

C.R.E.A. Sanità
Centro per la Ricerca Economica Applicata in
Sanità

XVI Rapporto Sanità

- Roma, 27 gennaio 2020 -
Webinar

RASSEGNA STAMPA

1. 27 Gennaio 2021 **Quotidianosanita**
http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=91900
2. 27 Gennaio 2021 **Panorama della Sanità**
<https://www.panoramasanita.it/2021/01/27/crescenti-disuguaglianze-di-spesa-sanitaria>
3. 27 Gennaio 2021 **SANITASK**
<http://sanitask.it/16-rapporto-crea-sanita-oltre-lemergenza-una-nuova-vision-del-ssn-ID409.html>
4. 1 Febbraio 2021 **Policy and Procurement in Healcare**
<https://www.pphc.it/rapporto-sanita-crea-dallo-stato-di-salute-del-paese-alle-strategie-per-cogliere-le-nuove-opportunita/>
5. 27 Gennaio 2021 **Redattore Sociale**
https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/rapporto_crea_disagio_economico_per_consumi_sanitari_privati
6. 27 Gennaio 2021 **Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome**
<http://www.regioni.it/sanita/2021/01/27/crea-vi-rapporto-sanita-27-01-2021-627315/>
7. 27 Gennaio 2021 **OMCEO**
<https://www1.ordinemediciroma.it/newsletter-dire/27303-rapporto-crea-italia-spende-per-la-sanita-il-35-in-meno-rispetto-a-paesi-ue.html>

8. 27 Gennaio 2021 **Sanità Formazione**
<https://www.sanitainformazione.it/lavoro/rapporto-crea-sanita-spandonaro-dopo-il-covid-passare-dalla-resilienza-alla-flessibilita/>
9. 27 Gennaio **OMAR**
<https://www.osservatoriomalattierare.it/news/attualita/16942-sanita-oltre-l-emergenza-verso-una-nuova-vision-del-nostro-ssn>
10. 29 Gennaio 2021 **REDAZIONE NURSE TIMES**
<https://www.nursetimes.org/la-dinamica-delle-professioni-sanitarie-secondo-il-rapporto-crea-2021/113152>
11. 28 Gennaio 2021 **Ufficio Statistico Regione Puglia**
<https://www.regione.puglia.it/web/ufficio-statistico/-/crea%C2%A0sanit%C3%A0.-rapporto-sanit%C3%A0-giunto-nel-2020>
12. 27 Gennaio 2021 **ARIS – Associazione Religiosa Istituti Socio - Sanitari**
<https://www.arisassociazione.it/download/category/16-news-ufficio-stampa.html>
13. 25 Gennaio 2021 **AGENZIA OMNIAPRESS**
<http://www.agenziaomniapress.com/2021/01/rapporto-crea-sanita-cosa-fare-per.html>
14. 27 Gennaio 2021 **Panorama Sanità**
https://www.panoramasanita.it/?wysija-page=1&controller=email&action=view&email_id=1361&wysijap=subscriptions-2&user_id=1200
15. 28 Gennaio 2021 **Facebook**
https://www.facebook.com/permalink.php?id=307545583181253&story_fbid=787054398563700
16. 27 Gennaio 2021 **Help Consumatori**
<https://www.helpconsumatori.it/eventi/xvi-rapporto-sanita/>
17. 27 Gennaio 2021 **Sanità Informazione**
18. 27 Gennaio 2021 **Quotidianosanità**
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?approfondimento_id=15720

19. 3 Febbraio 2021 **Quotidianosanità**

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=92122

20. 4 Febbraio 2021 **Wired**

https://www.wired.it/economia/lavoro/2021/02/04/vaccini-covid-19-arcuri-infermieri-bando/?refresh_ce=

1. Quotidianosanità

Crea-Tor Vergata: “La pandemia ha reso palese la mancanza di *vision* del sistema salute italiano e la sua incapacità di rinnovarsi. Non sprecare il Recovery ma serve un approccio *bottom-up*”

di Ester Maragò

Presentato oggi il 16° Rapporto Sanità del Crea. Sul fronte della spesa sanitaria (dati ante pandemia) si conferma il gap con gli altri Paesi dell'Europa occidentale rispetto ai quali spendiamo il 35,1% in meno, percentuale che sale al 40,2% considerando la sola spesa pubblica. Per i ricercatori guidati da Federico Spandonaro ora è il momento di guardare finalmente oltre e attuare tutte quelle riforme che da troppi anni sono in stallo. EXECUTIVE SUMMARY

27 GEN - Una quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria sempre più ridotta, al punto di risultare inferiore a quella dei Paesi dell'Europa dell'Est (al 74,1% in Italia; al 74,5% nei Paesi Eu-Post 1995; all'80,5% in tutti i Paesi Eu). Una sanità per la quale si spende il 35,1% in meno (percentuale che sale al 40,2% se consideriamo la sola spesa sanitaria pubblica) rispetto ai Paesi dell'Europa occidentale e con un gap in crescita. Un disavanzo del Ssn che negli ultimi 3 anni ha ricominciato a crescere, anche se di poco, assestandosi attorno al miliardi di euro e che, soprattutto esploderebbe se non fosse compensato da circa 4 miliardi di euro di compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini. E ancora, c'è un problema di equità (nel 2018, sono 3,1 milioni le famiglie che hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie per motivi economici, e di queste 819.482 le hanno annullate del tutto) e sono molte le criticità che investono il personale sanitario: il deficit di personale, solo parzialmente compensato con il ricorso ad assunzioni a tempo indeterminato, continua a concentrarsi soprattutto negli infermieri e nell'assistenza extra-ospedaliera, che peraltro stenta ancora a decollare. I medici, sempre più anziani, pagano invece la carenza di alcune specializzazioni. Eppure l'Italia, nonostante la stretta ai cordoni della borsa, le differenze di spesa rilevanti tra le diverse Regioni (soprattutto sul fronte del contributo della spesa privata delle famiglie), e tante altre criticità, secondo l'indice composito di Salute e Benessere sviluppato da ASviS si posiziona al settimo posto in Europa. Tradotto, nonostante le scarse risorse, l'outcome di salute prodotto nel nostro Paese è relativamente alto, dimostrando un utilizzo complessivamente efficace ed efficiente delle risorse. È questa in estrema sintesi la fotografia scattata dal **Rapporto Sanità del Crea “Oltre l'emergenza: verso una ‘nuova’ vision del nostro Ssn”** curato da **Federico Spandonaro, Daniela d'Angela e Barbara Polistena** del Dipartimento di Economia e Finanza dell'Università Tor Vergata di Roma.

Il Rapporto, alla sua sedicesima edizione, analizza i consuntivi relativi al 2019, quindi epoca pre-Covid, ma anche i primi effetti della pandemia sebbene, avvertono gli analisti, “con dati provvisori, (molto) parziali e, quindi, soggetti a modificarsi o smentirsi nel prosieguo”.

E proprio l'emergenza Covid 19 ha spinto i ricercatori a lanciare la loro proposta, per andare verso una “nuova” vision del Ssn. Anche perché la gestione della pandemia, messa in atto in questi mesi, ha incassato non poche bacchettate: “La mancanza di piani operativi, opportunamente predisposti per fronteggiare eventuali crisi pandemiche, può essere annoverata fra le mancanze di vision – sottolineano Spandonaro, d'Angela e Polistena nel Rapporto – pur ribadendo che ogni attenuante va applicata per le modalità e l'intensità di evoluzione della pandemia, dobbiamo registrare che il sistema ospedaliero italiano aveva già dato segni, più o meno ogni anno, di stress a fronte delle ricorrenti influenze stagionali. Ma questo segnale è stato sottovalutato, se non ignorato, probabilmente perché è mancata una reale consapevolezza che sarebbero state possibili emergenze in scala maggiore”.

La politica sanitaria nazionale per gli analisti del Crea è rimasta sorda e indifferente ai moniti lanciati in passato a partire dai rischi della deospedalizzazione. C'è stata poi una carenza di “strumenti di monitoraggio capaci di intercettare eventuali problematicità, quali il rischio di saturazione dell'offerta”. E l'assenza di vision, avvertono, è anche alla base del “rischio di cadere ora nell'errore opposto: ovvero aumentare a dismisura la capacità produttiva, con il doppio effetto di oberare il sistema di futuri oneri impropri e anche di non risolvere davvero il problema”.

Un esempio di grande attualità è l'incremento dei posti letto di terapia intensiva, “evidentemente ineludibile in fase emergenziale, ma che rischia di trasformarsi in un boomerang, nella misura in cui il loro raddoppio implica, in condizioni di ritorno alla normalità, di avere un dimezzamento dei tassi di occupazione, che in fase pre-Covid erano già, non altissimi (meno del 50%, dai dati disponibili). In prospettiva possiamo paventare due scenari – aggiungono – o i posti letto saranno “dotati” degli organici e di tutte le risorse accessorie necessarie per renderli operativi al 100%, generando un onere difficilmente sostenibile nel medio-lungo periodo, o (come temiamo probabile) con il passare del tempo, per ridurre i costi, saranno tagliate le risorse, lasciando in essere le sole infrastrutture tecnologiche, con il risultato finale che al bisogno non avremo letti davvero attivabili in modo tempestivo. Un po' come comprare degli spazzaneve in città dove nevica una volta ogni 20 anni, per poi scoprire che quando servono non partono, perché sono stati fermi troppi anni”. **Tra le azioni rimaste meramente sulla carta, c'è anche quella del potenziamento dell'assistenza primaria.** “Andrebbe sviluppata – suggeriscono – una riflessione sul tema del rapporto fra Ospedale e Territorio, prendendo atto che, come l'esperienza che stiamo vivendo sembra indicare, non ha più senso pensare alle due categorie in termini alternativi e quasi conflittuali, neppure in termini gerarchici. Sembra, però, quanto meno doveroso provare a immaginare un sistema in cui, rinunciando ad alcuni ideologismi, si riconosce all'ospedale la sua funzione di polo di attrazione di fatto, intorno al quale si sviluppano (o dovrebbero svilupparsi) servizi di ricovero, ma anche di prevenzione, diagnosi, assistenza domiciliare; semplificando, un sistema di offerta integrato, in cui territorio e ospedale siano un tutt'uno che si concentra sulla soddisfazione dei bisogni dei pazienti”. E questo schema implica il ripensamento delle funzioni, se non addirittura della utilità dei Distretti ai quali andrebbe realmente attribuita la pianificazione e programmazione dell'offerta. **C'è poi il nodo della “frattura carsica” che si è generata nel sistema, fra chi vuole superare il rapporto convenzionale dei Mmg e Pls e chi vuole mantenerla.** “Probabilmente il tema della dipendenza/convenzione è mal posto – sottolineano gli esperti del Crea – se il tema è il ‘controllo’ si fa fatica a capire perché un dipendente debba essere più governabile di un professionista convenzionato (i dubbi che sia più condizionabile sono più che leciti, vista la difficoltà di licenziamento); se il tema è che le differenze di trattamento fra dipendenti e convenzionati sono ingiustificate, ha ovviamente un senso, e ne vanno valutate le possibilità di superamento; se il tema è ideologico, allora va approfondito seriamente che significhi e che valore normativo abbia la questione del rapporto fiduciario. Quello che pare certo – proseguono – è che non sia accettabile un sistema in cui non c'è rapporto fra la funzione della medicina di base e gli altri setting. Il tema non è solo, e non tanto, l'aggregazione dei professionisti, quanto la loro integrazione con gli altri servizi”. E questo discorso vale in prospettiva anche per gli infermieri “che possano avere una funzione essenziale per lo sviluppo del territorio non c'è dubbio: ma non è chiaro come si deve esplicitare”. **Tirando le somme per il Crea bisogna uscire dalla logica top-down**, ossia dalla mera ripartizione dei Fondi su capitoli di spesa (una politica che storicamente si è dimostrata inefficace ed inefficiente), per sviluppare un algoritmo trasparente che misuri il rendimento atteso delle progettualità (per il Ssn e per il Paese). E in base a questo, dare priorità a tutti i progetti che riguardano le aree strategiche, quindi assistenza primaria, digitalizzazione, ammodernamento infrastrutturale, ma anche e soprattutto la ricerca. Progetti che potranno essere trasparentemente raccolti “promuovendo bottom-up una gara di idee”. Un approccio, proseguono gli analisti, che consentirebbe di innescare un processo virtuoso consolidando così la vision di sistema, indirizzando la programmazione e limitando il rischio di logiche a silos e sprechi: “Tutte condizioni davvero essenziali per non sprecare l'opportunità, forse irripetibile, che si è generata a seguito della pandemia”.

“Non possiamo permetterci di commettere l’errore di investire per mantenere l’esistente o tentare di recuperare ritardi su politiche ormai obsolete alla luce della dirompente innovazione che caratterizza il settore – concludono Spandonaro, d’Angela e Polistena – è, invece, necessario creare le condizioni per la transizione verso un nuovo e innovativo modello di servizio sanitario: un modello che risulti efficace ed efficiente anche fra 10 o più anni. Per investire in modo oculato – aggiungono – è necessario avere una vision ben strutturata, che può definirsi solo con un apporto corale di idee, abbandonando un diffuso conformismo che si nasconde dietro slogan a volte ondivaghi e spesso non supportati da evidenza scientifica; ci vuole anche piena consapevolezza sul fatto che la programmazione delle azioni deve essere ‘ancorata’ alla vision di sistema”.

2. Crescenti disuguaglianze di spesa sanitaria

27/01/2021 in [News](#)



Presentati i risultati della XVI edizione del progetto “Rapporto Sanità” del Crea Sanità.

Permangono differenze di spesa rilevanti tra le diverse Regioni, anche standardizzandola in base ai diversi bisogni delle popolazioni; se la spesa pubblica comporta disuguaglianze modeste (con esclusione di alcune Regioni e Province a statuto speciale che hanno livelli di spesa pubblica decisamente maggiori della

media), di contro il contributo della spesa privata delle famiglie è estremamente diversificato: fra le Regioni agli estremi il gap è di 544,1 euro, e genera una disuguaglianza pari al 33,6% della spesa sanitaria media. È quanto emerge dalla XVI edizione del progetto “Rapporto Sanità” presentato questa mattina in modalità online da Crea Sanità. In merito alle disuguaglianze Il Crea evidenzia come malgrado la natura universalistica ed egalitaria del Ssn, nei fatti le differenti possibilità di spesa delle popolazioni regionali continuano a comportare una disuguaglianza nelle opportunità di tutela sanitaria.

La spesa sanitaria

In Italia si spende per la Sanità il 35,1% in meno rispetto ai Paesi dell'Europa occidentale ed il gap continua a crescere: nell'ultimo anno si è registrata una ulteriore riduzione dell'1,5% rispetto al 2018; rispetto al 2000 la forbice si è allargata del 13,6%. Il gap della spesa pubblica risulta ancora più consistente, essendo arrivato a superare il 40% (-40,2%). Di contro, sul fronte della spesa privata, il gap risulta contenuto (-13,7%) e sostanzialmente allineato al differenziale di reddito nei vari Paesi.

3. 16 Rapporto Crea Sanità: Oltre l'emergenza, una "nuova" vision del SSN

27 Gennaio 2021 Corrado De Rossi Re

L'emergenza COVID-19 ha inevitabilmente creato consapevolezza su alcuni pregi, ma anche su alcuni significativi limiti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): limiti, peraltro, noti da tempo e persistenti a causa del fallimento di alcune azioni rimaste meramente sulla carta, quale quella del potenziamento dell'assistenza primaria. "Non si può pensare che l'inerzia delle politiche sanitarie sia casuale" recita il Rapporto "è, piuttosto, ascrivibile ad una mancanza di vision; ed in mancanza di visione prospettica si determina il rischio di rimanere sempre schiavi di una gestione del settore sanitario in "continua emergenza", con costi economici e umani che si sono dimostrati significativi. Il momento, per il SSN italiano, è topico; prima di tutto per effetto del probabile arrivo di ingenti risorse: senza una chiara progettualità, e un adeguato orizzonte temporale, il rischio immediato e concreto è quello di sprecare le risorse in investimenti inutili; e, in definitiva, di provocare il "suicidio" del SSN. Non possiamo permetterci di commettere l'errore di investire per mantenere l'esistente o tentare di recuperare ritardi su politiche ormai obsolete alla luce della dirompente innovazione che caratterizza il settore; è, invece, necessario creare le condizioni per la transizione verso un nuovo e innovativo modello di servizio sanitario: un modello che risulti efficace ed efficiente anche fra 10 o più anni. Non si può neppure equivocare sul significato del termine investimento; un mero impegno di risorse in conto capitale non rappresenta di per sé un reale "investimento"; un investimento è tale se permette di sviluppare progettualità capaci di generare un "rendimento" al SSN, e a tutto il sistema Paese: in termini di salute, produttività ed efficienza; il "rendimento" è, altresì, condizione necessaria affinché il debito che si creerà possa essere onorato in futuro senza gravare ulteriormente sulle prossime generazioni. Per investire in modo oculato è, allora, necessario avere una vision ben strutturata, che può definirsi solo con un apporto corale di idee, abbandonando un diffuso conformismo che si nasconde dietro slogan a volte ondivaghi e spesso non supportati da evidenza scientifica; ci vuole anche piena consapevolezza sul fatto che la programmazione delle azioni deve essere "ancorata" alla vision di sistema. Anche se i tempi oramai stringono, C.R.E.A. Sanità propone che si abbia il coraggio di uscire dalla logica top-down, ovvero da quella della mera ripartizione dei Fondi su capitoli di spesa (che storicamente si è dimostrata politica inefficace ed inefficiente); che si sviluppi, invece, un algoritmo trasparente per misurare il rendimento atteso (per il SSN e per il Paese) delle progettualità; sulla base di questo, vengano prioritizzati tutti i progetti (appartenenti alle aree strategiche quali l'Assistenza primaria, la digitalizzazione, l'ammodernamento infrastrutturale, ma anche e soprattutto la ricerca, e non solo di queste) che potranno essere trasparentemente raccolti promuovendo bottom-up una gara di idee".

4. Rapporto Sanità CREA: dallo stato di salute del Paese alle strategie per cogliere le nuove opportunità

Carlo M. Buonamico | 1 Febbraio 2021



Non poteva che guardare al futuro il **XVI Rapporto Sanità del CREA** (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) presentato lo scorso 27 gennaio. E non poteva che intitolarsi “**Oltre l'emergenza: verso una 'nuova' vision del nostro SSN**”. Di fatto, dopo la presentazione dei principali risultati che fotografano lo stato di salute del nostro Paese relazionate dagli autori della ricerca, la discussione tra gli stakeholder che hanno partecipato alla tavola rotonda si è concentrata sulle strategie da definire perché la sanità italiana possa uscire dalla crisi e trovare un nuovo equilibrio che lasci per sempre alle spalle le numerose criticità progettuali e organizzative del passato. E così *Recovery Fund* e *Recovery Plan* sono state le parole più frequentate dai relatori. Che le hanno declinate ciascuno secondo il proprio ruolo e la propria sensibilità. Non senza evidenziare, alla fine, molteplici punti in comune.

Che la “la pandemia sia diventata una cesura storica per tutto il SSN non c'è dubbio”, ha detto **Luigi Bertinato, responsabile segreteria scientifica del Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità**. Così come non si discute sul fatto che “abbiamo un'opportunità da cogliere, cioè che la politica sanitaria rientra a pieno titolo nella politica economica del nostro Paese”, ha aggiunto il **presidente del CREA Sanità Federico Spandonaro**, ricordando però una cosa fondamentale. Che il “SSN continua ad essere autoreferenziale” e che il concetto di “paziente al centro è un'idea che resta confinata ai convegni e non trova riscontro reale nella pratica clinica e nell'organizzazione sanitaria”.

In effetti, “il Recovery Plan non riporta indicazioni precise sul tema della centralità del paziente, che abbiamo visto essere il punto critico di tutta l'assistenza sanitaria. E nemmeno fa menzione a

quale regia sia necessario attivare per rendere realtà vera le cure domiciliari”, ha evidenziato **Rossana Boldi, vicepresidente della XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati.**

Se *patient centricity* deve essere, il centro delle politiche sanitarie ed economiche a sostegno della Sanità pubblica deve essere il territorio. La sanità di prossimità, come va di moda chiamarla oggi. Quell’insieme di sostegni sociali e sanitari che un tempo vedevano protagonisti il medico condotto, il farmacista e quanti svolgevano mansioni infermieristiche. Naturalmente i tempi sono cambiati, ma i cittadini vivono sempre sul territorio, con la differenza che il loro bisogno di cure aumenta dato l’allungamento dell’aspettativa di vita, che porta con sé l’incremento dell’incidenza delle malattie croniche. E allora che fare per potenziare veramente e una volta per tutte questo territorio? Secondo Bertinato, “assistenza domiciliare e ICT rappresentano alcune delle principali leve strategiche su cui investire per la ripresa del Paese e della Sanità”. Un’affermazione che vede concorde il **segretario della XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati, Fabiola Bologna.** La quale, però, precisa “che ciò deve andare molto oltre l’assistenza domiciliare integrata”. E che “bisogna avere una visione olistica della situazione. Considerare tutte le figure professionali e i servizi che esse possono offrire in ambito sanitario e sociale. Valorizzandole rispetto alle proprie peculiarità attraverso adeguati incentivi”, andando verso l’ottimizzazione dell’*outcome* dell’assistenza. Allineato sul fattore umano anche **Andrea Mandelli, presidente FOFI e componente della V Commissione (Bilancio, Tesoro e Programmazione) della Camera dei Deputati,** che ha rimarcato come “una delle leva su cui agire per rendere più efficiente tutto il sistema è proprio quella di arrivare ad avere una vera integrazione strutturale e operativa dei professionisti della salute, quali infermieri, medici e farmacisti”.

Ma i problemi (e le soluzioni) a un SSN che per alcuni aspetti ha retto lo “scossone pandemia”, ma per altri ha fatto acqua, non riguardano solo la questione della salute territoriale. Molto del futuro del SSN, hanno evidenziato gli esperti, sarà determinato da come saremo in grado di spendere i fondi UE che tutti auspicano potremo ricevere attraverso il *Recovery Fund*. E da quale sarà la *governance* della sanità futura. “La domanda vera, che da più parti ci facciamo e a cui si deve dare risposta rapidamente è ‘come dovremo spendere il *Recovery Fund*?’”, ha detto Rossana Boldi. Un aspetto questo, non secondario e non ancora risolto dalla politica. Le ha fatto eco l’**assessore al Finanziamento del SSR della Regione Campania Ettore Cinque:** “Rispetto ai fondi UE in arrivo, non si tratta di finanziare di più, ma di fare scelte oculate e flessibili. Bisogna evitare che le spese in conto capitale di oggi si trasformino unicamente in un debito per le generazioni future. Per non sbagliare nella scelta delle attività da finanziare con i fondi UE, si deve partire dai diritti dei cittadini in termini di salute”. Anche perché, ha ricordato Mandelli, “sono a fondo perduto solo 84 miliardi dei 209 previsti dal *Recovery Fund*, mentre gli altri andranno restituiti”. Ciò che occorre, quindi è pensare a investimenti che possano dare un ritorno concreto che permetta di ripagare il debito che stiamo contraendo con l’Europa. In soldoni, vuol dire che dobbiamo investire sulla sanità del territorio con l’obiettivo di generare più efficienza e quindi

risparmi diretti e indiretti. Perché “una strategia differente sarà certamente fallimentare”, ha aggiunto tranchant Mandelli.

Tra le idee messe sul piatto per evitare che l’Italia “benefici” delle “idee e dei progetti vecchi di 10 anni presenti nella prima relazione del ministro della Salute Roberto Speranza” relativa al *Recovery Fund*, secondo Boldi c’è la ricerca scientifica e il trasferimento dei suoi risultati nella produzione industriale, perché “si generi sviluppo e ricchezza per il Paese”, ha aggiunto Bologna.

Ma non è tutto. Se alcune buone idee mancano, e vanno trovate, altrettanto bisogna trovare la quadra per a livello di *governance*. In linea generale, ha dichiarato Cinque: “La *vision* che deve permeare il *Recovery Plan* è trovare una giusta sintesi per la questione sul rapporto Stato-Regioni e sul divario territoriale che interessa il nostro SSN e che si manifesta in una mobilità sanitaria interregionale in continuo aumento”. Ma allora quale possibile soluzione? Forse una maggiore centralizzazione della sanità? “Certamente la definizione centralizzata di linee guida e livelli minimi organizzativi entro cui le Regioni devono muoversi è fondamentale”, ha continuato Cinque. Che però ha avvertito: “Ciò non deve significare che i problemi siano giustificati da un errato uso dell’autonomia gestionale da parte delle Regioni. Non dimentichiamoci che se non ci fosse stata l’autonomia, la pandemia avrebbe avuto probabilmente un esito diverso. Così come è importante evitare che, in assenza di una reale presenza dello Stato centrale, si verifichino derive regionali in ordine sparso”.

Dichiarazioni dirette che altrettanto schiettamente hanno trovato un contraltare da parte del **segretario generale Cittadinanzattiva Antonio Gaudio**, che ha detto: “Dobbiamo smettere di contrapporre regionalismo a centralismo. Il tema da affrontare è quello della responsabilità. Non è più possibile accettare che il decisore politico non prenda su di sé la responsabilità delle scelte. Un sistema federale che funzioni deve prevedere che dove si verifica un problema a un determinato livello si debba intervenire e sostituire chi o cosa determina il malfunzionamento. Viceversa, le realtà regionali virtuose devono essere messe in condizione di continuare a esserlo. Dobbiamo poi intervenire in modo imprescindibile su tutte le risorse del SSN, perché tutti coloro che lavorano per il SSN, in modo diretto o convenzionato, siano considerati parte di esso. L’*outcome* di salute prodotto dalle varie realtà deve essere l’unico parametro di valutazione dell’operato nei confronti dei cittadini”.

5. Redattore Sociale

Sanità, Rapporto Crea: disagio economico per i consumi sanitari privati

27 gennaio 2021 ore: 14:41

"Nel 2018 3,1 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie per motivi economici, e di queste 819.482 le hanno annullate del tutto: i due terzi di queste famiglie appartengono....

7. OMCEO

Rapporto Crea: "Italia spende per la sanita' il 35% in meno rispetto a Paesi Ue"

Creato: 27 Gennaio 2021

Roma, 27 gen. - 'In Italia si spende per la sanita' il 35,1% in meno rispetto ai Paesi dell'Europa occidentale e il gap continua a crescere: nell'ultimo anno si e' registrata una ulteriore riduzione dell'1,5% rispetto al 2018; rispetto al 2000 la forbice si e' allargata del 13,6%. Il gap della spesa pubblica risulta ancora piu' consistente, essendo arrivato a superare il 40% (-40,2%)'. È quanto emerge dal XVI Rapporto Sanita' messo a punto dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanita' (C.R.E.A. Sanita'), gia' consorzio dall'Universita' di Roma Tor Vergata e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), con il supporto di alcune aziende. I dati sono stati presentati nel corso di un evento online. 'Di contro, sul fronte della spesa privata- prosegue il Rapporto- il gap risulta contenuto (-13,7%) e sostanzialmente allineato al differenziale di reddito nei vari Paesi'. Malgrado il gap citato, pero', l'indice composito di salute e benessere sviluppato da ASviS (Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile) posiziona l'Italia al settimo posto in Europa: quindi 'pur con risorse scarse l'outcome di salute prodotto in Italia e' relativamente alto, dimostrando un utilizzo complessivamente efficace ed efficiente delle risorse', conclude il Rapporto. MEDICI A TEMPO INDETERMINATO RIDOTTI DEL 2,9% - 'In Italia nel 2017 si registravano 626.576 unita' di personale (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le ASL, le aziende ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS, con una riduzione del 4,1% nel quinquennio; tale riduzione e' pero' parzialmente compensata dal ricorso a forme di contratto flessibile (a tempo determinato e lavoro interinale), che hanno comportato un incremento di 11.501 unita': il gap complessivo si riduce al -2,3%: nel 2017 si contano 638.052 unita', indipendentemente dalle forma contrattuale' spiega ancora il Rapporto. 'Analizzando la dinamica delle professioni sanitarie- prosegue il Rapporto- si osserva come le unita' di personale medico a tempo indeterminato si sono ridotte del -2,9%, con un contestuale aumento del ricorso alle assunzioni a tempo indeterminato, che porta cosi' ad un gap complessivo del -0,6%. Un trend analogo si registra per il personale infermieristico, dove la riduzione delle unita' a tempo indeterminato e' stata pari al -2,7%, ma il contestuale ricorso alle assunzioni flessibili ha ridotto il gap allo -0,4%'. L'Italia e la Spagna rimangono dunque in cima alle graduatorie europee, con '4 medici ogni 1.000 abitanti, precedute solo dalla Germania, che ne registra 4,3; Francia e Inghilterra ne hanno rispettivamente 3,4 e 3. Da considerare anche che in Italia oltre il 50% dei medici ha piu' di 55 anni'. Diversa e' la situazione del personale infermieristico, dove l'Italia si posiziona 'agli ultimi posti, con 6,7 infermieri per 1.000 abitanti, contro i 7,8 del Regno Unito, i 10,8 della Francia e i 13,2 della Germania, seguita solo dalla Spagna che registra un tasso ancora piu' basso, pari a 5,9 ogni 1.000 abitanti'. Volendo adeguare il personale sanitario italiano alla media (sulla popolazione assistita) dei principali Paesi EU (Francia, Germania, Inghilterra e Spagna), si puo' verificare quindi che il personale medico 'risulterebbe in esubero di 18.108 unita'; a meno che non si consideri nel confronto la popolazione over 75: in tal caso si evidenzerebbe un deficit di 24.365 unita''. Per quanto riguarda il personale infermieristico, il Rapporto Crea fa sapere che il deficit 'andrebbe invece da un minimo di 162.972 unita' (nel primo caso) ad un massimo di 272.811, nel secondo. Considerando che, in termini di dotazioni di posti letto, esclusi Francia e Germania che contano rispettivamente 6 e 8 posti letto per 1.000 abitanti, Regno Unito e Spagna hanno una dotazione simile a quella italiana (3,2), rispettivamente di 2,5 e 3,0 posti letto per 1.000 abitanti, si avvalorava quanto peraltro gia' riportato nel 15esimo Rapporto Sanita': ovvero che il deficit di personale sanitario in Italia e' concentrato soprattutto negli

infermieri e nell'assistenza extra-ospedaliera, che peraltro stenta ancora a decollare', conclude il Rapporto. **IN ITALIA FINANZIAMENTO PUBBLICO IN RITIRATA** - 'La quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria in Italia si è, negli anni, progressivamente ridotta, risultando ormai inferiore a quella dei Paesi dell'Europa dell'Est (EU-Post 1995). Il settore pubblico, pur rimanendo la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria, in tutti i Paesi EU, nei Paesi definiti EU-Ante 1995 (Europa occidentale) fa fronte in media all'80,5% della spesa sanitaria corrente, mentre in Italia e nei Paesi dell'Est rispettivamente al 74,1% e al 74,5%'. È quanto riporta ancora il XVI Rapporto Sanita' messo a punto dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanita'. **CRESCERE DISUGUAGLIANZA SPESA TRA REGIONI** - 'Permangono differenze di spesa rilevanti tra le diverse Regioni- dice ancora il Rapporto- anche standardizzandola in base ai diversi bisogni delle popolazioni; se la spesa pubblica comporta disuguaglianze modeste (con esclusione di alcune Regioni e Province a statuto speciale che hanno livelli di spesa pubblica decisamente maggiori della media), di contro il contributo della spesa privata delle famiglie è estremamente diversificato: fra le Regioni agli estremi il gap è di 544,1 euro e genera una disuguaglianza pari al 33,6% della spesa sanitaria media'. Malgrado la natura universalistica ed egalitaria del Servizio sanitario nazionale- prosegue il Rapporto- nei fatti le differenti possibilità di spesa delle popolazioni regionali continuano a comportare una disuguaglianza nelle opportunità di tutela sanitaria'. **DISAVANZO SSN DI NUOVO IN CRESCITA** - 'Il disavanzo del Servizio sanitario nazionale, che si era ridotto in maniera consistente negli ultimi 15 anni, negli ultimi 3 anni ha ricominciato a crescere, malgrado una lieve flessione fra il 2019 e il 2018. Il risultato di esercizio complessivo è attualmente negativo per 1,1 mld di euro, ovvero un mero 0,9% del finanziamento, ma in aumento del 18,3% rispetto al 2014'. Sono sempre dati contenuti nel XVI Rapporto Sanita' messo a punto dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanita' (C.R.E.A. Sanita'). 'L'equilibrio finanziario- prosegue il Rapporto- poggia, peraltro, su un consistente 'contributo' delle compartecipazioni: in assenza di queste (che comprendono anche quelle sul differenziale rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti) rimarrebbe un deficit di 5,7 mld di euro. L'incidenza delle compartecipazioni, da parte sua, pone un problema equitativo: infatti è maggiore nel sud che nel nord (quindi in modo inverso alle possibilità economiche), con l'aggravante'- conclude il Rapporto- che nel sud si concentra su un numero minore di cittadini non esenti'. **EQUITÀ PROBLEMA IRRISOLTO E IN CRESCITA** - 'Nel 2018- si legge ancora- il 77,6% (circa 20 milioni di nuclei) delle famiglie italiane ha fatto fronte a spese per consumi sanitari, contro il 61,8% del 2014 (sebbene con una variabilità importante a livello regionale)'. 'La spesa media 'effettiva' privata per consumi sanitari- prosegue il Rapporto- risulta di 1.850,5 euro, con un incremento medio del +9,4% rispetto al 2014. La crescita della spesa è del +15,6% e +15,5% nei primi due quintili di consumo (famiglie meno abbienti), e del +12,1% e +3,5% degli ultimi due (famiglie più abbienti)'. Il gap di spesa sanitaria fra primo e ultimo quintile, nell'ultimo quinquennio, si è quindi 'ridotto passando da 3,9 a 3,5 volte- fa sapere ancora il Rapporto- ma per effetto di un maggiore onere che pesa sulle famiglie meno abbienti [. Per confronto, nel caso dell'Istruzione, la spesa nei primi due quintili si è invece ridotta (-5,2% e -22,3% rispettivamente) ed è aumentata quella negli ultimi due (+20,4% e +38,7% rispettivamente)'. Nel caso dei trasporti si è 'ridotta per le famiglie del I quintile (-7,5%) ed è cresciuta progressivamente in tutti gli altri. In altri termini, mentre per i trasporti si osserva un andamento 'protettivo' almeno verso le fasce più deboli, in sanita' è evidente che è in atto un processo iniquo, con un aggravamento della spesa dei meno abbienti'. Iniquità che si ritrova, anche se in forma diversa, nell'istruzione, dove è probabile che i dati indichino una tendenza al 'drop out' da parte delle famiglie più abbienti, che spendono molto più delle altre per l'istruzione dei figli', conclude il Rapporto Crea.

DISAGIO ECONOMICO PER CONSUMI SANITARI PRIVATI - 'Nel 2018 3,1 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie per motivi economici, e di queste 819.482 le hanno annullate del tutto: i due terzi di queste famiglie appartengono ai quintili di minor consumo' dice ancora il XVI Rapporto Sanita' messo a punto dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanita' (C.R.E.A. Sanita'), gia' consorzio dall'Universita' di Roma Tor Vergata e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), con il supporto di alcune aziende. 'Rispetto all'anno precedente- prosegue il Rapporto- il fenomeno delle 'limitazioni' ha coinvolto 1,1 milioni di famiglie in meno, e quello delle 'rinunce' circa 300mila in meno'. Se nel 2014 il fenomeno coinvolgeva l'11,5% e il 5,3% delle famiglie del I e II quintile rispettivamente- fa sapere ancora il Rapporto- nel 2018 tali valori si sono ridotti rispettivamente all'8,2% e al 3,6%. Malgrado cio', il disagio economico per le spese sanitarie, combinazione di impoverimento per consumi sanitari e 'nuove' rinunce per motivi economici, rimane significativamente superiore nel sud del Paese (8,3% a fronte del 7,9% dell'anno precedente); segue il centro (5,9% a fronte del 6,4% del 2016) e il nord (4,1% a fronte del 3,5% del 2016)'. Inoltre, a fronte della diminuzione delle 'rinunce', aumenta l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento delle famiglie per spese sanitarie: 'Sono 449.939 (11.429 in piu' rispetto all'anno precedente) i nuclei familiari impoveritisi (1,74% dei residenti e 2,2% di quelli che sostengono spese sanitarie). Rispetto al 2014 la sua incidenza e' passata dal 2,0% al 2,2%. Il fenomeno coinvolge le famiglie dei quintili piu' bassi (I e II), ma inizia ad interessare, pur se in minima parte, anche quelle del III quintile. 'Le famiglie residenti nel Mezzogiorno- si legge nel Rapporto Crea- continuano ad essere le piu' colpite: 3,3% (0,1 punti percentuale in piu' rispetto al 2017 e 0,3 rispetto al 2014), contro l'1,4% di quelle del centro (0,3 punti percentuali in piu' rispetto al 2017), l'1,0% di quelle del nord-est (invariato rispetto all'anno precedente) e lo 0,8% di quelle del nord-ovest (0,2 p.p. in piu' rispetto al 2017)'. Applicando quindi soglie di poverta' relativa regionali, la misura del fenomeno dell'impoverimento registra '610.396 famiglie impoverite (2,4% delle famiglie), ovvero circa 160mila famiglie in piu' rispetto alla metodologia 'standard'. Aumenta infine l'incidenza nelle realta' del nord e si riduce in quelle del sud. 'Il picco di incidenza, pari al 2,2% si registra pero' sempre al sud; segue il centro con l'1,3% e poi il nord con l'1,2% in media', chiosa il Rapporto.

8. Rapporto CREA Sanità, Spandonaro: «Dopo il Covid passare dalla resilienza alla flessibilità»

Presentato il 16mo Rapporto Sanità da CREA e Tor Vergata: «Pronti per la prossima pandemia? É come comprare gli spazzaneve a Roma». E sul Recovery Plan: «Sembra un piano di rifinanziamento più che un nuovo modello di SSN»

di Tommaso Caldarelli



“Oltre l’emergenza, verso una ‘nuova’ visione del nostro SSN” è il titolo dell’evento con cui CREA Sanità e Università di Roma-Tor Vergata hanno presentato, in modalità rigidamente online, il 16mo **Rapporto Sanità**. Un documento strategico che da più di un decennio contribuisce a plasmare le scelte di policy in campo sanitario e che quest’anno si è concentrato, prevedibilmente, sullo stato del Sistema Sanitario Italiano a cavallo dell’emergenza Covid. Le relazioni introduttive sono state curate da Barbara Polistena, responsabile scientifico CREA Sanità, e dal professor Federico Spandonaro, docente titolare dei corsi di laurea in economia sanitaria e presidente del comitato scientifico di CREA Sanità.

Coronavirus, mancano dati certi

«Il coronavirus ha messo a dura prova il sistema sanitario italiano, ma in tutta sincerità anche i soldi del Recovery Fund rischiano di metterlo a dura prova», ha detto Spandonaro nella sua relazione-fiume: «E c’è da dire che nella composizione del Rapporto ci siamo trovati piuttosto in difficoltà, visto che, problema atavico del nostro Paese, **non abbiamo dati a sufficienza e non abbiamo dati di qualità**. Ci troviamo a ragionare, a cercare di trarre un bilancio sull’esperienza pandemica senza numeri certi. E senza i dati che ci servono si cade spesso nell’opinionismo».

SSN sottofinanziato? «Le terapie intensive erano piene al 48%»

La relazione al 16mo Rapporto Sanità si occupa innanzitutto di sfatare alcuni luoghi comuni: «Si dice che il Servizio Sanitario Nazionale si sia comportato al meglio durante i giorni della pandemia – ha continuato Spandonaro – ma ci **dimentichiamo le file ai drive-in e che l’Italia ha il tasso di letalità più alto del mondo**. Quando si presenta questa osservazione si sente dire che questo dipende dall’età media della popolazione italiana, piuttosto alta; tuttavia andando a standardizzare questo dato salta fuori che questa spiegazione risolve poco se non nulla».

«Si sente inoltre dire – ha continuato il docente – che il Servizio Sanitario Nazionale sarebbe sottofinanziato. Questo è possibile sostenerlo, in astratto; tuttavia siamo costretti a ricordare che prima della fase pandemica le terapie intensive erano al tasso di riempimento al 48%. **Nessuno avrebbe potuto sostenere che c'era bisogno di maggior finanziamento**».

Resilienza o flessibilità?

La questione che il presidente del comitato scientifico di CREA Sanità ha provato a illustrare è in effetti questa: quando la pandemia da coronavirus sarà esaurita, **cosa ne faremo di tutto lo sforzo e per esempio di tutti i posti letto che abbiamo allestito per contrastare il Covid-19?** «Le parole sono importanti e dovremmo interrogarci sul loro significato – ha proseguito Spandonaro -. Resilienza è un termine che va molto di moda e che significa “capacità di assorbire un urto anomalo”, per cui adesso è come se ci fossimo attrezzati per la prossima pandemia che non sappiamo nemmeno se e quando ci sarà. Mi viene in mente quando a Roma, per l'unica nevicata in anni, qualcuno chiese perché non erano pronti gli spazzaneve. La risposta è che se li usi una volta ogni dieci anni, gli spazzaneve, quando li accendi probabilmente sono rotti».

Il fallimento di Immuni

Risulta necessario secondo gli esperti del CREA, dunque, passare dalla prospettiva della resilienza alla prospettiva della flessibilità: «Ci ritroviamo oggi con una pleora di medici assunti e un potenziamento delle terapie intensive, casomai tornasse una pandemia. Dovremmo invece riflettere, ad esempio, sul fatto che abbiamo perso il momento buono per impostare una politica di tracciamento e abbiamo promosso e sostenuto una app che, va detto, è stata un completo fallimento e di cui nessuno oggi si ricorda nemmeno il nome». Si parla, ovviamente, di Immuni.

Ospedale e territorio

Altri temi proposti nella relazione hanno inciso su questioni al centro del dibattito, come ad esempio il rapporto fra territorio e ospedale: «C'è chi pensa che i medici di Medicina Generale debbano rimanere liberi professionisti e chi li vede assunti, chi dice che bisogna deospedalizzare. A mio parere c'è un motivo se i servizi ospedalieri sono fatti così, perché l'ospedale diventa un centro di alta specializzazione dove ci sono appunto le visite specialistiche. Le strutture intermedie, noi lo sappiamo, non funzionano».

Per il resto, il giudizio sulla via italiana al PNRR appare abbastanza netta: «Non ci sembra che il piano prefiguri un nuovo modello di Servizio Sanitario Nazionale, sembra più un **piano di rifinanziamento**. Come se avessimo trovato un po' di soldi che ci mancavano e che finalmente abbiamo da qualche parte rimediato».

9. Sanità: “Oltre l’emergenza: verso una nuova ‘vision’ del nostro SSN”

Autore: Redazione

27 Gennaio 2021



16° Rapporto Sanità

Presentato oggi il 16° Rapporto del Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità)

Il 16° Rapporto Sanità, a cura di **Federico Spandonaro, Daniela d’Angela, Barbara Polistena**, è il risultato di una partnership fra il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità) e alcune aziende sensibili all’importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie. **Il progetto si basa sulla convinzione della necessità di supportare le decisioni in tema di politiche socio-sanitarie** fornendo elementi di riflessione sull’andamento e sulle tendenze in atto in Italia e in Europa, basate su evidenze scientifiche quantificabili.

La pubblicazione, inoltre, non trascura di fornire elementi che possano supportare la valutazione delle performance del sistema sanitario italiano a livello regionale, per cui si rivolge anche ai cittadini e alle loro associazioni, al mondo industriale e, più in generale, a tutti gli stakeholder del sistema sanitario.

“L’emergenza COVID-19 - spiegano gli autori - ha inevitabilmente creato consapevolezza su alcuni pregi, ma anche su alcuni significativi limiti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): limiti, peraltro, noti da tempo e persistenti a causa del fallimento di alcune azioni rimaste meramente sulla carta, quale quella del potenziamento dell’assistenza primaria. **Non si può pensare che l’inerzia delle politiche sanitarie sia casuale: è, piuttosto, ascrivibile ad una mancanza di vision**; ed in mancanza di visione prospettica si determina il rischio di rimanere sempre schiavi di una gestione del settore sanitario in ‘continua emergenza’, con costi economici e umani che si sono dimostrati significativi. Il momento, per il SSN italiano, è topico; prima di tutto per effetto del probabile arrivo di ingenti risorse: senza una chiara progettualità, e un adeguato orizzonte temporale, il rischio immediato e concreto è quello di sprecare le risorse in investimenti inutili e, in definitiva, di provocare il ‘suicidio’ del SSN. Non possiamo permetterci di commettere l’errore di investire per mantenere l’esistente o tentare di recuperare ritardi su politiche ormai obsolete alla luce della dirompente innovazione che caratterizza il settore; è invece **necessario creare le condizioni per la transizione verso un nuovo e innovativo modello di servizio sanitario: un modello che risulti efficace ed efficiente anche fra 10 o più anni**. Non si può neppure equivocare sul significato del termine investimento; un mero impegno di risorse in conto capitale non rappresenta di per sé un reale investimento; **un investimento è tale se permette di sviluppare progettualità capaci di generare un ‘rendimento’ al SSN, e a**

tutto il sistema Paese: in termini di salute, produttività ed efficienza; il 'rendimento' è, altresì, condizione necessaria affinché il debito che si creerà possa essere onorato in futuro senza gravare ulteriormente sulle prossime generazioni. Per investire in modo oculato è, allora, necessario avere una vision ben strutturata, che può definirsi solo con un apporto corale di idee, abbandonando un diffuso conformismo che si nasconde dietro slogan a volte ondivaghi e spesso non supportati da evidenza scientifica; **ci vuole anche piena consapevolezza sul fatto che la programmazione delle azioni deve essere 'ancorata' alla vision di sistema**".

10. REDAZIONE NURSE TIMES 29/01/20210

La dinamica delle professioni sanitarie secondo il Rapporto Crea 2021

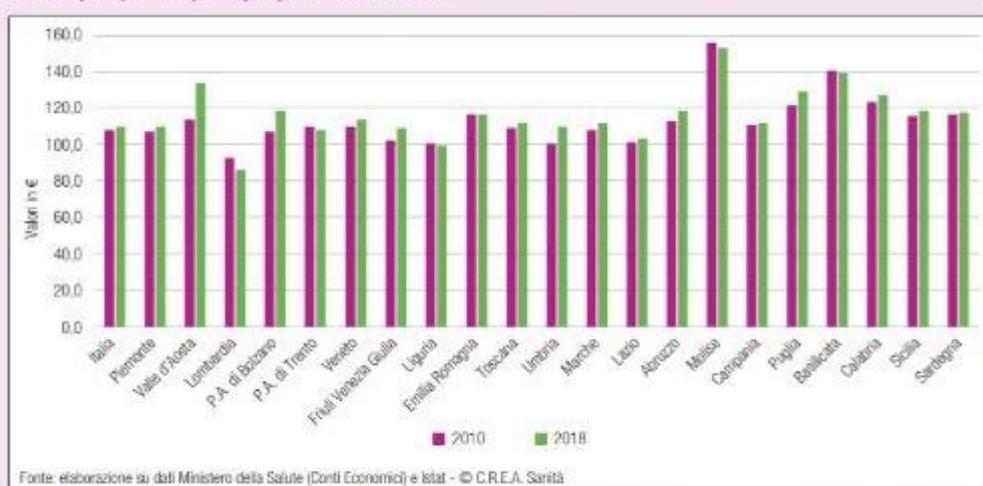
Il documento, stilato dagli esperti dell'Università Tor Vergata di Roma, è intitolato "Oltre l'emergenza: verso una nuova vision del nostro Ssn". In Italia, nel 2017, si registravano 626.576 unità di personale dipendente a tempo indeterminato (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) in servizio presso le Asl, le aziende ospedaliere, quelle universitarie e gli Irccs, con una riduzione del 4,1% nel quinquennio. Tale riduzione era però parzialmente compensata dal ricorso a forme di contratto flessibile (a tempo determinato e lavoro interinale), che hanno comportato un incremento di 11.501 unità: il gap complessivo si riduceva al -2,3%. Sempre nel 2017 si contavano 638.052 unità, indipendentemente dalle forma contrattuale. È quanto emerge dal 16esimo Rapporto Sanità del Crea ("Oltre l'emergenza: verso una nuova vision del nostro Ssn"), curato da Federico Spandonaro, Daniela d'Angela e Barbara Polistena, del Dipartimento di Economia e finanza dell'Università Tor Vergata di Roma. Analizzando la dinamica delle professioni sanitarie, si osserva come le unità di personale medico a tempo indeterminato, si siano ridotte del -2,9%, con un contestuale aumento del ricorso alle assunzioni a tempo indeterminato, che portava così a un gap complessivo del -0,6%. Un trend analogo si registrava per il personale infermieristico, con una riduzione delle unità a tempo indeterminato pari al -2,7%, ma il contestuale ricorso alle assunzioni flessibili ha ridotto il gap al -0,4%. Italia e la Spagna erano in cima alle graduatorie europee, con 4,0 medici ogni 1.000 abitanti, precedute solo dalla Germania che ne registrava 4,3; Francia e Inghilterra ne avevano rispettivamente 3,4 e 3,0. Da considerare anche che in Italia oltre il 50% dei medici aveva più di 55 anni. Diversa la situazione del personale infermieristico, con l'Italia posizionata agli ultimi posti: 6,7 infermieri per 1.000 abitanti, contro i 7,8 del Regno Unito, i 10,8 della Francia e i 13,2 della Germania, seguita solo dalla Spagna che registrava un tasso ancora più basso, pari a 5,9 ogni 1.000 abitanti. Volendo adeguare il personale sanitario italiano alla media (sulla popolazione assistita) dei principali Paesi dell'Unione Europea (Francia, Germania, Inghilterra e Spagna), si può verificare che il personale medico risultava in esubero di 18.108 unità. A meno che non si consideri nel confronto la popolazione over 75. In tal caso il deficit era di 24.365 unità. Per quanto riguarda il personale infermieristico, il deficit andava invece da un minimo di 162.972 unità (nel primo caso) a un massimo di 272.811 nel secondo. Considerando che, in termini di dotazioni di posti letto, escluse Francia e Germania, che contano rispettivamente 6,0 e 8,0 posti letto per 1.000 abitanti, Regno Unito e Spagna avevano una dotazione simile a quella italiana (3,2): rispettivamente di 2,5 e 3,0 posti letto per 1.000 abitanti. Ciò avvalorava quanto già riportato nel 15esimo Rapporto Sanità, ovvero che il deficit di personale sanitario in Italia è concentrato soprattutto negli infermieri e nell'assistenza extra-ospedaliera, che peraltro stenta ancora a decollare. Per i medici, quindi, andrebbe elaborato un discorso mirato alle specializzazioni, effettivamente carenti. Un'efficace politica del personale dovrà propedeuticamente affrontare il tema della ridefinizione dei ruoli e dei compiti fra le diverse professioni sanitarie, come anche quello dell'adeguamento degli standard retributivi, senza i quali si rischia un'emorragia di professionisti verso altri Paesi.

11. UFFICIO STATISTICO REGIONE PUGLIA

CREA Sanità. Rapporto Sanità, giunto nel 2020

Il Centro per la ricerca economica applicata in sanità (CREA Sanità) pubblica la XVI edizione del "Rapporto Sanità", iniziativa nata nel 2003 presso l'Università di Roma "Tor Vergata", con lo scopo di diffondere attività di ricerca e fornire elementi di valutazione sulle *performance* del sistema sanitario. Nella prima parte del volume si fornisce un inquadramento di contesto: gli aspetti socio-economici e demografici, il finanziamento pubblico, la spesa e le possibili misure di *performance*. La seconda è dedicata alle analisi per area assistenziale; la terza è destinata alla analisi degli impatti economici della sanità. Ad ogni capitolo è associata una sezione di indicatori chiave che hanno la finalità di rappresentare uno strumento sintetico per monitorare, anno dopo anno, l'evoluzione dei singoli settori analizzati. Il rapporto si chiude con un riepilogo regionale. Per gli approfondimenti si può consultare la fonte.

KI 10.5. Spesa pubblica pro-capite per medicina di base



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute (Conti Economici) e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018, il SSN per la medicina di base, la pediatria di libera scelta, la guardia medica e i consultori familiari, ha speso €109,8 per residente, +1,3% rispetto al 2010 (€ 108,4). In Lombardia si registra la spesa pro-capite minore (€86,5), in calo del -6,2% rispetto al 2010 (€92,3). In Molise quella maggiore (€152,7), anche se in calo del -2,2% rispetto al 2010 (€156,1). In tutte le Regioni si registra un aumento di spesa pro-capite per la medicina di base (2010-2018), ad eccezione di Lombardia, Molise, Basilicata ed Emilia Romagna.

12. 16a Edizione del Rapporto Sanità

Il Rapporto Sanità è giunto alla sua 16a edizione. Il volume, presentato recentemente in un incontro in live straming, manifesta già dal titolo l'interesse per l'emergenza: "Oltre l'emergenza: verso una "nuova" vision del nostro SSN". Nato nel 2003, il rapporto analizza da quasi 20 anni le performance del SSN, tema particolarmente importante specie in questo periodo di pandemia. Alla luce della diffusione del coronavirus, con tutte le problematiche che ne sono conseguite e che continuano a vessare la salute dell'intera popolazione mondiale, appare quantomai necessario riflettere sulla efficacia del nostro sistema sanitario, continuando ad alimentare il dibattito sulle politiche e le strategie da adottare perché esso divenga sempre più rispondente alle esigenze dei cittadini. Occorre mettere in campo tutte le energie – si è sottolineato nel corso della riunione – affinché si agisca con un rinnovato impulso per migliorare l'intero sistema, considerato ancora uno dei migliori al mondo, rispondendo al meglio alle numerose sfide che occorre affrontare con una certa urgenza, non ultima quella della medicina territoriale, tema dibattuto da oltre 20 anni, ma per la cui organizzazione non è stato fatto ancora molto. La sanità – è stato ribadito – è definitivamente uscita da suo usuale ghetto per essere finalmente considerata uno degli elementi chiave delle politiche economiche del Paese, fattore questo che dovrà animare, in prospettiva, la programmazione futura dell'intero settore, superando il limite di una scarsa capacità organizzativa, messa in luce dalla pandemia. In tempo di covid si è visto che operare in condizioni di emergenza non ha rappresentato per molti aspetti una novità, date le situazioni precarie in cui spesso si è costretti a lavorare. Gestire un SSN in tal modo non è più possibile. Sicuramente ci si è trovati di fronte ad una sfida troppo grande, assolutamente inaspettata, che probabilmente poteva essere gestita meglio, specie nel corso della seconda ondata dell'emergenza, ma da questa esperienza è necessario fare tesoro e trovare dei punti di equilibrio diversi che aprano prospettive nuove e più appropriate alle esigenze di salute pubblica. Ad oggi la sfida – è stato dichiarato nel corso dell'incontro – è gestire al meglio le ingenti risorse messe a disposizione, nella consapevolezza che è necessario un coordinamento tra politiche assistenziali e industriali perché una sanità ben gestita e funzionante rappresenta un pilastro fondamentale su cui poggia l'economia del Paese. Il volume è edito dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) – consorzio Università di Tor Vergata e Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.) - con il supporto di aziende del settore impegnate a diffondere e alimentare il dibattito sulle politiche sanitarie e le prospettive future di questo specifico settore.

13. Rapporto CREA Sanità: Cosa Fare per Evitare il "Suicidio" del SSN dopo il Covid. Analisi sulla Spesa della Sanità Italiana e sui Divari con l'Europa e tra Regioni



Milano (Marisa de Moliner) - Il Covid ha messo in luce i difetti del Sistema Sanitario Nazionale e ora è il caso di correre ai ripari. E' quanto proporrà il **Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità)**, mercoledì 27 gennaio 2021, durante il **Rapporto Sanità dal titolo "Oltre l'emergenza: verso una "nuova" vision del nostro SSN"**. Un'iniziativa, giunta alla 16a edizione, nata nel 2003 all'Università di Roma "Tor Vergata", con lo scopo di diffondere attività di ricerca intraprese nel campo dell'economia, politica e management sanitario, presso operatori ed esperti sanitari, resa possibile dal supporto incondizionato di: Allergan S.p.A, Amgen S.r.l, Astellas Pharma S.p.A, Boehringer Ingelheim Italia S.r.l., Chiesi Farmaceutici S.p.A, Eli Lilly Italia S.p.A, Fondazione MSD, W. L. Gore & Associati S.r.l, Janssen-Cilag S.p.A, Lundbeck Italia S.p.A, Nestlé Italiana S.p.A, Novartis Farma S.p.A, Novo Nordisk S.p.A, Roche S.p.A, Sanofi S.p.A, Takeda Italia S.p.A, Teva Italia S.p.A.



E così C.R.E.A. Sanità ha messo nero su bianco tutte le mancanze del nostro Servizio Sanitario, in un documento che sarà presentato in diretta streaming, e la ricetta per un risanamento. Ovvero di uscire dalla logica top-down della mera ripartizione dei Fondi su capitoli di spesa (che storicamente si è dimostrata politica inefficace ed inefficiente) e sviluppare, invece, un algoritmo trasparente per

misurare il rendimento atteso (per il SSN e per il Paese) delle progettualità. Pertanto gli esperti dell'Università Tor Vergata consigliano la prioritizzazione di progetti quali: l'assistenza primaria, la digitalizzazione, l'ammodernamento infrastrutturale e soprattutto la ricerca. E lo fanno con un Rapporto molto dettagliato nel quale si legge: "L'emergenza COVID-19 ha inevitabilmente creato consapevolezza su alcuni pregi ma anche su alcuni significativi limiti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): limiti, peraltro, noti da tempo e persistenti a causa del fallimento di alcune azioni rimaste meramente sulla carta, quale quella del potenziamento dell'assistenza primaria. Non si può pensare che l'inerzia delle politiche sanitarie sia casuale: è, piuttosto, ascrivibile a una mancanza di vision; e in mancanza di visione prospettica si determina il rischio di rimanere sempre schiavi di una gestione del settore sanitario in "continua emergenza", con costi economici e umani che si sono dimostrati significativi. Il momento, per il SSN italiano, è topico; prima di tutto per effetto del probabile arrivo di ingenti risorse: senza una chiara progettualità, e un adeguato orizzonte temporale, il rischio immediato e concreto è quello di sprecare le risorse in investimenti inutili; e, in definitiva, di provocare il "suicidio" del SSN. Non possiamo permetterci di commettere l'errore di investire per mantenere l'esistente o tentare di recuperare ritardi su politiche ormai obsolete alla luce della dirompente innovazione che caratterizza il settore; è, invece, necessario creare le condizioni per la transizione verso un nuovo e innovativo modello di servizio sanitario: un modello che risulti efficace ed efficiente anche fra 10 o più anni. Non si può neppure equivocare sul significato del termine investimento; un mero impegno di risorse in conto capitale non rappresenta di per sé un reale "investimento"; un investimento è tale se permette di sviluppare progettualità capaci di generare un "rendimento" al SSN, e a tutto il sistema Paese: in termini di salute, produttività ed efficienza; il "rendimento" è, altresì, condizione necessaria affinché il debito che si creerà possa essere onorato in futuro senza gravare ulteriormente sulle prossime generazioni. Per investire in modo oculato è, allora, necessario avere una vision ben strutturata, che può definirsi solo con un apporto corale di idee, abbandonando un diffuso conformismo che si nasconde dietro slogan a volte ondivaghi e spesso non supportati da evidenza scientifica; ci vuole anche piena consapevolezza sul fatto che la programmazione delle azioni deve essere "ancorata" alla vision di sistema". Ed ecco che C. R.E.A. Sanità passa al microscopio uno per uno i punti critici del Sistema Sanitario Nazionale. A cominciare dal Finanziamento Pubblico in ritirata. **"La quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria in Italia** si è, negli anni, progressivamente ridotta, risultando ormai inferiore a quella dei Paesi dell'Europa dell'Est (EU-Post 1995). Il settore pubblico, pur rimanendo la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria, in tutti i Paesi EU, nei Paesi definiti EU-Ante 1995 (Europa occidentale) fa fronte in media all'80,5% della spesa sanitaria corrente, mentre in Italia e nei Paesi dell'Est rispettivamente al 74,1% e al 74,5% ". Un altro problema è che "in Italia si spende per la Sanità il 35,1% in meno rispetto ai Paesi dell'Europa occidentale ed il gap continua a crescere: nell'ultimo anno si è registrata una ulteriore riduzione dell'1,5% rispetto al 2018; rispetto al 2000 la forbice si è allargata del 13,6%. Il gap della spesa pubblica risulta ancora più consistente, essendo arrivato a superare il 40% (-40,2%). Di contro, sul fronte della spesa privata, il gap risulta contenuto (-13,7%) e sostanzialmente allineato al differenziale di reddito nei vari Paesi. Malgrado il gap citato, l'indice composito di Salute e Benessere sviluppato da ASviS (Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile), posiziona l'Italia al settimo posto in Europa: quindi pur con risorse scarse l'outcome di salute prodotto in Italia è relativamente alto, dimostrando un utilizzo complessivamente efficace ed efficiente delle risorse". Questa la situazione nazionale in confronto agli altri Paesi individuata da C.R.E.A. Sanità che però non si ferma qui e punta i riflettori sulle condizioni delle diverse **Regioni**. "Permangono- si legge chiaramente nel sedicesimo rapporto- differenze di spesa rilevanti tra le diverse Regioni, anche standardizzandola in base ai diversi bisogni delle popolazioni; se la spesa pubblica comporta disuguaglianze modeste (con esclusione di alcune Regioni e Province a statuto speciale che hanno livelli di spesa pubblica decisamente maggiori della media), di contro il contributo della spesa privata delle famiglie è estremamente diversificato: fra le Regioni agli estremi il gap è di € 544,1, e genera una disuguaglianza pari al 33,6% della spesa sanitaria media. Malgrado la natura universalistica ed egalitaria del SSN, nei fatti le differenti possibilità di spesa delle popolazioni

regionali continuano a comportare una disuguaglianza nelle opportunità di tutela sanitaria". Gli analisti non si sono limitati a valutare la situazione attuale ma hanno esaminato i **disavanzi in sanità** attingendoli dai dati della Ragioneria Generale dello Stato 2020. Dai raffronti hanno fatto una scoperta molto interessante. "Il disavanzo del SSN, che si era ridotto in maniera consistente negli ultimi 15 anni, negli ultimi 3 anni ha ricominciato a crescere, malgrado una lieve flessione fra il 2019 e il 2018. Il risultato di esercizio complessivo è attualmente negativo per € 1,1 ml., ovvero un mero 0,9% del finanziamento, ma in aumento del 18,3% rispetto al 2014. L'equilibrio finanziario poggia, peraltro, su un consistente "contributo" delle compartecipazioni: in assenza di queste (che comprendono anche quelle sul differenziale rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti) rimarrebbe un deficit di € 5,7 mld". Si legge inoltre che: "l'incidenza delle compartecipazioni, da parte sua, pone un problema equitativo: infatti è maggiore nel Sud che nel Nord (quindi in modo inverso alle possibilità economiche), con l'"aggravante" che nel Sud si concentra su un numero minore di cittadini non esenti". C.R.E.A. Sanità poi punta l'indice contro un altro problema irrisolto e tuttora in crescita: "Nel 2018, il 77,6% (circa 20 milioni di nuclei) delle famiglie italiane ha fatto fronte a spese per consumi sanitari, contro il 61,8% del 2014 (sebbene con una variabilità importante a livello regionale). La spesa media "effettiva" privata per consumi sanitari risulta di € 1.850,5, con un incremento medio del +9,4% rispetto al 2014. La crescita della spesa è del +15,6% e +15,5% nei primi due quintili di consumo (famiglie meno abbienti), e del +12,1% e +3,5% degli ultimi due (famiglie più abbienti). Il gap di spesa sanitaria fra primo e ultimo quintile, nell'ultimo quinquennio, si è quindi ridotto, passando da 3,9 a 3,5 volte, ma per effetto di un maggiore onere che pesa sulle famiglie meno abbienti. Per confronto, nel caso dell'Istruzione, la spesa nei primi due quintili si è invece ridotta (-5,2% e -22,3% rispettivamente) ed è aumentata quella negli ultimi due (+20,4% e +38,7% rispettivamente); nel caso dei Trasporti si è ridotta per le famiglie del I quintile (-7,5%) ed è cresciuta progressivamente in tutti gli altri. In altri termini, mentre per i Trasporti si osserva un andamento "protettivo" almeno verso le fasce più deboli, in Sanità è evidente che è in atto un processo iniquo, con un aggravamento della spesa dei meno abbienti; iniquità che si ritrova, anche se in forma diversa, nell'istruzione, dove è probabile che i dati indichino una tendenza al "drop out" da parte delle famiglie più abbienti che spendono molto più delle altre per l'istruzione dei figli (peraltro meccanismo che si riscontra anche in Sanità, ma su un settore specifico, ovvero quello "dell'odontoiatria, che rimane appannaggio dei più "ricchi"). Nel 2018, 3,1 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie per motivi economici, e di queste 819.482 le hanno annullate del tutto: i due terzi di queste famiglie appartengono ai quintili di minor consumo. Rispetto all'anno precedente, il fenomeno delle "limitazioni" ha coinvolto 1,1 milioni di famiglie in meno, e quello delle "rinunce" circa 300.000 in meno. Se nel 2014 il fenomeno coinvolgeva l'11,5% ed il 5,3% delle famiglie del I e II quintile rispettivamente, nel 2018 tali valori si sono ridotti rispettivamente all'8,2% e al 3,6%. Malgrado ciò, il disagio economico per le spese sanitarie, combinazione di impoverimento per consumi sanitari e "nuove" rinunce per motivi economici, rimane significativamente superiore nel Sud del Paese (8,3% a fronte del 7,9% dell'anno precedente); segue il Centro (5,9% a fronte del 6,4% del 2016) e il Nord (4,1% a fronte del 3,5% del 2016)". "Inoltre- prosegue il Rapporto- a fronte della diminuzione delle "rinunce", aumenta l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento delle famiglie per spese sanitarie: sono 449.939 (11.429 in più rispetto all'anno precedente) i nuclei familiari impoveriti (1,74% dei residenti e 2,2% di quelli che sostengono spese sanitarie). Rispetto al 2014 la sua incidenza è passata dal 2,0% al 2,2%. Il fenomeno coinvolge le famiglie dei quintili più bassi (I e II), ma inizia ad interessare, pur se in minima parte, anche quelle del III quintile. Le famiglie residenti nel Mezzogiorno continuano a essere le più colpite: 3,3% (0,1 punti percentuale in più rispetto al 2017 e 0,3 rispetto al 2014), contro l'1,4% di quelle del Centro (0,3 punti percentuali in più rispetto al 2017), l'1,0% di quelle del Nord-Est (invariato rispetto all'anno precedente) e lo 0,8% di quelle del Nord-Ovest (0,2 p.p. in più rispetto al 2017). Applicando soglie di povertà relativa regionali, la misura del fenomeno dell'impoverimento registra 610.396 famiglie impoverite (2,4% delle famiglie), ovvero circa 160.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard". Aumenta l'incidenza nelle realtà del Nord e si riduce in quelle

del Sud; il picco di incidenza, pari al 2,2% si registra, però, sempre al Sud; segue il Centro con l'1,3% e poi il Nord con l'1,2% in media". Passando dagli utenti ai sanitari la situazione non sembra certo migliore. "In Italia, nel 2017, si registravano 626.576 unità di personale (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le ASL, le Aziende Ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS, con una riduzione del 4,1% nel quinquennio; tale riduzione è, però, parzialmente compensata dal ricorso a forme di contratto flessibile (a tempo determinato e lavoro interinale), che hanno comportato un incremento di 11.501 unità: il gap complessivo si riduce al -2,3%: nel 2017 si contano 638.052 unità, indipendentemente dalla forma contrattuale. Analizzando la dinamica delle professioni sanitarie, si osserva come le unità di personale medico a tempo indeterminato, si sono ridotte del 2,9%, con un contestuale aumento del ricorso alle assunzioni a tempo indeterminato, che porta così ad un gap complessivo del -0,6%. Un trend analogo si registra per il personale infermieristico dove la riduzione delle unità a tempo indeterminato è stata pari al 2,7%, ma il contestuale ricorso alle assunzioni flessibili ha ridotto il gap allo 0,4%. Italia e la Spagna rimangono in cima alle graduatorie europee, con 4,0 medici ogni 1.000 abitanti, precedute solo dalla Germania che ne registra 4,3; Francia e Inghilterra ne hanno rispettivamente 3,4 e 3,0. Da considerare anche che in Italia oltre il 50% dei medici ha più di 55 anni. Diversa è la situazione del personale infermieristico, dove l'Italia si posiziona agli ultimi posti, con 6,7 infermieri per 1.000 abitanti contro i 7,8 del Regno Unito, i 10,8 della Francia ed i 13,2 della Germania, seguita solo dalla Spagna che registra un tasso ancora più basso, pari a 5,9 ogni 1.000 abitanti. Volendo adeguare il personale sanitario italiano alla media (sulla popolazione assistita) dei principali Paesi EU (Francia, Germania, Inghilterra e Spagna), si può verificare che il personale medico risulterebbe in esubero di 18.108 unità; a meno che non si consideri nel confronto la popolazione over 75: in tal caso si evidenzerebbe un deficit di 24.365 unità. Per quanto riguarda il personale infermieristico, il deficit andrebbe, invece, da un minimo di 162.972 unità (nel primo caso) a un massimo di 272.811, nel secondo". "Considerando che- si legge alla fine del documento di C.R.E.A. Sanità- in termini di dotazioni di posti letto, esclusi Francia e Germania che contano rispettivamente 6,0 e 8,0 posti letto per 1.000 abitanti, Regno Unito e Spagna hanno una dotazione simile a quella italiana (3,2), rispettivamente di 2,5 e 3,0 posti letto per 1.000 ab., si avvalorava quanto peraltro già riportato nel 15° Rapporto Sanità: ovvero che il deficit di personale sanitario in Italia, è concentrato soprattutto negli infermieri e nell'assistenza extra-ospedaliera, che peraltro stenta ancora a decollare. Per i medici andrebbe, quindi, elaborato un discorso mirato alle specializzazioni effettivamente carenti. Un'efficace politica del personale dovrà, peraltro, propedeuticamente affrontare il tema della ridefinizione dei ruoli e dei compiti fra le diverse professioni sanitarie, come anche quello dell'adeguamento degli standard retributivi, senza i quali si rischia una emorragia di professionisti verso altri Paesi".

Per info: www.creasanita.it

Postato 4 weeks ago da [Pietro Cobor](#)

Etichette: [Boehringer Ingelheim](#) [Chiesi Farmaceutici](#) [Covid-19](#) [CREA Sanità](#) [Eli Lilly](#) [Fondazione MSD](#) [Janssen-Cilag](#) [Novartis](#) [Sanofi](#) [SSN](#) [Takeda](#) [Teva](#) [Università di Roma Tor Vergata](#)

14. Crea 2021. Diseguità e consumi sanitari privati

27 GEN - Equità: un problema irrisolto ed in crescita

Nel 2018, il 77,6% (circa 20 milioni di nuclei) delle famiglie italiane ha fatto fronte a spese per consumi sanitari, contro il 61,8% del 2014 (sebbene con una variabilità importante a livello regionale).

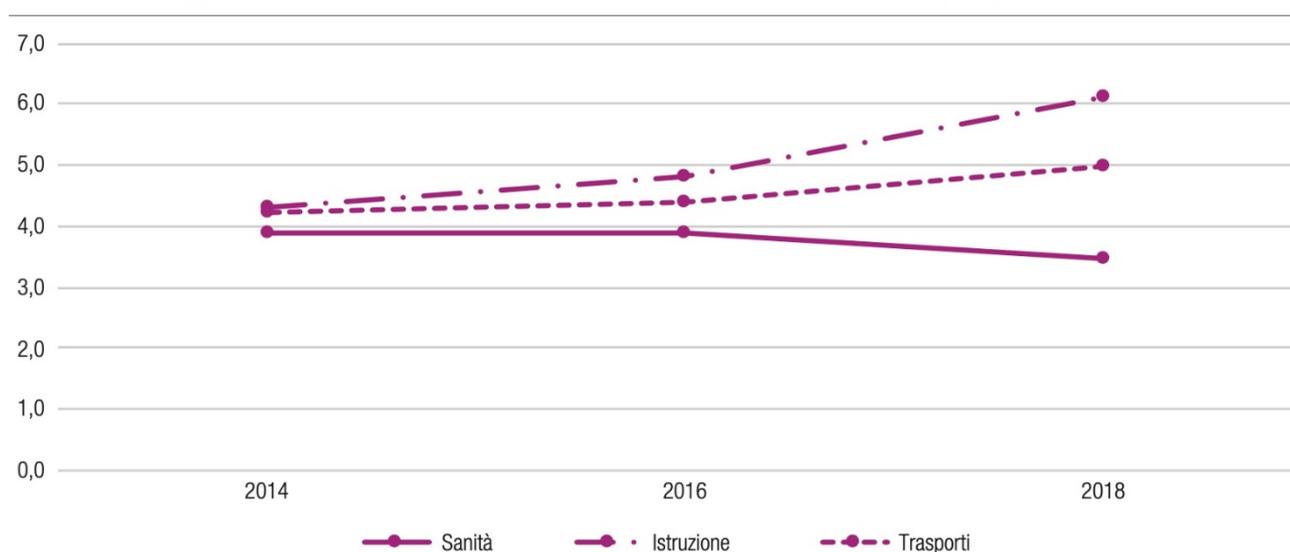
La spesa media "effettiva" privata per consumi sanitari risulta di 1.850,5 euro con un incremento medio del +9,4% rispetto al 2014.

La crescita della spesa è del +15,6% e +15,5% nei primi due quintili di consumo (famiglie meno abbienti), e del +12,1% e +3,5% degli ultimi due (famiglie più abbienti).

Il gap di spesa sanitaria fra primo e ultimo quintile, nell'ultimo quinquennio, si è quindi ridotto, passando da 3,9 a 3,5 volte, ma per effetto di un maggiore onere che pesa sulle famiglie meno abbienti.

TAVOLA 6

Rapporto di spesa familiare effettiva per consumi (Sanità, Istruzione e Trasporti) tra I e V quintile

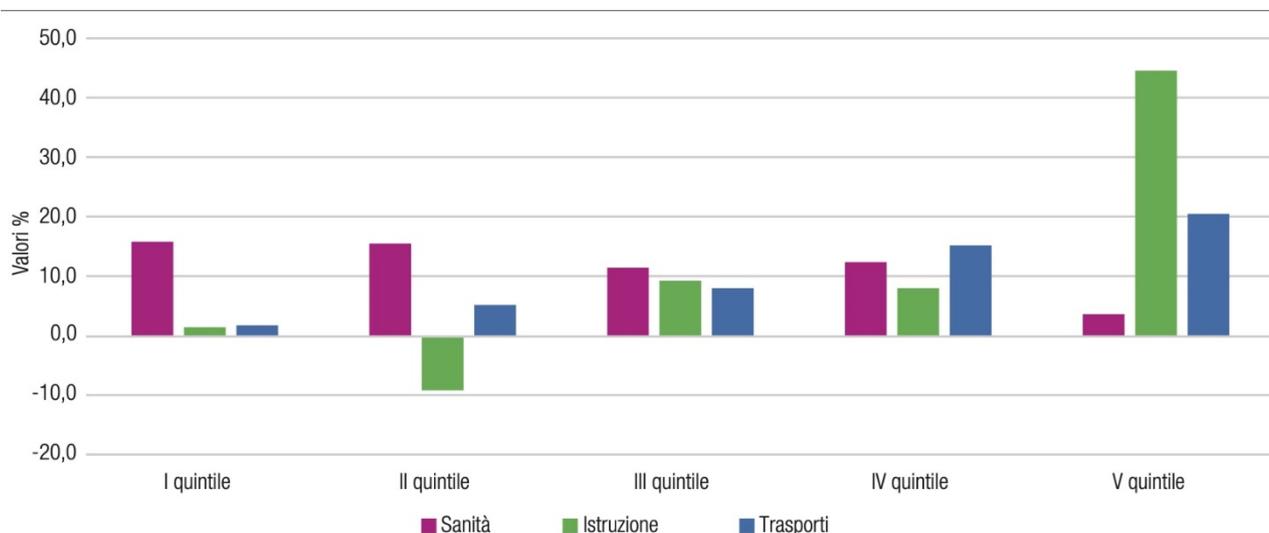


Fonte: elaborazione su dati Istat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Per confronto, nel caso dell'Istruzione, la spesa nei primi due quintili si è invece ridotta (-5,2% e -22,3% rispettivamente) ed è aumentata quella negli ultimi due (+20,4% e +38,7% rispettivamente); nel caso dei Trasporti si è ridotta per le famiglie del I quintile (-7,5%) ed è cresciuta progressivamente in tutti gli altri.

TAVOLA 7

Differenza 2018/2014 di spesa effettiva familiare per consumi (Sanità, Istruzione e Trasporti)



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

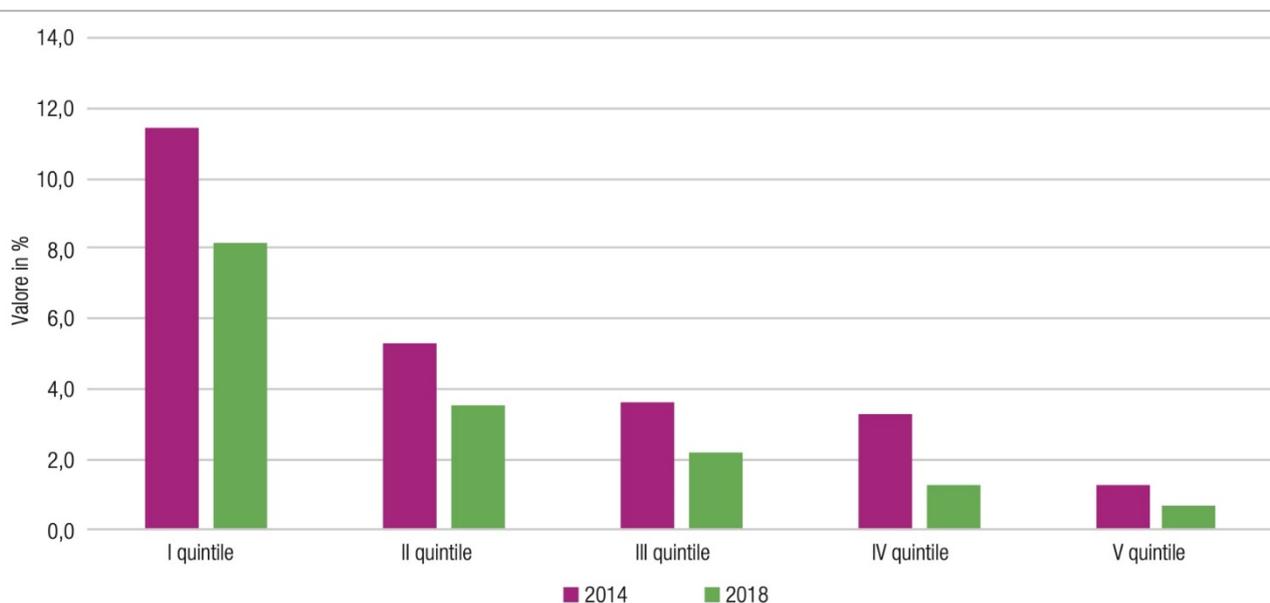
In altri termini, mentre per i Trasporti si osserva un andamento “protettivo” almeno verso le fasce più deboli, in Sanità è evidente che è in atto un processo iniquo, con un aggravamento della spesa dei meno abbienti; iniquità che si ritrova, anche se in forma diversa, nell’istruzione, dove è probabile che i dati indichino una tendenza al “drop out” da parte delle famiglie più abbienti che spendono molto più delle altre per l’istruzione dei figli (peraltro meccanismo che si riscontra anche in Sanità, ma su un settore specifico, ovvero quello dell’odontoiatria, che rimane appannaggio dei più “ricchi”).

Disagio economico per i consumi sanitari privati

Nel 2018, 3,1 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie per motivi economici, e di queste 819.482 le hanno annullate del tutto: i due terzi di queste famiglie appartengono ai quintili di minor consumo.

Rispetto all’anno precedente, il fenomeno delle “limitazioni” ha coinvolto 1,1 milioni di famiglie in meno, e quello delle “rinunce” circa 300mila in meno. Se nel 2014 il fenomeno coinvolgeva l’11,5% ed il 5,3% delle famiglie del I e II quintile rispettivamente, nel 2018 tali valori si sono ridotti rispettivamente all’8,2% e al 3,6%.

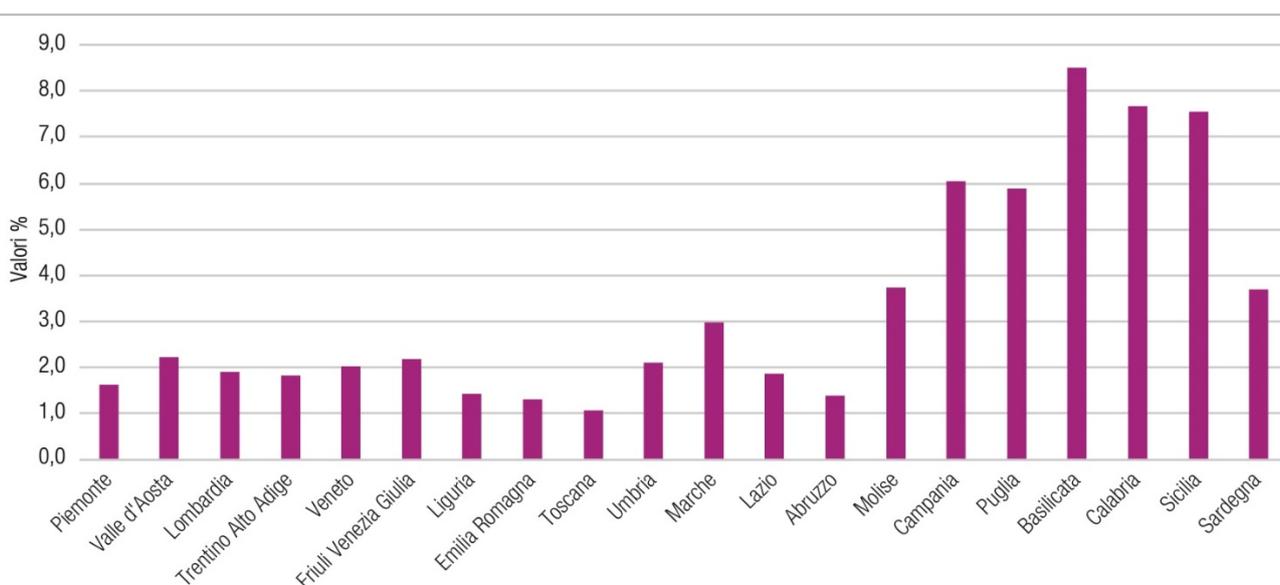
TAVOLA 8
“Nuove” rinunce alla spesa per consumi sanitari. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Malgrado ciò, il disagio economico per le spese sanitarie, combinazione di impoverimento per consumi sanitari e “nuove” rinunce per motivi economici, rimane significativamente superiore nel Sud del Paese (8,3% a fronte del 7,9% dell’anno precedente); segue il Centro (5,9% a fronte del 6,4% del 2016) e il Nord (4,1% a fronte del 3,5% del 2016).

TAVOLA 9
Quota di famiglie che patiscono un disagio economico legato alle spese sanitarie. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Inoltre, a fronte della diminuzione delle “rinunce”, aumenta l’incidenza del fenomeno dell’impoverimento delle famiglie per spese sanitarie: sono 449.939 (11.429 in più rispetto all’anno precedente) i nuclei familiari impoveritisi (1,74% dei residenti e 2,2% di quelli che sostengono

spese sanitarie). Rispetto al 2014 la sua incidenza è passata dal 2,0% al 2,2%.

Il fenomeno coinvolge le famiglie dei quintili più bassi (I e II), ma inizia ad interessare, pur se in minima parte, anche quelle del III quintile.

Le famiglie residenti nel Mezzogiorno continuano ad essere le più colpite: 3,3% (0,1 punti percentuale in più rispetto al 2017 e 0,3 rispetto al 2014), contro l'1,4% di quelle del Centro (0,3 punti percentuali in più rispetto al 2017), l'1,0% di quelle del Nord-Est (invariato rispetto all'anno precedente) e lo 0,8% di quelle del Nord-Ovest (0,2 p.p. in più rispetto al 2017).

Applicando soglie di povertà relativa regionali, la misura del fenomeno dell'impovertimento registra 610.396 famiglie impoverite (2,4% delle famiglie), ovvero circa 160.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard". Aumenta l'incidenza nelle realtà del Nord e si riduce in quelle del Sud; il picco di incidenza, pari al 2,2% si registra, però, sempre al Sud; segue il Centro con l'1,3% e poi il Nord con l'1,2% in media.

15. Facebook di Fabiola Bologna

RAPPORTO CREA SANITÀ - UNA NUOVA VISIONE PER IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Ho partecipato alla presentazione del

16* rapporto CREA.

L'emergenza COVID-19 ha inevitabilmente creato consapevolezza su alcuni pregi e anche alcuni limiti del SSN.

Hanno sottolineato una mancanza di vision che ha comportato una continua gestione in emergenza del sistema sanitario, che ha comportato costi economici e umani.

Necessaria una chiara progettualità, con un adeguato orizzonte temporale, per creare le condizioni di una transizione verso un modello di servizio sanitario per il futuro, supportato dalla evidenza scientifica e una programmazione efficace ed efficiente.

Nel mio intervento ho sottolineato l'importanza di:

- **FORMAZIONE e COMPETENZE** manageriali/ organizzative che anche nell'emergenza hanno fatto la differenza
- **ASSISTENZA TERRITORIALE** che ha bisogno di una visione a 360 gradi con una gestione delle reti sanitarie e sociali e facilitando l'accesso ai servizi per i pazienti e le famiglie
- **VALORIZZAZIONE** dei **MEDICI** e del personale **SANITARIO** nel rispetto dei percorsi formativi in un contesto multidisciplinare ma anche rispettoso della demografia con una allocazione delle persone in maniera coerente al benessere organizzativo complessivo
- **VALORIZZAZIONE** dei **RICERCATORI ITALIANI** con l'adeguamento alle opportunità di Ricerca Europea e Internazionale



16. XVI Rapporto Sanità

27 Gennaio @ 10:00 - 13:00

The poster is for the XVI Rapporto Sanità event. It features a blue background with various medical and economic terms in different colors and sizes, such as 'performance', 'cronicità', 'risorse', 'innovazione', 'affiliazione', and 'integrazione'. The CREA Sanità logo is at the top left. The main text reads: 'XVI Rapporto Sanità', 'Oltre l'emergenza: verso una "nuova" vision del nostro SSN', 'Mercoledì 27 gennaio 2021', 'dalle ore 10,00 alle ore 13,00', and 'Evento in live streaming'. Below this, it lists the organizers: 'A cura di: Federico Spandonaro, Barbara Robitena, Donietta Angeli'. At the bottom, it provides the website 'www.creasanita.it' and email 'segreteria@creasanita.it'. A large white diagonal banner on the right says 'SAVE THE DATE'. At the bottom, there is a row of logos for sponsors: Allergan, AMGEN, astellas, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Fondazione MSD, GORE, janssen, Lilly, Lundbeck, Nestlé HealthScience, NOVARTIS, novo nordisk, Roche, SANOFI, Takeda, and teva.

Oltre l'emergenza: verso una "nuova" vision del nostro SSN. L'evento si terrà in modalità live streaming, il giorno 27 gennaio, dalle ore 10:00 alle ore 13:00. La partecipazione è gratuita, ma per motivi di organizzazione l'iscrizione è obbligatoria.

XVI Rapporto Sanità

Il Rapporto Sanità è una iniziativa nata nel 2003 presso l'**Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"**, con lo scopo di diffondere attività di ricerca intraprese nel campo dell'economia, politica e management sanitario e, allo stesso tempo, fornire elementi di valutazione sulle performance del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

La XVI edizione del Rapporto Sanità è edita dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) già consorzio dall'Università di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), con il supporto di alcune Aziende sensibili all'importanza di sviluppare conoscenze utili al dibattito sulle politiche sanitarie.

[Clicca qui](#) per leggere il **programma**.

Per iscriverti **[clicca qui](#)**.

17. 16° Rapporto Sanità

- **ONLINE - ORE 10:00**
 - 27 January 2021
-



Il **Rapporto Sanità**, giunto alla sua 16a edizione, è una iniziativa nata nel 2003 presso l'Università di Roma "Tor Vergata", con lo scopo di diffondere attività di ricerca intraprese nel campo dell'economia, politica e management sanitario e, allo stesso tempo, fornire elementi di valutazione sulle performance del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

A tal fine elabora riflessioni e valutazioni sulle performance del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

TAVOLA 10
Personale sanitario Italia vs EU

	Numero di medici (ogni 1.000 abitanti)	Numero di infermieri (ogni 1.000 abitanti)
Italia	4,0	6,7
Media di FR, DE, UK, ES (1)	3,7	9,4
Italia vs media (1)	+0,3	-2,7

Fonte: elaborazione su dati OECD - © C.R.E.A. Sanità

TAVOLA 11
Tasso di personale sanitario Italia vs EU sugli over 75

	Numero di medici per 1.000 abitanti <i>over 75</i>	Numero di infermieri per 1.000 abitanti <i>over 75</i>
Italia	34,10	57,12
Media di FR, DE, UK, ES	37,54	95,65
Differenza tra IT e media FR, DE, UK, ES	-3,44	-38,53

Fonte: elaborazione su dati OECD - © C.R.E.A. Sanità

Considerando che, in termini di dotazioni di posti letto, esclusi Francia e Germania che contano rispettivamente 6,0 e 8,0 posti letto per mille abitanti, Regno Unito e Spagna hanno una dotazione simile a quella italiana (3,2), rispettivamente di 2,5 e 3,0 posti letto per mille ab., si avvalorava quanto peraltro già riportato nel 15° Rapporto Sanità: ovvero che il deficit di personale sanitario in Italia, è concentrato soprattutto negli infermieri e nell'assistenza extra-ospedaliera, che peraltro stenta ancora a decollare.

Per i medici andrebbe, quindi, elaborato un discorso mirato alle specializzazioni effettivamente carenti.

Una efficace politica del personale dovrà, peraltro, propedeuticamente affrontare il tema della ridefinizione dei ruoli e dei compiti fra le diverse professioni sanitarie, come anche quello dell'adeguamento degli standard retributivi, senza i quali si rischia una emorragia di professionisti verso altri Paesi.

19. Recovery Plan. Ripresa e resilienza del Ssn attraverso avanzamento competenze infermieristiche

Oggi in audizione in Commissione Affari Sociali alla Camera sul Piano europeo abbiamo sottolineato che l'assistenza sul territorio può essere disegnata con le Case di comunità e gli altri servizi pensati per renderla efficiente. Ma non lo sarà mai se a questi non verranno date vere gambe con una reale multi professionalità, multidisciplinarietà e una vera ed efficiente organizzazione distrettuale nella quale un'attività core è quella dell'infermiere di famiglia e comunità



03 FEB - Il Servizio sanitario nazionale non ha bisogno solo di nuovi “contenitori”, ma soprattutto di contenuti. E per il territorio questi sono rappresentati dagli infermieri, dallo sviluppo della loro professione, dalla multi professionalità che si deve creare in strutture ad hoc vicine ai cittadini e che con questi possano interagire per soddisfare i loro bisogni di salute senza necessariamente ricorrere all'ospedale che resta il momento di elezione per le situazioni più gravi di acuzie.

Lavorando su questa linea e rispetto alle nuove risorse del Recovery Plan, la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche ha messo a punto un documento che verrà presto inviato a Governo e Parlamento e i cui contenuti sono stati anticipati oggi in sintesi nell'audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera.

Il documento è stato elaborato grazie al supporto di un Advisory Board composto da personalità di rilievo del Ssn e organizzato con l'obiettivo di individuare le prossime grandi sfide del comparto e comprendere in che modo la professione infermieristica può contribuire nel potenziare ed ammodernare il Servizio sanitario nazionale (SSN).

La via da seguire è quella di ampliare le competenze infermieristiche sia dal punto di vista del numero dei professionisti sia, soprattutto, sul versante delle specializzazioni e delle capacità di programmazione del sistema, e riformando i percorsi di formazione. Ed è indispensabile risolvere la cronica e grave carenza infermieristica da anni denunciata dalla Federazione che la quantifica in almeno 53mila unità (ma non a tempo determinato e con contratti flessibili), cifra questa che non equipara ancora il nostro Paese ai partner europei.

Il recentissimo rapporto Sanità del Crea Sanità dell'Università di Tor Vergata di Roma, infatti, denunciando la carenza ha utilizzato per definirla i parametri europei secondo i quali mancherebbero almeno 162.972 infermieri se rapportati al complesso della popolazione e addirittura 272.811 se rapportati alla popolazione ultra 75enne, che poi è quella di riferimento soprattutto sul territorio.

Tale gap risulta, peraltro, probabilmente sottostimato a causa della collocazione di queste figure professionali in unità operative non strettamente associate all'erogazione dell'assistenza (ad esempio uffici amministrativi delle Aziende Sanitarie), per motivi magari di non idoneità fisica ad assolvere le mansioni specifiche del ruolo”.

Perché ci sia un vero cambiamento e il sistema si modelli sui nuovi standard e sulle nuove esigenze si deve dare valore alle nuove competenze che gli infermieri hanno sviluppato: non si devono solo ‘spendere risorse’ per far funzionare il sistema, ma anche ‘nuove competenze’, ora bloccate da meccanismi che ancora seguono la regola ormai obsoleta e vecchia di decine e decine di anni di chi fa cosa senza tenere conto della qualità e della formazione acquisita. La resilienza del SSN passa soprattutto per la valorizzazione e l’avanzamento delle competenze infermieristiche, l’innovazione delle politiche di tutti i professionisti sanitari e dei modelli organizzativi. Ma per farlo davvero bisogna avere il coraggio di cambiare e il PNRR è una grande opportunità da non sprecare.

Nel resto del mondo è già così: il neo presidente Usa, Biden ha scelto un’infermiera come responsabile delle questioni di salute pubblica all'interno del governo federale. Il Contrammiraglio Susan Orsega, laureata magistrale in Scienze infermieristiche, è stata già responsabile dei team sanitari dopo l’11 settembre, è intervenuta in operazioni internazionali contro il virus ebola, nell’organizzazione dei progetti per l’Hiv/Aids e coordina il dispiegamento di forze su tutto il territorio degli USA per fronteggiare l’epidemia da COVID-19.

Quando toccherà agli infermieri italiani? “L’assistenza sul territorio può essere disegnata con le Case di comunità e gli altri servizi pensati per renderla efficiente. Ma non lo sarà mai se a questi non verranno date vere gambe con una reale multi professionalità, multidisciplinarietà e una vera ed efficiente organizzazione distrettuale nella quale un’attività core è quella dell’infermiere di famiglia e comunità, figura nuova ed essenziale che deve decollare in autonomia e in sinergia con le altre professioni.

La professione va anche valorizzata identificando il suo ruolo nei vari setting assistenziali, in termini di accesso ai percorsi di studio, migliorando l’attrattività dei percorsi di carriera anche rispetto al trattamento economico. Questo grazie anche allo sviluppo della telemedicina e della teleassistenza con percorsi specifici per la professione infermieristica e al miglioramento dei modelli organizzativi della rete ospedaliera e territoriale, attraverso un’adeguata programmazione dei bisogni e rispettando un approccio multiprofessionale.

I considerevoli sforzi di investimento che l’Italia sta affrontando nell’ultimo periodo sono meritevoli nel cercare di rispondere alla carenza di personale così come alla necessità di ammodernamento edilizio e tecnologico della rete ospedaliera e territoriale, elementi questi imprescindibili per garantire adeguatezza e sicurezza nelle cure ma che non trovano ancora risposte efficaci.

Barbara Mangiacavalli
Presidente della FNOPI

20. Perché il bando del commissario Arcuri non trova infermieri per i vaccini



di **Luca Zorloni**

Responsabile economia e internet Wired.it

L'Italia soffre di una cronica carenza di infermieri e le assunzioni in ospedali e rsa hanno azzerato il personale disoccupato. E il bando non tiene conto di questa situazione



(Photo by Salvatore Laporta/KONTROLAB /LightRocket via Getty Images)

L'ultimo censimento, datato 29 gennaio, segna **26.690 domande** per entrare nell'esercito dei 15mila tra medici e infermieri che il commissario straordinario per l'emergenza Covid-19, Domenico Arcuri, intende reclutare per le vaccinazioni. Il dato è ufficiale e suona incoraggiante: ci sono più candidature che posti disponibili, quasi 2 a 1. Quel che però non emerge – né il commissario l'ha precisato nella conferenza stampa in cui ha sbandierato il risultato – è quanti siano i curriculum dei medici e quanti quelli degli infermieri. Numero, quest'ultimo, che fa la differenza, perché ne va della sostenibilità finanziaria e della fattibilità della campagna vaccini, che dalla prossima settimana coinvolgerà, oltre agli anziani ultra-ottantenni, anche insegnante, personale scolastico e delle carceri, detenuti e forze dell'ordine.

Il bando parla chiaro. Delle 15mila risorse che servono, **tremila saranno medici e 12mila infermieri** e assistenti sanitari. Tuttavia, quando le candidature sfioravano le ventimila, le proporzioni erano invertite: 14.800 medici disponibili contro 3.900 infermieri. E nulla lascia pensare che la situazione si sia rovesciata. Perché, spiegano i **rappresentanti degli infermieri**, è proprio il meccanismo con cui è stato costruito il bando a tagliare le gambe al reclutamento. *Un effetto boomerang in un Paese che storicamente soffre di una cronica carenza di questi professionisti. A certificarlo è anche l'ultimo rapporto sanità del centro Crea dell'università di Tor Vergata: "In Italia operano 6,7 infermieri per 1.000 abitanti contro i 7,8 del Regno Unito, i 10,8 della Francia e i 13,2 della Germania".*

Il bando per le vaccinazioni

Il **bando di Arcuri si rivolge ai liberi professionisti e personale in pensione**. Sono richieste la laurea e l'iscrizione all'albo professionale. A fare i contratti le **agenzie interinali che si sono aggiudicate la gara**, ciascuna responsabile di una delle cinque aree in cui è stata suddivisa l'Italia. **Manpower** per Lombardia, Emilia Romagna, Sardegna, Umbria e Valle d'Aosta; **Randstad** per Lazio, Piemonte, Liguria e provincia di Trento; **Gi Group** per Campania, Puglia, Marche e Basilicata. Al raggruppamento **Umana-Synergie** spettano Sicilia, Toscana, Abruzzo e provincia di Bolzano, mentre il tandem **Etjca-Orienta** copre Veneto, Calabria, Friuli Venezia Giulia e Molise. A copertura delle assunzioni c'è uno stanziamento di **534 milioni**, di cui **25 milioni alle agenzie** (il 5% dei contratti) e il resto ai salari del personale. Come ha comunicato Arcuri, i primi medici e infermieri sono stati inviati sul territorio alla fine di settimana scorsa. Filippo Saltamartini, assessore alla Sanità della Regione Marche, conferma a *Wired* l'arrivo di 68 sanitari questa settimana. E *"in dirittura d'arrivo – ha aggiunto Arcuri – ci sono le assunzioni di altre centinaia dei 2.186 medici e infermieri selezionati"*. Non è chiaro, tuttavia, quanti tra i primi e quanti tra i secondi. Neppure tra le nuove candidature. Non è affare da poco. Il **contratto dei medici costa il doppio di quello degli infermieri**: 6.538 euro contro 3.077. A parità di

stanziamenti, quindi, un maggior numero di medici implicherebbe meno unità sul campo. *Il Foglio* **cita dubbi della Ragioneria dello Stato** sulla procedura del commissario. *Wired* ha posto una serie di domande alla struttura del commissario, che non ha fornito risposta ad alcuna né offerto l'opportunità di rispondere in conferenza stampa. Neppure le **agenzie interinali** hanno fornito informazioni, perché, su direttiva di Arcuri, non possono rilasciare dichiarazioni sul tema. Solo Randstad ha fatto pervenire una nota generica.

I nodi della campagna

*Quel che emerge, tuttavia, è che il reclutamento degli infermieri non ha tenuto conto di alcuni problemi strutturali. Primo: "Il tipo di ingaggio non è attrattivo per i liberi professionisti, né dal punto di vista quantitativo né qualitativo", spiega Nicola Draoli, consigliere nazionale della Federazione nazionale ordine professioni infermieristiche (Fnopi): "Impone un rapporto di subordinazione, con un impegno di 36 ore, in un periodo in cui i liberi professionisti hanno più cose da fare". E in un mercato in cui, spiega Andrea Bottega, segretario nazionale del sindacato Nursind, non ci sono molti professionisti a spasso. "Le strutture si sono ampliate e hanno aperto reparti Covid – racconta -. Si sono dovuti sostituire gli infermieri ammalati in prima linea. La rsa e le case di cura a loro volta hanno assunto". "Un altro segnale della carenza di personale – insiste Bottega – è che le aziende hanno dovuto **chiudere dei reparti per realizzare le aree Covid. Non c'entrano solo questioni logistiche". "Noi andiamo verso la campagna vaccinale con tutti i servizi aperti e con quelli aggiuntivi legati al Covid, dai reparti di terapia intensiva ai tamponi, dal contact tracing ai test sierologici", afferma Draoli. "A fare le vaccinazioni saranno sempre gli stessi", dice Bottega. Per la fase due della campagna, quella degli over 80, nel suo distretto è stata l'azienda sanitaria di Vicenza a mettere a disposizione 122 infermieri per compensare i 22 della Protezione civile, davanti a una popolazione di 32mila anziani ultraottantenni. Le offerte economiche, peraltro, sono più basse del previsto. "Ci sono arrivate segnalazioni a riguardo di offerte che al netto si aggirano intorno ai 1.300 euro", conferma Draoli.***

Anche il sindacato **Nursing up** ha raccolto denunce dello stesso tenore e proposte che si aggirano sui 1.200 euro netti. *Wired* ha chiesto chiarimenti sia al commissario Arcuri sia alle agenzie interinali, senza ottenere risposta.

Inversione a U

Gli infermieri hanno proposto alcuni correttivi per invertire la rotta. La premessa, dice Draoli, è “*stabilire con chiarezza quante persone vogliamo vaccinare, entro quando e, di conseguenza, di quante persone si ha realmente bisogno*”. Una delle proposte è **impegnare gli infermieri già assunti dal pubblico**, remunerando le ore in più con le prestazioni aggiuntive previste in finanziaria. Draoli suggerisce di coinvolgere la rete dei “*medici di medicina generale per raccogliere i dati anamnestici, che è lo scoglio*” e le **farmacie**, “*per esplodere il numero di punti vaccinali*”, con la collaborazione degli infermieri libero professionisti (circa 80mila sui 450mila infermieri italiani) per il tempo che hanno a disposizione. Ad ogni modo, si tratta sempre di pescare dallo stesso bacino. “*Dobbiamo affrontare una situazione senza precedenti con soluzioni nuove – aggiunge il consigliere di Fnopi -. Il bando ha complicato aggiungendo il passaggio dalle agenzie interinali*”. Queste di fatto **verificano solo la presenza dei requisiti** e a quel punto inseriscono il candidato in **liste di idoneità**, da cui le aziende sanitarie possono pescare in base ai loro bisogni. L’intermediazione, però incide sui costi della campagna, anche perché il 5% si applica al valore dei contratti sottoscritti e su quello dei medici è maggiore rispetto agli infermieri. Le agenzie peraltro, come ha potuto verificare *Wired* dalle comunicazioni inviate, sembrano aver pescato i nominativi dagli albi, inviando proposte a tappeto. Spesso le regioni si sono arrangiate in autonomia con **contratti di collaborazione diretta**, come la Toscana. La **Lombardia ha lanciato un avviso pubblico per volontari**, contestato tuttavia dagli Ordini infermieristici regionali in una lettera al direttore generale Welfare, Marco Trivelli. “*Si ritiene indispensabile che un servizio di alto impatto sociosanitario, come la vaccinazione, debba essere formalizzato anche attraverso una forma contrattuale che riconosca il valore dei professionisti*”, si legge nel documento che *Wired* ha

visionato. E l'avviso, prosegue la lettera, "è in conflitto con il bando Arcuri". Tanto che gli infermieri lombardi si sono schierati contro l'avviso del Pirellone, che non ha risposto alle domande di *Wired*. Dopo le prime proteste, la Fnopi è stata coinvolta da Arcuri. "Collaboriamo insieme alla Protezione civile per individuare strategie alternative", dice Draoli. Ma a bando ormai emesso. E con una campagna vaccini che non può permettersi intoppi.