



Roma, 25 giugno 2020 - SSN penalizzato da riduzioni di spesa pubblica e sempre maggiore carenza di personale medico e infermieristico. Alla vigilia della pandemia da SARS-CoV-2, il sottofinanziamento della sanità, insieme alla devolution che ha di fatto creato 21 diversi sistemi sanitari regionali diversamente performanti, ha determinato conseguenze per i cittadini, che non hanno potuto avere le stesse garanzie di cura.

#### Paradigmatici

i principali dati economici: dal 2010 al 2018 la spesa sanitaria pubblica è aumentata di un modesto 0,2% medio annuo, molto meno dell'incremento del PIL che è stato dell'1,2%. Al rallentamento della componente pubblica delle risorse finanziarie ha fatto seguito una crescita più sostenuta della spesa privata delle famiglie, pari al 2,5%. Nel 2018, la spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata sostenuta dalle famiglie, ammontava a circa 153 miliardi di euro, dei quali 115 miliardi di competenza pubblica e circa 38 miliardi a carico delle famiglie.

I tagli alla spesa non sono stati sempre accompagnati da un aumento di efficienza dei servizi, e spesso si sono tradotti piuttosto in una riduzione dei servizi

offerti ai cittadini. Per esempio, dal 2010 al 2018 il numero di posti letto è diminuito di circa 33 mila unità, con un decremento medio dell'1,8%, continuando il trend in diminuzione osservato già a partire dalla metà degli anni '90.

Sono

i dati core estratti dal "Rapporto Osservasalute", XVII edizione, presentati alla stampa per la prima volta in remoto, attraverso la piattaforma StarLeaf; una edizione speciale del Rapporto, che giunge in un periodo molto particolare della storia del nostro Paese e del mondo intero.

Il

Rapporto è curato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che opera nell'ambito di Vihtaly, spin off dell'Università Cattolica, presso il campus di Roma. Osservasalute 2019 è una edizione di 585 pagine ed è frutto del lavoro di 238 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Ministero della Salute, Agenzia Italiana del Farmaco, Istat.

"La

crisi drammatica determinata da Covid-19 ha improvvisamente messo a nudo fino in fondo la debolezza del nostro sistema sanitario e la poca lungimiranza della politica nel voler trattare il SSN come un'entità essenzialmente economica alla ricerca dell'efficienza e dei risparmi, trascurando il fatto che la salute della popolazione non è un mero 'fringe benefit', ma un investimento con alti rendimenti, sia sociali sia economici", afferma il Direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane Walter Ricciardi, professore ordinario di Igiene generale e applicata all'Università Cattolica.

"L'esperienza

vissuta ha dimostrato che il decentramento della sanità, oltre a mettere a rischio l'uguaglianza dei cittadini rispetto alla salute, non si è dimostrato efficace nel fronteggiare la pandemia. Le Regioni non hanno avuto le stesse performance, di conseguenza i cittadini non hanno potuto avere le stesse garanzie di cura. Il livello territoriale dell'assistenza si è rivelato in

molti casi inefficace, le strategie per il monitoraggio della crisi e dei contagi particolarmente disomogenee, spesso imprecise e tardive nel comunicare le informazioni”, rileva il Direttore scientifico dell’Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane Alessandro Solipaca.

Dal

punto di vista dell’attività di assistenza erogata dagli ospedali il Rapporto evidenzia che il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere a livello italiano mostra un andamento in progressiva riduzione nel periodo 2013-2018, passando da 155,5 ricoveri su 1.000 residenti del 2013 a 132,4 per 1.000 del 2018. Nel 2018, nessuna regione italiana presenta valori oltre soglia (DM n. 70/2015 ha fissato la soglia a 160 per 1.000).

Nel

2017 il numero di medici e odontoiatri del SSN è di 105.557 unità, registrando un calo dell’1,5% rispetto al 2014, quando i medici erano 107.276; per quanto riguarda il personale infermieristico si registra una riduzione dell’1,7% del numero di unità che passano da 269.151 nel 2014 a 264.703 nel 2017.

Il

tasso di medici e odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti è in diminuzione, a eccezione di Trentino-Alto Adige, Puglia, Umbria e Sardegna. In particolare, in tutte le Regioni del Centro e del Sud e delle Isole la riduzione del tasso di medici e odontoiatri per 1.000 abitanti risulta più marcata e in via generale con valori superiori al dato nazionale.

Per

il tasso di infermieri del SSN per 1.000 abitanti, a eccezione di Valle d’Aosta, Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Calabria, in tutte le Regioni si riscontra il trend negativo registrato a livello nazionale. In particolare, le riduzioni più marcate si registrano in Abruzzo, Liguria, Friuli Venezia Giulia e Molise.

Tagli,

riduzioni, regionalizzazioni dei servizi, si riverberano inevitabilmente sulla gestione di emergenze sanitarie come l’epidemia da Covid-19, il cui tratto

dominante, in Italia, è stato infatti di disomogeneità nella gestione dei contagiati sul territorio.

#### Tante

differenze nella gestione dei contagiati tra le Regioni: il Veneto ha la quota più bassa di ospedalizzati e quella più alta di soggetti positivi posti in isolamento domiciliare. All'inizio della pandemia questa Regione aveva in isolamento domiciliare circa il 70% dei contagiati, nell'ultimo periodo oltre il 90%.

#### Atteggiamento

diverso della Lombardia e del Piemonte che hanno percentuali di ospedalizzazione tra il 50% e il 60% all'inizio della pandemia, per poi crescere e oscillare tra il 70 e l'80% nella prima metà di marzo, quando nelle altre Regioni diminuisce; infine, scendono sotto il 20% a partire dalla fine di aprile, primi di maggio.

#### Toscana

e Marche hanno approcci simili, entrambe ospedalizzano oltre il 60% dei contagiati fino ai primi di marzo, scendono sensibilmente a meno del 30% alla fine di marzo e sotto il 20% dalla seconda metà di aprile.

#### Di

questa emergenza sanitaria colpiscono anche le differenze regionali del tasso di letalità, che in Lombardia raggiunge il 18%, in Veneto un massimo del 10%. Emilia-Romagna, Marche e Liguria sono le altre Regioni con la letalità più elevata, tra il 14-16%. Non è chiara la spiegazione di questo dato, verosimilmente si è verificata una sottostima del numero di contagiati (il denominatore del rapporto con il quale si misura la letalità). Questa circostanza richiama la scarsa qualità del monitoraggio effettuato da alcune Regioni.

#### Tamponi

Il Veneto ne ha effettuati il numero più alto in rapporto alla popolazione, circa 50 ogni 100 mila abitanti all'inizio del periodo, fino a punte superiori a 400 agli inizi di giugno. La Puglia è la Regione con il numero minore di tamponi effettuati, meno di 100 ogni 100 mila abitanti. Colpisce la variabilità nel

tempo fatta registrare da tutte le Regioni, in particolare il Veneto e le Marche.

### **Influenza e vaccino**

Il Rapporto Osservasalute evidenzia che nell'intera stagione influenzale 2018-2019, il 13,61% della popolazione ha avuto una patologia simil-influenzale (Influenza-Like Illness-ILI), per una stima totale di circa 8.072.000 casi. Come di consueto, le ILI hanno colpito maggiormente la popolazione di età pediatrica: nello specifico il 37,28% dei bambini di età 0-4 anni, il 19,75% di età 5-14 anni, il 12,77% di individui di età compresa tra 15-64 anni e il 6,21% di anziani di età >65 anni. Nelle ultime due stagioni influenzali l'incidenza delle ILI nella fascia di età 0-4 anni è stata la più alta a partire dalla stagione 2004-2005.

Dal

Rapporto emerge che la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2018-2019, al 15,8%, con lievi differenze regionali. Negli anziani ultra 65enni, la copertura antinfluenzale non raggiunge in nessuna Regione neppure i valori considerati minimi dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, che individua nel valore di 75% l'obiettivo minimo perseguibile e nel valore di 95% l'obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio. Il valore maggiore si è registrato in Basilicata (66,6%), seguita da Umbria (64,8%), Molise (61,7%) e Campania (60,3%), mentre le percentuali minori si sono registrate nella PA di Bolzano (38,3%), in Valle d'Aosta (45,2%) e in Sardegna (46,5%).

Nell'intero

arco temporale considerato (stagioni 2008-2009/2018-2019), per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni, si è osservata una diminuzione, a livello nazionale, del 19,8%. Nelle ultime due stagioni (2017-2018/2018-2019), sempre nella classe di età 65 anni e oltre, il valore nazionale mostra un leggero aumento (+0,8%).

Il

vaccino per l'influenza diverrà un tassello cruciale nella gestione di eventuali ondate di coronavirus in autunno, perché potrà contribuire a discernere tra influenza e sindrome Covid-19.

### **Conclusioni**

“L’esperienza Covid-19 ha acceso i riflettori sulla fragilità dei Servizi Sanitari Regionali nel far fronte alle emergenze - considera il Direttore scientifico Solipaca - In particolare, ha messo in luce la necessità di riorganizzare e sostenere con maggiori risorse il ruolo del territorio che avrebbe potuto arginare, soprattutto nella fase iniziale della pandemia, la portata dell’emergenza evitando che questa si riversasse sulle strutture ospedaliere, impreparate ad affrontare una mole elevata di ricoveri di persone in una fase acuta dell’infezione”.

“Un altro elemento su cui riflettere per il futuro è l’organizzazione decentrata della Sanità Pubblica, le Regioni, infatti, si sono mosse in maniera molto diversa l’una dall’altra - conclude Solipaca - non sempre in armonia con il Governo nazionale”.