



Fondazione

theBRIDGE



SCIENZA
TRA CLINICA
E SOCIETÀ

Politiche sanitarie
nazionali e impatto
sulle Regioni

INDICE

PREMESSA

1. Strutture di ricovero e Riduzione dei posti letto
2. Fondo Sanitario Nazionale e spesa sanitaria pubblica
3. Dotazione personale sanitario
4. MMG

3

7

12

20

24

PREMESSA

RATIO

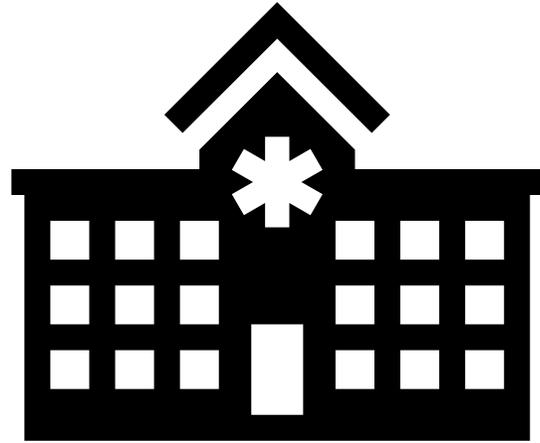
- Titolo V: tra autonomia e centralismo. Partendo dal presupposto che già l'art. 32 della Costituzione tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e nell'interesse della comunità, con la riforma del Titolo V si è voluto dare un contenuto «organizzativo» a tale assunto, affidando la tutela della salute alla **legislazione concorrente** tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali (art. 117)
- Centralismo: politiche sanitarie generali per garantire sostenibilità e universalismo
- Federalismo: quello che doveva essere un federalismo solidale, si è però trasformato in un sistema a macchia d'olio, dove 21 SSR hanno adottato politiche sanitarie differenti e disomogenee.
- A fronte di ciò, lo Stato, con alcune sue scelte politiche a livello nazionale, ha esasperato le disparità locali adottando, negli ultimi dieci anni, anche importanti tagli lineari che hanno, talvolta, impedito alle Regioni di reagire con efficienza ed efficacia agli impatti sanitari, come si è visto per la pandemia Covid.

OBIETTIVO

- Questa presentazione, senza aver un'ambizione di sintesi del completa panorama, vuole mettere in evidenza, con alcuni esempi, come l'applicazione di alcune norme e politiche sanitarie a livello nazionale abbiano avuto – e hanno tuttora – un impatto sull'organizzazione regionale.
- In altre parole, il presente lavoro vuole rappresentare lo spunto per analisi e possibili ripensamenti sul tema.

ALCUNI PUNTI A TITOLO DI ESEMPIO

1. STRUTTURE DI RICOVERO E POSTI LETTO
2. FONDO SANITARIO NAZIONALE E SPESA SANITARIA PUBBLICA
3. DOTAZIONE PERSONALE SANITARIO OSPEDALIERO
4. MMG

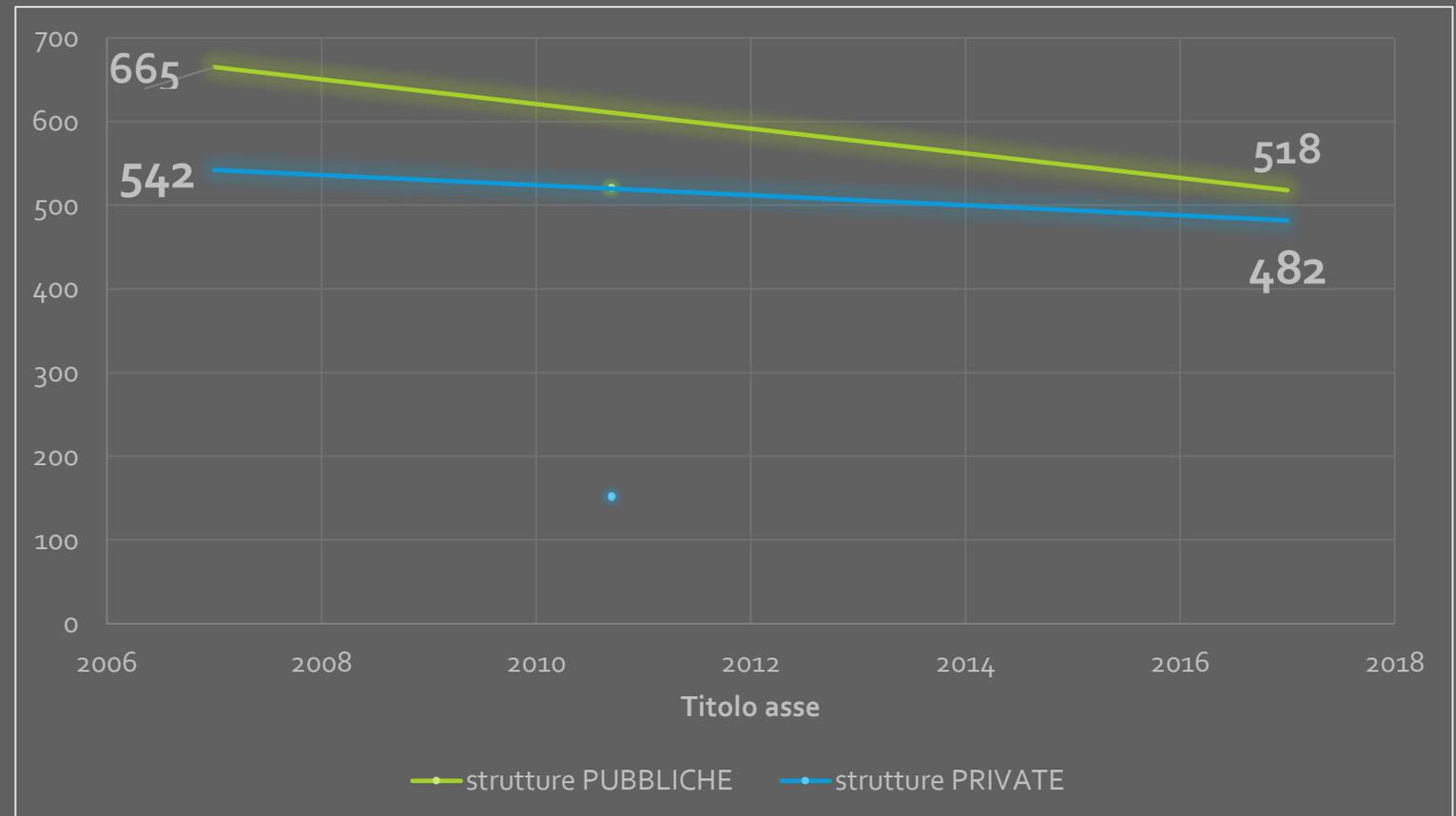


1. STRUTTURE DI RICOVERO E RIDUZIONE DEI POSTI LETTO

RIDUZIONE STRUTTURE DI RICOVERO (2007-2017)

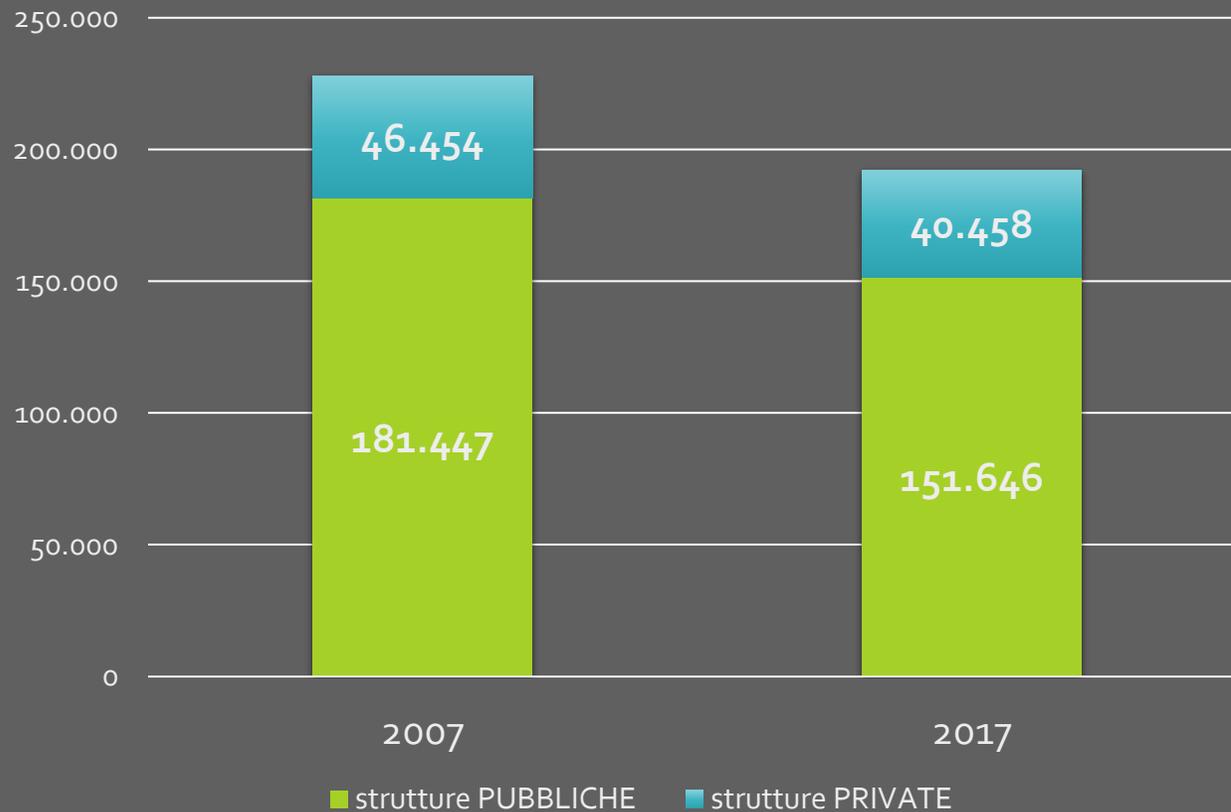
Strutture pubbliche: -22%

Strutture private: -11%



Nostra rielaborazione da:
Censis, *Un mese di sociale*, 2020

RIDUZIONE POSTI LETTO (2007-2017)



POSTI LETTO: - **35.797**

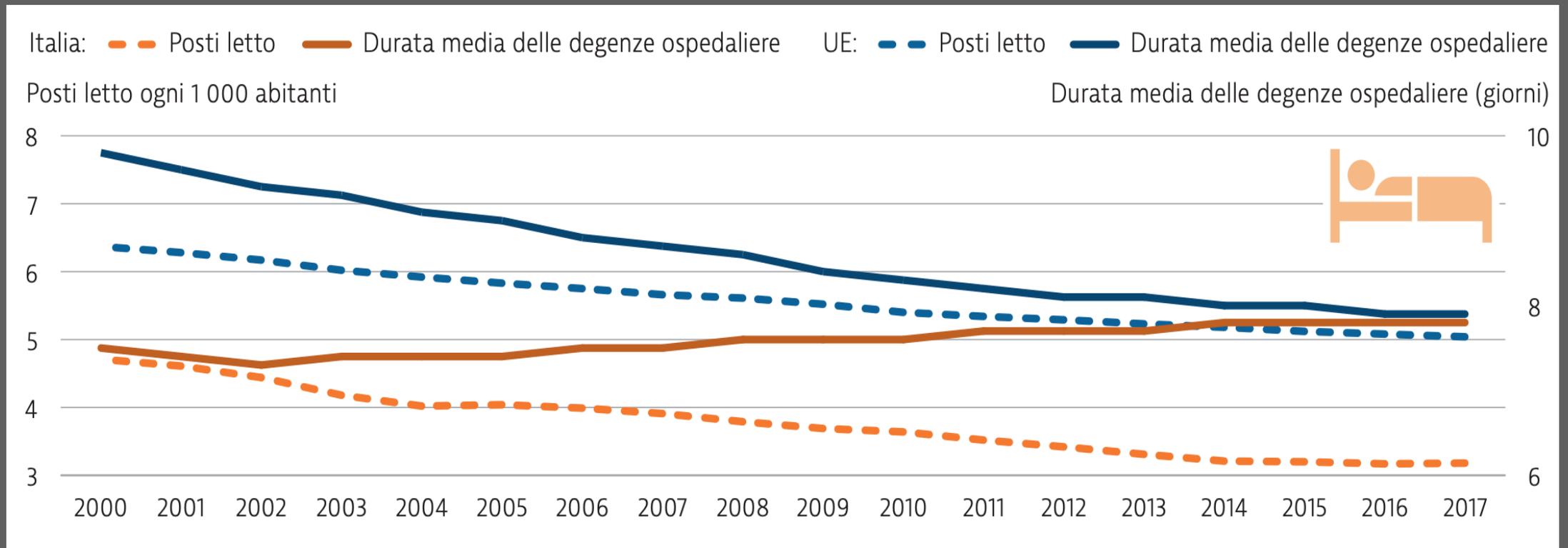
In strutture pubbliche: - **16%**

dai 3 per 1.000 abitanti ai 2,5

In strutture private: - **13%**

da 0,8 per 1.000 a 0,7 per 1.000

RIDUZIONE POSTI LETTO: CONFRONTO EUROPEO (2000-2017)



Fonte: www.pagellapolitica.it

STRUTTURE DI RICOVERO E RIDUZIONE DEI POSTI LETTI UNA PRECISAZIONE NECESSARIA



È bene, comunque, prestare attenzione al fatto che il ridimensionamento dei posti letto

- è un fenomeno spontaneo e universale;
- è conseguenza e causa dell'aggiornamento degli standard ospedalieri da parte del governo. Nel 1969 il primo standard di dotazione era di 12 posti letti per 1000 abitanti. La dotazione odierna di 3,5 posti letto è in linea con gli standard ministeriali;
- dipende dal tasso di occupazione dei posti letto nel tempo e dalla contrazione dei ricoveri. Dal 2007 al 2017 il tasso di ospedalizzazione – la domanda di ricovero – è sceso da 226 a 147 per 1000 abitanti.

La contrazione dei ricoveri nelle strutture pubbliche ha lasciato liberi degli spazi, che non avrebbe avuto senso mantenere operativi. Conservando lo stesso numero di p.l. del 2007 il tasso di occupazione oggi risulterebbe solo del 57%.

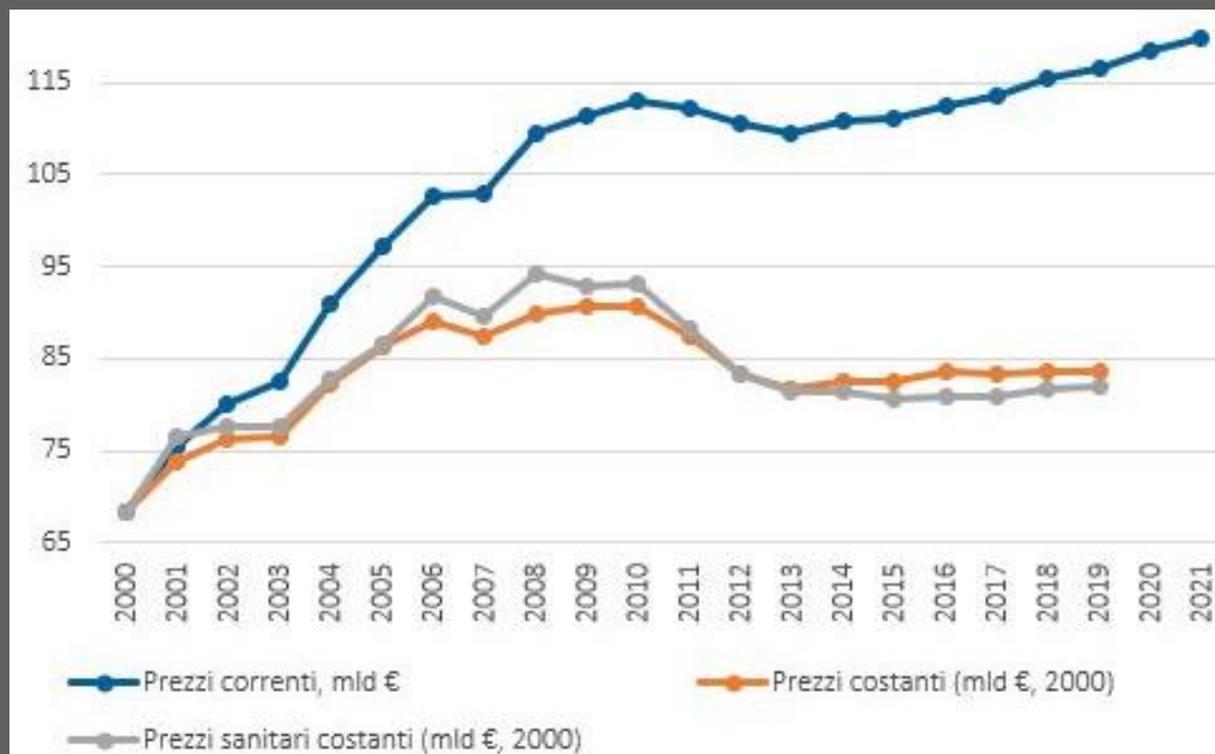
Fonte: [V.Mapelli, Il sistema ospedaliero italiano non è in declino. Ecco perché, Quotidianosanità, 2020](#)

2. FONDO SANITARIO NAZIONALE E SPESA SANITARIA PUBBLICA

SPESA SANITARIA PUBBLICA

- Dal 2001 al 2009 il valore del finanziamento ordinario dello Stato al SSN in rapporto al Pil è quasi sempre aumentato.
- Dal 2010 è costantemente calato
- È pur vero che gli investimenti da parte dello Stato a favore del Servizio Sanitario Nazionale sono di fatto aumentati negli ultimi 10 anni, ma tale crescita è si rivela, in percentuale, inferiore se rapportata a quella dell'inflazione, ossia l'aumento del livello medio dei prezzi

TREND SPESA SANITARIA PUBBLICA IN ITALIA

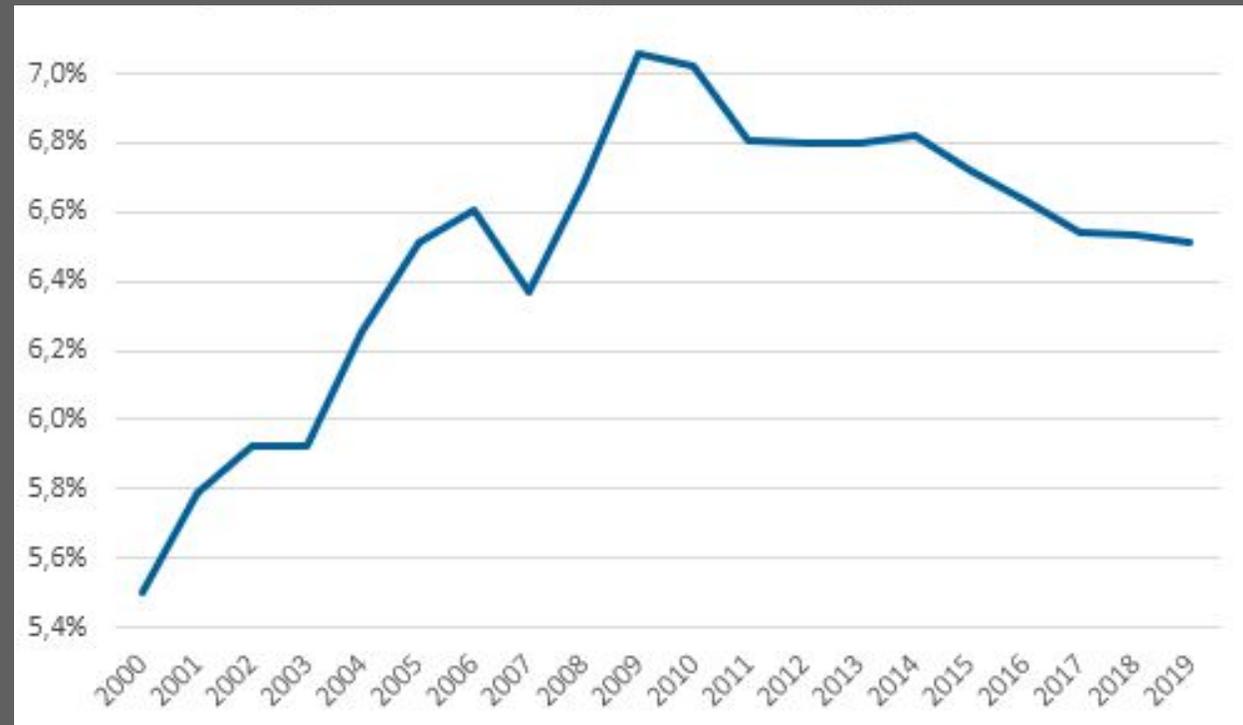


Prezzi correnti: prezzi praticati di norma in un certo mercato in un dato momento, calcolati tenendo in considerazione sia gli atti della pubblica autorità, che i listini di borsa o di mercato

Prezzi costanti: prezzi rilevati su alcuni beni in un dato periodo di tempo a cui saranno in seguito riferite tutte le rilevazioni effettuate negli anni successivi

Fonte : Garotto L., *L'evoluzione della spesa sanitaria, 2020*, Osservatorio CPI, UNICATT

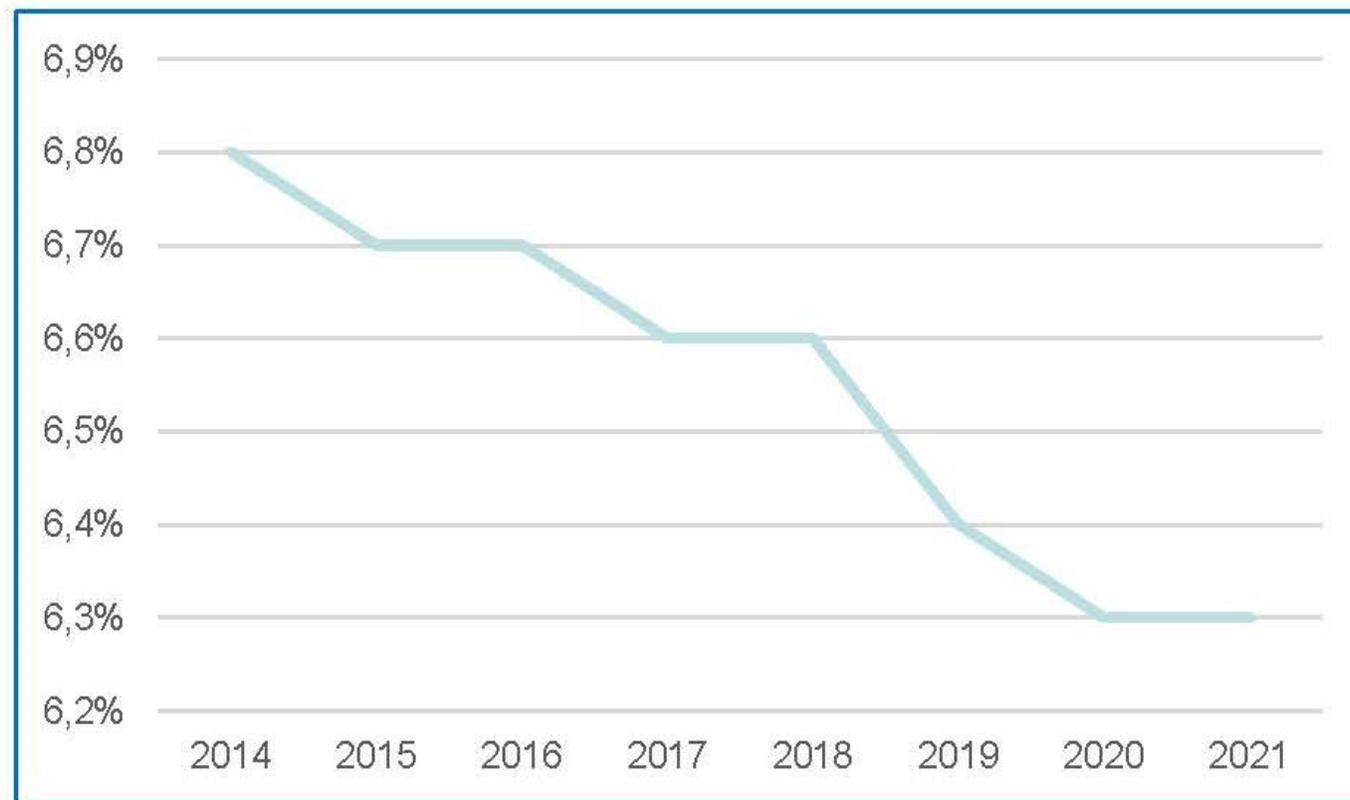
TREND SPESA SANITARIA PUBBLICA IN RAPPORTO AL PIL



Fonte : Garotto L., *L'evoluzione della spesa sanitaria*, 2020, Osservatorio CPI, UNICATT

SPESA SANITARIA IN % DEL PIL

- EFFETTI CONTENIMENTI
DELLA SPESA



Fonte: Def 2018: audizione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sul DEF 2018 (Commissioni Speciali di Camera e Senato) 15 maggio 2018

dal Patto Salute 2014 alla legge di bilancio 2018

Fabbisogno Sanitario Nazionale	2017	2018	2019
a legislazione vigente	112.577	113.396	114.396
incremento		819	1.000
%		0,7%	0,9%
rinnovo contratto dipendenti Sanità		- 1.300	- 1.300

Incremento degli oneri rinnovo contrattuale (pari a circa 1 miliardo):

da corrispondere all'interno delle risorse del FSN rimaste inalterate nonostante che i capitoli funzionali a finanziare il rinnovo per le funzioni centrali nella legge di bilancio siano stati incrementati di 2.850 miliardi di euro ossia dal 2,03% al 3,48%.

L'intero incremento del fondo non è sufficiente a coprire i rinnovi contrattuali in assenza di ulteriori stanziamenti.

Criticità nell'applicazione dei nuovi LEA a pieno regime nel 2018.

Fonte: Audizione sulla legge di Bilancio 2018 Roma, 7 novembre 2017 Commissioni bilancio riunite di Camera e Senato Conferenza delle Regioni e Province autonome

EVOLUZIONE FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE

Finanziamento Fabbisogno sanitario nazionale	2017	2018	2019
Art.1, co. 392, L.323/2016 (L.B. 2017), in base a Intesa CSR 11 febbraio 2016 e in attuazione art. 1, co. 680, L. 208/2015 (L. S. 2016).	113.000	114.000	115.000
D.I. MEF – Salute 5 giugno 2017 : riduzione a carico del RSO, considerati i mancati accordi dello Stato con le autonomie speciali.	-423	-604	-604
Art. 18-bis, co. 3, DL. 148/2017 (L.172/2017): incremento del limite di fatturato di alcune farmacie (tra cui quelle rurali) per l'applicazione delle misure di sconto obbligato.	-	9,2	9,2
Art. 1, co. 435, L. 205/2017 (L.B. 2018): incremento (dal 2019) per valorizzare, con una compensazione alle riduzioni del trattamento accessorio dei dirigenti, il personale della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria.	-	-	30
Art. 1, co. 827, L. 205/2017 ulteriore riduzione (dal 2018) finanziamento della regione Friuli Venezia Giulia per superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari.	-	-1,12	-1,12
Art. 9, L. 4/2018 che incrementa (dal 16 febbraio 2018) il livello del fabbisogno per assistenza minori orfani di crimini domestici.	-	0,056	0,064
Totale	112.577	113.404	114.435

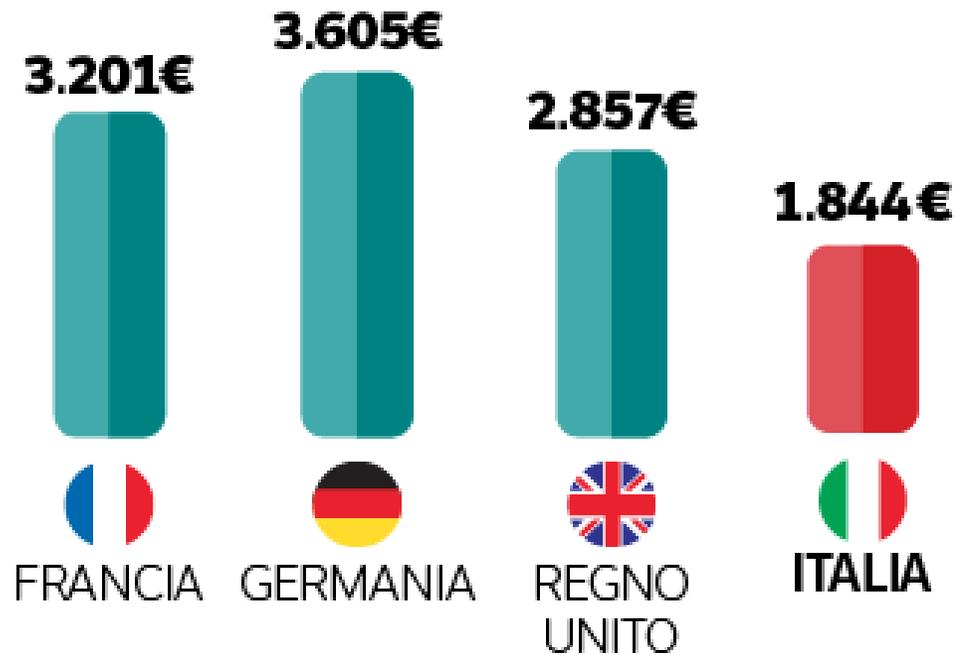
Come evidenziato in tabella, **il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario è stato decurtato, principalmente a causa del contributo aggiuntivo che le regioni hanno dovuto assicurare alla finanza pubblica**

Fonte: Camera dei Deputati, Servizio Studi, *Il Livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, Novembre 2020

EVOLUZIONE FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE

SPESA SANITARIA

- Spesa pro-capite (2016)



Fonte: Istat

DOTAZIONE DI PERSONALE SANITARIO OSPEDALIERO

Il «blocco del turnover» - legge n. 296 del 2006:

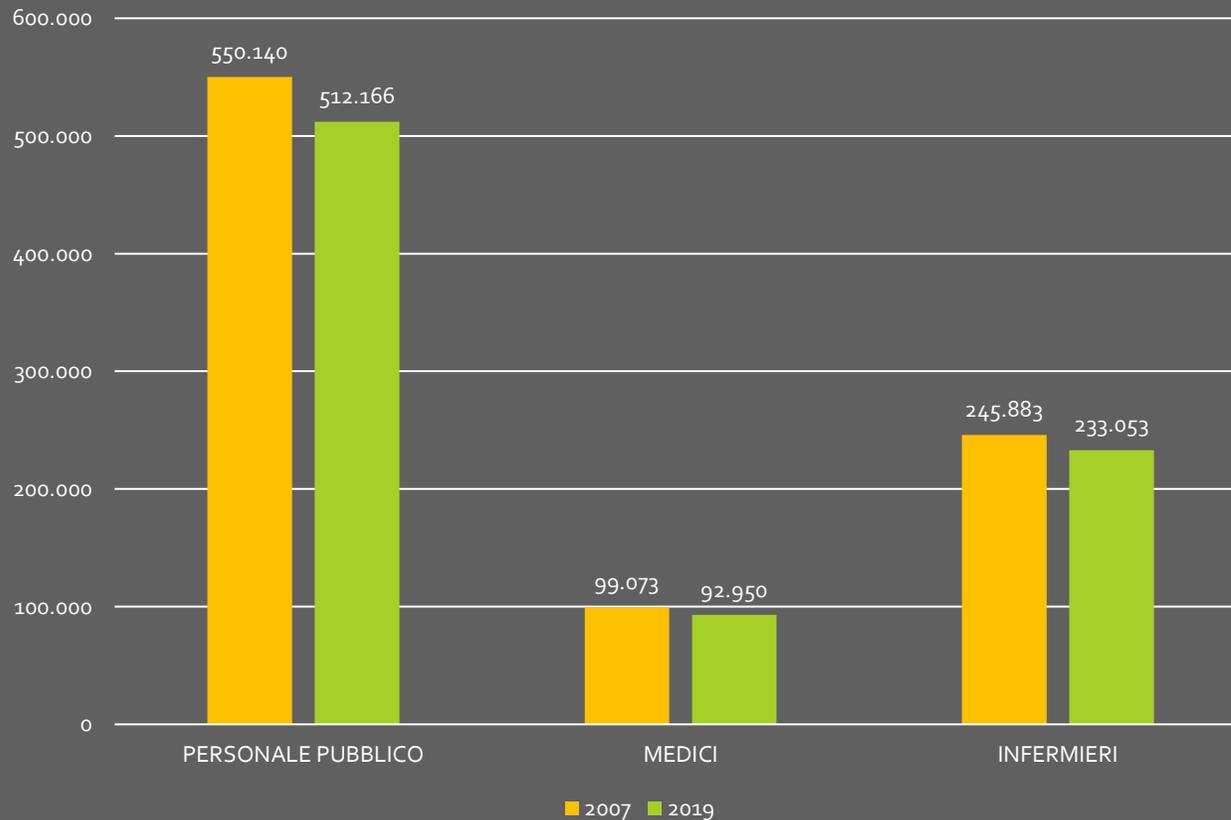
- riduzione complessiva del numero di medici e infermieri del SSN
- invecchiamento progressivo della dotazione di personale
- riduzione dell'accesso dei più giovani.

Fonti:

CENSIS, *Un mese di sociale*, 2020

V. Mapelli, *Il sistema ospedaliero italiano non è in declino. Ecco perché*, *Quotidianosanità*, 2020

DOTAZIONE DI PERSONALE SANITARIO OSPEDALIERO



- Personale ospedali pubblici: **-7%**
- Medici: **-6%**
- Infermieri: **-5%**
- Rapporto medici del SSN/abitanti: da 19,1 per 10.000 abitanti a 17,6;
- relativo agli infermieri da 46,9 per 10.000 a 44,3.
- Riduzioni da addebitarsi alle misure di contenimento della spesa (L 191/2009) – sbloccate solo nel 2019

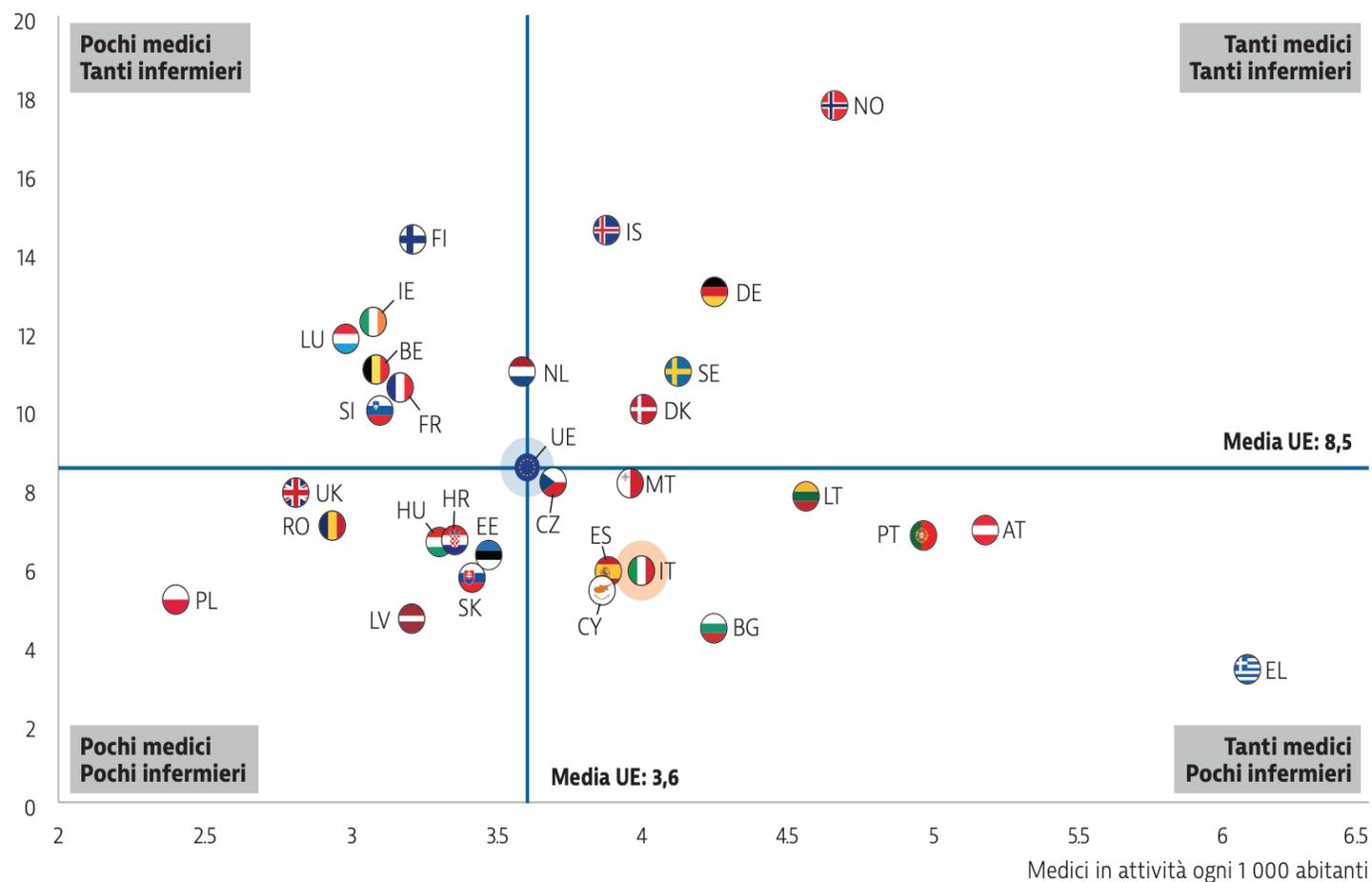
CONFRONTO UE

Il numero totale dei medici per abitante in Italia è superiore alla media dell'UE (4,0 rispetto al 3,6 per 1 000 abitanti nel 2017).

Ma il numero dei medici che esercitano negli ospedali pubblici e il numero di MMG, sono comunque in calo.

L'Italia impiega meno infermieri rispetto a quasi tutti i paesi dell'Europa occidentale e il loro numero è notevolmente inferiore alla media dell'UE (5,8 infermieri per 1 000 abitanti contro gli 8,5 dell'UE; Figura 8).

Infermieri che esercitano la professione ogni 1 000 abitanti



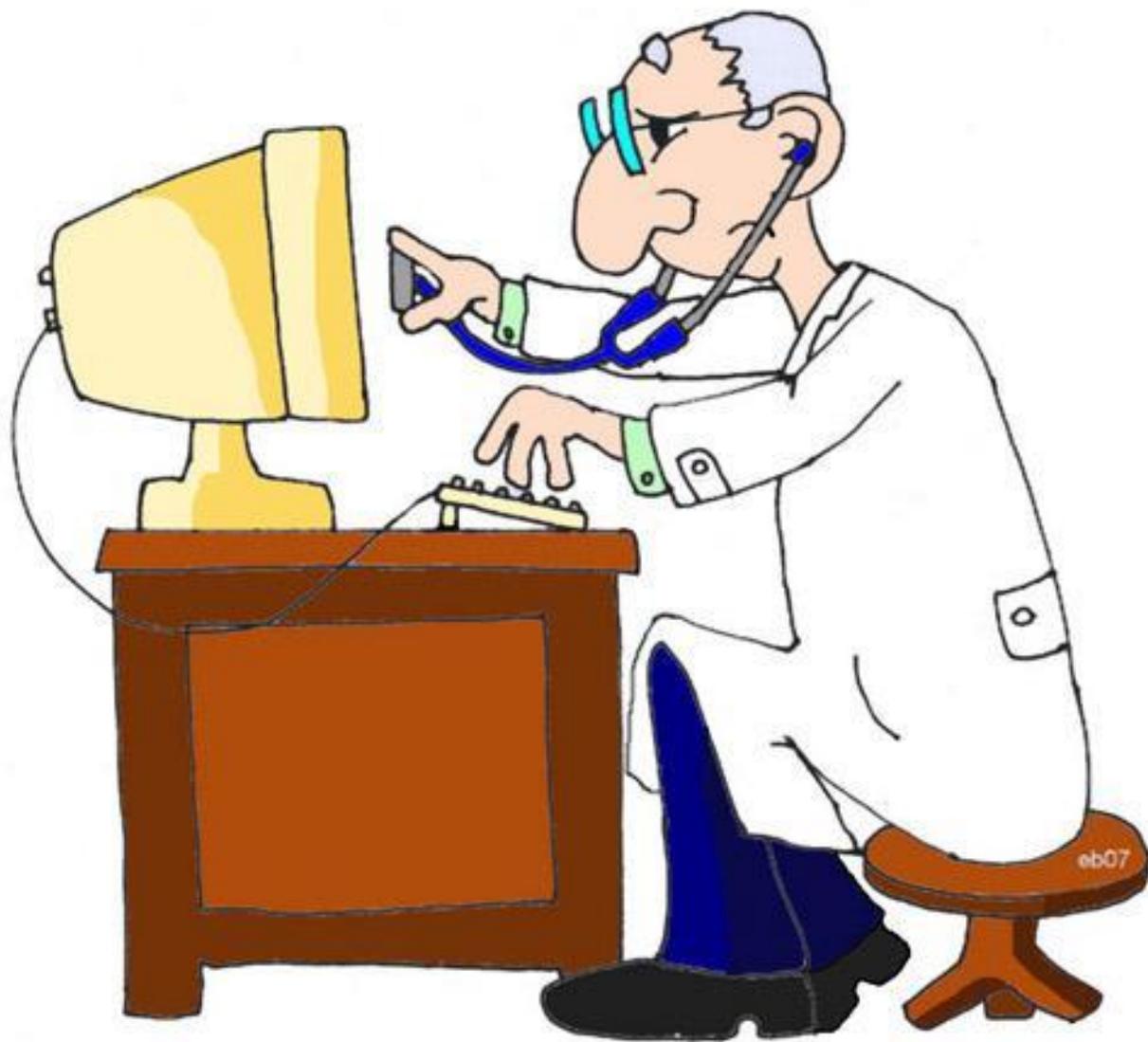
Fonte: Banca Dati Eurostat, *State of Health in the EU, Italia Profilo della Sanità 2019*

FORMAZIONE PERSONALE SANITARIO E SPECIALIZZAZIONI



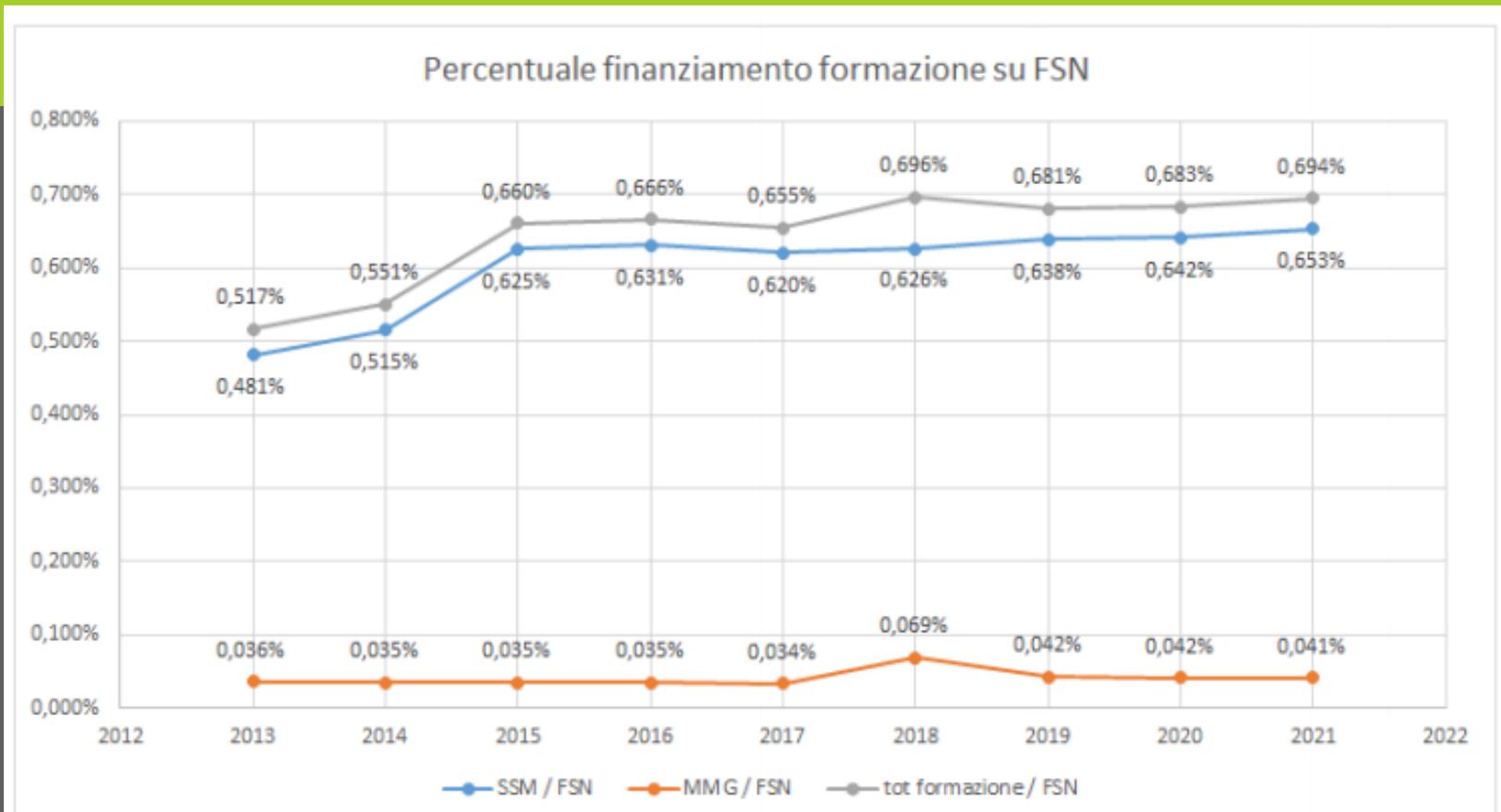
Negli ultimi anni le **borse di specializzazione** sono risultate inferiori al numero dei laureati chiamati ad accedervi e agli stessi fabbisogni indicati dalle Regioni.

- **2018** - 6.934 a fronte di un fabbisogno stabilito dalla Conferenza Stato regioni di 8.569
- Solo nel 2019, con 8.000 borse con finanziamento statale e 8.776 borse totali, il numero di posti è stato superiore al fabbisogno indicato dalle Regioni (8.523)
- ANAAO: a partire dai dati degli specializzandi e ipotizzando che tra il 2018 e il 2025, dei circa 105.000 medici specialisti attualmente impiegati nella sanità pubblica, ne potrebbero andare in pensione la metà (52.500), **prefigura per il 2025 una importante carenza di circa 16.500 specialisti**



4. MMG

FORMAZIONE MMG (1/2)



Alla formazione dei medici in Italia è destinato solo lo 0.7% del FSN, impegnato soprattutto dalla formazione dei medici specialisti.

Per la medicina generale, si raggiunge di poco lo 0.04% circa.

Fonte: ALS, *Il de-finanziamento della formazione MMG: analisi delle delibere CIPE dal 2000 al 2018, 2019*



MEDICI DI MEDICINA GENERALE. IL PROBLEMA DELLA FORMAZIONE

Secondo la **Direttiva Europea n. 16 del 1993** il Corso triennale di Medicina Generale è equiparabile a quelli di Specializzazione Medica.

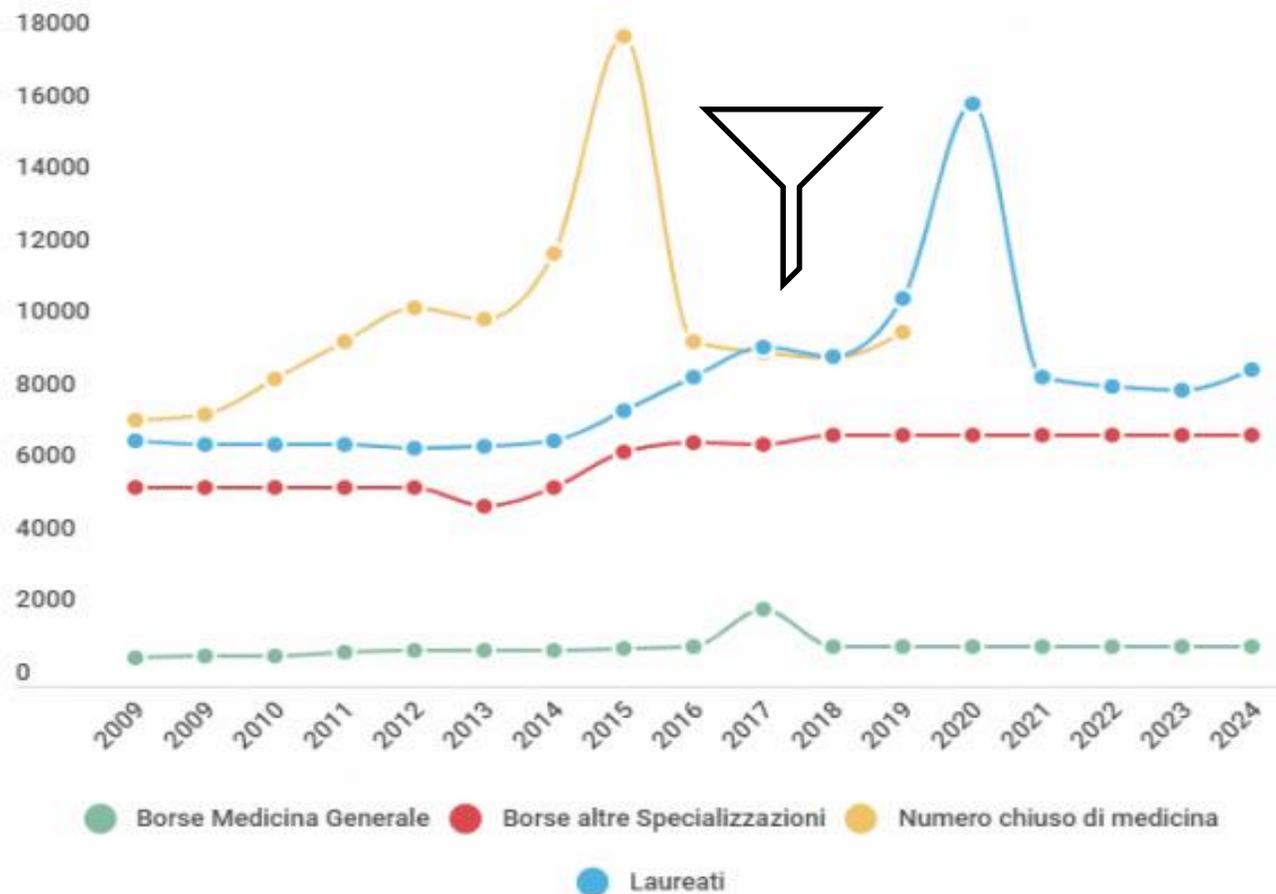
Entrambi condividono le stesse regolamentazioni e di conseguenza un impegno a tempo pieno con obbligo di frequenza che non consente lo svolgimento di attività lavorative esterne...

Eppure la disparità di trattamento è evidente proprio per la mancata applicazione di quanto previsto a livello Europeo

Il trattamento economico per la formazione degli MMG non è mai stato equiparato, a livello nazionale, a quello degli specializzandi

Formazione	CFSMG*	Specializzazione
Ente erogatore del bando	Regione	MIUR
Durata	3 anni	4/6 anni
Trattamento economico	10.604,50 lordi/anno	22.700 lordi/anno
Stipendio mensile	<u>967</u>	<u>1.700 circa</u>
Dichiarazione redditi	si	no

*Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale



INVECCHIAMENTO E DIMINUIZIONE MMG

Ciò che è rappresentato dall'immagine è il c.d. «imbuto formativo»; dal 2013 il numero dei contratti per la formazione specialistica è risultato inferiore rispetto a quello dei medici laureati ed abilitati oltre che al fabbisogno espresso dalle Regioni. I neo laureati esclusi ritentano il concorso negli anni successivi, con un aumento tra candidati e esclusi che entrano in un imbuto formativo che si sta progressivamente allargando, anche dovuto al numero chiuso di medicina. Nel 2018, l'imbuto formativo, coinvolgeva 8090 medici.

Fonte: Anaa Assomed, *Programmazione del fabbisogno di personale medico regionale, proiezioni per il periodo 2018-2025: curve di pensionamento e fabbisogni specialistici nelle singole Regioni italiane*, 2019

Secondo la FIMMG, nel 2019 erano presenti circa **54.000 MMG** su tutto il territorio nazionale.

Da fonti Anaao-Assomed, risulta che entro il 2030 potrebbero mancare **34.000 medici** di base.

Tra il 2014 e il 2023 si stima un'uscita media del **40-45%** di medici per la pensione.

Per il Concorso di Medicina Generale del triennio 2020-2023 è stato previsto un totale di borse di studio pari a **1.302**, distribuite per Regione come da tabella.

È un numero che non sembra tenere in conto le problematiche sia del pensionamento che dell'imbutto formativo di cui alla slide precedente.

REGIONE	POSTI DISPONIBILI
Abruzzo	25
Basilicata	19
Calabria	29
Campania	111
Emilia-Romagna	95
Friuli Venezia Giulia	40
Lazio	101
Liguria	40
Lombardia	174
Marche	30
Molise	18
Piemonte	119
Puglia	100
Prov. Autonoma Trento	25
Sardegna	45
Sicilia	89
Toscana	120
Umbria	29
Valle d'Aosta	8
Veneto	85



Soluzioni:

- Aumentare gli investimenti a carico del FSN e da parte delle Regioni?
- Aumentare le borse di studio facilitando il turn over?
- Rendere più appetibile il corso triennale assimilandolo a quello di specializzazione?



Membership

