

CeSDirSan

CENTRO INTERDISCIPLINARE DI STUDI SUL DIRITTO SANITARIO

I REPORT DEL CeSDirSAN

L'OBIETTIVO 3 DELL'AGENDA 2030: SALUTE E BENESSERE

STATISTICHE, POLITICHE E DIRITTO

a cura di

Barbara Pacini e Giovanna Pizzanelli

editoriale scientifica

I REPORT DEL CESDIRSAN

Comitato scientifico

Beniamino Caravita di Toritto †

Rosario Ferrara

Marcella Gola

Vittorio Manes

Andrea Nicolussi

Alessandra Pioggia

Maria Alessandra Sandulli

Comitato di redazione

Alessandra Coiante

Nicola Posteraro

Veronica Sordi

L'OBIETTIVO 3 DELL'AGENDA 2030: SALUTE E BENESSERE

STATISTICHE, POLITICHE E DIRITTO

a cura di
BARBARA PACINI E GIOVANNA PIZZANELLI

Editoriale Scientifica

Tutti i diritti sono riservati

© 2022 Editoriale Scientifica srl

Via San Biagio dei Librai 39
Palazzo Marigliano
80138 Napoli

www.editorialescientifica.com

ISBN 979-12-5976-377-8

INDICE

<i>Introduzione</i> di Barbara Pacini, Giovanna Pizzanelli	7
--	---

ALESSANDRO VALENTINI

<i>Introduzione all'Agenda 2030 e al sistema di indicatori statistici per il monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi di sviluppo sostenibile</i>	13
--	----

BEATRICE CASINI E BENEDETTA TUVO

<i>Il Goal 3 “Assicurare la salute e il benessere per tutti e a tutte le età” e gli effetti della pandemia sul raggiungimento dell'Obiettivo</i>	43
--	----

ALESSANDRA COIANTE

<i>Lo “stato di salute” del SSN alla prova della pandemia e il Goal 3 dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile</i>	71
--	----

LO “STATO DI SALUTE” DEL SSN
ALLA PROVA DELLA PANDEMIA E IL GOAL 3
DELL’AGENDA 2030
PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE

*Alessandra Coiante **

1. La “salute”, nel Glossario dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è intesa come “*Uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l’assenza di malattia o di infermità*”. Questa idea di salute che pensa al benessere psicofisico degli individui è anche quella veicolata dall’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite¹ che, al Goal 3, prevede come missione quella di “*Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età*”².

* Dottoressa di ricerca in diritto dei mercati europei e globali, Università degli Studi della Tuscia.

¹ Adottata dall’Assemblea delle Nazioni Unite e sottoscritta il 25 settembre 2015 da 193 Paesi delle Nazioni unite, tra cui l’Italia, l’Agenda definisce 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*– SDGs) da raggiungere entro il 2030. Per approfondimenti v. *L’agenda globale per lo sviluppo sostenibile*, a cura del servizio studi della Camera dei deputati, aprile 2022, consultabile [qui](#); si vedano inoltre i rapporti ASVIS sull’incidenza della pandemia nel raggiungimento degli obiettivi dell’Agenda tra cui, in particolare, *Politiche per fronteggiare la crisi da Covid-19 e realizzare l’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*.

² Il Goal 3 è poi stato suddiviso in numerosi target: 3.1 Entro il 2030, ridurre il tasso di mortalità materna globale a meno di 70

Poiché ormai quando si parla di salute si fa riferi-

per 100.000 nati vivi; 3.2 Entro il 2030, mettere fine alle morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età, con l'obiettivo per tutti i paesi di ridurre la mortalità neonatale a non più di 12 su 1.000 nati vivi e, per i bambini al di sotto dei 5 anni, ridurre la mortalità a non più di 25 su 1.000 nati vivi; 3.3 Entro il 2030, porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate e combattere l'epatite, le malattie legate all'uso dell'acqua e altre malattie trasmissibili; 3.4 Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e la cura e promuovere la salute mentale e il benessere; 3.5 Rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui abuso di stupefacenti e l'uso nocivo di alcool; 3.6 Entro il 2020, dimezzare il numero di decessi a livello mondiale e le lesioni da incidenti stradali; 3.7 Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, compresi quelli per la pianificazione familiare, l'informazione e l'educazione, e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali; 3.8 Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti; 3.9 Entro il 2030, ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da inquinamento e contaminazione di aria, acqua e suolo; 3.a Rafforzare l'attuazione della "Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul controllo del tabacco in tutti i paesi, a seconda dei casi; 3.b Sostenere la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le malattie trasmissibili e non trasmissibili che colpiscono soprattutto i paesi in via di sviluppo, fornire l'accesso ai farmaci essenziali e ai vaccini a prezzi accessibili, in conformità con la Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS e la salute pubblica, che afferma il diritto dei paesi in via di sviluppo ad utilizzare appieno le disposizioni dell'accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale in materia di flessibilità per proteggere la salute pubblica e, in particolare, di fornire l'accesso ai farmaci per tutti; 3.c Aumentare sostanzialmente il finanziamento della sanità e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e il mantenimento del personale sanitario nei paesi in

mento al benessere, bisogna tenere presente che il benessere di un Paese non coincide esclusivamente con la sua “ricchezza” o con il suo PIL³ e che l’Italia è uno dei Paesi con il più alto tasso di benessere al mondo⁴.

Ciò, come sottolineato dalla dottrina, “è merito anche del suo sistema sanitario che assicura al diritto alla salute una garanzia universale, nel senso che tutti i cittadini, senza distinzione alcuna, godono delle tutele assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituite dalla l. 23 dicembre 1978, n. 833.”⁵.

Secondo dati recenti, infatti, nel 2017 l’Italia si collocava al secondo posto tra i paesi dell’UE (dietro solo alla Spagna) con la speranza di vita di due anni più alta rispetto alla media UE⁶.

Guardando i dati del 2020, l’aspettativa di vita in Italia è rimasta tra le più elevate dell’UE, sebbene si sia ridotta la speranza di vita di 1,2 anni proprio a causa dei decessi dovuti al Covid-19⁷.

via di sviluppo, soprattutto nei paesi meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo; 3.d Rafforzare la capacità di tutti i paesi, in particolare i paesi in via di sviluppo, per la prevenzione, la riduzione e la gestione dei rischi per la salute nazionale e globale.

³ Per approfondimenti v. Documento di analisi “Il benessere equo e sostenibile Aspetti teorici, empirici e istituzionali”, a cura dell’Ufficio valutazione impatto del Senato della Repubblica, 2018.

⁴ M. LUCIANI, Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato, gennaio 2022.

⁵ Così M. LUCIANI, *ult. op. cit.*, 10.

⁶ *State of Health in the EU. Italia, Profilo della Sanità 2019*, Report a cura dell’OCSE e dell’Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, in collaborazione con la Commissione Europea, consultabile [qui](#).

⁷ *State of Health in the EU. Italia, Profilo della Sanità 2021*, consultabile [qui](#).

Nelle pagine che seguiranno, si cercherà di evidenziare (alcune delle) luci e (alcune delle) ombre del SSN italiano emerse durante la pandemia da Covid-19 che potrebbero aver inciso o che incideranno sul raggiungimento dell'Obiettivo 3.

2. Il SSN italiano, come noto, è stato istituito dalla l. 833/1978 che, abbandonando il precedente sistema dell'assistenza mutualistica, ha introdotto un meccanismo di tutela generalizzato, in grado di offrire un sistema di tutela universale a prescindere dalla posizione lavorativa e dalla condizione economica dei singoli⁸.

I principi generali su cui si basa il SSN sono, come noto, l'universalità, l'uguaglianza e l'equità e implicano che il SSN garantisca: i) *“la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione”* (art. 1 l. 833/1978); ii) l'accesso alle prestazioni sanitarie a tutti senza alcuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche; iii) parità di accesso alle cure in rapporto a uguali bisogni di salute.

Il SSN nella pratica applica tali principi attraverso le proprie strutture organizzative, chiamate ad erogare le prestazioni sanitarie sul territorio nazionale e a garantire in maniera uniforme i livelli essenziali di assistenza (c.d. LEA)⁹.

⁸ M. LUCIANI, *ult. op. cit.*, 10.

⁹ In argomento si v. *ex multis*, V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *federalismi.it*, 7,

Questi principi delineano un modello molto moderno di assistenza sanitaria, finanziato soprattutto dalla fiscalità generale che fa sì che al momento del “consumo” della prestazione sanitaria il servizio venga garantito gratuitamente o semi gratuitamente (attraverso il pagamento del c.d. “ticket” sanitario)¹⁰ in quanto totalmente o parzialmente a carico del SSN.

Questo modello costituisce una vera e propria eccellenza italiana nel mondo ed è un modello universale e solidale che si pone in linea sia con la missione dell’OMS di far raggiungere a tutti gli Stati la c.d. UHC (*Universal health coverage*)¹¹ attraverso la

2018, 2 ss.; M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *federalismi.it – Osservatorio di diritto sanitario*, 15 novembre 2017; M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant’anni della Corte Costituzionale*, in *Rivista AIC*, 3, 2016, 13; ID., *Livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in AA.VV., *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, a cura di E. Catelani, G. Cerrina Feroni, M.C. Grisolia, Torino, 2011, 9 ss.

¹⁰ In argomento si v. per tutti E. FERRARI, *Ticket sanitari, prestazioni imposte e livelli essenziali delle prestazioni*, in *Rivista AIC*, 4, 2017; M. BELLETTINI, *LEP e coordinamento della finanza pubblica* in, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, a cura di C. Bottari, *Quaderni di sanità pubblica*, 2014. Per approfondimenti sui trend più recenti (2014-2019) in tema di compartecipazione del privato alla spesa sanitaria si v. *Ticket 2019, Report Osservatorio GIMBE*, 1, 2020.

¹¹ L’OMS ha tra le sue missioni quella di operare per il raggiungimento della *Universal health coverage*, concetto introdotto espressamente dalla risoluzione dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite, dedicata alla *Global Health and Foreign Policy* e approvata il 6 dicembre 2012. La Risoluzione definisce la UHC come segue: “*universal health coverage implies that all people have access, without discrimination, to nationally determined sets of the promotive, preventive, curative and rehabilitative basic health*

conversione dei loro sistemi sanitari in tal senso, sia con gli obiettivi dell'Agenda 2030 in materia di salute.

Grazie proprio al SSN gli italiani hanno potuto affrontare la pandemia senza aggiungere alle difficoltà legate alla stessa anche il pensiero del costo dei trattamenti¹².

È vero che non tutto funziona come dovrebbe e soprattutto non tutto viene garantito con il medesimo livello qualitativo in tutto il Paese¹³ tuttavia, come è

services needed and essential, safe, affordable, effective and quality medicines, while ensuring that the use of these services does not expose the users to financial hardship, with a special emphasis on the poor, vulnerable and marginalized segments of the population" e viene poi indicato espressamente che gli Stati sono chiamati a pianificare la transizione dei loro sistemi sanitari verso una "*universal coverage*" (punto 21 della risoluzione) ed evitare che gli individui debbano sopportare possibili spese sanitarie "catastrofiche" (punto 16).

¹² N. DIRINDIN, *La sanità italiana tra crisi ed eccellenza*, in *Il Mulino*, 3, 2020, 408 ss.

¹³ Secondo quanto indicato nelle verifiche disponibili compiute dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (c.d. Comitato LEA), nel 2017 cinque regioni (Campania, Valle d'Aosta, Sardegna, Calabria e Provincia Autonoma di Bolzano) non erano conformi agli obiettivi e i traguardi sull'erogazione dei servizi posti a livello nazionale (Report *State of Health in the EU. Italia, Profilo della Sanità 2019*, cit. 9). Occorre però rilevare che sono state riscontrate notevoli discrepanze tra i dati emersi a seguito della valutazione compiuta con la c.d. Griglia Lea e quelli emersi con il nuovo sistema di monitoraggio (pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 e operativo dal 2020, *recte*: che entrerà in vigore in relazione ai risultati del 2020). Al contrario del sistema di valutazione della Griglia LEA, il nuovo sistema di valutazione "*riguarda tutte le regioni (anche quelle a statuto speciale) e non sintetizza in un unico punteggio la valutazione dei tre macrolivelli (prevenzione, territorio, ospedale), ma misura in maniera indipendente la garanzia di ciascuno di essi*" (G.

stato evidenziato dalla dottrina, rispetto ad altri mo-

VICARELLI, *Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza*, in *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*, a cura di G. Vicarelli G., G. Giarelli, Milano, 2021, 25). Nonostante dell'applicazione del nuovo sistema non vi siano ancora dati disponibili dal momento che le ultime verifiche pubblicate sul sito del Ministero della Salute risalgono al 2018, dopo l'approvazione nel 2017 dei nuovi LEA e dopo la definizione del nuovo sistema di monitoraggio, il Ministero della Salute ha avviato delle simulazioni che hanno visto l'applicazione nel nuovo sistema ai dati delle precedenti valutazioni effettuate con la c.d. Griglia Lea (Per approfondimenti sulle simulazioni si v. Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2020, 350). Dalla simulazione sui dati LEA del 2017 sono così risultate adempienti rispetto a tutte le tre macroaree soltanto dodici regioni su ventuno (Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche Abruzzo, Puglia, Sicilia) (Cfr. G. VICARELLI, ult. op. cit., 26.). Inoltre, all'interno delle regioni che garantiscono i LEA, sono diversi anche i livelli di adempienza. Ad esempio, la Lombardia detiene un punteggio alto sulla prevenzione e minore sull'attività distrettuale e ospedaliera; mentre Piemonte, Veneto, PA Trento, Emilia-Romagna e Toscana hanno valori positivi sulle tre macroaree, ma con punte di eccellenza diverse: il Veneto sulle attività distrettuali, l'Emilia Romagna e il Piemonte sulla prevenzione, la Toscana e PA Trento sugli ospedali (G. VICARELLI, ult. op. cit., 26). Quindi, una prima differenziazione nell'erogazione delle prestazioni vi è anzitutto a livello di prestazioni essenziali: non poche regioni risultano inadempienti e quelle che risultano adempienti lo sono in maniera differenziata. Oltre poi a dover garantire i LEA le regioni, come noto, hanno anche la facoltà di offrire servizi ulteriori, ma devono farsi carico dei costi autonomamente. Tale possibilità comporta rilevanti differenziazioni tra i singoli SSR che a loro volta conducono a fenomeni di mobilità interregionale. Proprio l'elevata mobilità interregionale dei pazienti è uno degli indicatori delle disuguaglianze nell'erogazione dei servizi sanitari in tutto il paese. La percentuale di pazienti sottoposti a cure in una regione diversa da quella di origine è passata dal 7 % nel 2001 a circa l'8,5 % nel 2016 e la percentuale di pazienti originari delle regioni meridiona-

delli, come ad esempio “*il discutibile modello statunitense, che solo da pochi anni sembra allontanarsi dalla logica che solo chi può pagare può permettersi le cure, l'impostazione di fondo di quello italiano appare particolarmente condivisibile*”¹⁴.

3. Premesso ciò, occorre ora approfondire “lo stato di salute” del SSN per rilevare in che condizioni versava quando si è trovato a dover affrontare la pandemia da Covid-19 e quali sono state alcune delle principali criticità riscontrate.

I primi dati da evidenziare sono quelli riguardanti il finanziamento della sanità: nel 2019 l'Italia ha destinato alla sanità l'8,7% del PIL, molto meno rispetto alla media UE che si aggirava intorno al 9,9%. Lo stesso anno la spesa pro-capite si è attestata a 2.525 € ossia oltre il 25 % in meno rispetto alla media UE, pari a 3.523 €¹⁵.

Altro dato di particolare rilievo è quello dei posti letto ospedalieri, di cui si è molto discusso in questi ultimi anni.

Tra il 2014 e il 2019 in Italia il numero di posti

li che scelgono di recarsi in altre regioni per ricevere cure mediche è quasi doppia rispetto a quella dei pazienti che vivono al Nord (dati estrapolati dal Report *State of Health in the EU. Italia, Profilo della Sanità 2019*, cit., 10.). Sul fenomeno della mobilità interregionale si v. per tutti, N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera*, in *Il diritto dell'economia*, 3, 2018, 851 ss.

¹⁴ M. LUCIANI, *ult. op. cit.*, 11.

¹⁵ *State of Health in the EU. Italia, Profilo della Sanità 2019*, cit., 9.

letto ospedalieri per 1.000 abitanti è rimasto stabile a 3,2, un valore notevolmente inferiore alla media UE, pari a 5,3.

Sono state inoltre riscontrate differenze significative a livello regionale: nel 2019 nelle regioni meridionali è stata registrata in generale una capacità inferiore, pari a 2,4 posti letto per 1.000 abitanti, rispetto ai 3,4 posti letto per 1.000 abitanti delle regioni settentrionali del paese ¹⁶.

Tale carenza di posti letto ha condotto a quanto abbiamo visto accadere nel 2020, durante la prima ondata dell'epidemia Covid-19, quando gli ospedali italiani hanno raggiunto rapidamente la soglia massima di utilizzo con una drastica carenza di posti letto soprattutto nelle unità di terapia intensiva e nelle unità dedicate all'assistenza ospedaliera per acuti e, in particolare, in alcune delle regioni settentrionali che sono state l'epicentro dell'epidemia.

Se si guarda poi alla disponibilità del personale i dati sono più o meno di questa portata.

Nel 2019 la disponibilità del personale infermieristico era fra le più basse d'Europa: il numero di infermieri in Italia era 5,5 ogni 1.000 abitanti, mentre la media UE era di 8,45¹⁷.

Per quanto riguarda il personale medico i dati sono leggermente migliori: il numero totale di medici in Italia è leggermente superiore alla media UE e si attesta a 4,1 rispetto ai 3,9 per 1.000 abitanti del 2019¹⁸.

¹⁶ *State of Health in the EU. Italia, Profilo della Sanità 2021*, cit., 10.

¹⁷ *Ivi*, 11.

¹⁸ *Ibidem*.

Tuttavia, il numero dei medici che esercitano negli ospedali pubblici e in qualità di medici di famiglia è in calo e oltre la metà dei medici attivi ha un'età superiore ai 55 anni¹⁹: tale situazione desta serie preoccupazioni riguardo alla futura carenza di personale a causa del pensionamento di gran parte di esso.

Si stima, infatti, che nei prossimi sei anni 22 mila medici di medicina generale andranno in pensione: ossia tre volte il numero di nuovi medici che i corsi di specializzazione consentiranno di immettere sul mercato²⁰.

Questi dati riflettono, senza dubbio, il disimpegno dei governi degli ultimi dieci anni nei confronti della sanità. Una sanità che ha quindi dovuto fronteggiare l'emergenza pandemica molto indebolita²¹.

Come è stato evidenziato, tuttavia, l'aspetto che più conta in questo quadro è che *“tagli di questa portata non si sono verificati tutti in corrispondenza di interventi mirati ad eliminare “sprechi” o di riorganizzazioni tese a correggere impieghi inappropriati di risorse, ma si sono realizzati nella maggior parte dei casi in termini di semplice contrazione organizzativa imposta dalla riduzione delle risorse dedicate”*²².

¹⁹ *State of Health in the EU. Italia, Profilo della Sanità 2019*, cit., 10.

²⁰ N. DIRINDIN, *Tutelare la salute: le sfide della sanità pubblica*, lezione visionabile [qui](#).

²¹ Per approfondimenti v. Il Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019 *“Il defianziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale”*, disponibile [qui](#).

²² A. PIOGGIA, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Istituzioni del Federalismo*, Numero speciale 2020, 19.

A questo poi dobbiamo aggiungere un altro dato. Una sanità che funziona garantisce una migliore sopravvivenza, il che vuol dire avere anche una popolazione anziana o con patologie cronicizzate che comporta, per sua natura, sempre costi maggiori.

L'effetto principale della contrazione dell'incremento della spesa pubblica in materia di sanità è stato quindi quello *“di mettere una sanità come la nostra, che ancora funziona, di fronte alla necessità di fare sempre di più con sempre meno, moltiplicando paradossalmente (proprio attraverso il “buon” funzionamento) gli effetti dei tagli di spesa sull'organizzazione”*²³.

Da qui un SSN che, durante le fasi più critiche dell'emergenza ha, almeno in parte, vacillato.

In risposta all'epidemia Covid-19 lo Stato ha quindi anzitutto predisposto immediati finanziamenti aggiuntivi al SSN a sostegno di precise misure, come, ad esempio, l'assunzione di nuovi operatori sanitari e il pagamento degli straordinari, l'aumento del numero di posti letto nelle unità di terapia intensiva²⁴.

Con particolare riferimento a questi ultimi, prima della crisi del Covid-19, in Italia il numero di posti letto nelle unità di terapia intensiva era pari a 8,6 ogni 100.000 abitanti, un tasso inferiore del 50 % alla mag-

²³ A. PIOGGIA, *ult. op. cit.*, 19.

²⁴ *State of Health in the EU. Italia, Profilo della Sanità 2021*, cit. Per approfondimenti v. *Il Livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, a cura di Servizio Studi Camera dei deputati, 2 febbraio 2022; *Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus*, a cura di Servizio Studi Camera dei deputati, 22 aprile 2022.

gior parte degli altri paesi dell'UE per cui sono disponibili dati²⁵.

Nell'aprile del 2020 il Ministero della Salute ha fissato un "obiettivo di sicurezza", che prevedeva la creazione, nelle unità di terapia intensiva, di 14 posti letto ogni 100.000 abitanti²⁶.

Tuttavia, a metà ottobre del 2020, ossia poco prima dell'inizio della seconda ondata, solo quattro regioni erano riuscite ad aumentare la capacità delle unità di terapia intensiva per raggiungere tale livello. A tale data in media nelle terapie intensive erano disponibili 11,8 posti letto ogni 100.000 abitanti²⁷.

Questo ha fatto sì che durante la seconda ondata diverse regioni abbiano segnalato tassi di occupazione dei posti letto di terapia intensiva, da parte di pazienti Covid-19, superiori alla soglia di allarme del 30 % fissata dal Ministero della Salute.

Ad esempio, nella regione Lombardia, nella seconda metà di novembre 2020, circa due terzi dei posti letto disponibili nelle unità di terapia intensiva erano occupati da pazienti Covid-19²⁸.

Successivamente, la situazione è migliorata significativamente e, a marzo 2021, solo quattro regioni non avevano raggiunto l'obiettivo fissato di 14 posti letto di terapia intensiva ogni 100.000 abitanti.

Per quanto riguarda invece il personale, secondo dati trasmessi dalle Regioni e Province autonome a

²⁵ *State of Health in the EU. Italia, Profilo della Sanità 2021*, cit., 18.

²⁶ *Ibidem.*

²⁷ *Ibidem.*

²⁸ *Ibidem.*

fine aprile 2021, risultavano essere state reclutate a vario titolo dall'inizio della emergenza sanitaria circa 83.000 unità di personale²⁹.

Si tratta per il 25,7% di medici (21.414) e per il 38,5% di infermieri (31.990). Il restante personale (29.776 unità) è costituito da operatori sociosanitari ed altre professionalità necessarie per fronteggiare l'emergenza sanitaria (tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, assistenti sanitari, biologi, ecc.).

Il problema dei posti letto in realtà è legato anche a una criticità che potremmo definire “culturale” del nostro SSN e a cui possiamo dare il nome di “ospedalocentrismo”, ossia vedere nell'ospedale l'unico luogo in cui si concentra la cura della persona³⁰.

In altre parole, con questa visione si tende a dare una lettura ospedaliera anche di problematiche che probabilmente sarebbe più efficiente affrontare in altre realtà assistenziali³¹.

Ciò ha portato, soprattutto negli ultimi anni, alcuni sistemi sanitari regionali ad investire di più sulle cure ospedaliere, trascurando o comunque investendo meno sulla sanità territoriale. Di questo sono d'esempio Lombardia e Lazio mentre hanno investito

²⁹ Corte dei conti, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, 286.

³⁰ Già nel piano sanitario 2003-2005 (consultabile [qui](#)) si leggeva quanto segue: “Più in generale, si rende evidente la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che oggi non è più sostenibile”.

³¹ G. BUSILACCHI, F. TOTH, *Il Servizio sanitario nazionale alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?* in *Rivista delle Politiche Sociali*, 2, 21, 87.

diversamente regioni come Veneto, Emilia-Romagna, Toscana³².

Tale differenza nel bilanciamento delle cure tra ospedale e territorio ha avuto conseguenze rilevanti nella risposta al Covid: le regioni con un *network* di servizi territoriali più solido e strutturato si sono trovate in condizioni di vantaggio rispetto alle regioni dotate di una rete territoriale meno solida³³.

Si è così preso coscienza del fatto che una rete territoriale capillare e ben funzionante di assistenza sul territorio, funzionando da “filtro”, è in grado di ridurre la pressione sugli ospedali, in particolare sui reparti di emergenza.

Come è stato evidenziato, questo è vero in tempi normali ma lo è ancora di più durante tempi emergenziali: le regioni che, nel corso degli ultimi anni, hanno compiuto investimenti più consistenti nella medicina territoriale, si sono trovate avvantaggiate nell'affrontare l'emergenza da Covid-19, in termini proprio di filtro operato dal territorio³⁴.

Si consideri, ad esempio, il caso del Veneto: anche nel periodo più critico della prima ondata, il rapporto tra contagiati e ospedalizzati non ha mai superato il 30%, mentre in Lombardia si è arrivati a toccare valori dell'80%³⁵.

La Lombardia, infatti, a fronte di prestazioni

³² G. BUSILACCHI, F. TOTH, *ult. op. cit.*, 81 ss.

³³ M. CASULA, G. TERLIZZI, F. TOTH, *I Servizi sanitari regionali alla prova del Covid-19*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, vol. 15, 3, 2020, 307 ss.

³⁴ G. BUSILACCHI, F. TOTH, *ult. op. cit.*, 88.

³⁵ V. QUAGLIA, M. TERRANEO, M. TOGNETTI, *Diseguaglianze*

ospedaliera molto soddisfacenti ha invece registrato, nella Griglia Lea di valutazione, un *deficit* proprio sul versante della medicina territoriale³⁶.

Durante la pandemia il legislatore ha cercato di rimediare, almeno in parte, a tale criticità attraverso le istituzioni delle Unità speciali di continuità assistenziale (cc.dd. USCA).

Le USCA sono state istituite nella primissima fase dell'emergenza dal d.l. n. 14 del 9 marzo 2020, proprio per sopperire alle difficoltà incontrate dalle strutture ospedaliere nel rispondere alle esigenze sanitarie derivanti dalla pandemia e garantire un sistema di gestione domiciliare dei pazienti colpiti dal Covid-19³⁷.

Queste unità speciali sono state costituite per consentire ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e ai medici di continuità assistenziale di garantire l'attività di assistenza territoriale ordinaria,

di salute e pandemia in Italia: sistemi sanitari regionali e personale sanitario, in *Libro Bianco*, cit., 31 ss.

³⁶ M. ARLOTTI, M. MARZULLI, *La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA* in *Libro Bianco*, cit., 41 ss.

³⁷ Cfr. M.A. SANDULLI, *Introduzione*, in AA.VV., *L'assistenza domiciliare integrata. Esperienze, problemi e prospettive*, a cura di M.A. Sandulli, Napoli, 2020, 17. Successivamente poi con il c.d. decreto rilancio (in particolare l'art. 1, comma 4-bis del d.l. 19 maggio 2020, n. 34, convertito nella l. 17 luglio 2020, n. 77) sono state previste le c.d. strutture di prossimità "(...) al fine di realizzare, in via sperimentale, attività volte alla promozione della salute, alla prevenzione, alla presa in carico e alla riabilitazione, mediante modalità che riducano le scelte di istituzionalizzazione e favoriscano la domiciliarità". Così G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti Supreme e salute*, 2, 2022, 13.

indirizzando alle USCA, a seguito del controllo a distanza attraverso triage telefonico, i pazienti sospetti di essere affetti da Covid-19³⁸. A seguito poi della segnalazione, tali pazienti potevano essere presi in carico dall'unità speciale.

Il decreto che le ha istituite prevedeva che, entro il 20 marzo 2020, tutte le regioni dovessero garantire la presenza di un'unità speciale ogni 50.000 abitanti. Tuttavia, la loro effettiva attivazione non è risultata esente da criticità e differenziazioni.

A ottobre 2021, nella memoria della Corte dei conti depositata nel corso dell'audizione presso le Commissioni Camera e Senato riunite in occasione dell'esame della legge di bilancio 2021, veniva rilevato che: *“La stessa attivazione delle Unità speciali di continuità assistenziale, che ben avrebbero potuto rappresentare uno strumento di assistenza sul territorio anche in grado di alleviare la pressione sugli ospedali, ha avuto un andamento inferiore alle attese e con forti differenze territoriali (...). Nonostante in alcune regioni le realizzazioni siano state forti, la media a livello nazionale era inferiore al 50 per cento”*.

I numeri sono iniziati a migliorare solo più avanti e, infatti, da una successiva verifica compiuta con gli assessorati regionali alla sanità, (al netto di Calabria e PA di Bolzano che non hanno risposto alla verifica) è emerso un numero totale di USCA attivate pari a 1.312, a fronte di un totale standard previsto di 1.204 unità³⁹.

³⁸ Cfr. *Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus*, a cura di Servizio Studi Camera dei deputati, 22 aprile 2022.

³⁹ *Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus*, a cura di Servizio Studi Camera dei deputati, 22 aprile 2022.

Come sempre, la situazione regionale è apparsa disomogenea con alcune regioni che hanno attivato più USCA rispetto al numero previsto (rapporto 1 USCA ogni 50.000 abitanti) e altre che ne hanno attivate in numero minore⁴⁰.

A dimostrazione dell'efficace funzionamento delle USCA nel supporto agli ospedali e nella rete territoriale di assistenza nel suo complesso, vi è sia l'elevato numero di USCA attivate (come visto anche in numero maggiore rispetto agli standard previsti) ma anche la proroga del loro funzionamento disposta fino al 30 giugno 2021 (art. 1, commi 295-296, l. n. 234 del 2021).

Il rilievo dell'esperienza delle USCA può dirsi evidenziato anche da quanto stabilito dall'Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022 n. 77 (c.d. "DM 77", la cui entrata in vigore è stata stabilita al 7.7.2022) *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"*, ove è stata prevista l'istituzione delle UCA (Unità di Continuità assistenziale), ossia di un'equipe mobile distrettuale (afferirà alle Case della Comunità, di cui *infra*) *"per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano*

⁴⁰ Ad esempio, la Toscana ha attivato ben 124 USCA a fronte delle 74 previste mentre ma anche la Sicilia e la Sardegna (rispettivamente 167 e 50 USCA attivate a fronte di 99 e 33 USCA previste) mentre regioni come il Veneto ne hanno attivate in numero minore (51 USCA attivate a fronte delle 98 previste). I dati regione per regione sono disponibili [qui](#).

una comprovata difficoltà operativa”⁴¹. È stato poi specificato anche che tale Unità (composta da 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti) opererà sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza)⁴².

L'esperienza delle USCA quindi se, da un lato, ha confermato sia i *deficit* di più SSR in relazione alla medicina territoriale che l'approccio patologico dell'“ospedalecentrismo”, dall'altro ha dimostrato l'utilità e

⁴¹ Sul punto viene precisato che “*L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità*”. L'UCA potrà infatti essere attivata “*in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico*”: i) Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare; ii) Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche; iii) Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici; iv) Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti “fragili” (Covid, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.); v) Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

⁴² Si legge inoltre che “*Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri*” e l'equipe UCA può inoltre “*essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale*”.

l'importanza di un efficiente *setting* territoriale d'assistenza.

Ad oggi, la speranza è che il PNRR possa aiutare a ribilanciare questo sempre più insostenibile squilibrio tra sanità territoriale e sanità ospedaliera.

Come noto, infatti, con riferimento alla salute, l'obiettivo complessivo del PNRR è quello non solo di modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario, garantendo equità di accesso alle cure, ma anche quello di irrobustire la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio.

La strategia con esso perseguita è volta ad affrontare in maniera sinergica tutti quegli aspetti critici che – come si legge nel Piano – *“la pandemia ha reso ancora più evidenti (...) [e] che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto”*.

Per conseguire tali obiettivi il PNRR, come noto, ha dedicato alla salute la missione 6⁴³ a cui ha però de-

⁴³ Gli interventi della Missione Salute sono divisi in due componenti (M6C1 *“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”* e M6C2 *“Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”*), ognuna delle quali prevede una riforma e specifici investimenti. Gli interventi della prima componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari; gli interventi, invece, della seconda componente sono tesi al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenzia-

stinato solo 15,6 miliardi di euro, ossia l'8% del totale dei fondi previsti.

Per lo sviluppo della sanità territoriale sono stati previsti circa 7 miliardi⁴⁴ da investire per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e il potenziamento o la creazione di diverse strutture o presidi sul territorio che possano garantire l'istituzione di un modello di medicina diffuso e far sì che il ricovero in ospedale possa avvenire solo in presenza di casi particolarmente gravi o che richiedano cure specialistiche.

Più nello specifico, le principali misure previste sono: i) la realizzazione o il potenziamento delle Case della Comunità; ii) il potenziamento dei servizi domiciliari; iii) l'attivazione del c.d. Ospedale di Comunità.

Con riferimento alle Case della Comunità, queste strutture sono state pensate, sulla scia del modello delle Case della salute⁴⁵, come strutture sanitarie pro-

li di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

⁴⁴ In particolare, 2 miliardi sono stati destinati allo sviluppo delle Case Comunità; 4 miliardi sono stati previsti invece per il potenziamento dei servizi domiciliari e per la telemedicina; 1 miliardo è stato previsto per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

⁴⁵ Le Case della salute sono state previste dalla legge Finanziaria 2007 (l. 296 del 2006, all'art. 1, comma 806, lett. a) che ha messo a disposizione circa, 10 milioni di euro per la sperimentazione di tale modello assistenziale. Con successivo Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007, sono state poi emanate le relative linee guida. Per approfondimenti si rinvia al Dossier *Casa della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure inter-*

motrici di un modello di intervento multidisciplinare, in cui opererà un *team* appunto multidisciplinare composto da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, e altri specialisti della salute⁴⁶. In tal modo, si rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali e si garantirà una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria esistente. L'investimento prevede nello specifico l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026.

Con riguardo invece al potenziamento dei servizi domiciliari, esso è stato considerato dal Piano un obiettivo fondamentale e l'investimento previsto mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare e a identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte anche dalle nuove tecnologie.

Tale investimento mira poi ad attivare n. 602 Centrali Operative Territoriali (una in ogni distretto), ossia delle strutture tese a coordinare i servizi sanitari

medie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, a cura del Servizio Studi della Camera dei deputati, marzo 2021, disponibile [qui](#).

⁴⁶ Secondo quanto previsto dal già richiamato Allegato 1 del c.d. "DM 77" vi saranno due diverse tipologie di Case della Comunità: La Casa di Comunità "*hub*" e quella "*spoke*", quest'ultima "satellite" della prima. Sia nell'accezione *hub* sia in quella *spoke*, "la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria". La differenza primaria risiede nella tipologia e nella maggior quantità di prestazioni usufruibili nella prima tipologia di CdC rispetto alla seconda.

domiciliari con gli altri servizi sanitari e ad assicurare l'interfaccia con gli ospedali.

Altra misura prevista dal Piano è l'“attivazione”⁴⁷ del c.d. Ospedale di Comunità (OdC), una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata e che dovrebbe essere gestito prevalentemente da infermieri.

⁴⁷ Poco chiaro l'utilizzo, all'interno del PNRR, del termine “attivazione”. Gli OdC, infatti, sono già presenti in molte Regioni che ne hanno delineato (spesso con l.r.) funzioni e requisiti. Secondo quanto si legge nel richiamato Dossier *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie*, Il 20 gennaio 2020, è stata poi sancita l'Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni sull'Ospedale di Comunità che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli OdC pubblici o privati, come indicato dall'art. 5, commi 17 e 18, dell'Intesa Stato-Regioni sul Patto per la salute 2014-2016 e in coerenza con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 704, allegato 1, paragrafo 10 (Continuità ospedale-territorio) e 10.1 (Ospedali di comunità). Come si legge nel Dossier, infatti, nel dicembre del 2020, il Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei deputati ha inviato alla Conferenza delle Regioni una richiesta di informazioni relativa ai presidi delle cure intermedie (Case della Salute, Ospedale di comunità) attivi nei diversi sistemi sanitari regionali. Ciò in quanto “*tali strutture, infatti, hanno un ruolo centrale nella Missione Salute (n. 6) del PNRR*”. Sulla base di tale richiesta, nell'ambito della Commissione Salute – Area Assistenza Territoriale, la Regione Emilia-Romagna, in qualità di coordinatrice dell'Area, ha richiesto alle Regioni e alle Province autonome di trasmettere l'elenco delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità presenti nei rispettivi territori. Dai dati raccolti (che si riferiscono all'anno 2020) è emerso che gli OdC sono attivi solamente in dieci regioni, per un totale di 163); le Case della salute in 13 regioni, per un totale di 493.

Secondo quanto si legge nel Piano, l'OdC potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità. Anche in questo caso l'orizzonte per il completamento della sua realizzazione è la metà del 2026.

Come già evidenziato dalla dottrina, ciò che preoccupa dell'attuazione della missione 6, in aggiunta alla scarsità dei fondi stanziati, è anche l'eccessiva dilatazione del tempo di attuazione degli obiettivi, quasi tutti “*lanciati in avanti fino al 2026*”⁴⁸.

A ciò si aggiunga che affinché gli investimenti del PNRR possano risultare efficaci nel tempo appare imprescindibile anche un incremento stabile della spesa pubblica in questo settore, diversamente si potrebbe paventare il rischio di vedere queste nuove strutture rimanere delle “scatole vuote”⁴⁹.

⁴⁸ M.A. SANDULLI, *Sanità, misure abilitanti generali sulla semplificazione e giustizia nel PNRR*, in *federalismi.it*, luglio 2021. Similmente anche N. POSTERARO, *Il fascicolo sanitario elettronico*, in *Lo stato digitale*, a cura di V. Bontempi, Roma, 2022, 187 ss.

⁴⁹ Così si legge nei documenti della Camera dei deputati allegati all'ordine del giorno della seduta del 24 maggio 2022 (disponibili [qui](#)), ove viene paventato il rischio di vedere gli investimenti del PNRR divenire “scatole vuote” o “cattedrali nel deserto”.

4. In conclusione, la pandemia da Covid-19 ha senz'altro posto l'attenzione sull'importanza di avere un sistema sanitario di qualità ma anche sui non pochi limiti esistenti nell'attuale assetto.

Con particolare riferimento al raggiungimento del Goal 3 dell'Agenda 2030, l'Italia nel 2019, secondo diverse analisi dell'ASVIS, si poneva in linea con la media europea registrando un livello migliore dell'UE per la maggior parte degli indicatori, ad eccezione dei posti letto negli ospedali per 100 mila abitanti⁵⁰.

Più nello specifico, l'Italia ha detenuto per diverso tempo un buon posizionamento rispetto alla gran parte dei *target* che si riferiscono a all' Obiettivo 3: elevata speranza di vita; controllo della maggior parte delle patologie (specie quelle acute); universalismo del suo sistema di offerta sanitaria⁵¹.

Tale andamento positivo è stato però almeno in parte intaccato dalla pandemia che, come risulta dai dati disponibili, ha inciso di per sé in maniera particolare sul conseguimento nell'Obiettivo 3⁵² ma ha anche accentuato tendenze precedenti alla stessa.

⁵⁰ *L'Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile*, Report ASVIS, 2021, 54.

⁵¹ *Salute e non solo sanità. Come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile*, 2020, 6.

⁵² Si vedano i seguenti report dell'ASVIS, *L'Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile*, cit., 66, ove è stato rilevato (come generale considerazione in relazione a diversi goals) che “*se non interverranno cambi di passo decisi, il nostro Paese non conseguirà gli Obiettivi dell'Agenda 2030 nei tempi concordati in sede Onu (...)*”; *Salute e non solo sanità*, op cit.; *Politiche per fronteggiare la crisi da Covid-19 e realizzare l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*, disponibile qui.

Con riferimento ai paesi avanzati sono infatti spesso state segnalate le seguenti criticità: a) quelle relative alla sostenibilità economica di un sistema di offerta sempre più costoso di fronte ad una domanda crescente e sempre più esigente; b) l'aumento della componente anziana della popolazione, delle patologie croniche e delle disabilità; c) le lacune e le disfunzioni nella gestione del sistema sanitario per quanto riguarda l'equità di accesso e la qualità delle cure; d) gli scarsi miglioramenti in termini di stili di vita registrati negli ultimi anni; e) la carente integrazione tra sociale e sanitario⁵³.

Il SSN italiano, come visto, ha comunque i suoi punti di eccellenza e costituisce un'ottima base di (ri)partenza non solo per il conseguimento degli obiettivi del PNRR ma anche per il raggiungimento di quelli dell'Agenda 2030.

Tuttavia, si è visto anche che è un sistema che è stato trascurato e, a causa dell'indebolimento subito, le criticità e le sfide da affrontare sono comunque numerose⁵⁴.

⁵³ Così si legge nel Report *Salute e non solo sanità*, op. cit., 6.

⁵⁴ Tra le sfide da affrontare dietro l'angolo vi sarà, con ogni probabilità, anche quella legata al dibattito sull'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario. Come noto, infatti, prima della pandemia, alcune regioni (Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto) hanno manifestato la volontà di intraprendere il riconoscimento di forme di autonomia differenziata ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. Il 28 febbraio 2018, il Governo all'ora in carica ha sottoscritto con le regioni interessate tre distinti accordi preliminari ove sono stati individuati i principi generali, la metodologia e un (primo) elenco di materie in vista della definizione dell'intesa richiesta dall'art. 116, terzo comma, Cost.

D'altro canto, però, nonostante il SSN sia stato duramente indebolito ha retto molto meglio di tanti altri sistemi e, soprattutto, occorre tenere bene a mente che molti dei limiti riscontrati risultano addebitabili, come evidenziato dalla dottrina, “*non tanto ai caratteri e all'architettura del SSN, quanto piuttosto alla mancata o insufficiente attuazione dei medesimi*”⁵⁵.

Gli investimenti previsti nel PNRR e il necessario raggiungimento degli obiettivi in esso contenuti entro il 2026 fanno quindi ben sperare nella possibilità che vi possa essere un cambio di passo.

Ciononostante, nel lungo periodo, per garantire un futuro a tali investimenti risulterà imprescindibi-

(Per approfondimenti si rinvia al Dossier, *Il processo di attuazione del regionalismo differenziato*, a cura del Servizio studi del Senato, marzo 2019, disponibile [qui](#)). Successivamente anche altre regioni hanno espresso la volontà di intraprendere lo stesso percorso. Sono così pervenute ufficialmente al Governo le richieste di Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Marche e Campania (Così *L'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario*, Servizio Studi Camera dei deputati, 2021, disponibile [qui](#)). Ovviamente a causa della pandemia il procedimento in atto ha subito un inevitabile rallentamento ma sicuramente non un arresto. Sul tema si v. *ex multis*, C. COLAPIETRO, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato in ambito sanitario: la formazione e il reclutamento del personale*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2020, 180 ss.; M.A. SANDULLI, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione*, *ivi*, 253 ss.; N. DIRINDIN, *Proposte di autonomia differenziata e rischi per il Servizio Sanitario Nazionale*, in *Politiche sociali*, 3, 2019, 533 ss.

⁵⁵ R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, in *Biolaw Journal-Rivista di Bio-Diritto*, 4, 2021, 42.

le, come accennato, anche un incremento stabile della spesa pubblica in questo settore.

Preoccupa quindi non poco che nel documento di economia e finanza, approvato il 6 aprile 2022 dal Governo, sia stato espressamente evidenziato che “*nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria è prevista decrescere a un tasso medio annuo dello 0,6 per cento*”⁵⁶.

Non può quindi anche qui che sperarsi in un immediato cambio di direzione per non ripetere gli errori del passato.

⁵⁶ Documento di economia e finanza, Sezione II. Analisi e tendenze della finanza pubblica, 47, disponibile [qui](#).