute personale – cercano soluzioni anche al di fuori del proprio ambito di residenza, ma in questo modo accentuando gli squilibri e contribuendo alla diffusione di fattori critici come la mobilità e le emigrazioni ospedaliere, fino alla rinuncia a curarsi.

2.1. - Le dinamiche e le disuguaglianze territoriali

La dinamica demografica della popolazione e la composizione per età dei residenti sono destinate ad accentuare le disuguaglianze fra le diverse aree del territorio. Anche altri fenomeni, fra i quali l'immigrazione, testimoniano profonde differenze nel sistema degli ospiti accolti nei presidi socioassistenziali e sociosanitari.

Se la diminuzione dei residenti interessa tutte le regioni italiane, il Sud e le isole sono il territorio che ha sofferto maggiormente il calo. Fra il 2016 e il 2023 le regioni meridionali hanno visto una diminuzione del 4% dei loro residenti, pari a poco più di 815.000 unità, corrispondenti a una città poco più piccola di Torino, mentre nel resto del Paese si è assistito a una contrazione più contenuta, specie nel Nord-Est dove il calo è stato di poco meno di 72.000 residenti (**tab. 12**).

Nel periodo considerato, inoltre, alcune province del Nord-Est registrano un incremento (in particolare le province autonome di Trento e Bolzano e alcune emiliano-romagnole), mentre nel Mezzogiorno nessuna provincia ha visto aumentare i propri residenti (**tab. 13**).

Tab. 12 – Riduzione della popolazione residente nel periodo tra il 1° gennaio 2016 e il 1° gennaio 2023 per ripartizione (diff. ass. e var. %)

Ripartizioni	2016-2023	
	Diff. ass.	Var. %
Nord-Ovest	-210.388	-1,3
Nord-Est	-71.931	-0,6
Centro	-214.704	-1,8
Sud e isole	-815.972	-4,0
Italia	-1.312.995	-2,2

Fonte: elaborazione Censis sui dati Istat

Tab. 13 – Province a maggiore riduzione e maggiore incremento della popolazione residente nel periodo tra il 1° gennaio 2016 e il 1° gennaio 2023 (v.a. e var. %)

Province a maggiore riduzione	V.a.	Var. % 2016-2023	Province a maggiore incremento	V.a.	Var. % 2016-2023
Torino	-70.123	-3,1	Milano	18.944	0,6
Genova	-32.585	-3,9	Bolzano	13.015	2,5
Agrigento	-28.903	-6,5	Monza e della Brianza	10.424	1,2
Potenza	-24.934	-6,7	Bologna	6.637	0,7
Sud Sardegna	-22.365	-6,3	Verona	5.900	0,6
Alessandria	-22.156	-5,2	Prato	5.059	2,0
Frosinone	-22.112	-4,5	Parma	4.090	0,9
Caltanissetta	-20.050	-7,5	Trento	2.537	0,5
Venezia	-18.474	-2,2	Rimini	2.508	0,7
Udine	-17.676	-3,3	Latina	2.356	0,4

Fonte: elaborazione Censis sui dati Istat

Nel periodo 2015-2021 la dinamica dei nati vivi per mille abitanti, negativa in tutte le regioni, è stata più contenuta al Sud rispetto al Nord-Ovest e al Centro, nonostante il calo del 2,1% che si registra nelle regioni meridionali fra il 2020 e il 2021. La crisi economica generata dalla pandemia, in un contesto economico già precario quale è quello del Mezzogiorno, ha, dunque, ridotto nel 2021 le nascite più al Sud che nel resto del Paese (**tab. 14**).

Nonostante un calo più contenuto delle nascite rispetto al resto del Paese, il Sud e le isole perdono abitanti e vedono aumentare il numero degli anziani. La classe di età 15-64 anni subisce infatti, una flessione del 6,3%, corrispondente a poco più di 850.000 residenti nettamente superiore rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

Tab. 14 – Nati vivi per regione, 2015-2021 (v.a. e var. %)

Regione e ripartizioni territoriali	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var. %	
								2015-2021	2019-2021
Piemonte	32.908	31.732	30.830	29.072	27.972	27.107	26.700	-18,9	-4,5
Valle D'Aosta	987	962	906	904	841	776	744	-24,6	-11,5
Lombardia	84.149	81.588	78.888	75.693	73.117	69.235	68.918	-18,1	-5,7
Trentino Alto Adige	10.173	10.089	9.846	9.637	9.473	9.239	9.363	-8,0	-1,2
Veneto	38.952	37.851	36.587	35.393	33.556	32.672	32.799	-15,8	-2,3
Friuli Venezia Giulia	8.584	8.492	8.132	7.829	7.495	7.434	7.269	-15,3	-3,0
Liguria	10.155	9.901	9.571	9.043	8.747	8.752	8.556	-15,7	-2,2
Emilia Romagna	35.813	34.578	33.011	32.400	30.922	29.861	29.836	-16,7	-3,5
Toscana	27.494	26.916	26.092	24.863	23.451	22.380	22.592	-17,8	-3,7
Umbria	6.542	6.353	6.116	5.792	5.577	5.268	5.238	-19,9	-6,1
Marche	11.904	11.482	10.669	10.171	9.667	9.432	9.222	-22,5	-4,6
Lazio	48.231	47.595	44.573	42.150	38.885	37.982	37.237	-22,8	-4,2
Abruzzo	10.238	10.074	9.521	8.937	8.500	8.237	8.290	-19,0	-2,5
Molise	2.181	2.088	2.120	1.895	1.927	1.713	1.685	-22,7	-12,6
Campania	51.005	50.384	49.949	48.066	46.731	45.078	43.403	-14,9	-7,1
Puglia	31.577	31.132	30.033	28.921	27.586	26.455	26.381	-16,5	-4,4
Basilicata	4.122	4.017	4.007	3.717	3.672	3.523	3.330	-19,2	-9,3
Calabria	16.376	16.036	15.679	15.177	14.491	13.966	13.219	-19,3	-8,8
Sicilia	43.307	41.641	41.479	40.649	38.616	37.520	37.235	-14,0	-3,6
Sardegna	11.082	10.527	10.142	9.438	8.858	8.262	8.232	-25,7	-7,1
Nord-Ovest	128.199	124.183	120.195	114.712	110.677	105.870	104.918	-18,2	-5,2
Nord-Est	93.522	91.010	87.576	85.259	81.446	79.206	79.267	-15,2	-2,7
Centro	94.171	92.346	87.450	82.976	77.580	75.062	74.289	-21,1	-4,2
Sud e isole	169.888	165.899	162.930	156.800	150.381	144.754	141.775	-16,5	-5,7
Italia	485.780	473.438	458.151	439.747	420.084	404.892	400.249	-17,6	-4,7

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

La perdita così rilevante in questa classe di età allarga ulteriormente la forbice con il resto del Paese, dal momento che i residenti fra i 15 e i 64 anni di età costituiscono le forze lavoro. La loro diminuzione, infatti, rischia di relegare il Meridione a un ruolo marginale per lo sviluppo economico del Paese e aggravare i costi che le istituzioni sono chiamate a sostenere per assicurare l'assistenza a una popolazione sempre più anziana (**tab. 15**).

Un ulteriore divario fra il Nord e il resto del Paese si riscontra riguardo alla percentuale dei posti letto per anziani nelle strutture socioassistenziali e sociosanitarie. Mentre nel Nord la percentuale è superiore all'80%, scendendo lungo la penisola la percentuale cala fino a raggiungere il 54,9% nelle isole. Il Nord appare quindi più attrezzato per assistere gli anziani, sebbene il dato delle isole sia influenzato dal numero di altre tipologie di persone ospitate. Nelle strutture siciliane e sarde il 6% dei posti letto è per immigrati e stranieri, mentre in quelle nord occidentali solo lo 0,5% è destinato a persone provenienti dall'estero.

Anche i posti letto per ospiti con problemi di salute mentale presentano delle differenze: dal 2,6% del Nord-Est al 10,7% delle isole. Le isole, quindi, ospitano nelle strutture socioassistenziali e sociosanitarie una tipologia di persone maggiormente diversificata rispetto al resto del Paese.

Tab. 15 – Variazione della struttura per età della popolazione in Italia per regione, 2016-2023* (var. %)

Regione	Var. % 2016-2023			Totale
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	
Piemonte	-11,36	-4,03	2,78	-3,27
Valle d'Aosta	-14,46	-3,96	5,63	-3,21
Lombardia	-8,88	-0,25	6,05	-0,08
Trentino Alto Adige	-5,07	0,49	9,59	1,47
Bolzano	-1,43	1,73	8,40	2,50
Trento	-8,84	-0,72	10,63	0,47
Veneto	-11,53	-1,97	8,06	-1,07
Friuli Venezia Giulia	-10,65	-2,40	3,28	-1,97
Liguria	-10,18	-3,24	-1,49	-3,54
Emilia Romagna	-8,21	0,20	3,08	-0,25
Toscana	-10,82	-2,12	2,73	-2,02
Umbria	-12,75	-4,27	3,66	-3,39
Marche	-12,78	-4,46	3,69	-3,59
Lazio	-9,56	-2,23	8,64	-0,94
Abruzzo	-10,27	-5,90	5,88	-3,75
Molise	-13,98	-9,27	4,74	-6,51
Campania	-12,60	-5,21	11,05	-3,43
Puglia	-14,16	-5,52	9,65	-3,53
Basilicata	-15,01	-8,26	6,63	-5,83
Calabria	-11,01	-8,35	8,52	-5,24
Sicilia	-10,99	-6,40	8,46	-4,04
Sardegna	-15,32	-8,05	13,56	-4,11
Nord-Ovest	-9,68	-1,58	4,21	-1,31
Nord-Est	-9,53	-0,96	5,65	-0,62
Centro	-10,58	-2,63	5,56	-1,80
Sud e isole	-12,48	-6,27	9,49	-3,96
Italia	-10,81	-3,32	6,43	-2,18

(*) Dati al 1° gennaio

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tuttavia, l'invecchiamento della popolazione e l'immigrazione richiedono di ripensare le quote da destinare alle diverse forme di accoglienza. Se è evidente che le isole e il Meridione nel futuro dovranno aumentare la quota destinata agli anziani considerando l'invecchiamento della popolazione, è pur vero che il resto del Paese è chiamato a farsi carico dell'accoglienza di quanti giungono in Italia fuggendo da guerre o situazioni di povertà (**tab. 16**).

Tab. 16 – Strutture residenziali socioassistenziali e sociosanitari e posti letto per anziani (65 anni e oltre), immigrati e stranieri, ospiti con problemi di salute mentale, 2020 (v.a. e val. %)

	N° Strutture	Posti letto per anziani	% posti letto per anziani sul totale	% posti letto per immigrati e stranieri sul totale	% posti letto per ospiti con problemi salute mentale
Nord-Ovest	3.423	123.757	80,9	0,5	3,6
Nord-Est	3.648	92.092	80,2	1,4	2,6
Centro	2.490	44.680	67,5	1,9	6,0
Sud	1.680	28.461	63,0	1,6	8,7
Isole	1.389	18.017	54,9	6,0	10,7
Italia	12.630	307.007	74,5	1,5	4,8

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

2.2. - Nuove e antiche disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie

Nel periodo 2010-2020 nel campo delle prestazioni effettuate dagli Istituti di Cura cresce il divario fra Nord e Sud. La mobilità ospedaliera interregionale passiva subisce una flessione nel 2020 per i provvedimenti che hanno fortemente limitato gli spostamenti a seguito della pandemia, tornando al livello del 2010.

A soffrire maggiormente sono stati i residenti del Sud e delle isole dove la percentuale di quanti si sono curati al Centro e al Nord è scesa dall'8,4% del 2019 al 7,2% del 2020, leggermente sopra al dato del 2010 (7%).

Sempre nel 2020 oltre un quarto dei ricoveri dei residenti in Molise e Basilicata è avvenuto fuori della propria regione, mentre Lombardia, Sardegna, Emilia Romagna e Provincia Autonoma di Bolzano hanno registrato un dato inferiore al 5%.

Nel complesso le regioni settentrionali sembrano garantire delle prestazioni migliori, sebbene esistano comunque degli spostamenti per le cure fra i residenti nel Nord-Ovest e nel Nord-Est, che con il 2,5% è la ripartizione territoriale da cui si allontana il minor numero di residenti per ricevere cure nelle altre macro-ripartizioni territoriali (**tab. 17**).

Tab. 17 – Mobilità ospedaliera interregionale: ricoverati fuori dalla regione di residenza, attività per acuti in regime ordinario (1), 2010, 2019 e 2020 (v.a. e val. %)

Regione di residenza	2010		2019		2020	
	V.a.	% sul totale residenti della regione ricoverati	V.a.	% sul totale residenti della regione ricoverati	V.a.	% sul totale residenti della regione ricoverati
Piemonte	32.800	6,7	28.169	6,6	19.593	5,6
Valle d'Aosta	3.549	22,0	2.248	15,9	1.643	13,6
Lombardia	43.887	3,7	42.822	4,5	34.657	4,5
Trentino Alto Adige	9.562	8,0	8.577	7,9	6.559	7,0
Bolzano	2.908	4,6	2.822	4,9	2.195	4,4
Trento	8.876	15,7	7.441	14,5	5.633	12,9
Veneto	29.738	5,8	29.802	6,1	21.840	5,2
Friuli Venezia Giulia	8.777	6,2	9.195	7,0	7.086	6,3
Liguria	25.382	12,9	23.673	13,5	16.493	11,9
Emilia Romagna	30.190	5,7	28.229	5,7	20.060	4,8
Toscana	25.407	5,9	23.850	6,3	17.135	5,5
Umbria	12.886	11,0	11.198	11,7	9.231	11,6
Marche	20.790	10,7	20.867	13,1	15.333	11,7
Lazio	45.844	6,8	45.626	9,1	32.348	7,1
Abruzzo	28.016	16,6	22.717	16,7	16.673	14,6
Molise	8.683	19,3	8.943	28,6	6.766	27,3
Campania	58.657	8,1	52.178	9,7	36.529	8,7
Puglia	41.446	6,9	38.095	9,0	25.191	7,8
Basilicata	15.536	23,1	13.698	24,7	10.322	24,9
Calabria	41.726	17,0	35.538	19,6	23.730	18,4
Sicilia	39.244	6,5	33.573	7,5	20.869	6,0
Sardegna	10.734	5,1	9.118	5,6	5.921	4,5
Italia	532.854	7,3	489.802	8,3	349.248	7,2
Mobilità fuori dell'area geografica di residenza (2)						
Nord	39.360	1,2	27.996	1,0	21.349	0,9
Nord-Ovest	51.489	2,7	45.719	2,9	36.040	2,8
Nord-Est	41.127	3,2	38.712	3,2	25.904	2,5
Centro	69.491	4,9	69.596	6,1	48.917	5,0
Sud e isole	186.579	7,0	165.878	8,4	110.649	7,2

(1) Percentuale di dimissioni ospedaliere di pazienti residenti nella regione/provincia registrati in altre regioni. I dati si riferiscono ai soli ricoveri ospedalieri in regime ordinario per "acuti" (sono esclusi i ricoveri dei reparti di "unità spinale", "recupero e riabilitazione funzionale", "neuro-riabilitazione" e "lungodegenti")

(2) Percentuale di persone che si curano in area geografica differente da quella di residenza; ad es. Nord, indica le persone residenti in regioni del Nord che vanno a curarsi nelle regioni del Centro o del Mezzogiorno

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute

Anche i dati relativi alla mobilità interregionale ospedaliera attiva evidenziano come alcune regioni abbiano una capacità attrattiva maggiore rispetto alle altre. In particolare, Lombardia ed Emilia Romagna sono le regioni che nel 2020, nonostante la pandemia – che ha ridotto il numero di ricoveri – hanno continuato ad accogliere nelle proprie strutture il maggior numero di pazienti provenienti da altri territori, mentre Sardegna e Valle d’Aosta sono quelle che ne hanno accolto il minor numero. Tuttavia, sono le strutture presenti nel Nord quelle dove ha avuto accesso il maggior numero di persone residenti in altre zone del Paese. (**tab. 18**).

Tab. 18 – Mobilità ospedaliera interregionale: ricoveri di persone provenienti da fuori regione, attività per acuti in regime ordinario (1), 2010, 2019 e 2020 (v.a. e val. %)

Regione di ricovero	2010		2019		2020	
	V.a.	% sul totale dei ricoverati	V.a.	% sul totale dei ricoverati	V.a.	% sul totale dei ricoverati
Piemonte	27.704	5,7	27.319	6,4	20.012	5,7
Valle d’Aosta	1.579	11,1	1.495	11,1	1.138	9,9
Lombardia	105.286	8,5	113.396	11,1	66.403	8,2
Trentino Alto Adige	7.019	6,0	6.822	6,4	4.914	5,3
Bolzano	4.470	6,9	3.446	5,9	2.466	4,9
Trento	4.771	9,1	5.062	10,4	3.717	8,9
Veneto	41.100	7,9	43.026	8,6	34.117	8,0
Friuli Venezia Giulia	12.266	8,5	10.538	8,0	8.223	7,2
Liguria	20.066	10,5	15.814	9,4	11.578	8,7
Emilia Romagna	79.081	13,6	80.499	14,7	57.780	12,6
Toscana	47.637	10,5	36.670	9,4	25.894	8,0
Umbria	16.814	13,9	13.116	13,5	9.101	11,4
Marche	19.804	10,3	16.615	10,7	12.155	9,5
Lazio	56.942	8,4	43.116	8,6	37.841	8,2
Abruzzo	16.420	10,4	13.740	10,8	10.899	10,0
Molise	13.233	26,7	9.439	29,7	7.518	29,4
Campania	16.155	2,4	14.670	2,9	10.974	2,8
Puglia	22.445	3,9	19.427	4,8	14.543	4,7
Basilicata	9.170	15,1	8.272	16,6	5.612	15,2
Calabria	6.122	2,9	3.846	2,6	2.821	2,6
Sicilia	10.116	1,8	7.372	1,8	4.555	1,4
Sardegna	3.895	1,9	2.924	1,9	1.901	1,5
Italia	532.854	7,3	489.802	8,3	349.248	7,2

(segue)

(segue dalla pagina precedente)

Regione di ricovero	2010		2019		2020	
	V.a.	% sul totale dei ricoverati	V.a.	% sul totale dei ricoverati	V.a.	% sul totale dei ricoverati
Mobilità attiva dell'area geografica di ricovero (2)						
Nord	149.576	4,5	154.190	5,3	97.583	4,1
Nord Ovest	100.506	5,2	212.085	13,1	62.785	4,8
Nord Est	102.326	7,5	578.208	45,0	37.023	3,4
Centro	105.761	7,3	77.572	6,8	59.861	6,0
Sud e isole	40.093	1,6	31.708	1,7	23.471	1,6

(1) Percentuale di ricoveri ospedalieri di pazienti non residenti nella regione/provincia di ricovero. I dati si riferiscono ai soli ricoveri ospedalieri in regime ordinario per "acuti" (sono esclusi i ricoveri dei reparti di "unità spinale", "recupero e riabilitazione funzionale", "neuro-riabilitazione" e "lungodegenti")

(2) Percentuale di ricoveri di persone residenti in area geografica differente; ad es. Nord indica il numero dei ricoveri avvenuti nelle strutture del Nord di persone residenti in regioni del Centro e del Mezzogiorno

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute

L'emigrazione ospedaliera dopo la flessione registrata nel 2020, nel 2021 è nuovamente risalita in tutte le ripartizioni territoriali, tornando a superare leggermente il 10% nel Mezzogiorno. Se Basilicata e Calabria superano il 20% e il Molise sfiora il 30%, al contrario la provincia autonoma di Bolzano e sia pure di poco la Lombardia sono sotto il 5%.

Anche in questo caso è evidente la dicotomia presente nel Paese, dove i residenti del Nord si curano prevalentemente nella propria regione, mentre quelli del Sud emigrano (**tab. 19**).

Sebbene il Servizio Sanitario Nazionale garantisca l'accesso alle prestazioni ospedaliere a tutti i cittadini, i dati sulla mobilità ospedaliera, attiva e passiva, e quelli dell'emigrazione sanitaria evidenziano come in alcune zone la percezione dei cittadini riguardo le prestazioni sia quella di non avere uno standard adeguato e pertanto preferiscono recarsi in altre regioni per ricevere cure adeguate. Inoltre, la mobilità è influenzata anche dalla distanza e dalla facilità dei collegamenti che, in particolare per quanti risiedono nelle isole, sono più difficoltosi rispetto ad altre zone del Paese.

È anche ipotizzabile che sulla migrazione ospedaliera dalle regioni meridionali verso quelle centro-settentrionali incida la variabile del reddito. Il costo del trasferimento per sottoporsi alle cure in strutture ospedaliere di altre regioni è molte volte a carico del paziente stesso, così come le spese per la permanenza dei familiari.

Bassi livelli di reddito potrebbero, quindi, impedire il trasferimento lontano dalla propria residenza e ricevere, invece, le cure nelle strutture sanitarie della propria regione. Inoltre, la mobilità ospedaliera trasferisce risorse dal Meridione verso il Centro e il Nord del Paese, redistribuendo la ricchezza e accrescendo il divario economico fra le regioni.

Tab. 19 – Emigrazione ospedaliera (*) in altra regione, per regione, 2017-2021 (val.% e diff. assoluta pre-Covid e post-Covid)

Regione	2017	2018	2019	2020	2021	Diff. ass. 2017-2019	Diff. ass. 2019-2021
Piemonte	7,2	7,0	6,7	5,7	6,3	-0,5	-0,4
Valle d'Aosta	13,8	15,0	15,8	13,6	15,4	2,0	-0,4
Liguria	14,1	14,0	13,5	11,9	13,7	-0,6	0,2
Lombardia	4,1	4,2	4,5	4,5	4,9	0,4	0,4
Trentino Alto Adige	9,5	9,4	9,5	8,3	8,5	0,0	-1,0
Bolzano	4,6	4,7	4,9	4,4	4,6	0,3	-0,3
Trento	15,0	14,7	14,6	13,0	13,1	-0,4	-1,5
Veneto	6,1	6,2	6,2	5,3	5,9	0,1	-0,3
Friuli Venezia Giulia	6,6	6,8	7,0	6,3	6,7	0,4	-0,3
Emilia Romagna	5,9	5,9	5,7	4,8	5,1	-0,2	-0,6
Toscana	6,5	6,6	6,4	5,5	5,9	-0,1	-0,5
Umbria	11,9	12,0	11,7	11,3	12,0	-0,2	0,3
Marche	13,6	13,1	13,1	11,7	12,9	-0,5	-0,2
Lazio	9,0	9,0	9,1	7,1	7,1	0,1	-2,0
Abruzzo	15,7	16,3	16,6	14,5	14,9	0,9	-1,7
Molise	27,2	28,1	28,6	27,3	29,2	1,4	0,6
Campania	9,4	9,7	9,7	8,7	9,2	0,3	-0,5
Puglia	8,9	9,0	9,0	7,8	8,4	0,1	-0,6
Basilicata	23,7	24,0	24,7	24,9	26,9	1,0	2,2
Calabria	20,5	20,2	19,8	18,7	20,8	-0,7	1,0
Sicilia	7,2	7,4	7,5	5,9	6,2	0,3	-1,3
Sardegna	5,5	6,0	6,4	5,1	5,5	0,9	-0,9
Nord-Ovest	6,1	6,1	6,2	5,7	6,4	0,1	0,2
Nord-Est	6,4	6,4	6,4	5,5	5,9	0,0	-0,5
Centro	9,1	9,1	9,0	7,5	7,9	-0,1	-1,1
Mezzogiorno	10,6	10,8	10,9	9,6	10,2	0,3	-0,7
Italia	8,3	8,3	8,3	7,3	7,8	0,0	-0,5

(*) Rapporto percentuale tra le dimissioni ospedaliere effettuate in regioni diverse da quella di residenza e il totale delle dimissioni dei residenti nella regione. I dati si riferiscono ai soli ricoveri ospedalieri in regime ordinario per "acuti" (sono esclusi i ricoveri dei reparti di "unità spinale", "recupero e riabilitazione funzionale", "neuro-riabilitazione" e "lungodegenti")

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute

Un'ulteriore causa della mobilità sanitaria si ritrova nella differente distribuzione dei posti letto. Fra il 2010 e il 2020 si è assistito a un loro moderato aumento pari a 10.500 posti, ma con significative differenze a livello regionale e nel numero dei posti letto per 1.000 abitanti. Se, infatti, Lombardia, Piemonte e Marche hanno incrementato di oltre un quarto i posti letto disponibili, Molise e Calabria hanno subito una riduzione pari al 28,3% e al 24,1%. La capacità attrattiva del Nord dipende, dunque, anche da questa riconfigurazione territoriale della sanità, che nel Mezzogiorno non sembra essere in grado di offrire i posti letto necessari alle esigenze della popolazione (**tab. 20**).

La ristrutturazione dei presidi sanitari e anche la diversificazione dell'offerta sanitaria, quale può essere l'aumento dei posti letto destinati a ricoveri brevi, può essere la chiave per evitare la migrazione al Nord dei cittadini delle regioni del Sud.

A partire dal 2017 sembra invece assottigliarsi il divario fra le diverse aree del Paese relativamente alle persone che hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o esame diagnostico pur avendone bisogno. Ciò è dovuto all'emergenza scaturita dalla pandemia che ha costretto le strutture sanitarie, in particolare quelle delle aree settentrionali, a una rimodulazione delle prestazioni erogate nel biennio 2020-2021, facendo crescere in tutta Italia la percentuale di quanti dichiaravano di aver rinunciato alle cure.

È probabile che anche le difficoltà economiche, sebbene attutite dalla ripresa nel 2021, abbiano contribuito all'aumento di questo dato. Nel 2022, invece, il dato è sceso attestandosi al 7%, sebbene nelle regioni nordoccidentali rimanga ancora al 7,5%, il valore più alto fra le macroaree. Il Nord-Ovest è anche la zona del Paese in cui i residenti sono quelli che hanno maggiormente sofferto le conseguenze della pandemia: la percentuale fra il 2019 e il 2020 è più che raddoppiata passando dal 5,4% al 10,2% (**tab. 21**).

A livello regionale emerge la difficoltà degli abitanti della Sardegna (12,3% nel 2022), mentre sembrano non incontrare difficoltà quanti si trovano in Campania e nella provincia autonoma di Bolzano (4,7%). Mentre però il dato degli altoatesini è in aumento rispetto al 2017, quello dei campani è in forte flessione.

Il dato più omogeneo non è dovuto quindi a un miglioramento delle regioni dove era maggiore la percentuale di quanti rinunciavano alle cure, quanto invece a un peggioramento delle regioni più virtuose che garantivano un accesso migliore alle cure.

Nel 2021 in Italia l'assistenza domiciliare integrata ha riguardato poco meno di 1,2 milioni di persone, pari a 19,8 casi ogni 1.000 abitanti. Esistono, però, significative differenze regionali che evidenziano le regioni dove l'assistenza domiciliare sia maggiormente sviluppata, raggiungendo un maggior numero di destinatari. Le regioni più virtuose sono il Molise e la Toscana che presentano valori superiori ai 50 casi per 1.000 abitanti, mentre la Valle d'Aosta e la provincia autonoma di Bolzano sono sotto i 4. I dati appaiono leggermente più omogenei considerando la percentuale degli anziani sul totale che usufruiscono del servizio: in Italia sono i tre quarti, sebbene i valori siano compresi fra il 45,3% della Valle d'Aosta e l'87,3% del Lazio.

Alcune regioni si dimostrano particolarmente sollecite nell'assistenza agli anziani con valori superiori ai 100 assistiti per 1.000 abitanti: si tratta del Molise (182,4 casi), della Toscana (121,4), del Veneto (121,2) e dell'Emilia-Romagna (104,5) (**tab. 22**).

Tab. 20 – Distribuzione dei posti letto istituiti di cura previsti per regione, 2010 e 2020 (v.a., val. per 1.000 abitanti, var. % e diff. assoluta)

Regione	2010		2020		2010-2020	
	V.a.	Val. per 1.000 abitanti	V.a.	Val. per 1.000 abitanti	%	Diff. assoluta Val. per 1.000 abitanti
Piemonte	18.894	4,3	24.553	5,7	30,0	1,5
Valle d'Aosta	533	4,2	606	4,9	13,7	0,7
Lombardia	42.923	4,4	53.991	5,4	25,8	1,0
Trentino Alto Adige	4.626	4,5	4.477	4,2	-3,2	-0,3
Bolzano	2.143	4,2	2.284	4,3	6,6	0,0
Trento	2.483	4,7	2.193	4,0	-11,7	-0,7
Veneto	19.459	4,0	19.016	3,9	-2,3	-0,1
Friuli Venezia Giulia	5.191	4,2	4.968	4,1	-4,3	-0,1
Liguria	6.999	4,4	7.605	5,0	8,7	0,6
Emilia Romagna	19.771	4,5	18.490	4,2	-6,5	-0,4
Toscana	14.524	3,9	12.611	3,4	-13,2	-0,5
Umbria	3.243	3,6	3.869	4,5	19,3	0,8
Marche	6.425	4,1	8.032	5,4	25,0	1,2
Lazio	25.666	4,6	25.110	4,4	-2,2	-0,2
Abruzzo	5.398	4,1	5.127	4,0	-5,0	-0,1
Molise	1.716	5,5	1.230	4,2	-28,3	-1,3
Campania	20.325	3,5	20.719	3,7	1,9	0,2
Puglia	16.012	3,9	14.514	3,7	-9,4	-0,2
Basilicata	2.162	3,7	2.013	3,7	-6,9	0,0
Calabria	7.854	4,0	5.965	3,2	-24,1	-0,8
Sicilia	18.690	3,7	18.964	3,9	1,5	0,2
Sardegna	6.988	4,2	6.117	3,8	-12,5	-0,4
Nord-Ovest	69.349	4,4	86.755	5,5	25,1	1,1
Nord-Est	49.047	4,3	46.951	4,1	-4,3	-0,2
Centro	49.858	4,3	49.622	4,2	-0,5	0,0
Sud e isole	79.145	3,8	74.649	3,7	-5,7	-0,1
Italia	247.399	4,1	257.977	4,4	4,3	0,2

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute e Istat

Tab. 21 – Rinuncia a prestazioni sanitarie (*) per regione, 2017-2022 (val. % e diff. assoluta pre-Covid e post- Covid)

Regione	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Diff. ass. 2017-2019	Diff. ass. 2019-2022
Piemonte	6,7	6,2	5,7	10,5	11,6	9,6	-1,0	3,9
Valle d'Aosta	5,3	5,5	7,0	9,0	12,1	6,4	1,7	-0,6
Liguria	6,0	6,9	4,7	11,1	11,0	5,8	-1,3	1,1
Lombardia	5,6	5,4	5,4	10,0	12,2	6,8	-0,2	1,4
Trentino Alto Adige	3,7	4,8	3,3	7,6	7,3	5,3	-0,4	2,0
Bolzano	3,9	5,3	3,3	7,1	5,4	4,7	-0,6	1,4
Trento	3,5	4,4	3,2	8,1	9,1	5,9	-0,3	2,7
Veneto	6,7	6,1	5,5	8,9	9,4	6,4	-1,2	0,9
Friuli Venezia Giulia	4,8	5,7	4,5	7,7	10,6	7,7	-0,3	3,2
Emilia Romagna	5,8	4,2	4,2	10,2	11,2	6,4	-1,6	2,2
Toscana	5,2	7,2	6,0	8,4	8,3	6,8	0,8	0,8
Umbria	7,5	9,7	6,1	10,7	13,0	8,1	-1,4	2,0
Marche	10,6	8,1	6,9	10,0	11,3	7,0	-3,7	0,1
Lazio	10,2	9,6	7,6	11,6	13,2	6,9	-2,6	-0,7
Abruzzo	9,7	11,2	9,9	12,1	13,8	7,6	0,2	-2,3
Molise	10,9	9,0	8,3	9,2	13,2	5,6	-2,6	-2,7
Campania	10,0	7,4	5,7	7,3	8,9	4,7	-4,3	-1,0
Puglia	11,8	8,5	7,2	10,8	10,2	7,5	-4,6	0,3
Basilicata	8,7	7,3	7,3	8,8	10,6	7,5	-1,4	0,2
Calabria	12,2	9,3	10,3	7,4	11,2	7,2	-1,9	-3,1
Sicilia	10,2	6,8	6,8	7,5	9,0	7,2	-3,4	0,4
Sardegna	12,5	14,7	11,7	14,8	18,3	12,3	-0,8	0,6
Nord-Ovest	5,9	5,8	5,4	10,2	11,9	7,5	-0,5	2,1
Nord-Est	5,8	5,2	4,7	9,2	10,0	6,4	-1,1	1,7
Centro	8,5	8,6	6,9	10,3	11,4	7,0	-1,6	0,1
Mezzogiorno	10,8	8,5	7,5	9,0	10,6	7,0	-3,3	-0,5
Italia	8,1	7,2	6,3	9,6	11,0	7,0	-1,8	4,7

(*) Percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi: non poteva pagarla, costava troppo; scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi); lista d'attesa lunga

Fonte: Istat- Indagine Aspetti della vita quotidiana

Tab. 22 – Assistenza domiciliare integrata, casi trattati per regioni e province autonome, 2021 (v.a., val. % e val. per 1.000 abitanti)

	Totale casi trattati		Anziani trattati		
	V.a.	Val. per 1.000 abitanti	V.a.	% sul totale casi trattati	Val. per 1.000 residenti anziani (età > 65)
Piemonte	44.907	10,6	34.567	77,0	31,0
Valle d'Aosta	424	3,4	192	45,3	6,3
Lombardia	174.298	17,5	146.498	84,1	63,6
Bolzano	1.964	3,7	1.106	56,3	10,4
Trento	11.509	21,3	7.759	67,4	62,6
Veneto	184.202	38,0	140.049	76,0	121,2
Friuli Venezia Giulia	24.477	20,5	20.827	85,1	65,2
Liguria	20.327	13,5	14.970	73,6	34,4
Emilia Romagna	135.951	30,7	112.642	82,9	104,5
Toscana	191.571	52,3	115.951	60,5	121,4
Umbria	12.356	14,4	9.398	76,1	41,2
Marche	22.636	15,2	17.360	76,7	45,4
Lazio	56.007	9,8	48.902	87,3	37,5
Abruzzo	24.341	19,1	17.679	72,6	55,4
Molise	16.708	57,2	13.965	83,6	182,5
Campania	73.027	13,0	51.606	70,7	45,5
Puglia	57.067	14,5	38.749	67,9	42,2
Basilicata	10.199	18,8	8.671	85,0	65,3
Calabria	13.282	7,2	10.724	80,7	24,9
Sicilia	78.170	16,2	55.392	70,9	50,8
Sardegna	16.707	10,5	12.023	72,0	29,4
Italia	1.170.130	19,8	879.030	75,1	62,6

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero del lavoro e Istat

3. Il rischio di intreccio tra salute e povertà

La tutela della salute è uno dei diritti fondamentali della persona che la Costituzione italiana riconosce, garantendo per questo le cure gratuite agli indigenti. Allo stesso tempo la carta fondamentale della Repubblica sottolinea che tale tutela è anche interesse della collettività. Il Servizio sanitario nazionale, apprezzato dai cittadini per la sua universalità ma anche criticato per il disservizio che spesso lo contraddistingue, specie in certe regioni, è lo strumento attraverso cui attuare il dettato costituzionale. Garantire l'accesso alle cure e all'assistenza di cui ciascuno ha bisogno è il fondamento attorno a cui ruota l'inclusione sociale, necessaria per lo sviluppo economico e sociale di ogni Paese.

3.1. - La tutela della salute come perno dell'inclusione sociale

Dal 2003 oltre i tre quarti della spesa sanitaria in Italia è stata pubblica, con una crescita in termini reali del 23% fra il 2000 e il 2010, una flessione del 3,6% nel periodo 2010-2019 e una nuova crescita fino al 2022 del 9,8% dovuta agli stanziamenti per affrontare l'emergenza pandemica (**tab. 23**). La spesa privata ha invece seguito un andamento leggermente diverso perché dopo una moderata crescita nel primo decennio degli anni 2000, nel decennio successivo è aumentata del 5,8% in termini reali, subendo poi una leggera flessione (-0,5%) nel periodo 2019-2022.

Gli anni della pandemia hanno visto una riduzione della spesa sanitaria delle famiglie di due punti percentuali, dovuta ai costi che lo Stato ha dovuto sostenere per garantire l'assistenza ospedaliera e la vaccinazione di massa della popolazione.

Condizioni di disabilità e di non autosufficienza, nonché la cura di patologie particolarmente gravi, non possono gravare sul budget dei cittadini, in particolare di quelli con basso reddito.

L'alto numero di comuni, molti dei quali situati in zone isolate e con pochi abitanti, spesso di età avanzata e bisognosi di assistenza, costituiscono una sfida al servizio sanitario, perché non crescano fenomeni di esclusione sociale. Nei piccoli centri che costituiscono l'ossatura del Paese, infatti, è sempre più difficile che i giovani, che spesso si sono trasferiti altrove, possano farsi carico delle difficoltà della fascia più anziana della popolazione e dei malati. Anche nelle grandi città dove maggiore è la solitudine, forme di cronicizzazione o di crescente disabilità possono sfociare nell'emarginazione.

Compito delle istituzioni è, dunque, quello di predisporre un sistema di welfare che, pur nella diversità delle situazioni, assicuri a tutti l'accesso all'assistenza di cui ciascuno necessita. Per questo è opportuno che il sistema sanitario sia radicato sul territorio e attraverso l'assi-

stenza domiciliare eviti che situazioni, già precarie economicamente, in caso di malattia degenerino in una forma ancora più grave di esclusione sociale, quale è quella del non ricevere adeguata assistenza. Inoltre, la certezza della tutela della salute elimina quell'incertezza sul futuro, che incide sulla qualità della vita del singolo, in particolare degli anziani, e può creare tensioni a livello sociale, specie se i più giovani non si sentono garantiti.

Tab. 23 – Evoluzione della spesa sanitaria pubblica e privata in Italia, 2000-2022 (v.a., val. % e var. %)

Anni	V.a. (mln. euro correnti)			% pubblica	Pro capite (euro correnti)		
	Privata (delle famiglie)	Pubblica	Totale		Privata (delle famiglie)	Pubblica	Totale
2000	25.576	67.572	93.148	72,5	449	1.186	1.635
2001	25.625	74.601	100.226	74,4	450	1.309	1.759
2002	26.497	79.024	105.521	74,9	463	1.382	1.845
2003	26.779	81.625	108.404	75,3	465	1.417	1.882
2004	27.972	89.770	117.742	76,2	482	1.547	2.028
2005	27.808	95.776	123.584	77,5	477	1.643	2.120
2006	29.073	100.978	130.051	77,6	497	1.726	2.223
2007	29.538	101.011	130.549	77,4	501	1.712	2.213
2008	31.173	107.655	138.828	77,5	525	1.812	2.336
2009	30.671	109.156	139.827	78,1	514	1.829	2.343
2010	30.994	111.741	142.735	78,3	517	1.864	2.381
2011	33.395	110.916	144.311	76,9	556	1.845	2.401
2012	32.950	109.220	142.170	76,8	547	1.812	2.359
2013	32.899	108.245	141.144	76,7	545	1.794	2.339
2014	33.918	109.865	143.783	76,4	563	1.822	2.385
2015	35.807	110.144	145.951	75,5	595	1.831	2.426
2016	35.911	111.035	146.946	75,6	598	1.849	2.446
2017	37.341	112.071	149.412	75,0	623	1.870	2.493
2018	37.925	114.558	152.483	75,1	634	1.915	2.549
2019	38.441	115.670	154.111	75,1	645	1.939	2.584
2020	36.094	122.359	158.453	77,2	609	2.066	2.675
2021	38.595	127.590	166.185	76,8	654	2.161	2.815
2022	38.774	131.393	170.167	77,2	659	2.233	2.892
Var. % reale							
2000-2010	0,8	23,0	17,2	-	-4,2	16,9	11,3
2010-2019	5,8	-3,6	-1,5	-	6,3	-3,1	-0,9
2019-2022	-0,5	9,2	6,8	-	0,8	10,7	8,2

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

L'esperienza pandemica ha però evidenziato la necessità di un sistema ospedaliero che sia in grado di gestire eventi emergenziali, anche prolungati nel tempo, soddisfacendo le esigenze di cura e di assistenza che si vengono a creare. Il potenziamento dell'assistenza domiciliare non può quindi avvenire a discapito dell'assistenza ospedaliera, che rimane fondamentale per tutelare la salute di tutti i cittadini. Appare opportuno quindi che il sistema sanitario sia flessibile, in modo che possa adattarsi velocemente alle esigenze che nel corso del tempo possono verificarsi, quali possono essere il sorgere di nuove epidemie o un aumento delle situazioni di patologie croniche.

3.2. - Cosa ci ha insegnato la pandemia globale da Covid-19

Il 5 maggio scorso l'Oms ha ufficialmente dichiarato la fine dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19. A partire dal 2020 il virus ha modificato comportamenti e stili di vita dei singoli e delle nazioni, oltre a segnare in maniera indelebile la vita di milioni di persone, sia attraverso la malattia che la morte.

I dati per l'Italia, al 3 maggio 2023, riportano la morte di 104.422 uomini e 83.763 donne per un totale di 188.185 decessi, l'85,4% dei quali riguardanti persone con un'età superiore ai 70 anni e solo l'1,3% con un'età inferiore ai 50 anni. Il virus ha quindi colpito in maniera particolare gli uomini anziani ad eccezione della classe degli over 90, fatto dovuto alla maggiore incidenza delle donne in quella classe di età (**tab. 24**).

La distribuzione per classe di età dei decessi evidenzia la necessità di predisporre, qualora venissero a ripetersi in futuro epidemie, piani adeguati di prevenzione e protezione per quelle fasce della popolazione che risultano maggiormente esposte alla degenerazione della malattia in forme gravi, che possono anche avere un effetto letale.

Prevenire anche le forme croniche di patologie, a cominciare da quelle cardiache, quale può essere l'ipertensione, per evitare l'esito fatale di un'epidemia è un altro degli insegnamenti che la pandemia lascia.

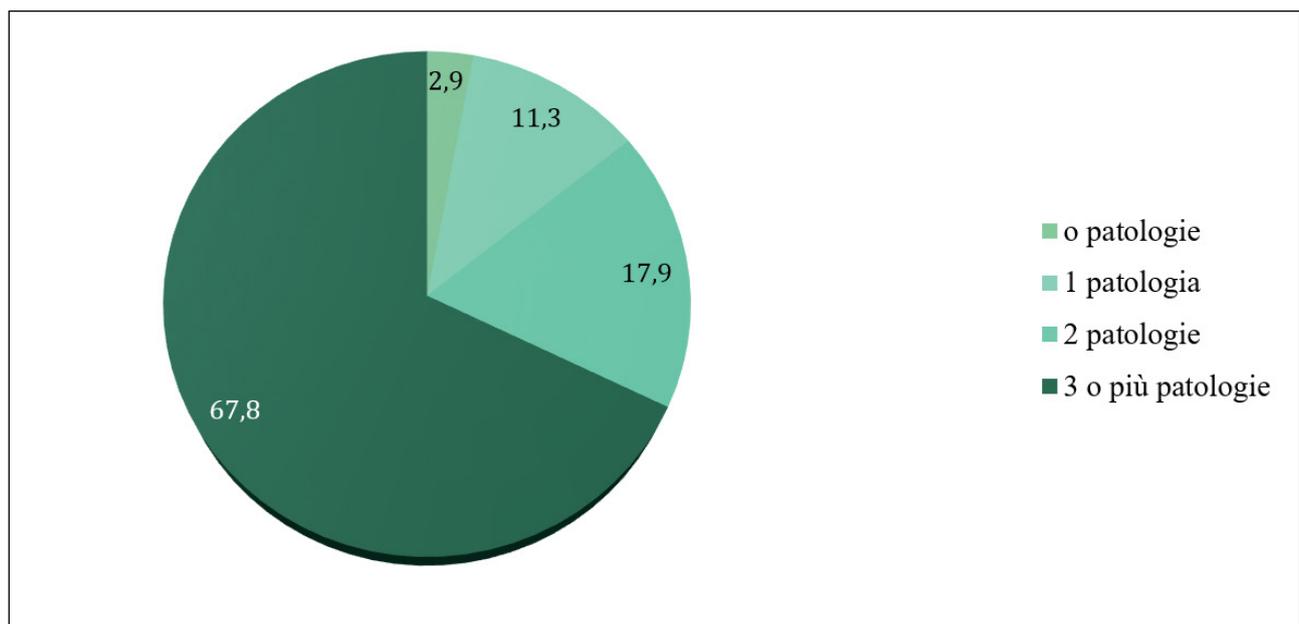
L'analisi di 8.436 cartelle cliniche di pazienti deceduti e positivi al Covid-19 evidenzia una quota minima di casi strettamente riconducibile all'infezione rispetto al totale dei decessi. Infatti, la condizione di multicronicità (3 patologie) affliggeva quasi il 70% delle persone che hanno perso la vita. Al contrario è minima la percentuale (2,9%) di quanti sono morti non avendo alcuna patologia. Assicurare, in particolare agli anziani, un buon livello di salute è essenziale per contenere gli effetti di virus aggressivi, che potrebbero avere conseguenze particolarmente gravi per quanti si trovano in età avanzata (**figg. 13-14**).

Tab. 24 – Deceduti all’infezione da Sars-CoV-2 in Italia per fascia d’età e genere, dall’inizio della sorveglianza al 3 maggio 2023 (v.a. e val. %)

	Donne		Uomini		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
0-9 anni	22	0,0	24	0,0	46	0,0
10-19 anni	17	0,0	27	0,0	44	0,0
20-29 anni	54	0,1	86	0,1	140	0,1
30-39 anni	182	0,2	298	0,3	480	0,3
40-49 anni	581	0,7	1.174	1,1	1.755	0,9
50-59 anni	2.009	2,4	4.613	4,4	6.622	3,5
60-69 anni	5.472	6,5	12.925	12,4	18.397	9,8
70-79 anni	15.392	18,4	29.701	28,4	45.093	24,0
80-89 anni	35.157	42,0	41.120	39,4	76.277	40,5
>90 anni	24.875	29,7	14.451	13,8	39.326	20,9
Età non nota	2	0,0	3	0,0	5	0,0
Totale	83.763	100,0	104.422	100,0	188.185	100,0

Fonte: elaborazione Censis su dati ISS, Sorveglianza Integrata Covid-19

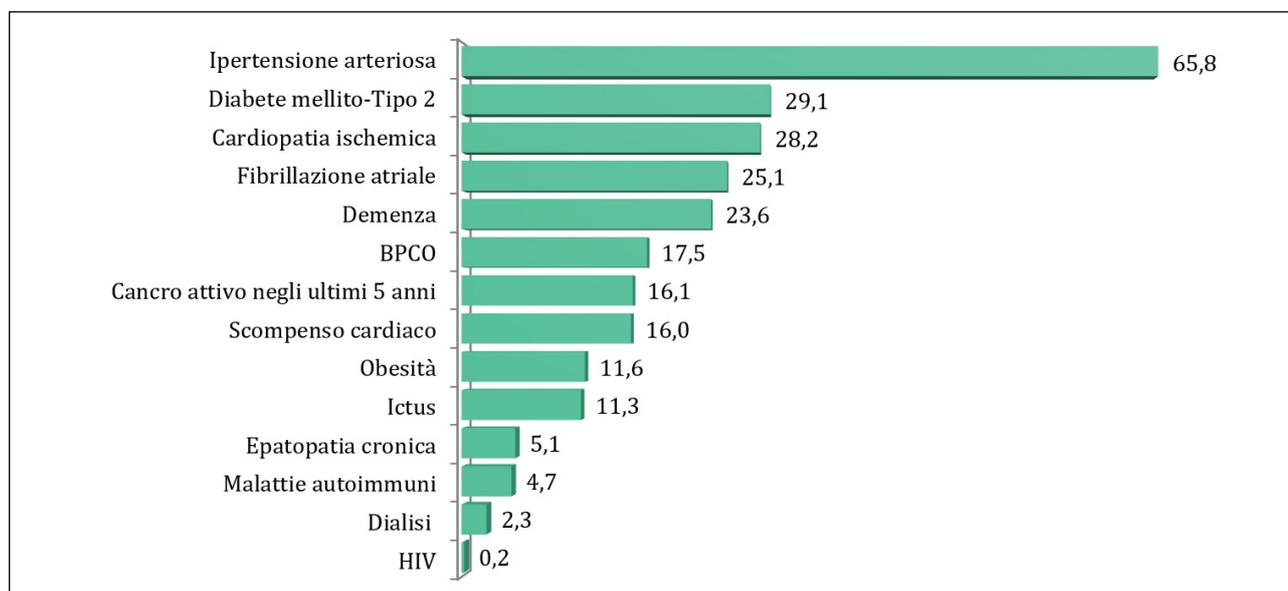
Fig. 13 – Deceduti e positivi all’infezione da Sars-CoV-2 per patologie croniche preesistenti, dall’inizio della sorveglianza al 10 gennaio 2022 (*) (val. %)



(*) Ottenuto da 8.436 deceduti per i quali è stato possibile analizzare le cartelle cliniche

Fonte: elaborazione Censis su dati ISS

Fig. 14 – Deceduti e positivi all’infezione da Sars-CoV-2 per patologie croniche preesistenti, dall’inizio della sorveglianza al 10 gennaio 2022 (*) (val. %)



(*) Ottenuto da 8.436 deceduti per i quali è stato possibile analizzare le cartelle cliniche
Fonte: elaborazione Censis su dati ISS

Nella prima ondata le Rsa sono state al centro dell’attenzione dei mezzi di comunicazione per l’alto numero di decessi che si è registrato al loro interno.

I dati disponibili al 5 maggio 2020, che si riferiscono alla survey nazionale sul contagio nelle Rsa promossa dall’ISS e alla quale ha risposto il 40% delle strutture, evidenziano però come i decessi dovuti al Covid-19 siano stati solo il 7,4% del totale, mentre quelli dovuti a sintomi simil-influenzali risultano essere stati il 33,8% (**tab. 25**).

Il dato regionale evidenzia un’alta incidenza di decessi per Covid-19 nella provincia autonoma di Trento e la ridottissima presenza di decessi dovuti al virus in gran parte delle regioni del Sud e nelle isole.

La maggiore rilevanza della mortalità nelle regioni settentrionali, oltre alla diffusione del virus, che nel 2020 durante i primi mesi della pandemia raggiunse il Meridione solo marginalmente, è dovuta anche al maggior numero di Rsa e di ospiti residenti. I dati, tuttavia, devono essere analizzati con cautela, in particolare quelli del Nord-Est, dove le Rsa che hanno partecipato alla survey sono state meno di un terzo delle 1.029 presenti sul territorio.

Allo stesso tempo la pandemia ha inciso sulla vita dei singoli e delle famiglie, comprese le scelte relative alla natalità.

Un’indagine svolta dal Censis nella fase finale della così detta “terza ondata”, a fine aprile 2021, ha analizzato le opinioni di un campione rappresentativo di famiglie italiane con riferimento al modo con cui la pandemia ha modificato le strategie familiari.

I capifamiglia giovani che, quindi, sono nel pieno del periodo riproduttivo, dichiarano che all’inizio del periodo pandemico in un caso su tre avevano in programma convivenze o matrimoni e in poco meno del 30% dei casi stavano pianificando una nuova gravidanza (**fig. 15**).

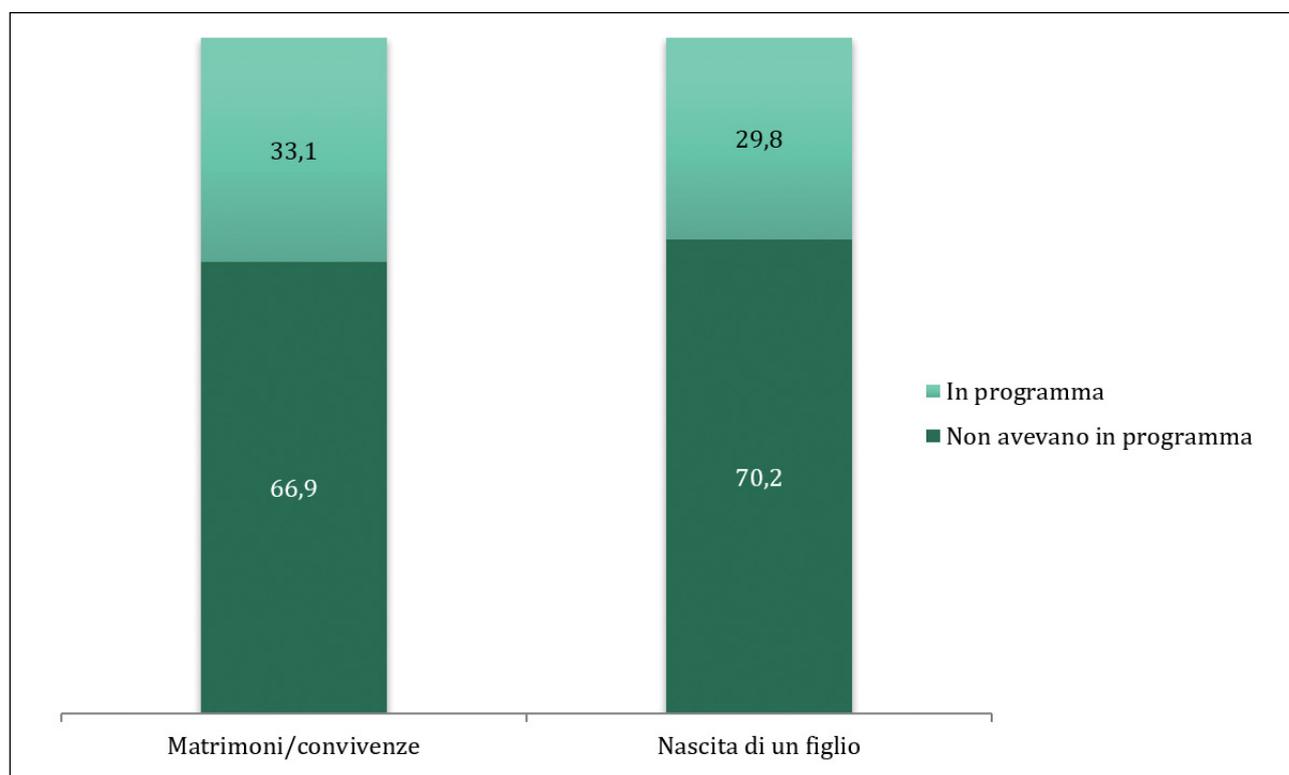
Tab. 25 – Numero dei decessi totali, Covid-19 positivi (conferma da tampone) e con sintomi simil-influenzali nelle Rsa per regione, dati al 5 maggio 2020 (v.a. e val. %)

	Strutture intervistate		Utenti presenti al 1° febbraio		Totale decessi Covid-19 positivi		di cui:					
	V.a.	% sul totale RSA	V.a.	%	V.a.	%	con sintomi simil-influenzali				Tasso mortalità* Covid-19	Tasso mortalità* sintomi
							V.a.	% sul totale decessi	V.a.	% sul totale decessi		
Piemonte	249	41	16.629	17,1	1658	18,1	161	9,7	410	24,7	1,0	2,5
Valle d'Aosta	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	292	43	26.981	27,7	3.793	41,4	281	7,4	1.807	47,6	1,0	6,7
Bolzano	4	11	418	0,4	28	0,3	3	10,7	10	35,7	0,7	2,4
Trento	15	28	1.189	1,2	99	1,1	33	33,3	45	45,5	2,8	3,8
Veneto	148	28	17.381	17,8	1136	12,4	38	3,3	180	15,8	0,2	1,0
Friuli Venezia Giulia	39	56	3.491	3,6	222	2,4	6	2,7	41	18,5	0,2	1,2
Liguria	20	17	1.515	1,6	136	1,5	20	14,7	34	25,0	1,3	2,2
Emilia Romagna	128	37	7.906	8,1	639	7,0	81	12,7	265	41,5	1,0	3,4
Toscana	200	63	9.245	9,5	640	7,0	36	5,6	154	24,1	0,4	1,7
Umbria	16	32	719	0,7	38	0,4	0	0,0	11	28,9	0,0	1,5
Marche	36	71	1.280	1,3	160	1,7	13	8,1	59	36,9	1,0	4,6
Lazio	79	38	4.439	4,6	158	1,7	1	0,6	28	17,7	0,0	0,6
Abruzzo	8	50	410	0,4	47	0,5	1	2,1	0	0,0	0,2	0,0
Molise	4	67	228	0,2	24	0,3	0	0,0	2	8,3	0,0	0,9
Campania	16	13	626	0,6	50	0,5	6	12,0	13	26,0	1,0	2,1
Puglia	35	57	2.056	2,1	111	1,2	0	0,0	4	3,6	0,0	0,2
Basilicata	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Calabria	36	45	1.510	1,5	75	0,8	0	0,0	1	1,3	0,0	0,1
Sicilia	24	46	930	1,0	73	0,8	0	0,0	11	15,1	0,0	1,2
Sardegna	7	44	568	0,6	67	0,7	0	0,0	17	25,4	0,0	3,0
Nord-Ovest	561	40	45.125	46,3	5.587	61,0	462	8,3	2.251	40,3	1,0	5,0
Nord-Est	334	32	30.385	31,2	2.124	23,2	161	7,6	541	25,5	0,5	1,8
Centro	331	53	15.683	16,1	996	10,9	50	5,0	252	25,3	0,3	1,6
Sud e isole	130	37	6.328	6,5	447	4,9	7	1,6	48	10,7	0,1	0,8
Italia	1.356	40	97.521	100,0	9.154	100,0	680	7,4	3.092	33,8	0,7	3,2

(*) Tasso di mortalità espresso per 100 residenti nelle strutture

Fonte: elaborazione Censis su dati ISS-Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture

Fig. 15 – Capifamiglia con al più 44 anni con l'intenzione di convivere, sposarsi o fare un figlio al momento dell'inizio della pandemia (val. %)

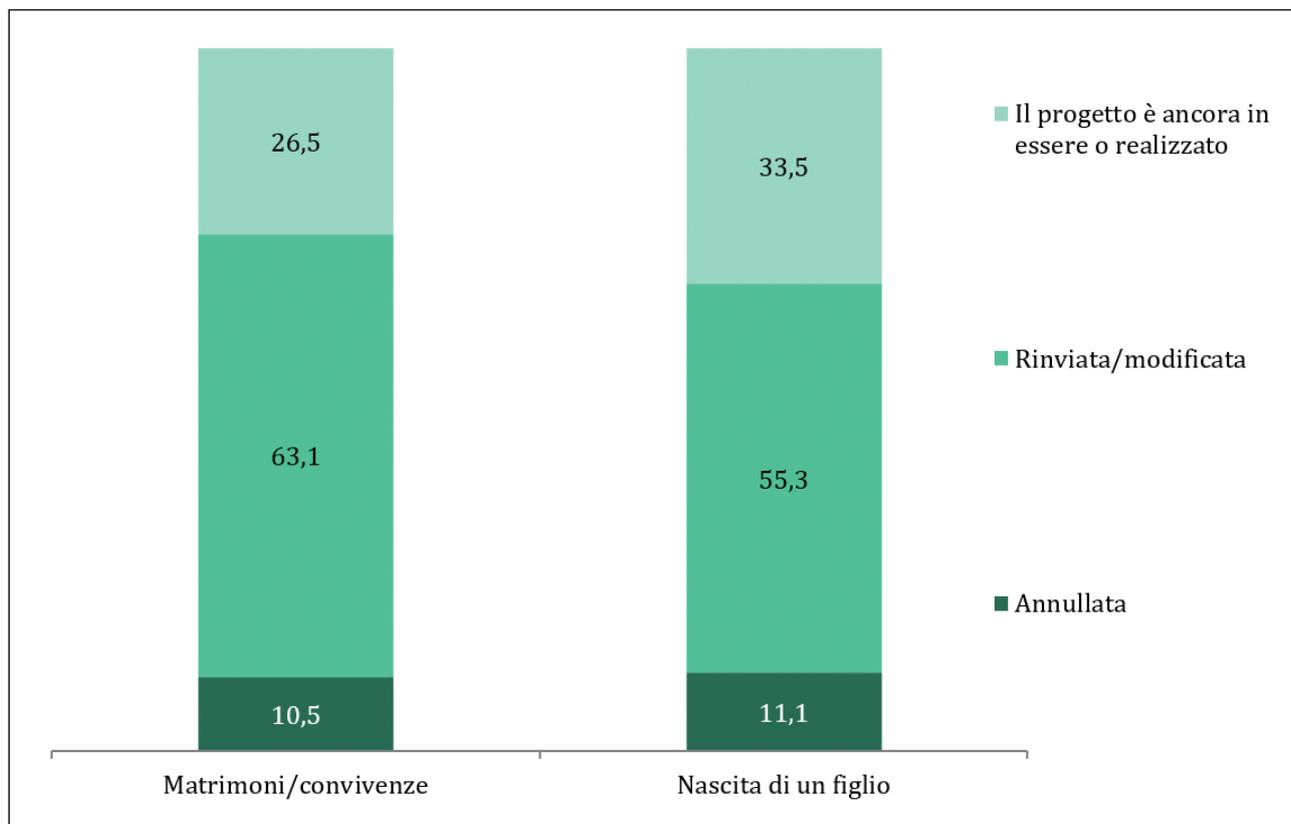


Fonte: indagine Agi-Censis 2021

Ma di questo terzo delle famiglie che stavano comunque pensando di creare o allargare una famiglia soltanto il 26,5% ha continuato a progettare o ha effettivamente iniziato un matrimonio o una convivenza stabile (**fig. 16**). In quasi due casi su tre questa decisione è stata rinviata aspettando un periodo più favorevole, senza più le limitazioni dovute alle regole anti-contagio, o in parte modificata. In un caso su dieci il progetto originale è stato completamente abbandonato proprio a causa del periodo avverso.

La stragrande maggioranza delle famiglie che stavano pensando di generare un nuovo nato nel corso del 2020 e del 2021 ha deciso di rinviare (55,3%) o persino di rinunciare definitivamente (11,1%) al proprio progetto genitoriale. Soltanto una famiglia su tre, tra quelle che lo stavano pianificando, ha mantenuto il loro proposito o è persino riuscita a portarlo a compimento.

Fig. 16 – Esito dei programmi nelle famiglie con capofamiglia giovane (al più 44 anni) (val. % delle famiglie che avevano in programma l'evento)



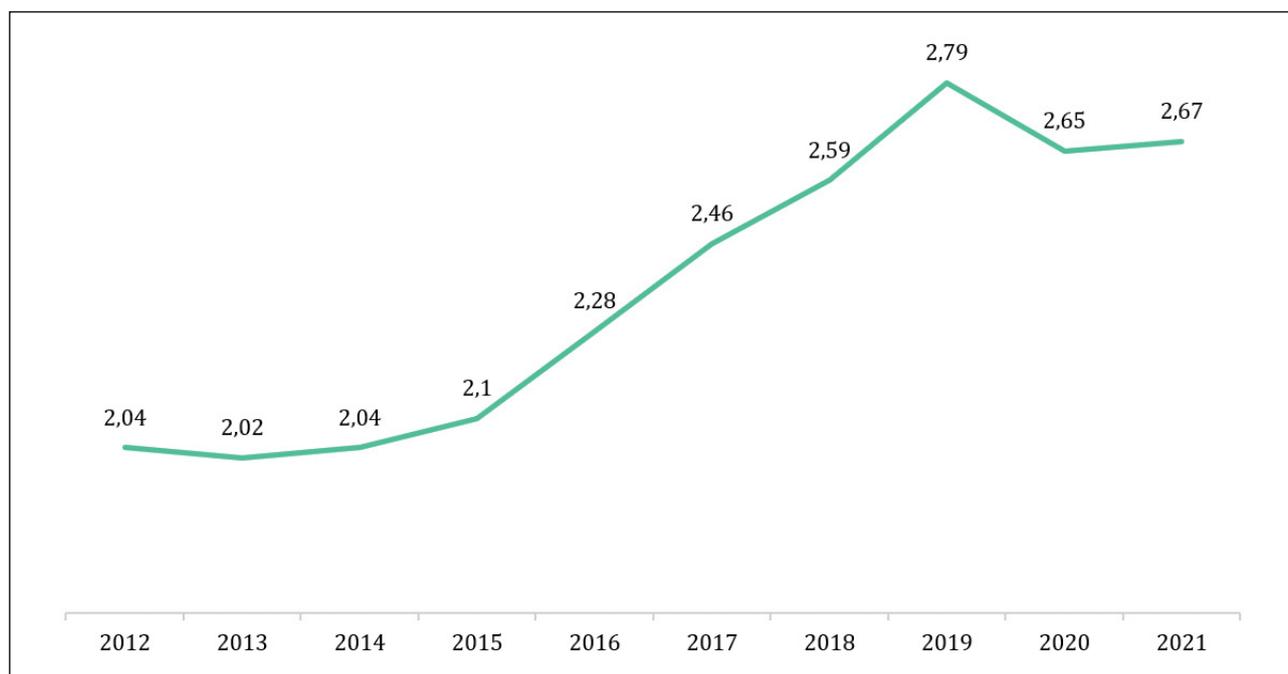
Fonte: indagine Agi-Censis 2021

3.3. - Una domanda di salute che cerca assicurazione

Nel 2021 i regimi di finanziamento volontario della spesa sanitaria hanno erogato risorse per poco meno di 4.500 milioni di euro correnti, corrispondenti al 2,67% di tutti i regimi di finanziamento, un valore che ha ripreso a crescere dopo la flessione subita nel 2020, dovuta in massima parte all'aumento della spesa sostenuta dallo Stato.

Dal 2012 il dato aumenta in maniera quasi lineare, guadagnando 0,75 punti percentuali fra il 2012 e il 2019. Il valore piuttosto contenuto del finanziamento volontario testimonia quanto il Paese continui a essere saldo nella convinzione che sia lo Stato a dover garantire a tutti i suoi cittadini l'accesso alle cure mediche. I dati, però, sembrano indicare l'inizio di una transizione verso una maggiore partecipazione del finanziamento volontario alla spesa sanitaria, indice anche di un cambiamento culturale che va nella direzione di una maggiore domanda di sicurezza dal lato dell'assistenza sanitaria (**fig. 17**).

Fig. 17 – Percentuale della spesa sanitaria finanziata dalle assicurazioni sanitarie volontarie sul totale della spesa sanitaria finanziata da tutti i regimi, 2012-2021 (val. %)



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Nel 2021 i regimi di finanziamento volontario hanno speso poco meno di 2.000 milioni di euro, pari al 44,2%, per le prestazioni erogate da sistemi sanitari ambulatoriali, che non richiedono il ricovero ospedaliero e che vengono svolte presso studi medici di base o specialistici (**tab. 26**).

Gli italiani, dunque, utilizzano gli accantonamenti delle assicurazioni volontarie, dei servizi sanitari pagati dalle imprese e dalle istituzioni senza scopo di lucro per ricevere quelle prestazioni, siano esami diagnostici o visite specialistiche, che gli ospedali-spesso offrono con tempi di attesa spesso molto lunghi.

Il Paese sembra quindi tendenzialmente orientato ad accettare un sistema di finanziamento delle prestazioni sanitarie che non sia solo a carico dello Stato, ma veda la partecipazione sia dei cittadini, seppure mediata da forme di assicurazione sanitaria, sia delle imprese attraverso le forme previste dai welfare aziendali.

Queste forme di finanziamento rimangono, comunque inferiori alla spesa che le famiglie sostengono attingendo le risorse dai propri redditi.

Nel 2021 la spesa diretta delle famiglie è stata pari a 36.517 milioni; poco meno del 40% (14.507 milioni) è servita per servizi erogati da farmacie e altri presidi medici, mentre altri 13.198 sono serviti per i servizi offerti dagli ambulatori.

Il Ssn finanziato dalla fiscalità generale rimane, comunque, un pilastro essenziale nella tutela della salute dei cittadini, in particolare per le cure di urgenza erogate nei Pronto Soccorso.

I servizi offerti dagli ospedali hanno ricevuto finanziamenti dalla Pubblica Amministrazione per poco meno di 71.000 milioni, pari al 95,8% del totale dei finanziamenti degli ospedali, ma sono stati finanziati dallo Stato per una quota superiore al 60% anche altri soggetti erogatori di assistenza sanitaria, quali le strutture residenziali a lungo termine, quelli che erogano servizi sanitari ambulatoriali e altri che erogano servizi ausiliari.

Tab. 26 – Spesa sanitaria per soggetto erogatore e tipo di finanziamento, 2021 (v.a. in milioni di euro correnti e val. %)

Soggetti erogatori	Pubblica Amministrazione	Finanziamento volontario	Spesa diretta delle famiglie	Totale	Pubblica Amministrazione	Finanziamento volontario	Spesa diretta delle famiglie
	v.a. milioni correnti di euro				val. % sul totale		
Ospedali	70.853	281	2.860	73.994	95,8	0,4	3,9
Assistenza Residenziale Lungo Termine	5.998	36	3.807	9.841	60,9	0,4	38,7
Assistenza Sanitaria Ambulatoriale	23.413	1.979	13.198	38.590	60,7	5,1	34,2
Servizi Sanitari Ausiliari	5.414	284	2.034	7.732	70,0	3,7	26,3
Farmacie e altri fornitori di presidi medici	11.240	329	14.507	26.076	43,1	1,3	55,6
Altro	9.939	1.572	111	11.622	85,5	13,5	1,0
Totale	126.857	4.481	36.517	167.855	75,6	2,7	21,8

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

All'interno delle categorie di finanziamento volontaria la quota maggioritaria è quella delle assicurazioni sanitarie volontarie, comprendenti i regimi basati sull'acquisto di una polizza assicurativa sanitaria, non resa obbligatoria dallo Stato e i cui premi assicurativi possono essere direttamente o indirettamente sovvenzionati dallo Stato.

La dinamica temporale evidenzia una crescita di tale quota sul totale dei finanziamenti dal 2014 al 2019, per subire poi una flessione al 2% nell'anno della pandemia, dovuta all'incremento della spesa sostenuta dallo Stato per fare fronte all'emergenza da Covid-19, dato che si conferma anche nel 2021. Tuttavia, il finanziamento volontario, tramite assicurazioni private, del 2021 espresso in valore assoluto è superiore di 100 milioni rispetto al 2019 (**tab. 27**).

Anche la quota del finanziamento da parte delle imprese, che assicurano ai propri dipendenti il rimborso delle spese sostenute senza il coinvolgimento di un sistema previdenziale cresce dal 2012, per arrestarsi nel 2020; riprende a salire nel 2021 tornando ai livelli del 2019.

La spesa diretta delle famiglie, oltre ai servizi erogati dalle farmacie, ha coperto quasi il 39% della spesa delle strutture di assistenza residenziale a lungo termine, mentre è residua quella finanziata dalle forme di assistenza volontaria. Solo dal 2017 la quota della spesa diretta delle famiglie inizia a diminuire, anche se nel 2021 si assiste a una parziale ripresa (**tab. 28**).

Tab. 27 – Regimi di finanziamento volontario della spesa sanitaria, 2012-2021 (v.a. in mln di euro)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Regimi di finanziamento volontari	2.909	2.852	2.937	3.076	3.367	3.705	3.980	4.346	4.223	4.481	
Regimi di finanziamento volontari	Assicurazioni sanitarie volontarie	2.271	2.179	2.157	2.252	2.496	2.742	2.934	3.230	3.191	3.362
	Istituzione senza scopo di lucro	166	187	206	223	222	263	327	360	341	368
	Imprese	472	486	574	601	649	700	719	756	691	751
Totale tutti regimi di finanziamento	142.676	141.526	144.317	146.613	147.963	150.697	153.790	155.523	159.628	167.855	

Nell'anno 2019 rottura della serie

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tab. 28 – Regimi di finanziamento della spesa con regimi di finanziamento volontario, spesa diretta delle famiglie, totale dei regimi di finanziamento, 2012-2021 (v.a. in mln di euro correnti, val. %)

	Regimi di finanziamento volontario	Spesa diretta delle famiglie	Tutti i regimi di finanziamento	Regimi di finanziamento volontario	Spesa diretta delle famiglie
	V.a. milioni di euro correnti			Val. % su tutti i regimi	
2012	2.909	31.509	142.676	2,04	22,08
2013	2.852	31.456	141.526	2,02	22,23
2014	2.937	32.529	144.317	2,04	22,54
2015	3.076	34.405	146.613	2,10	23,47
2016	3.367	34.510	147.963	2,28	23,32
2017	3.705	35.875	150.697	2,46	23,81
2018	3.980	36.219	153.790	2,59	23,55
2019	4.346	36.487	155.523	2,79	23,46
2020	4.223	33.965	159.628	2,65	21,28
2021	4.481	36.517	167.855	2,67	21,76

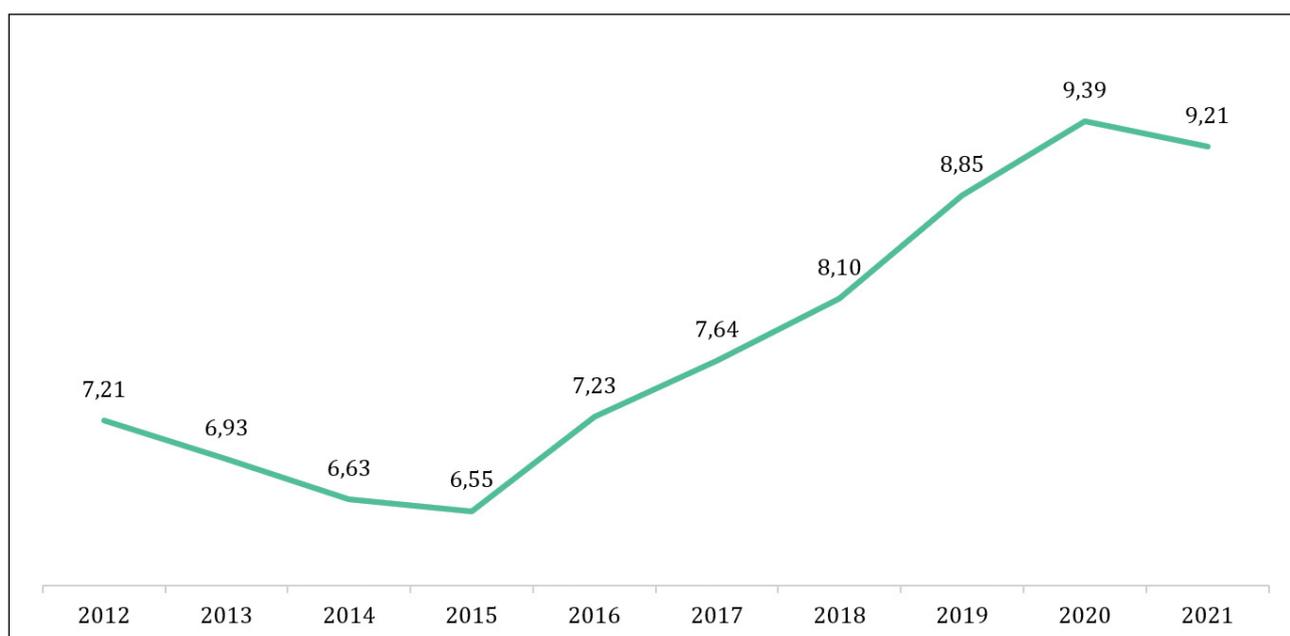
Nell'anno 2019 rottura della serie

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Una propensione che sembra manifestarsi è il cambiamento del rapporto fra la spesa sanitaria finanziata dalle famiglie e quella dalle assicurazioni volontarie. Se nel 2012 ogni 100 euro spesi direttamente dalle famiglie le assicurazioni volontarie ne spendevano 7,21, con una tendenza in calo, a partire dal 2015 il rapporto è stato in crescita e nel 2021 la quota era salita a 9,21 euro. Questo conferma come all'interno del Paese stia avvenendo un cambia-

mento di mentalità nella convinzione che la tutela della salute è anche compito del singolo cittadino, che si premura di stipulare assicurazioni che coprano i costi delle cure mediche, e delle imprese che garantiscono anch'esse la salute ai propri dipendenti (**fig. 18**).

Fig. 18 – Spesa delle assicurazioni sanitarie volontarie per ogni 100 euro di spesa sanitaria diretta delle famiglie (val. %)



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

3.4. - Un nuovo punto di equilibrio fra domanda e offerta di salute

Quale futuro attende la tutela della salute in Italia? La fedeltà al dettato costituzionale di garantire la salute a tutti i cittadini rimane la bussola cui fare riferimento. Tuttavia, l'attuale contesto economico, sociale e demografico suggerisce l'opportunità di alcuni aggiustamenti.

L'invecchiamento della popolazione e l'allungamento della vita media comporteranno, in prospettiva, un aumento prevedibile delle risorse da riservare alla spesa per la previdenza, la sanità e l'assistenza, con conseguenze dirette e indirette sulla dinamica della spesa pubblica. Il patto di stabilità, cui gli Stati dell'Unione europea dovranno nuovamente attenersi dopo la sospensione legata alla pandemia, riproporrà nuovamente vincoli di bilancio ai quali difficilmente potrà sfuggire la spesa sociale.

Per queste ragioni l'integrazione fra pubblico e privato appare come una possibile soluzione alle difficoltà che oggi il Ssn incontra e che si protrarranno inevitabilmente anche nel futuro.

Riprendendo i recenti documenti predisposti dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, i cui contenuti sono stati posti all'attenzione del Governo e del Parlamento, è possibile tracciare il percorso necessario per ristabilire un equilibrio fra i tanti soggetti che sono coinvolti nella tutela della salute (soggetti pubblici, profit, non profit) e per riconfigurare una gerarchia condivisa degli obiettivi - costituzionali, sociali, economici - che accompagnano in Italia il diritto alla salute.

In sintesi, la posizione della Conferenza riafferma quanto sia opportuno che si delinei un quadro normativo che escluda forme concorrenziali o di sostituzione e favorisca, invece, la complementarità. Diverse associazioni di categoria prevedono, già, forme di assistenza sanitaria integrativa ed è prevedibile che nel futuro la loro diffusione si possa estendere.

Per evitare la concorrenza fra il Ssn e la sanità privata è necessario che i Lea siano adeguati alle reali esigenze della popolazione in modo da assicurare a tutti i cittadini la possibilità di accedere alle stesse cure. Sebbene appaia difficile impedire che il privato duplichi le prestazioni offerte dalla sanità pubblica, una delle possibili vie da percorrere è quella di prevedere che le prestazioni che il Ssn eroga in forma marginale, quali ad esempio le cure odontoiatriche, siano oggetto privilegiato delle forme di assistenza sanitaria integrativa.

La professionalità e la remunerazione del personale sono un ulteriore fattore decisivo per assicurare la complementarità. Squilibri nelle remunerazioni, a parità di livelli di professionalità, rischiano di generare una dinamica concorrenziale fra sanità pubblica e privata, con un conseguente flusso di personale verso il settore che offre maggiori opportunità economiche e valorizza le capacità professionali. In questo caso si verrebbero a creare due sistemi sanitari: uno altamente qualificato e uno di livello inferiore. L'universalità del Ssn, invece, non può prescindere anche dalla professionalità di quanti operano al suo interno.

Nella logica di integrazione è opportuno anche pensare a una rimodulazione della normativa fiscale in tema di deducibilità e detraibilità delle polizze sanitarie. Un aumento delle aliquote potrebbe incoraggiare una maggiore diffusione di queste ultime nelle fasce più agiate della popolazione. Tuttavia, poiché il Ssn è finanziato dalla fiscalità generale, una diminuzione del gettito fiscale inciderebbe anche sui finanziamenti destinati alla sanità pubblica, con ricadute sulla qualità e la quantità dei servizi offerti e la remunerazione del personale.

4. - La solidarietà collettiva, argine alla fragilità del sistema sanitario

Le realtà del Terzo Settore impegnate nella filiera della salute, soprattutto laddove il pubblico e il privato non riescono ad arrivare, rappresentano una modalità di offerta che supera i limiti organizzativi (nel versante pubblico) e i vincoli economici (se si guarda al privato e al privato convenzionato) che condizionano oggi la copertura dei bisogni reali dei cittadini.

Su questi aspetti è rilevante il livello di “allineamento” del Terzo Settore al processo in atto nell’erogazione di servizi dedicati alla salute, all’assistenza e alla cura. Nella relazione coerente fra bisogni sociali anche nuovi e offerta di servizi da parte degli Enti, si individua anche la progressiva maturazione del Terzo Settore, sia dal punto di vista organizzativo che da quello operativo.

I segnali di innovazione e di consolidamento delle strutture si riscontrano nell’attenzione a nuove modalità di finanziamento, nei rapporti con le istituzioni e con il mondo politico in generale, nell’accesso ai servizi legali che contribuiscono a migliorare la governance degli Enti, a qualificare i rapporti con chi eroga i servizi, siano essi dipendenti che volontari, a ridurre i rischi di contenzioso e ad ampliare le potenzialità di crescita che provengono da appalti e bandi della Pubblica Amministrazione.

4.1. - Le organizzazioni non profit e i servizi per la salute

Secondo la definizione fornita dall’Istat, l’istituzione non profit rappresenta “un’unità giuridico-economica dotata o meno di personalità giuridica, di natura privata, che produce beni e servizi destinabili o non destinabili alla vendita e che, in base alle leggi vigenti o a proprie norme statutarie, non ha facoltà di distribuire, anche indirettamente, profitti o altri guadagni diversi dalla remunerazione del lavoro prestato ai soggetti che l’hanno istituita o ai soci”.

Nel corso degli anni, il numero di questi Enti ha conosciuto una crescita continua nel nostro Paese, così ricoprendo un ruolo importante in diversi ambiti del sociale che vanno dalla promozione alle attività culturali e artistiche alla tutela dei diritti, dalla sostenibilità ambientale al volontariato, dalla programmazione di attività sportive alle relazioni sindacali e rappresentanza di interessi.

Con riferimento al settore sanitario e dell’assistenza sociale e protezione civile, le istituzioni non profit attive in Italia alla fine di dicembre 2020 sono rispettivamente 12.578 e 35.868 (pari rispettivamente al 3,5% e al 9,9% sul totale delle organizzazioni non profit in Italia), impiegando 103.215 dipendenti nella sanità (11,9% sul totale) e più del quadruplo nell’assistenza sociale e nella protezione civile con 421.356 dipendenti (48,4% sul totale).

Guardando al loro anno di costituzione, il 63,7% delle organizzazioni non profit operanti nel settore sanitario sono state istituite soprattutto prima del 2004; viceversa, più della metà di quelle operanti in assistenza sociale e protezione civile sono state formate tra il 2005 e il 2020 (**tab. 29**).

La maggior parte dei dipendenti si concentra negli Enti di più antica costituzione sia per quanto concerne il settore sanitario che quello dell'assistenza sociale e della protezione civile: nello specifico, il 55,7% di coloro che operano nel settore sanitario esercitano il proprio impiego nelle organizzazioni che sono state fondate fino al 1982, mentre il 58,4% dei dipendenti nel settore dell'assistenza sociale e protezione civile lavora negli Enti che sono stati istituiti tra il 1983 e il 2004.

Tab. 29 – Istituzioni non profit e dipendenti impegnati in sanità e assistenza sociale e protezione civile per anno di costituzione, 2020 (v.a. e val. %)

	Sanità		Assistenza sociale e protezione civile	
	Istituzioni non profit	Dipendenti	Istituzioni non profit	Dipendenti
Fino al 1982	10,5	55,7	6,8	22,4
1983-2004	53,2	20,2	39,0	58,4
2005-2014	28,1	20,9	36,7	14,2
2015-2020	8,2	3,2	17,5	5,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

La maggior parte delle istituzioni operanti nel settore della sanità e dell'assistenza sociale e protezione civile si collocano nel Nord-Ovest (28,7% e 27,6% rispettivamente, **tab. 30**) e nel Sud e nelle isole dove le istituzioni nell'assistenza sociale e protezione civile costituiscono il 34% sul totale nazionale. Nello specifico, è in Sicilia e in Campania che si osserva la quota più elevata di organizzazioni non profit impegnate nel settore della sanità e dell'assistenza sociale e protezione civile: 3.806 la prima e 3.413 la seconda.

Nel complesso, il 76,8% delle istituzioni non profit impegnate in sanità e assistenza sociale e protezione civile sono associazioni – siano esse riconosciute o non riconosciute –, cui segue il 17,2% rappresentato da cooperative sociali e il 5,3% da fondazioni (**fig. 19**). Soltanto una percentuale più residuale, inferiore all'1%, fa riferimento ad altre forme organizzative come gli enti ecclesiastici, le società sportive dilettantistiche, i comitati, le società di mutuo soccorso e le imprese sociali.

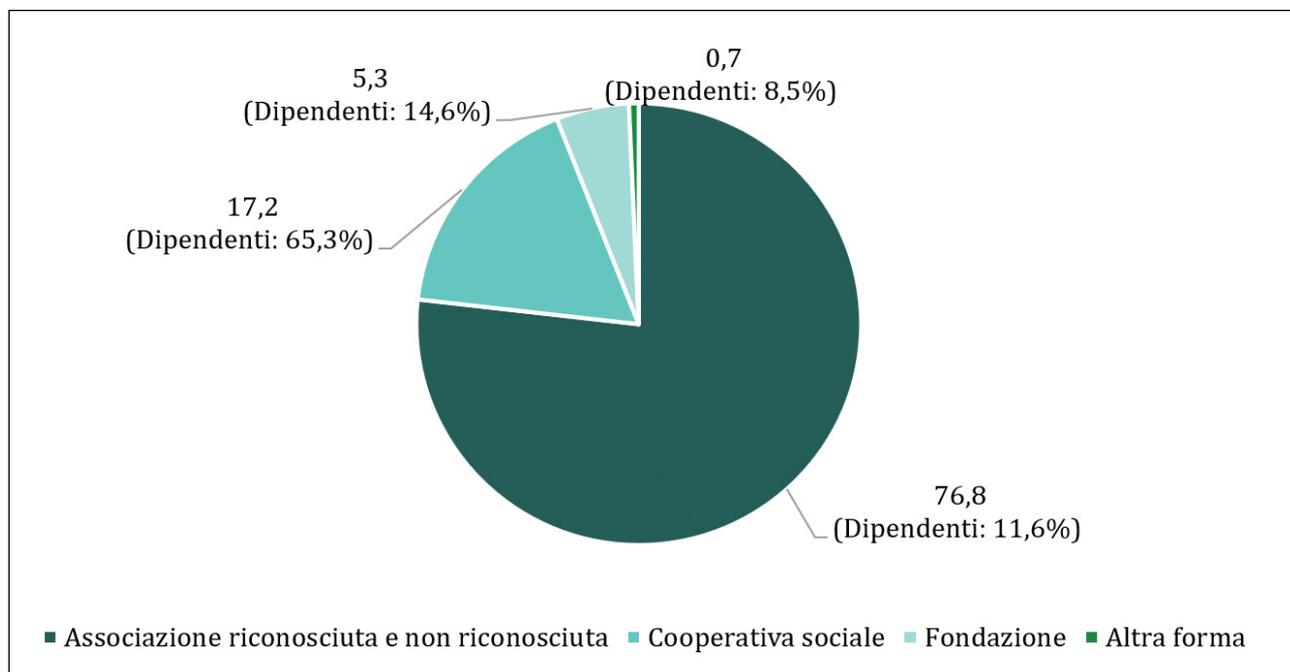
La distribuzione del personale per forma giuridica non sembra caratterizzarsi, tuttavia, per le stesse proporzioni: il 65,3% dei dipendenti opera, infatti, nelle cooperative sociali seguito, a netta distanza, dal 14,6% di chi lavora nelle fondazioni, dall'11,6% nelle associazioni e dall'8,5% di chi è impegnato nelle istituzioni non profit con altra forma giuridica.

Tab. 30 – Istituzioni non profit e dipendenti impegnati in sanità e assistenza sociale e protezione civile per ripartizione geografica, 2020 (v.a. e val. %)

	Istituzioni non profit		Dipendenti	
	Sanità	Assistenza sociale e protezione civile	Sanità	Assistenza sociale e protezione civile
Piemonte	1.003	3.227	3.479	43.994
Valle d'Aosta	60	110	14	1.099
Liguria	411	813	2.339	10.444
Lombardia	2.140	5.772	31.512	86.317
Trentino Alto Adige	223	1.186	1.389	9.918
Veneto	1.118	2.496	6.014	36.614
Friuli Venezia Giulia	230	772	626	12.805
Emilia Romagna	1.025	2.063	2.972	49.614
Toscana	1.453	2.297	5.263	25.641
Umbria	181	639	304	6.599
Marche	391	1.140	1.436	11.680
Lazio	783	3.578	23.903	39.140
Abruzzo	274	750	2.373	5.329
Molise	103	265	12	2.206
Campania	646	2.767	4.245	16.627
Puglia	701	2.099	7.764	19.865
Basilicata	157	500	744	3.848
Calabria	402	1.088	1.180	4.314
Sicilia	775	3.031	5.230	23.149
Sardegna	502	1.275	2.416	12.153
Nord-Ovest	28,7	27,6	36,3	33,6
Nord-Est	20,6	18,1	10,6	25,8
Centro	22,3	21,3	29,9	19,7
Sud e isole	28,4	34,0	23,2	20,9
Italia	12.578	35.868	103.215	421.356

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Fig. 19 – Istituzioni non profit e dipendenti impegnati in sanità e assistenza sociale e protezione civile per forma giuridica, 2020 (val. %)



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

4.2. - Le filiere sanitarie e le strategie di *impact investing*

L'investimento a impatto, o *impact investing*, è una tipologia di investimento finanziario che, oltre ad un rendimento economico, punta a generare un impatto positivo sulla società e sull'ambiente misurabile *ex-post*. Le attività di *impact investing* sono, quindi, collocabili in uno spazio intermedio tra gli investimenti tradizionali e la pura opera di filantropia.

Gli ambiti di *impact investing* sono vari e comprendono, tra gli altri, il supporto all'imprenditoria straniera e femminile, la formazione destinata ai giovani, il risanamento e la conservazione ambientale, l'erogazione di prestazioni sanitarie, l'inclusione sociale che possono essere perseguiti attraverso strumenti quali:

- *fondi specifici* da impiegare principalmente nelle fasi di lancio e crescita di iniziative imprenditoriali che hanno come fine ultimo quello di generare un impatto positivo sulla società per acquisirne quote societarie o concedere credito;
- *obbligazioni* emesse da enti pubblici e privati che forniscono finanziamento a iniziative, nuove o già avviate, orientate alla realizzazione di risultati sociali e/o ambientali positivi;
- *linee di finanziamento agevolate* atte a supportare e sostenere le imprese capaci di generare impatti positivi e misurabili verso la società e l'ambiente;
- *strumenti finanziari* che premiano il raggiungimento di obiettivi di tipo sostenibile prefissati, come avviene per il Social Impact Bond (Sib).

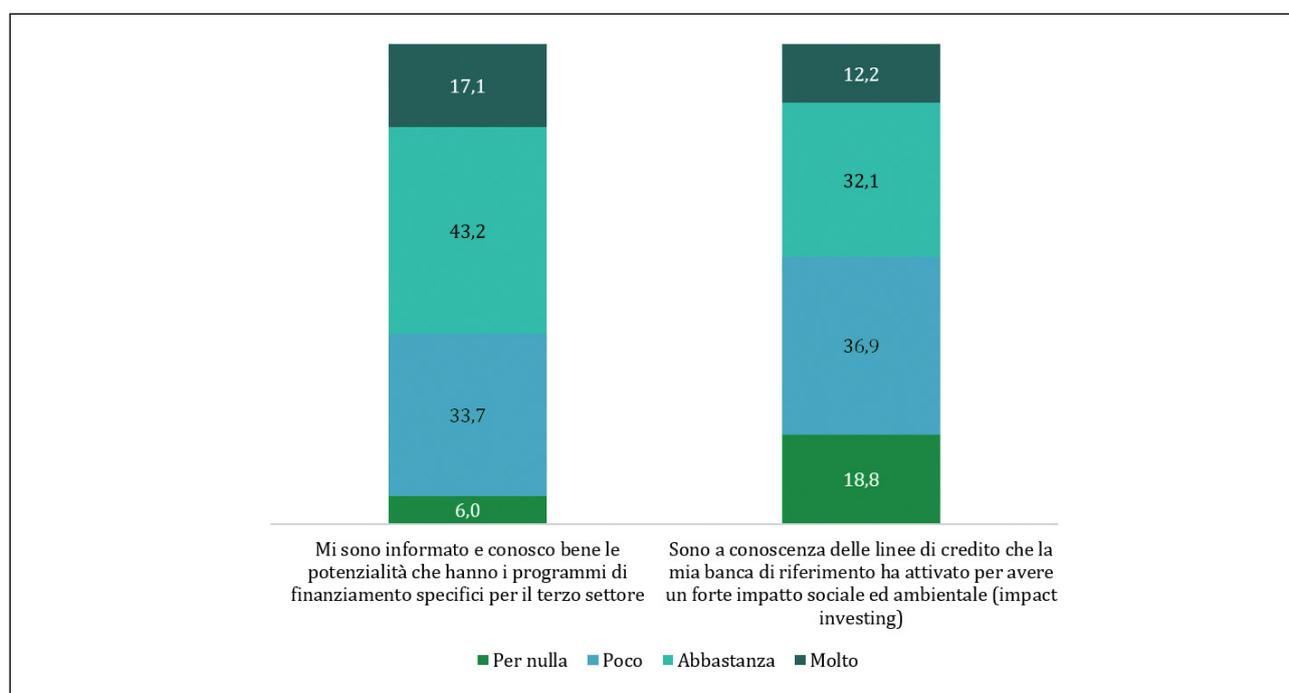
I risultati della rilevazione Censis del 2023 evidenziano come ben 2 organizzazioni su 3 di quelle operanti nel settore sanitario e nell'assistenza sociale siano a conoscenza della possibilità di poter investire in maniera sostenibile attraverso un approccio etico alla finanza. Il 60,3% complessivo degli Enti intervistati dichiara, infatti, di essersi informato sulle potenzialità dei programmi di finanziamento specifici per il Terzo Settore, mentre una quota più bassa, pari al 44,3% totale, afferma di essere già a conoscenza delle linee di credito che la propria banca di riferimento ha attivato per avere un deciso impatto sociale e ambientale e rispondere ai criteri Esg (Environmental, Social and Governance) (**fig. 20**).

In generale, la quota di chi ritiene che le banche debbano prevedere delle linee di finanziamento specifiche atte a supportare esclusivamente le attività del Terzo Settore raggiunge il 61,3% nel campione intervistato (**fig. 21**).

Con riferimento alle strategie di *impact investing*, il 60,9% degli Enti intervistati sottolinea come già la scelta della banca cui rivolgersi sia stata fatta in considerazione della propensione a finanziare settori a impatto sociale e ambientale; il 23,7% degli Enti intervistati ritiene, invece, che le attività degli Enti che hanno un impatto positivo sulla società debbano essere finanziate unicamente dallo Stato.

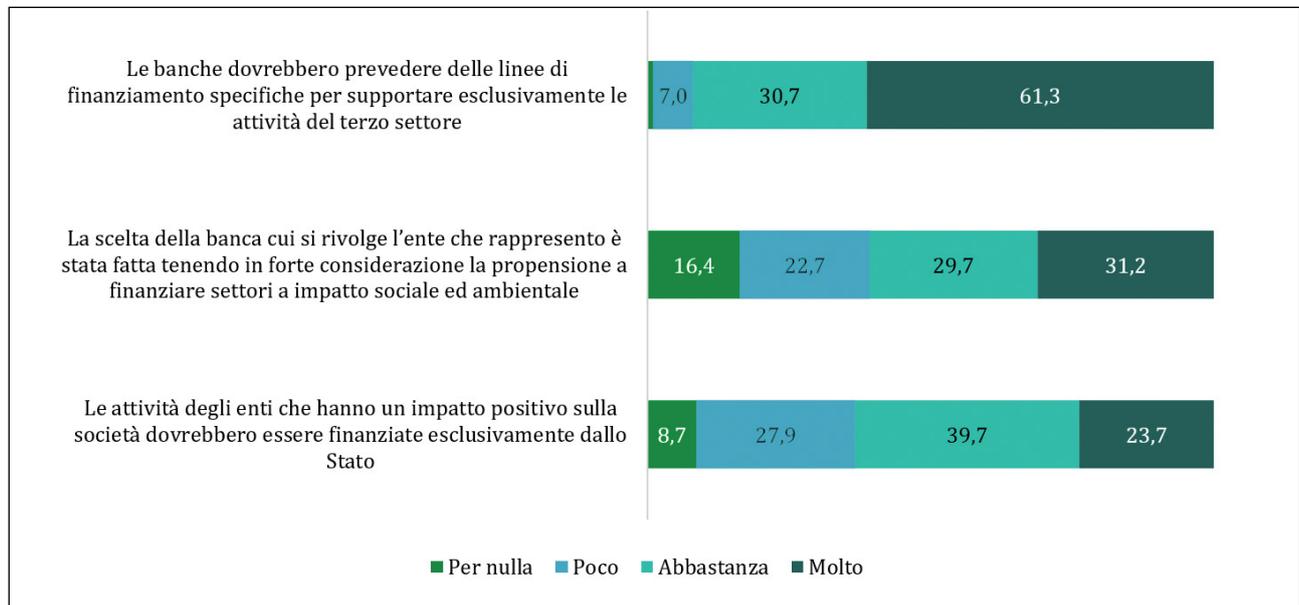
Più di tutto, però, il 74,6% degli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati in sanità e assistenza sociale ritiene che sia indispensabile raggiungere dei livelli adeguati di coesione sociale, piuttosto che quelli di crescita economica, per incrementare il benessere delle persone e delle comunità del territorio in cui agisce (**fig. 22**).

Fig. 20 – Grado di conoscenza delle strategie di *impact investing* da parte degli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati in sanità ed assistenza sociale (val. %)



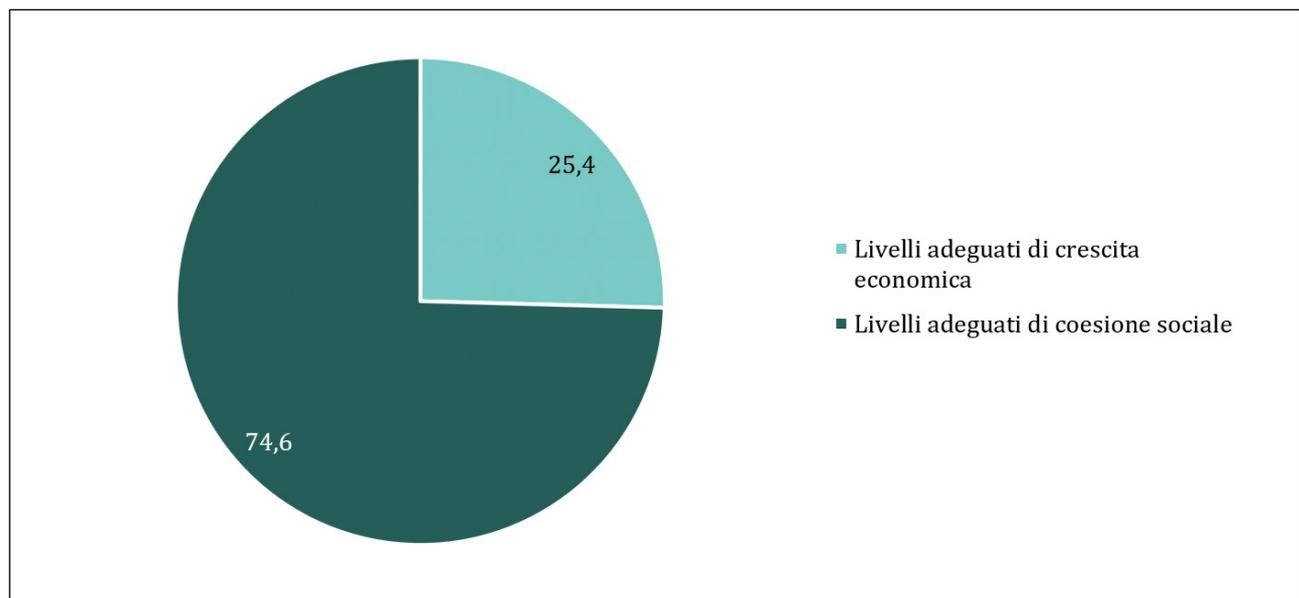
Fonte: indagine Censis, 2023

Fig. 21 – Grado di accordo sulle strategie di *impact investing* degli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati in sanità e assistenza sociale (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

Fig. 22 – Strumenti ritenuti indispensabili per incrementare il benessere delle persone e delle comunità del territorio secondo gli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati in sanità ed assistenza sociale (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

4.3. - Vantaggi e ritardi del settore non profit per la salute

La presenza del Terzo Settore in Italia si inserisce in tutti gli spazi parzialmente gestiti dallo Stato e per i quali il Mercato non riesce ad offrire soluzioni economicamente adeguate che riguardano prevalentemente settori di tipo umanitario e sociale.

Con riferimento alla sanità e all'assistenza sociale, l'importanza che questi Enti rivestono nel contesto nazionale e il ruolo che detengono – e che hanno assunto con il passare degli anni – anche dal punto di vista “politico” è riconosciuto e ravvisabile nelle opinioni delle stesse organizzazioni intervistate dal momento che la quasi totalità del campione (l'87,1%, **tab. 31**) intravede nel Terzo Settore un attore strategico per la costruzione e l'attuazione di politiche di sviluppo nel territorio.

Al contrario, meno del 10% del campione vede il Terzo Settore come subalterno al decisore pubblico (8,4%) e poco meno del 5% non ne attribuisce nessuna rilevanza dal punto di vista politico-decisionale.

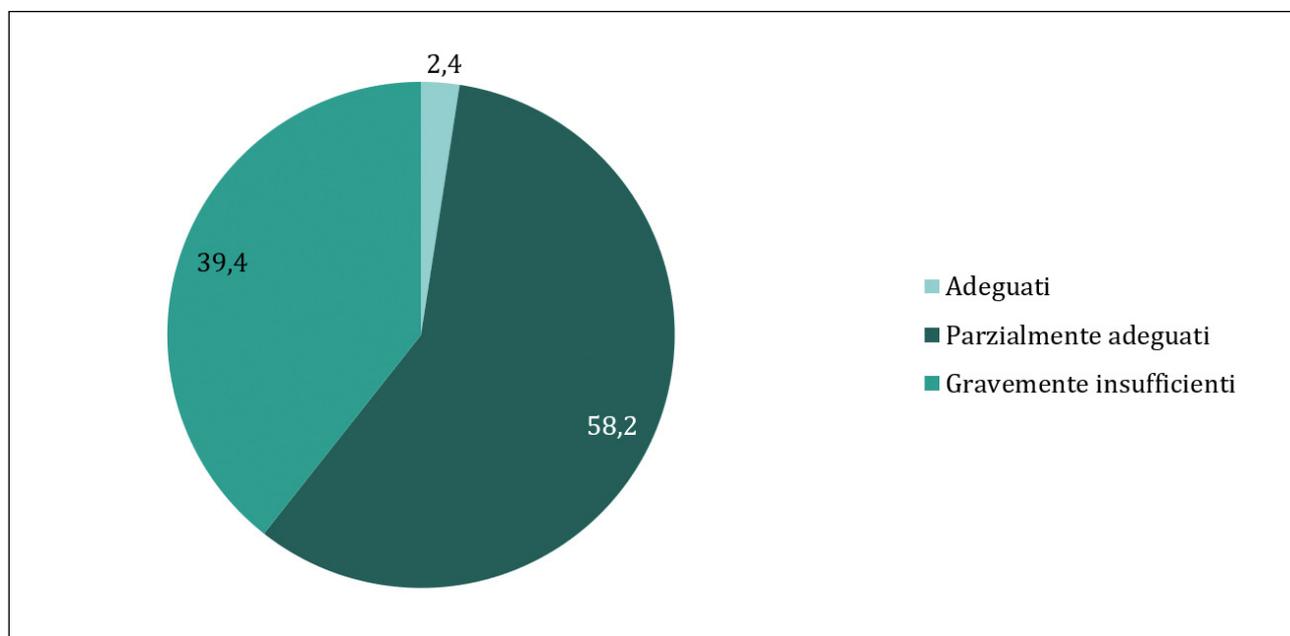
Tab. 31 – Percezione del ruolo “politico” del Terzo Settore secondo gli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati in sanità ed assistenza sociale (val. %)

	Val. %
Il Terzo Settore è un attore strategico per costruire politiche di sviluppo nel territorio	87,1
Il Terzo Settore è subalterno al decisore pubblico rispetto alle politiche di sviluppo	8,4
Il Terzo Settore non può avere un ruolo politico nelle politiche di sviluppo	4,5
Totale	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

Tuttavia, nonostante gli sforzi fatti e gli obiettivi raggiunti, secondo l'ultima rilevazione Censis, il 58,2% degli Enti del Terzo Settore impegnati in sanità e assistenza sociale ritiene che l'offerta dei servizi sanitari erogati dagli Enti pubblici o del Terzo Settore sia tuttora parzialmente adeguata a coprire la domanda di salute dei cittadini del territorio in cui l'Ente intervistato è inserito (**fig. 23**). Il 39,4% reputa che tale offerta sia gravemente insufficiente per le esigenze di salute dei cittadini del territorio, mentre solo una quota irrilevante (il 2,4%) ne sottolinea il presidio e l'adeguatezza *in loco*.

Fig. 23 – Livello di adeguatezza dell’offerta dei servizi sanitari erogati dagli enti pubblici o del Terzo Settore secondo gli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati in sanità ed assistenza sociale (*) (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

Nel dettaglio dei servizi sanitari o relativi alla salute di cui c'è più bisogno nel territorio secondo gli Enti intervistati, vi sono il contrasto alla povertà economica (64,8%, **tab. 32**), la predisposizione di più sportelli per il supporto psicologico (63,4%) e l'assistenza domiciliare integrata (62,7%).

Fatta eccezione per quest'ultima (offerta soltanto dal 20,1% dei rispondenti), quasi la metà degli Enti intervistati impegnati in sanità e assistenza sociale offre esattamente gli stessi servizi di cui si avverte maggiore necessità: il 47,4% fornisce servizi di contrasto alla povertà economica, il 45,5% sportelli di supporto psicologico e il 43,3% informazione e prevenzione.

Alcuni servizi di tipo sanitario quali l'assistenza domiciliare integrata e le prestazioni sanitarie e ambulatoriali fanno registrare un'offerta significativamente inferiore rispetto all'effettiva necessità segnalata sul territorio. Questo è sicuramente dovuto alle specificità di servizi che, di norma, sono gestiti direttamente – o comunque rimborsati – dal Sistema sanitario nazionale che, però, non è sempre in grado di garantire livelli adeguati di assistenza su tutto il territorio.

La carenza di fondi pubblici e la necessità di operatori sanitari altamente qualificati per svolgere queste attività rendono tali servizi di più difficile erogazione da parte degli Enti del Terzo Settore.

Tab. 32 – Tipologia di servizi sanitari di cui c'è più bisogno e offerti nel territorio secondo gli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati in sanità ed assistenza sociale (*) (val. %)

Tipologia servizi	Servizi di cui c'è più bisogno nel territorio	Tipologia servizi	Servizi offerti
Servizi di contrasto alla povertà economica	64,8	Servizi di contrasto alla povertà economica	47,4
Sportelli di Supporto psicologico	63,4	Sportelli di Supporto psicologico	45,5
Assistenza domiciliare integrata	62,7	Informazione e prevenzione	43,3
Informazione e prevenzione	49,5	Centri diurni per autosufficienti o parzialmente sufficienti	26,9
Centri diurni per autosufficienti o parzialmente sufficienti	48,1	Presidi residenziali	23,5
Supporto nell'accesso ai servizi erogati dal SSN	41,1	Assistenza domiciliare integrata	20,1
Trasporto sociale o sanitario	35,9	Trasporto sociale o sanitario	19,0
Centro anti-dipendenze (droga, alcool, gioco)	34,1	Trasporto disabili	18,7
Prestazioni sanitarie ambulatoriali	33,4	Supporto nell'accesso ai servizi erogati dal SSN	17,5
Presidi residenziali	32,1	Consegna o distribuzione medicinali	14,6
Trasporto disabili	31,0	Servizi per la riabilitazione	14,2
Servizi odontoiatrici rivolti ai bisognosi/fragili	28,6	Centro anti-dipendenze (droga, alcool, gioco)	13,4
Servizi per la riabilitazione	25,8	Prestazioni sanitarie ambulatoriali	7,8
Telemedicina	18,1	Telemedicina	3,0
Consegna o distribuzione medicinali	14,3	Servizi odontoiatrici rivolti ai bisognosi/fragili	2,6

(*) Possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2023

Negli ultimi anni, il sopravvento della pandemia da Covid-19 ha impattato anche sulla programmazione e la gestione degli Enti del Terzo Settore distribuiti in Italia.

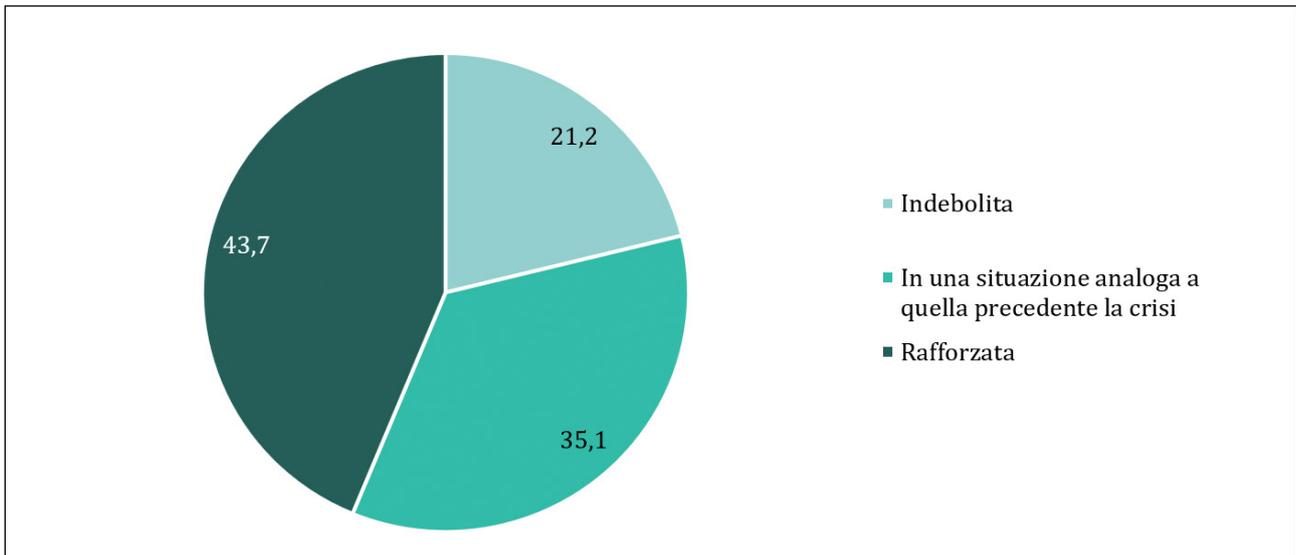
Al riguardo, però, ben il 43,7% degli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati nel settore sanitario e nell'assistenza sociale dichiara di essere uscito rafforzato dall'emergenza sanitaria, grazie all'accumulazione di nuove esperienze e alla realizzazione di pratiche che possono essere messe a valore nel futuro (**fig. 24**).

Il 35,1% afferma, invece, di ritrovarsi in una situazione analoga a quella precedente la crisi, perché abituato alla flessibilità e a lavorare in condizioni di precarietà.

In ultimo, soltanto un Ente su cinque (il 21,2%) dichiara di esserne uscito indebolito, costretto a fronteggiare difficoltà finanziarie e organizzative con necessità di ulteriori finanziamenti per favorire la ripartenza delle attività.

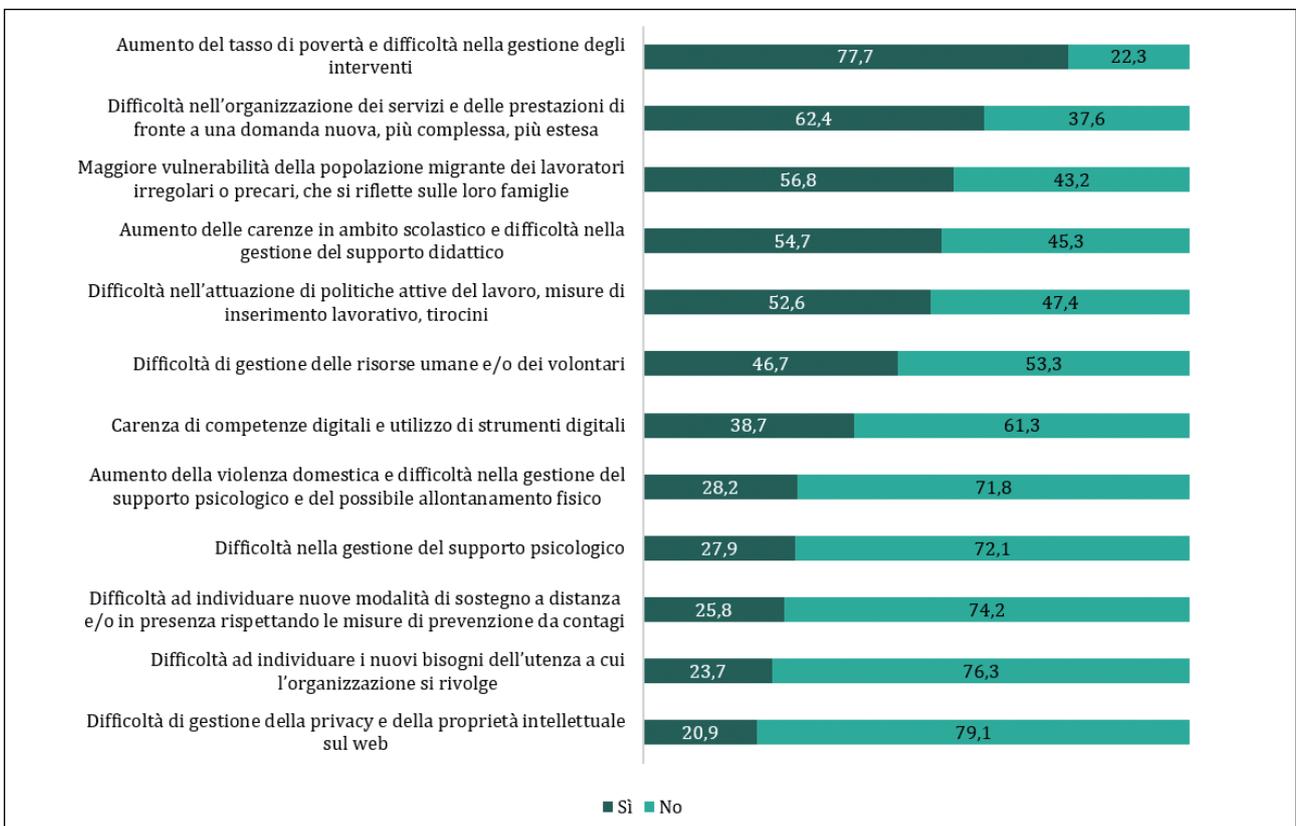
Nel complesso, il 77,7% degli Enti intervistati operanti nel settore sanitario e nell'assistenza sociale evidenzia nell'aumento del tasso di povertà e nella conseguente gestione degli interventi una delle problematiche maggiori riscontrate a seguito della pandemia da Covid-19 (**fig. 25**).

Fig. 24 – Condizione degli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati in sanità e assistenza sociale a seguito dell'emergenza Covid-19 (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

Fig. 25 – Principali difficoltà riscontrate nel periodo post-pandemia dagli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati in sanità e assistenza sociale (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

A questa, segue il 62,4% di chi rileva difficoltà nell'organizzazione dei servizi e delle prestazioni di fronte all'emergere di una nuova e più complessa domanda, mentre il 56,8% rintraccia maggiore vulnerabilità dei migranti o dei lavoratori precari che, inevitabilmente, si ripercuote sulle loro famiglie.

Ancora, superiore al 50% è la quota di Enti intervistati che individua nei deficit in ambito scolastico e di supporto didattico e nella difficoltà di attuazione di politiche attive del lavoro le sfide emerse a ridosso dell'emergenza pandemica (54,7% e 52,6% rispettivamente).

Viceversa, l'individuazione dei nuovi bisogni dell'utenza a cui l'organizzazione si rivolge e le modalità di gestione della privacy e della proprietà intellettuale sul web non si pongono come elementi di difficile risoluzione. Queste ultime vengono infatti segnalate come problematicità riscontrate nel periodo post-pandemia soltanto dal 23,7% e dal 20,9% degli Enti intervistati.

4.4. - Servizi legali, finanziari e amministrativi: quali vie per maturare?

Nel corso dell'ultimo triennio, il 59,4% degli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati nel settore sanitario e nell'assistenza sociale dichiara di aver fatto ricorso a professionisti legali sia per attività di consulenza/assistenza, nell'88,2% dei casi, sia per contenzioso, il 32,4% (**tab. 33**).

Tab. 33 – Ricorso e motivazioni sottostanti alla richiesta dei professionisti legali nel corso degli ultimi tre anni (*) (val. %)

	Val. %
No, non ho fatto ricorso a professionisti legali	40,6
Sì, ho fatto ricorso a professionisti legali	59,4
<i>per attività di consulenza/assistenza</i>	88,2
<i>per contenzioso</i>	32,4

(*) Possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2023

Nel dettaglio delle motivazioni sottostanti alla scelta di rivolgersi ad un avvocato per attività di tipo consulenziale, quasi la metà del campione (il 48,3%, **tab. 34**) afferma di essersi rivolto ad un professionista legale per richiedere supporto nella redazione e nelle modifiche degli atti costitutivi e degli statuti sociali dell'Ente del Terzo Settore cui afferisce.

A più di dieci punti percentuali di distanza, il 36,2% degli Enti intervistati riferisce di aver richiesto supporto nella gestione delle risorse umane e in materia giuslavoristica, fiscale e previdenziale, il 30,2% ne ha domandato l'assistenza nella redazione di convenzioni/accreditamenti e partenariati con soggetti pubblici o privati, il 28,9% nella gestione amministrativa.

Di contro, inferiore al 10% è la quota degli Enti del Terzo Settore intervistati impegnati in sanità ed assistenza sociale che si è rivolta ad un professionista legale per attività di consulenza strategica per l'accesso a contributi pubblici e/o benefici fiscali (7,4%), per la gestione degli stakeholders (6,7%) e, più di tutte, per l'assistenza nella certificazione Esg o Csr o nell'attuazione di programmi di sostenibilità e inclusività più generali (2% del campione).

Gli Enti del Terzo Settore operanti nel settore sanitario e nell'assistenza sociale che si sono rivolti al professionista legale per contenzioso, invece, affermano di aver domandato il servizio legale soprattutto per la difesa del proprio Ente e dei suoi iscritti in materia civile e amministrativa e in materia di lavoro (54,6% e 43,6% rispettivamente, **tab. 35**).

Meno considerevole la quota di chi si è rivolto a un professionista legale per la difesa in ambito tributario (12,7%), penale (9,1%) o davanti a collegi arbitrali, negoziazioni o mediazioni (7,3%).

Tab. 34 – Tipologia di attività di consulenza/assistenza per la quale gli Enti del Terzo Settore impegnati in sanità e assistenza sociale si sono rivolti ai professionisti legali (*) (val. %)

Tipologia di attività di consulenza/assistenza	Val. %
Redazione e modifiche di atti costitutivi e statuti sociali	48,3
Gestione delle risorse umane e assistenza in materia giuslavoristica, fiscale e previdenziale	36,2
Redazione di convenzioni, accreditamenti e partenariati, con soggetti pubblici e/o privati	30,2
Assistenza alla gestione amministrativa (strumenti di governance, regolamenti interni, verbali e delibere degli organi sociali)	28,9
Apporti con pubbliche amministrazioni, affidamento di appalti e concessioni di servizi	25,5
Procedure di iscrizione in pubblici registri e acquisto della personalità giuridica	24,8
Partecipazione a bandi per gare e finanziamenti europei e nazionali	16,1
Redazione di scritture contabili e bilanci sociali, compliance con linee guida ministeriali e altri criteri	14,8
Consorzi, reti associative e altre organizzazioni complesse	12,1
Trasformazioni, fusioni, scissioni e altre operazioni straordinarie, con enti non-profit o società	10,7
Consulenza strategica per l'accesso a contributi pubblici e/o benefici fiscali	7,4
Gestione degli stakeholder in associazioni, fondazioni di partecipazione o altri enti	6,7
Assistenza per la certificazione dell'ente secondo indicatori Esg o Csr, consulenza per programmi di sostenibilità e inclusività	2,0

(*) Possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2023

Tab. 35 – Tipologia di contenzioso per la quale gli Enti del Terzo Settore impegnati in sanità e assistenza sociale si sono rivolti ai professionisti legali (*) (val. %)

Tipologia di contenzioso	Val. %
Difesa dell'ente non profit e dei suoi iscritti in contenzioso civile e amministrativo	56,4
Difesa dell'ente non profit e dei suoi iscritti in contenzioso in materia di lavoro	43,6
Difesa dell'ente non profit e dei suoi iscritti in contenzioso tributario	12,7
Difesa dell'ente non profit e dei suoi iscritti in contenzioso penale, anche in riferimento ai rappresentanti dell'ente	9,1
Difesa dell'ente non profit e dei suoi iscritti davanti a collegi arbitrali, negoziazioni, mediazioni (Adr)	7,3

(*) Possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2023

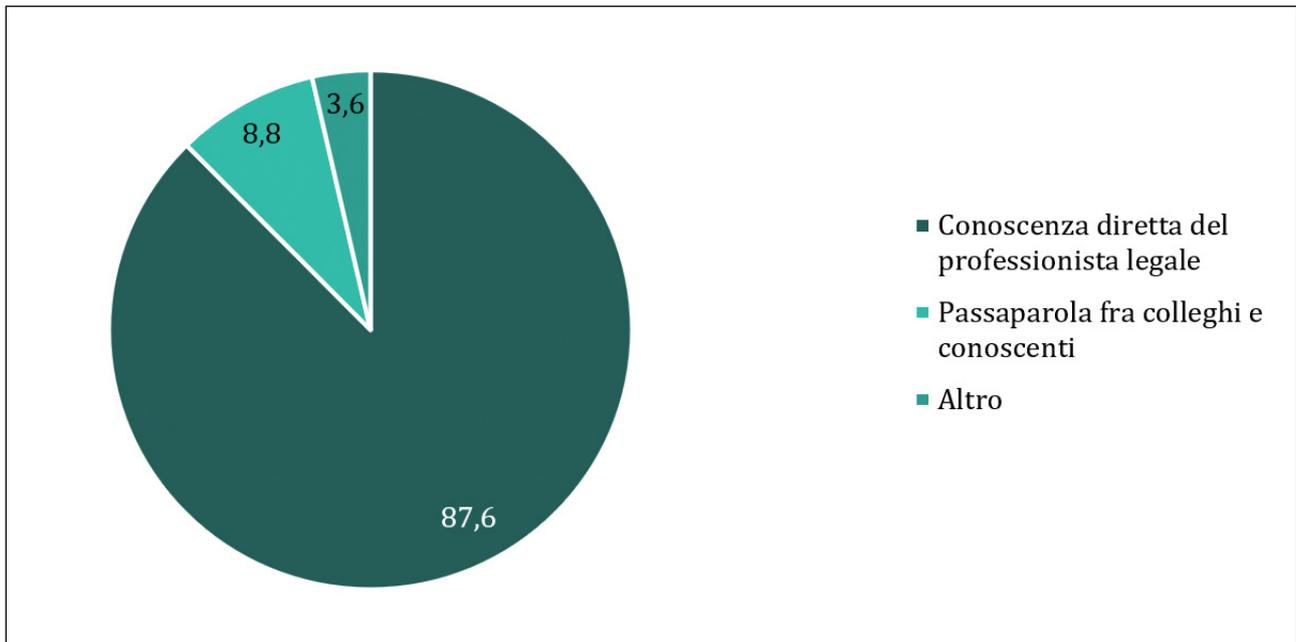
In generale, la scelta del professionista legale cui affidarsi non sembra avvenire per caso dal momento che più di due Enti del Terzo Settore su tre affermano di aver individuato la figura di riferimento per conoscenza diretta (**fig. 26**).

Meno di un Ente su dieci (l'8,8%) dichiara, invece, di aver selezionato il professionista legale in seguito alla segnalazione da parte di colleghi e/o conoscenti, mentre il restante 3,6% afferma di aver contattato il professionista legale tramite altre vie come l'utilizzo di piattaforme e portali *online* o mediante Avviso Pubblico.

Ai fini della scelta del professionista ritenuto più idoneo a sostenere la difesa dell'Ente o a fornire attività di tipo consulenziale, alcuni elementi vengono reputati più importanti di altri per l'affidamento dell'incarico.

Per più della metà del campione, la tempestività e la capacità di risolvere le questioni in tempi certi e la padronanza della materia trattata sono elementi ritenuti di elevata importanza (vengono segnalati dal 58,1% e dal 53,3% del campione, **tab. 36**).

A seguire, il 26,9% degli Enti intervistati indica il contenimento dei costi del servizio legale, il 19,2% predilige l'orientamento di tipo *problem solving*, il 18% ne apprezza la condivisione e l'aggiornamento all'assistito in tutte le fasi del procedimento. Meno rilevanti sono la chiarezza e la completezza dei preventivi (3,6%) e, soprattutto, la reputazione o il prestigio dell'avvocato (1,8%).

Fig. 26 – Modalità di contatto del professionista legale (val. %)

Fonte: indagine Censis, 2023

Tab. 36 – Gli aspetti ritenuti più importanti dagli Enti del Terzo Settore impegnati in sanità e assistenza sociale ai fini dell'affidamento di un incarico al professionista legale (*) (val. %)

Aspetti ritenuti fondamentali dal cliente per l'affidamento di un incarico	Val. %
La tempestività e la capacità di risolvere le questioni in tempi certi	58,1
La padronanza della materia trattata	53,3
Il contenimento dei costi del servizio legale	26,9
L'orientamento operativo di tipo <i>problem solving</i>	19,2
La capacità di comunicare con semplicità e di aggiornare l'assistito in ogni fase del procedimento	18,0
La chiarezza e la completezza dei preventivi	3,6
La reputazione/il prestigio dell'avvocato	1,8

(*) Possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2023

5. - Conclusioni e proposte: la filiera della salute come ecosistema

Le analisi proposte all'interno del presente testo hanno prevalentemente perseguito un obiettivo conoscitivo che può essere identificato come la verifica dell'adeguatezza dell'attuale "sistema della salute" alle profonde trasformazioni che sono avvenute negli ultimi due decenni.

In realtà, ciò che deve orientare le scelte di riforma e di riorganizzazione del sistema sanitario e di assistenza del Paese è ciò che accadrà nei prossimi anni, sulla scorta dell'invecchiamento, della denatalità, della crescente disuguaglianza (di reddito, fra territori), dei vincoli di bilancio che saranno adottati nei prossimi mesi.

Per certi versi, il sistema sanitario e di assistenza dei prossimi anni si scontrerà con il paradosso del "troppo" e del "troppo poco".

Il "troppo" è ciò che caratterizzerà la domanda di salute, in progressiva crescita e con quote in aumento di popolazione anziana, non autosufficiente, disabile, con patologie croniche o con limitazioni gravi. Questo processo è solo in minima parte compensato dal numero, anch'esso crescente, sebbene ad oggi in maniera non sufficiente, di persone anziane in buona salute e, in assenza di efficaci meccanismi redistributivi, dal numero di persone che rinunciano a curarsi per motivi di reddito o di costi che non permettono di spostarsi per accedere a servizi sanitari di qualità presenti in regioni diverse dalla propria di residenza. In prospettiva, anche la riduzione della popolazione, prevista nei prossimi anni, non agirà in maniera tale da bilanciare l'"effetto domanda".

Il "troppo poco" è ciò che limiterà di fatto l'evoluzione dell'offerta dei servizi sanitari, soprattutto per ciò che riguarda la formazione di personale medico e infermieristico (in uscita dal pubblico verso il privato, o addirittura fuori dai confini nazionali, in altri paesi le cui retribuzioni per le professioni mediche e infermieristiche sono molto appetibili), la disponibilità di posti letto, la possibilità di accedere a strutture residenziali attrezzate in maniera adeguata per gestire problemi di non autosufficienza o disabilità di diverso livello.

Eccesso di domanda e carenza di offerta, in un contesto di risorse scarse, appare un'equazione difficilmente risolvibile.

Ed è per questo che su un tema importante come la salute occorre mettere a valore tutte le risorse disponibili, considerando anche il ruolo di strumenti come il welfare "fai da te" che si affida all'utilizzo di badanti o, in genere, di collaboratori domestici per risolvere problemi di assistenza e di supporto alla quotidianità di persone anziane o non autosufficienti.

Sul versante della domanda, le raccomandazioni non possono che essere orientate alla razionalizzazione e all'ottimizzazione dell'uso delle risorse:

1. rendere più efficiente la spesa, significa agire in maniera avvertita sui margini di miglioramento e di eliminazioni degli sprechi che persistono nel settore;

2. avviare un serio impegno di programmazione coerente con i grandi fenomeni demografici che stanno investendo il Paese e che più di ogni altra cosa condizioneranno l'evoluzione della spesa sanitaria e delle sue componenti.

Sul versante dell'offerta, si è insistito molto in questo studio sul concetto di "filiera della Salute".

Dopo la lunga stagione della segmentazione dei bisogni e della frammentazione dell'offerta, bisogna recuperare una visione d'insieme, accettando di percorrere la via delle complementarità e della valorizzazione dei singoli contributi che possono venire da tutti gli attori coinvolti nell'offerta di servizi sanitari e di assistenza. In particolare, possono essere formulate alcune raccomandazioni:

3. occorre adottare un approccio di programmazione per quanto riguarda il personale medico e infermieristico, provando ad attenuare il condizionamento di fattori di disagio (retributivo, ma anche organizzativo) che il personale continua a lamentare e ripristinando quegli elementi di *appeal* della professione in concorrenza con le condizioni offerte dal mercato dei servizi sanitari che oggi si colloca su una dimensione globale;
4. poiché la diffusione dei fenomeni di invecchiamento e di progressiva, anche parziale, non autosufficienza può essere affrontata grazie a una forte integrazione fra sanità e assistenza e, di conseguenza fra soggetti erogatori di servizi sanitari e di servizi di assistenza, occorrerebbe valutare nel dettaglio il vero "potenziale" d'offerta: dopo quest'operazione, la dimensione del disallineamento – quantitativo e qualitativo – potrebbe non essere così fuori portata, come invece oggi tende ad essere percepita;
5. esiste, oggettivamente, un problema specifico per quanto riguarda l'assistenza: anche chi assiste oggi gli anziani (soprattutto lavoratrici straniere) sta invecchiando, mentre, al netto di recenti aperture, i flussi in ingresso di lavoratori stranieri restano del tutto insufficienti per il comparto dell'assistenza. Da questo punto di vista, occorrerebbe aumentare le opportunità di ingresso di lavoratori domestici dall'estero e, cosa più difficile perché andrebbe ad incidere sulla spesa diretta delle famiglie, adottare una leva retributiva che rendesse più appetibile il lavoro di assistenza.

A partire da questi elementi, diventa importante concentrare l'attenzione sulle modalità di ricomposizione del sistema scongiurando il rischio di "resa" di fronte a problemi che possono essere percepiti come insormontabili e investire sulla praticabilità e la fattibilità dei percorsi di riforma e di ristrutturazione del sistema alla luce dei nuovi problemi che caratterizzano la domanda di salute.

È anche per questo che il presente Rapporto insiste sul ruolo del Terzo Settore come attore protagonista della filiera della salute, al pari di altri soggetti pubblici e privati che formano la catena d'offerta nell'ambito della salute.

La continua attenzione che il Censis ha riservato alle istituzioni del Terzo Settore nel corso degli anni trova in queste analisi dedicate al sistema della salute un ulteriore elemento di approfondimento, anche al fine di pervenire a una maggiore valorizzazione ed esplicitazione del ruolo di accompagnamento che il Terzo Settore può svolgere nei confronti dei processi di ricomposizione sopra evocati.

Il "Terzo Settore sanitario" è formato per il 10,5% da istituzioni costituite prima del 1983 (quindi hanno più di quarant'anni e hanno accompagnato l'evoluzione del Sistema sanitario nazionale sorto nel 1978); in queste istituzioni – oltre 12 mila 500 – lavorano come dipendenti 103 mila persone e, secondo i primi risultati del Censimento permanente sulle Istituzioni non profit, pubblicato a maggio di quest'anno, sono impegnati oltre 450 mila volontari equidistri-

buiti fra uomini e donne. Il settore della sanità per le istituzioni non profit che si avvalgono dell'attività gratuita di volontari, rappresenta il 9,8% sul totale complessivo dei volontari, che raggiunge in Italia la cifra di 4 milioni e 661 mila unità.

Il "Terzo Settore assistenziale" è, invece, formato per il 6,8% da istituzioni sorte prima del 1982, ma il 39% delle organizzazioni si è costituito fra il 1983 e il 2004. La dimensione del volontariato sfiora le 700 mila persone (686 mila), il 14,7% sul totale dei volontari attivi nelle 26 mila istituzioni di assistenza sociale che ricorrono al supporto di volontari (2021).

Inoltre, fatto 100 il numero delle istituzioni non profit, se l'86,5% si rivolge attraverso la propria attività alla collettività in generale, il restante 13,5% ha invece target specifici di disagio. In questa quota, più della metà assiste persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o relazionale, il 31,2% si occupa di persone con disagio psicosociale, il 12,3% di persone malate in fase terminale o altre persone malate o traumatizzate.

Se letti insieme a quelli che riguardano i comuni che offrono determinati servizi sociali (ad esempio, solo il 39,4% dei comuni italiani è oggi in grado di offrire servizi di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari, con un tasso di copertura dello 0,5% sulla popolazione di riferimento del servizio) e se si assume come fondamentale il riconoscimento di un'area di contiguità e di integrazione fra le attività sanitarie e quelle di assistenza, questi numeri e queste dimensioni portano a considerare come la filiera della salute (e quindi anche dell'assistenza) presenti un potenziale ancora inespresso, soprattutto per le ricadute positive sui cittadini che potrebbero pervenire se si desse opportuna rilevanza alla diffusione sul territorio della rete di istituzioni del Terzo Settore e se si desse adeguata considerazione al grado di "aderenza" che il Terzo Settore (sanitario e assistenziale) riesce a garantire rispetto ai bisogni specifici delle tante categorie di assistiti.

Su questi aspetti, potrebbe essere legittimo esprimere alcune raccomandazioni:

6. il disallineamento quantitativo fra domanda e offerta di salute nella dimensione territoriale (che determina, fra l'altro, il fenomeno dell'emigrazione sanitaria), quello qualitativo, ancora lungo la dimensione territoriale, ma anche rispetto alla disponibilità di professionalità o ai tempi di attesa delle prestazioni (che determina, fra l'altro, la barriera economica all'accesso dei servizi sanitari), calati in una prospettiva di tendenziale complessità di tutto il sistema della salute e dell'assistenza (come si è detto, invecchiamento della popolazione e dimensione della non autosufficienza su tutto, volendo lasciare da parte le incognite legate a eventi non prevedibili come il Covid-19), impone un'"organizzazione larga" del servizio sanitario e assistenziale e, nello stesso tempo, strettamente collegata in modo tale da garantire il diritto alla salute e – lezione degli anni passati – di innalzare il livello di efficienza della spesa e dell'uso delle risorse (aggirando in questo modo anche il dibattito infinito sul definanziamento della sanità);
7. considerando i numeri del Terzo Settore sanitario e assistenziale e la presenza sul territorio, potrebbero essere affrontati anche ambiti in parte trascurati del sistema, così come sarebbe necessario selezionare gli strumenti in funzione degli obiettivi che si intende perseguire a livello collettivo. Ad esempio, margini di miglioramento sono ancora molto evidenti in un ambito come quello della mortalità infantile (di cui si parla poco, anche in un momento in cui invece si discute diffusamente e quotidianamente di crisi della natalità), oppure in quello della "mortalità evitabile";

Nel primo caso appare sconcertante la distanza che separa Livorno, dove la mortalità infantile è pari a 6 decessi per 10.000 nati vivi, da Agrigento, il cui indicatore è più di dieci volte maggiore (69 decessi ogni 10.000 nati vivi). Il dato nazionale è di 26 decessi ogni 10.000 nati vivi).

O ancora nel secondo caso, dove l'indicatore – che misura i decessi di persone di 0-74 anni la cui causa di morte è identificata come trattabile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, che include la prevenzione secondaria e i trattamenti) o prevenibile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica) – è di 13 casi ogni 10.000 residenti per quanto riguarda Treviso, mentre sale a 23 casi nella provincia di Napoli (17 casi sul totale nazionale).

Orientando l'impegno sul rafforzamento della filiera, delle sue componenti e ancora considerando i numeri del Terzo Settore attivo nel sociale:

8. occorrerebbe agire su fenomeni di povertà, marginalità e indigenza utilizzando queste strutture per contenere le ricadute in termini di salute e di rinuncia alle cure che le condizioni di disagio economico e sociale tendono ad amplificare.

Infine, occorrerebbe sviluppare la collaborazione fra pubblico, privato e Terzo Settore nel campo della salute e dell'assistenza:

9. la collaborazione deve passare per una condivisione chiara e trasparente dei contributi e delle ricadute che le decisioni prese all'interno di ognuna delle tre categorie di soggetti possono procurare all'esterno, sia ai cittadini, naturalmente, ma anche agli altri protagonisti di quello che per complessità ha assunto la dimensione di un ecosistema.

Il termine "ecosistema", al di là dell'uso frequente fino all'abuso che se ne sta facendo in questi anni, trova una sua legittimità non solo dal fatto che la salute è un fattore interconnesso con altri fattori che condizionano il futuro della collettività intesa come "comunità in vita e in buona salute", ma anche dal fatto che è il fattore da cui dipende anche la nostra capacità di gestire il condizionamento di eventi o fenomeni esterni e non facilmente controllabili una volta che si sono manifestati (il contesto che scaturisce dall'azione di fattori economici, climatici, ambientali).

Riuscire a far convergere i tanti soggetti oggi presenti lungo la filiera su obiettivi collettivi e di lungo periodo resta, in sostanza, l'approccio essenziale da adottare, nella consapevolezza che nessuno dei soggetti è portatore esclusivo della soluzione alla complessità della realtà attuale e di quella che prevedibilmente si concretizzerà nei prossimi anni.



$\left\{ \frac{i}{d} \right\}$
italiadecide

in collaborazione con

INTESA  SANPAOLO