

LA SANITÀ COSTA, MA NON AVERLA COSTA DI PIÙ

NON DIMENTICHIAMOCI DELLA SANITA'

Spesa sociale e sanitaria

In Italia, la spesa sanitaria pro-capite è del 15% inferiore alla media dei paesi OCSE e il tasso medio annuale di crescita della spesa sanitaria negli anni 2009-2016 è stato negativo (-0,3%), mentre, nella media dei paesi sviluppati, è stato positivo (+1,4%).

In particolare, il totale della spesa pubblica o a seguito di assicurazione obbligatoria per Assistenza a lungo termine (comprese entrambe le componenti di assistenza sanitaria e sociale) è intorno a 1,7% del PIL nei paesi OCSE, mentre in Italia nel 2017 risulta essere 0,6% del PIL.

Medici, professionisti e personale sanitario

L'occupazione nell'assistenza sanitaria e sociale rappresenta una grande opportunità e una quota crescente della forza lavoro in molti paesi del mondo. In Italia, nel 2017, rispetto alla media dei paesi sviluppati, la quota sanitaria e sociale degli occupati era del 23% inferiore, il numero di medici generici del 14% superiore, ma con grave carenza di specialisti in molte discipline e con la percentuale più elevata tra tutti di medici con oltre 55 anni di età, e il numero di infermieri del 34% inferiore.

Determinanti che hanno influito sull'aumento dell'aspettativa di vita negli ultimi decenni.

Una analisi è stata condotta su 35 paesi da parte dell'OCSE per il periodo 1995-2015.

La consistenza della spesa sanitaria pubblica in sé e il modo in cui vengono utilizzate le risorse sono i principali determinanti dell'aumento dell'aspettativa di vita.

La spesa out of pocket particolarmente ingente in Italia (almeno 40 miliardi annui) non pare incidere significativamente sull'aspettativa di vita.

I risultati mostrano che un'istruzione migliore, redditi più alti, stili di vita più sani (quali la limitazione di fumo e alcol, alimentazione sana, esercizio fisico), il contrasto all'inquinamento atmosferico, agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali, agli incidenti stradali e domestici hanno tutti contribuito ad aumentare l'aspettativa di vita negli ultimi decenni.

One Health, riconosce la stretta correlazione tra la salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente.

Occorre gestire i rischi di epidemia e pandemia associati alle malattie infettive emergenti attraverso una cooperazione innovativa, intersettoriale, rafforzando la sicurezza sanitaria nazionale e globale.

Attività sanitaria

Ricoveri ospedalieri

Il numero di posti-letto ospedalieri pro capite è diminuito nella maggior parte dei paesi OCSE, in media da 5,6 per 1 000 abitanti nel 2000 a 4,7 nel 2017. Questa riduzione fa parte di uno sforzo volontario nella maggior parte dei paesi, in parte guidato dai progressi nella tecnologia medica, che ha permesso il passaggio alla day surgery per una serie di procedure chirurgiche e una ridotta necessità di ricovero in ospedale. In Italia, però, nel 2017, il numero di posti-letto ospedalieri era del 32% inferiore alla media dei paesi sviluppati e ne è conseguito un aumento delle giornate d'attesa per ricovero per trattamenti appropriati di patologie gravi ed urgenti.

In Italia, secondo un Rapporto del Senato del 2013, il 35% degli ospedali è stato costruito prima del 1940; in Piemonte il 70% degli ospedali è stato costruito prima del 1940.

Invecchiamento e Long-Term Care (LTC)

In media nei paesi OCSE, nel 2017, c'erano 47,2 posti-letto LTC per 1 000 persone di età pari o superiore a 65 anni; in Italia, nel 2017, vi erano 19,2 posti-letto LTC per 1 000 persone di età pari o superiore a 65 anni.

Nel 2016, poco più del 20% delle famiglie UE con persone bisognose di aiuto per problemi di salute a lungo termine utilizzava servizi di assistenza domiciliare professionale. L'Italia si fermava al 12 per cento.

OCSE ha ritenuto di inviare all'Italia un allarme: "Long term care for elderly should be more routinely available". Tra le conseguenze più rilevanti in Italia delle carenze indicate, vi è il sovraffollamento dei Dipartimenti di emergenza, un fenomeno diffuso in molti Paesi sviluppati, soprattutto nelle aree metropolitane. La ragione principale non è l'accesso inappropriato in Pronto Soccorso, ma il "blocco degli accessi" ai reparti per i pazienti da ricoverare in urgenza, blocco conseguente alla carente recettività degli ospedali e dell'intero sistema sanitario. Il sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso e il ricovero ospedaliero in posti-letto di fortuna, non attrezzati, è dovuto in Italia alla riduzione dei posti-letto ospedalieri, non accompagnata dal sufficiente potenziamento delle cure domiciliari e residenziali in continuità assistenziale sanitaria e sociosanitaria per i pazienti cronici polipatologici non autosufficienti.

Insegnamenti dalla pandemia COVID-19

OCSE, ad aprile 2020, indica le evoluzioni del Sistema Sanitario che hanno consentito di essere meglio preparati alla pandemia e che guardano al futuro della sanità e dell'economia:

- Coordinamento tra Stati per contenimento rapido della pandemia, rafforzamento e omogeneizzazione dei meccanismi di sorveglianza, delle infrastrutture di informazione sanitaria e delle modalità di condivisione di informazioni e di dati standardizzati
- Sistemi sanitari rapidamente adattabili (disponibilità adeguata di professionisti sanitari, di posti-letto di degenza e di terapia intensiva, di dispositivi di protezione personale, di sistemi di monitoraggio)
- Cure domiciliari per le persone, soprattutto per i più anziani, anche alla luce della grave crisi delle strutture di ricovero per gli anziani
- Cartelle cliniche e Fascicoli sanitari elettronici standardizzati a livello nazionale
- Tecnologie a distanza per rilevazione, monitoraggio, diagnosi e anche trattamento, come nuovo standard di cura
- Nuove terapie, vaccini e tecnologie biomediche: innovazioni a velocità crescente

Dichiarazioni e Raccomandazioni Europee, Provvedimenti Italiani

Sono recenti la Dichiarazione sul sostegno alla crisi pandemica in data 8.5.2020 dell'Eurogruppo, la Raccomandazione sul programma nazionale di riforma 2020 dell'Italia, che formula un parere sul programma di stabilità 2020 dell'Italia del Consiglio dell'Unione Europea in data 20.5.2020 e la nuova emissione BTP Italia ideata per il finanziamento degli interventi relativi all'emergenza Covid-19 disposta dal Governo Italiano lunedì 18 maggio 2020, che sono tutte centrate sul rafforzamento del sistema sanitario: sono occasioni da non disperdere, nella generale necessità di provvedimenti per il rilancio dell'Italia, utilizzando invece tutte le risorse in modo specifico per la Sanità. Il MES dovrebbe essere auspicabilmente vincolato alle spese sanitarie.

Vi è il rischio di utilizzo marginale delle risorse per la sanità e di dispersione in distribuzioni parziali ed inefficaci senza potenziare effettivamente il servizio sanitario nazionale, che rischia di dover affrontare una probabile ripresa invernale della pandemia. Il SSN vero bene comune va rapidamente rinforzato anche per evitare ulteriori e catastrofici danni economici diffusi.

La sanità costa, ma non averla costa di più.

E' necessario evitare norme sempre più complesse e distanti dalle regole europee, evitare conflitti di competenze tra Istituzioni e promuovere una alleanza trasparente con i cittadini e con i professionisti sanitari

Prospettive comuni

Collaborazione tra Stati e tra Regioni

Il coordinamento tra Stati dell'Unione Europea e tra Regioni è un punto di forza: si tratta di sviluppare la condivisione di *best practices* e di innovazioni cliniche e organizzative.

Rete degli Ospedali

Si tratta di adeguare capacità e adattabilità del Servizio Sanitario nazionale e regionale.

Per evitare l'ulteriore riduzione di posti letto ospedalieri, occorre superare gli ospedali che non possono rispettare i requisiti strutturali, costruendo nuovi ospedali, e rinnovare tutti gli ospedali secondo le nuove indicazioni di spazi che seguono all'emergenza COVID 19, in Pronto Soccorso, Degenze, Ambulatori, e in tutte le strutture.

Occorre affrontare tempestivamente il problema di 400.000 interventi chirurgici in lista d'attesa.

Medicina del territorio

E' necessario un ruolo sempre più rilevante della medicina del territorio, con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta orientati alla presa in carico proattiva delle persone con fragilità e cronicità tramite i servizi di prossimità.

Strutture per il ricovero di malati anziani non autosufficienti dopo COVID-19

La grave crisi delle strutture socio-sanitarie per il ricovero di malati anziani non autosufficienti, durante la pandemia COVID-19, non è un fenomeno esclusivamente italiano, ma mondiale.

A seguito della pandemia, dovrà crescere l'apporto di prestazioni sanitarie, l'uso di servizi in telemedicina, si potranno sviluppare piccole unità abitative per 10-12 persone (ognuno con camera da letto e bagno individuali), dovranno essere rivisti verso l'alto i requisiti minimi di personale sanitario qualificato e impiantistici (es. ossigeno, ecc.).

Cure domiciliari

È di importanza chiave un adeguato progetto per l'innovazione e lo sviluppo integrato delle cure domiciliari ospedaliere, territoriali e socio-sanitarie, con particolare attenzione alle persone malate non autosufficienti.

Sono indispensabili nuovi sistemi informativi sanitari integrati, in grado di portare l'assistenza sanitaria a casa delle persone assistite, nuove soluzioni per l'e-health come applicazione di tecnologie ICT nella gestione dei processi sanitari, nella telemedicina e tele monitoraggio, allo scopo di supportare l'accessibilità delle informazioni e dei servizi sanitari, il decentramento della cura, la razionalizzazione delle risorse ed il miglioramento dei percorsi assistenziali.

Sanità e Salute

Vi sono molte competenze riguardo la promozione della salute, come specificato trattando dei determinanti che hanno influito sull'aumento dell'aspettativa di vita negli ultimi decenni: è indispensabile sviluppare un progetto "Salute", condotto insieme con i sindaci e con tutti gli attori interessati, con risorse integrative rispetto a quelle specificamente individuate per la Sanità.

Collaborazione con le persone assistite, le loro famiglie, i cittadini e le loro Associazioni

Nello sviluppo delle nuove prospettive, è indispensabile la partecipazione attiva delle persone assistite, delle famiglie, dei care giver e delle loro Associazioni, per disegnare al meglio la fruizione diretta del servizio, la organizzazione degli ospedali e dei servizi territoriali per la salute e la pianificazione delle politiche dei sistemi di erogazione dell'assistenza.

7 giugno 2020

Fonti: Rapporto OASI 2019; OECD Health at a Glance 2019; Commissione Europea: Raccomandazione del Consiglio sul programma nazionale di riforma 2020 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2020 dell'Italia; Senato della Repubblica: Relazione finale sull'Attività della commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale -2013; Dati Ministero Salute.

Allegato

Con Dichiarazione sul sostegno alla crisi pandemica in data 8.5.2020, l'Eurogruppo ha “concordato le caratteristiche e le condizioni standardizzate del sostegno alla crisi pandemica, disponibili per tutti gli Stati membri dell'area dell'euro per importi del 2% del PIL dei rispettivi membri alla fine del 2019, come parametro di riferimento, per sostenere il finanziamento interno di costi indiretti di assistenza sanitaria, cure e prevenzione dovuti alla crisi COVID-19”. L'Eurogruppo ricorda che l'unico requisito per accedere alla linea di credito sarà che gli Stati membri dell'area dell'euro che chiedono sostegno si impegnino a utilizzare questa linea di credito per sostenere il finanziamento interno dell'assistenza sanitaria diretta e indiretta, i costi relativi alla cura e alla prevenzione dovuti alla crisi COVID 19. Questo impegno sarà dettagliato in un piano di risposta pandemica.

Con Raccomandazione sul programma nazionale di riforma 2020 dell'Italia, che formula un parere sul programma di stabilità 2020 dell'Italia, il Consiglio dell'Unione Europea, in data 20.5.2020, ha ricordato che “La pandemia di Covid-19 ha sottoposto il sistema sanitario nazionale a una pressione senza precedenti, facendo emergere debolezze strutturali e la necessità di incrementare la preparazione in risposta agli eventi di crisi. Nonostante la spesa sanitaria sia inferiore alla media dell'UE, il sistema sanitario italiano è caratterizzato da servizi universali altamente specializzati e di buona qualità e in generale è riuscito a fornire un'assistenza accessibile. Tuttavia, soprattutto all'inizio della pandemia, la frammentazione nella governance del sistema sanitario e nel coordinamento tra autorità centrali e regionali ha rallentato l'attuazione di alcune misure di contenimento. La risposta dei sistemi sanitari regionali alla crisi si è basata principalmente su una mobilitazione straordinaria, in particolare del personale sanitario e dei servizi sociali locali, che ha compensato i limiti dell'infrastruttura fisica, del numero di operatori sanitari e degli investimenti degli anni passati volti a migliorare le strutture e i servizi. Il governo italiano ha compiuto sforzi notevoli per contenere la diffusione del virus, alleviare la pressione sugli ospedali e generare ulteriore capacità di assistenza. È attualmente in fase di elaborazione una strategia di contenimento a più lungo termine per garantire un ritorno in sicurezza alle attività produttive. Oltre a migliorare i processi di governance e i piani di preparazione alle crisi, le politiche post Covid-19 dovrebbero puntare a colmare la carenza di investimenti pubblici nell'assistenza sanitaria. Nel medio-lungo termine lo sviluppo di un piano strategico di investimenti sarà fondamentale per migliorare la resilienza del sistema sanitario italiano e garantire continuità nella prestazione di servizi di assistenza accessibili. A fronte delle attuali proiezioni relative alla forza lavoro nel settore sanitario, dovrebbe essere data priorità all'elaborazione di politiche volte a rimuovere gli impedimenti alla formazione, all'assunzione e al mantenimento in servizio del personale sanitario”.

Il Consiglio dell'Unione Europea raccomanda che l'Italia adotti provvedimenti nel 2020 e nel 2021 al fine di: “attuare, in linea con la clausola di salvaguardia generale, tutte le misure necessarie per affrontare efficacemente la pandemia e sostenere l'economia e la successiva ripresa; quando le condizioni economiche lo consentano, perseguire politiche di bilancio volte a conseguire posizioni di bilancio a medio termine prudenti e ad assicurare la sostenibilità del debito, incrementando nel contempo gli investimenti; rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario per quanto riguarda gli operatori sanitari, i prodotti medici essenziali e le infrastrutture; migliorare il coordinamento tra autorità nazionali e regionali”.