

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

Introduzione di Barbara Pacini, Giovanna Pizzanelli 7

ALESSANDRO VALENTINI

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

BEATRICE CASINI E BENEDETTA TUVO

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 43

ALESSANDRA COIANTE

Lo "stato di salute" del SSN alla prova della pandemia e il Goal 3 dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile 71

INTRODUZIONE

Barbara Pacini e Giovanna Pizzanelli***

L'esperienza didattica, a cui questa pubblicazione dà seguito, nasce dall'idea di fornire un contributo interdisciplinare al dibattito sulle diverse dimensioni e sulle determinanti della sostenibilità. Con il tempo è emerso che il concetto di sostenibilità rimane teorico se non è associato a obiettivi specifici e che il tema non può essere affrontato per visioni parziali concernenti singoli ambiti, ad evitare il rischio di conflittualità tra diversi interessi. L'approccio alla sostenibilità deve essere necessariamente multidisciplinare e interdisciplinare, così da coniugare diversi domini della realtà, dall'ambiente, all'economia, alle reti sociali.

Il concetto di sostenibilità è strettamente legato al concetto di complessità. Perseguire la sostenibilità richiede un approccio che tenga conto della complessità dei sistemi nei quali viviamo: sistema economico e finanziario; sistema sociale e culturale; ecosistema ambientale. L'idea di fondo è che non sia possibile affrontare nessuno degli ambiti specifici se non tenendo

* Professoressa ordinaria di Statistica, Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Pisa.

** Professoressa associata di Diritto amministrativo, Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Pisa.

conto della complessità, imparando a comprendere e considerare le interconnessioni tra fenomeni anche apparentemente lontani, al di là degli steccati disciplinari. Alla base di questa capacità di comprensione c'è la conoscenza delle materie che a vario titolo si occupano dei problemi che stiamo affrontando.

Il volume raccoglie i contributi presentati, per l'anno accademico 2021-2022, nell'ambito dell'attività seminariale "Sostenibilità economica, sociale e ambientale", prevista dal corso di studi in Scienze delle pubbliche amministrazioni offerto dal Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Pisa e che ha visto, per l'anno in oggetto, la collaborazione del Centro Interdisciplinare di Studi sul Diritto Sanitario (CeSDirSan).

Oggi si riafferma il ruolo centrale della pubblica amministrazione come motore di sviluppo e catalizzatore della ripresa: la semplificazione dei processi e un massiccio investimento in capitale umano sono strumenti indispensabili per attenuare le disparità storiche del Paese, curare le ferite causate dalla pandemia e offrire risposte ai cittadini adeguate ai bisogni. Il corso di studi privilegia l'attenzione alle politiche pubbliche (economiche, sociali ed ambientali) con particolare interesse alla sostenibilità e alla legislazione ambientale, all'organizzazione e legislazione del lavoro, alle politiche per l'integrità dell'amministrazione.

Con la frequenza al seminario gli studenti approfondiscono alcuni degli Obiettivi dell'Agenda 2030 dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per lo Sviluppo Sostenibile, in particolare tra quelli che impegnano

le pubbliche amministrazioni a mettere in atto azioni e procedure virtuose per contribuire in modo sostanziale al raggiungimento degli stessi. La prospettiva di analisi è di tipo interdisciplinare, con il contributo di esperti in vari ambiti.

Per l'anno accademico 2021-2022 si è scelto di focalizzare l'attenzione sul Goal 3 dei 17 Sustainable Development Goals dell'Agenda, "Assicurare la salute e il benessere per tutti e a tutte le età", secondo il principio "*no one left behind*", con la partecipazione di esperti di discipline statistiche, medico-sanitarie e giuridiche, che hanno messo in luce l'imperativo della sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale e la sua vocazione universalistica.

Nel primo intervento, Alessandro Valentini mostra come la forte interconnessione tra gli indicatori, che costituiscono il *framework* SDGs dell'Agenda 2030, suggerisca di analizzare il sistema di misure statistiche in maniera congiunta, piuttosto che guardare alle dinamiche singole. Questo vale anche nella valutazione dell'impatto di *shock* sul sistema mondiale, come è stata la pandemia da Covid-19, i cui effetti vanno ben oltre le conseguenze sanitarie per penetrare nell'ambito economico, in quello sociale e ambientale, con risultati talvolta controversi. Lo stesso può dirsi per la crisi economica e internazionale legata al conflitto russo-ucraino in atto, che avrà ricadute sul perseguimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile non ancora interamente prevedibili, ma che potranno assumere connotazioni di segno diverso con riferimento a specifici target dell'Agenda 2030.

Nel secondo intervento, Beatrice Casini e Benedetta Tuvo sottolineano come al raggiungimento dell'Obiettivo 3 dell'Agenda 2030 contribuiscano non solo le politiche sanitarie in senso stretto, ma anche le politiche di tipo economico e sociale, suggerendo la necessità di un approccio olistico, strategico e multi-settoriale. Nello specifico, in ambito sanitario, la pandemia da Covid-19 ha avuto importanti ripercussioni sulla salute, sia direttamente che indirettamente, agendo come fattore limitante gli interventi sanitari messi in atto nella prevenzione e cura delle altre malattie.

Infine, nel terzo intervento, Alessandra Coiante analizza le criticità e i punti di forza del Sistema Sanitario Nazionale, emersi chiaramente in epoca pandemica, che potrebbero aver inciso o che incideranno sul raggiungimento dell'Obiettivo 3 dell'Agenda 2030. Tra le maggiori criticità evidenziate dall'Autrice emerge la natura “ospedalocentrica” del nostro SSN, ovvero l'aver individuato principalmente nel solo ospedale il luogo in cui concentrare la cura della persona, che peraltro assume una dimensione diversa nelle Regioni italiane, alimentando così quelle rilevanti disuguaglianze che sono state osservate nella capacità di risposta alla pandemia.

Le disuguaglianze sociali e territoriali sono un aspetto su cui tutti e tre gli interventi si sono soffermati. Valentini auspica un intervento politico di riequilibrio territoriale in maniera tale da fare sì che i benefici derivanti dal sentiero di crescita verso gli obiettivi sostenibili intrapreso dall'Italia non si in-

deboliscano o addirittura perdano consistenza nei diversi territori.

Con riferimento agli obiettivi di salute e benessere, Casini e Tuvo individuano, tra le determinanti delle disuguaglianze sociali e territoriali, le differenze nel livello di istruzione, che hanno un ruolo fondamentale nella scelta di stili di vita più sani e nel ridurre l'esposizione a fattori di rischio, e un diverso accesso alle prestazioni sanitarie sul territorio. Relativamente a quest'ultimo punto le Autrici sottolineano come l'istituzione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel 2001 e la loro successiva attuazione non abbiano mitigato sufficientemente tali disparità.

Con la pandemia si è preso maggior coscienza dell'esigenza di una rete territoriale capillare ed efficiente di assistenza sul territorio. Del resto, come tutti i diritti sociali, il diritto alla salute richiede l'intermediazione di un'organizzazione, ovvero di strumenti e mezzi, ed è "finanziariamente condizionato": si tratta di fattori che durante l'emergenza sanitaria hanno contribuito ad esacerbare gli effetti della pandemia. Sul punto, Casini e Tuvo e Coiante, nei rispettivi contributi, richiamano la Missione 6, dedicata alla salute, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), auspicando che questa possa aiutare a ribilanciare gli squilibri esistenti attraverso la realizzazione (o il potenziamento) delle Case della Comunità, il potenziamento dei servizi domiciliari e la creazione degli Ospedali di Comunità, realizzando così una medicina territoriale.

Un sentito ringraziamento va al Centro Interdisci-

plinare di Studi sul Diritto Sanitario (CesDirSan) che, insieme al Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Pisa, ha patrocinato il ciclo di incontri e ha permesso di diffondere attraverso questa Collana i contenuti del seminario.

Pisa, 5 agosto 2022

INTRODUZIONE ALL'AGENDA 2030
E AL SISTEMA DI INDICATORI STATISTICI
PER IL MONITORAGGIO
DELLO STATO DI AVANZAMENTO
DEGLI OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE

*Alessandro Valentini**

1. Il 25 settembre 2015 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile¹ nella quale si declinano gli obiettivi globali per porre fine alla povertà, proteggere il pianeta ed assicurare prosperità a tutti entro il 2030.

In estrema sintesi, l'agenda² è un piano d'azione per le persone, il Pianeta e la prosperità, per condividere l'impegno a garantire un presente e un futuro migliore al nostro Pianeta e alle persone che lo abitano. La risoluzione che ha approvato l'Agenda è stata sottoscritta da 193 Paesi, la quasi globalità degli aderenti alle Nazioni Unite, Italia inclusa. Si tratta di un risultato di assoluto rilievo in quanto per la prima volta viene espresso un chiaro giudizio sull'insosteni-

* Primo Ricercatore Istat, alvalent@istat.it.

¹ Si veda la risoluzione A/RES/70/1 del 21.10.2015.

² UNITED NATIONS (UN) GENERAL ASSEMBLY, *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, A/RES/70/1 (21 October), New York, 2017, on line at www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html.

bilità dell'attuale modello di sviluppo, non solo sul piano ambientale, ma anche su quello economico e sociale, superando in questo modo definitivamente l'idea che la sostenibilità sia unicamente una questione ambientale e affermando una visione integrata delle diverse dimensioni dello sviluppo: economico, sociale e ambientale nell'ottica dei principi di universalità, integrazione e partecipazione.

I 5 concetti chiave dell'agenda (le c.d. "5 P") sono:

1. *Personae*: eliminare fame e povertà in tutte le forme, garantire dignità e uguaglianza;
2. *Prosperità*: garantire vite prospere e piene in armonia con la natura;
3. *Pace*: promuovere società pacifiche, giuste e inclusive;
4. *Partnership*: implementare l'Agenda attraverso solide partnership;
5. *Pianeta*: proteggere le risorse naturali e il clima del pianeta per le generazioni future.

La sfida che si pone è proprio nella compatibilità tra crescita economica, salvaguardia dell'ambiente e inclusione sociale, nel raggiungimento dell'equilibrio tra i tre ambiti dello sviluppo economico, sociale e ambientale.

L'Agenda definisce i 17 Sustainable Development Goals (SDGs), gli obiettivi di sviluppo sostenibile³ da raggiungere entro il 2030 (Figura 1) scelti dalla comunità globale grazie a un accordo politico tra i diversi attori, per rappresentare i propri valori, priorità e obiettivi nell'ambito delle dimensioni sociale, ambientale, economica e istituzionali.

³ GRI, UNGC, WBCSD, *The SDG Compass: The guide for business action on the SDGs*, New York, 2015, 1 ss.; SDSN, *Getting started with the SDGs: A guide for stakeholders*, New York, 2015, 1 ss.

I goal a prevalente *dimensione sociale* sono il numero 1 (sconfiggere la povertà), il 3 (salute e benessere), il 4 (istruzione di qualità), il 5 (parità di genere) e il 10 (ridurre le disuguaglianze). Quelli a prevalente *dimensione ambientale* sono il 2 (sconfiggere la fame), il 6 (acqua pulita e servizi igienico-sanitari), il 7 (energia pulita e accessibile), l'11 (città e comunità sostenibili), il 13 (lotta contro il cambiamento climatico), il 14 (vita sott'acqua) e il 15 (vita sulla terra). Gli obiettivi a prevalente *dimensione economica* sono il numero 8 (lavoro dignitoso e crescita economica), il 9 (imprese, innovazione e infrastrutture), il 12 (consumo e produzione responsabili). Infine gli ultimi due goal sono a prevalente *dimensione istituzionale*: si tratta del 16 (pace, giustizia e istituzioni solide) e del 17 (partnership per gli obiettivi). Considerando che non esiste un ordine di priorità tra gli indicatori, di solito gli stessi sono presentati in forma circolare, come nella Figura 2A.

Gli obiettivi sono a loro volta declinati in 138 indicatori definiti a livello UN e, in Italia, in 367 misure statistiche (di cui 338 differenti). A titolo puramente esemplificativo il secondo obiettivo del target 1 (povertà zero), è il seguente (1.2) “*entro il 2030, ridurre almeno della metà la percentuale di uomini, donne e bambini di ogni età che vivono in povertà in tutte le sue dimensioni in base alle definizioni nazionali*” da un unico indicatore, che è l'incidenza di povertà assoluta.

Un altro obiettivo della stessa area (1.4) è “*entro il 2030, assicurare che tutti gli uomini e le donne, in particolare i poveri e i vulnerabili, abbiano uguali diritti riguardo alle risorse economiche, così come l'accesso ai*

servizi di base [...]”. In questo caso gli indicatori statistici di riferimento per la misurazione sono più d’uno: dal conferimento dei rifiuti in discarica, all’irregolarità nella fornitura di acqua potabile, alla percentuale di persone che non possono permettersi di riscaldare adeguatamente l’abitazione, eccetera.

Gli indicatori utilizzati per i diversi goal non sono tra loro indipendenti, anzi tra gli stessi esiste una fitta trama di relazioni⁴, come indicato nella Figura 2B, dove evidentemente il legame tra due ambiti è più forte quanto più spesso risulta essere il “filo” che li congiunge.

Da rilevare che l’offerta statistica italiana di indicatori che si pongono l’obiettivo di valutare il progresso della società è molto più ampia rispetto a quella degli SDGs. Nel 2010 è nato il progetto BES (Benessere equo e sostenibile) con l’obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale⁵. A tal fine, i tradizionali indicatori economici, primo fra tutti il Pil, sono stati integrati con misure sulla qualità della vita delle persone e sull’ambiente. Il rapporto BES⁶ è una linea di ricerca, un processo che assume come

⁴ M. NILSSON, D. GRIGGS, M. VISBECK, *Map the interactions between Sustainable Development Goals*, Nature, 2016, vol. 534, 320-322.

⁵ J.E. STIGLITZ, A. SEAN, J.-P. FITOUSSI, *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*, stiglitz-sen-fitoussi.fr., 2009, 292.

⁶ Di seguito i riferimenti della prima e della nona edizione del rapporto: ISTAT, CNEL, *Bes 2013. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma, 2013, p. 274; ISTAT, *Bes 2021. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma, 2022, 242.

punto di partenza la multidimensionalità del benessere e, attraverso l'analisi di un ampio set di indicatori, descrive l'insieme degli aspetti che concorrono alla qualità della vita dei cittadini. Con la Legge 163/2016 che ha riformato la legge di bilancio, principale strumento della manovra di finanza pubblica insieme alla legge di stabilità, il BES è entrato per la prima volta nel processo di definizione delle politiche economiche portando l'attenzione sul loro effetto anche su alcune dimensioni fondamentali per la qualità della vita. La prima selezione ha riguardato un set di 4 indicatori (reddito disponibile lordo corretto pro capite; disuguaglianza del reddito netto; tasso di mancata partecipazione al lavoro; emissioni di CO2 e altri gas climalteranti) a cui se ne sono aggiunti altri otto (indice di povertà assoluta; speranza di vita in buona salute alla nascita; eccesso di peso; uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione; rapporto tra tasso di occupazione delle donne 25-49 anni con figli in età prescolare e delle donne di 25-49 anni senza figli; indice di criminalità predatoria; indice di efficienza della giustizia civile).

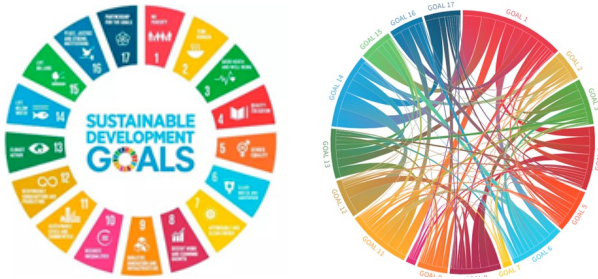
Figura 1 – Gli obiettivi di sviluppo sostenibile



Figura 2 – Rappresentazione degli SDGs e delle relazioni tra i target

a. gli SDGs

b. la trama di relazioni tra i target



I due set di indicatori, SDGs e BES sono complementari tra loro, e solo parzialmente sovrapponibili. Le misure SDGs presenti anche nel framework BES sono 64.

2. *Il processo di attuazione dell'agenda 2030.* I target individuati a livello internazionale dagli obiettivi di sviluppo sostenibile non costituiscono solo la frontiera delle buone intenzioni. Al contrario, si tratta di obiettivi molto concreti, al centro dell'attenzione politica e mediatica, rispetto ai cui parametri ciascun Paese viene valutato periodicamente sia in sede Onu che dall'opinione pubblica nazionale e internazionale.

Di conseguenza le politiche pubbliche a livello globale e le azioni che riguardano i singoli Paesi membri devono essere impostate in maniera coerente con gli stessi.

Rimanendo nel contesto Europeo, la Commissione Europea, sin dal 2016, ha assicurato il suo coinvolgimento nel percorso di attuazione dell'Agenda 2030.

Nel 2019 ha realizzato l'integrazione degli SDGs nel coordinamento delle politiche economiche e di bilancio. A seguito del rinnovo del Parlamento e degli organi dell'Unione Europea, l'esigenza di articolare le politiche e i processi decisionali europei facendo leva su un modello di sviluppo sempre più orientato ai principi dello sviluppo sostenibile è emersa con ancora maggiore forza. Gli orientamenti politici per l'attività della Commissione europea nel quinquennio di riferimento (2019-2024) sono stati pienamente legati con gli SDGs. Si tratta di⁷:

- *European Green Deal*, dove al centro dell'attenzione sono poste le questioni dei cambiamenti climatici, della politica energetica, della protezione ambientale, della finanza sostenibile, dei consumi e produzione. Sono tematiche di grande respiro che impattano su sostanzialmente tutti i goals⁸;

- *Economy for people*, per garantire stabilità e crescita in un'Europa sociale, con il coinvolgimento degli obiettivi 1, 3, 4, 5, 8, 10;

- *European democracy*, con riferimento ai temi dei diritti e dell'uguaglianza, in una società che sta invecchiando. Evidenti i richiami agli obiettivi 5, 10 e 16;

- *European way of life*, con i temi della salute, dell'istruzione e della sicurezza in prima linea, che

⁷ U. VON DER LEIEN, *Un'Unione più ambiziosa. Il mio programma per l'Europa, Orientamenti politici per la prossima commissione europea 2019-2024*, Bruxelles, 2019, 1 ss.

⁸ ASVIS, *Obiettivi di sviluppo sostenibile e politiche europee: dal Green Deal al Next Generation EU, Quaderni dell'ASVIS*, n. 1, Roma, 2020, 1 ss.

vanno ad impattare direttamente sugli obiettivi 3, 4, 10, 16;

- *Europe in the world*, caratterizzati da cooperazione internazionale e sostegno alle politiche relative ai diritti umani, con interconnessioni con gli obiettivi 10 e 17;

- *Digital age*, strategia digitale e cybersecurity (obiettivi 5 e 9).

Una interessante analisi relativamente alle sfide sul futuro dell'Europa è stata condotta nel 2021 da ASVIS⁹. Richiamando anche il principio d'integrazione e indivisibilità dei 17 target, viene evidenziata in maniera chiara la responsabilità degli Stati membri per l'attuazione dell'Agenda 2030, esortando l'aumento del livello di ambizione delle risposte nazionali, nonché l'accelerazione del percorso di integrazione negli strumenti di pianificazione nazionale, nelle politiche e nelle strategie.

All'interno del nostro Paese il coordinamento delle azioni e delle politiche per l'attuazione della strategia è esercitato a livelli elevati, direttamente dalla Presidenza del Consiglio in raccordo con: Ministero della transizione ecologica (dimensione interna), Ministero degli affari esteri (dimensione esterna), Ministero dell'economia e delle finanze relativamente ai documenti di programmazione economico-finanziaria, e alla presentazione al Parlamento delle valutazio-

⁹ ASVIS, *Obiettivi di sviluppo sostenibile e politiche europee: le sfide del futuro dell'Europa*, Quaderni dell'ASVIS, n. 5, Roma, 2021 1 ss.

ni relative agli indicatori del BES. È definita altresì una “strategia nazionale per lo sviluppo sostenibile”, contenente un sottoinsieme di indicatori, utilizzabili anche per le esigenze legate al percorso di declinazione della stessa a livello regionale o comunale.

Nel 2019 è stata istituita anche la Cabina di regia “Benessere Italia”, organo tecnico-scientifico con finalità di “assicurare un supporto tecnico specifico al Presidente del Consiglio nell’esercizio delle funzioni di coordinamento delle politiche del Governo in materia di qualità della vita e sviluppo sostenibile”. Organismo presieduto da un rappresentante nominato dal Presidente del Consiglio e composto da un membro designato da ciascun Ministro; nel suo ambito opera anche un Comitato di esperti, composto dai Presidenti dell’Istat, del CNR, dell’ISPRA e dell’INPS, nonché dal Portavoce dell’Alleanza nazionale italiana per lo Sviluppo sostenibile (ASVIS) e da quattro esperti nominati dal Presidente del Consiglio¹⁰.

A seguito della crisi economica indotta dalla pandemia, l’Unione europea ha lanciato un grande programma di investimenti per la ripresa economica (Next Generation EU). Grazie al *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR¹¹), presentato alla Commissione Europea il 30 Aprile 2021, l’Italia ha ricevu-

¹⁰ F. MAGGINO, *Report della Cabina di Regia Benessere Italia-Luglio 2019-luglio 2020*, on line alla pagina https://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/BenessereItalia_reportannuale_2019-20.pdf, 1 ss.

¹¹ GOVERNO ITALIANO, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, #nextgenerationitalia*, Roma, 2021, disponibile al link <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>, 1 ss.

to un contributo complessivo di 191 milioni di Euro (di cui 70 in sovvenzioni a fondo perduto), che è cresciuto fino a circa 230 milioni grazie all'utilizzo di risorse aggiuntive. L'impiego dei finanziamenti è basato su tre asset: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologia e inclusione sociale. Il PNRR è a sua volta articolato in 6 missioni (e 16 componenti) relative alle 6 grandi aree di intervento previste dal Next Generation UE. L'intervento più cospicuo, per poco meno di 1/3 dell'investimento complessivo, riguarda la missione M.2 (rivoluzione verde e transizione ecologica), seguono la missione M.1 (digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo) con il 20%, la M.4 (istruzione e ricerca) con il 16%. Il poco meno di 1/3 rimanente è distribuito tra le missioni M.3 (infrastrutture per una mobilità sostenibile), M.5 (inclusione e coesione) e M.6 (salute).

Con l'obiettivo di favorire il dibattito sull'utilizzo degli indicatori di sostenibilità per il monitoraggio dei progressi del PNRR, l'Istat ha proposto una prima mappatura delle corrispondenze tra gli SDGs e le 6 Missioni previste dal Piano. Ne emerge un legame piuttosto stretto, a significare l'elevata capacità degli SDGs di rappresentare (e monitorare) le missioni del PNRR. Inoltre ASVIS, con un proprio rapporto¹², evidenzia quanto e come i provvedimenti del PNRR e della Legge di Bilancio incidono sul percorso verso lo sviluppo sostenibile dell'Italia definito dai 17 Obiettivi

¹² ASVIS, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, la Legge di Bilancio 2022 e lo Sviluppo Sostenibile, Quaderni dell'ASVIS*, Roma, 2022, 1 ss.

dell'Agenda 2030 dell'Onu. Da questa analisi emerge un quadro di luci e ombre. Il PNRR offre prospettive positive per il raggiungimento degli obiettivi legati a sanità, giustizia e istituzioni. La situazione è sufficiente ma migliorabile per quanto riguarda istruzione, imprese, infrastrutture e innovazione, produzione e consumi. La valutazione è invece negativa negli ambiti del contrasto alla povertà, parità di genere, occupazione, crescita economica e soprattutto rispetto alla dimensione ambientale: secondo ASVIS gli obiettivi dell'Agenda 2030 sull'energia, l'acqua, la protezione degli ecosistemi, la lotta ai cambiamenti climatici non sono adeguatamente considerati da PNRR e Legge di Bilancio. ASVIS sostiene quindi che il PNRR vada nella direzione disegnata dall'Agenda 2030 ma non sia sufficiente per realizzarla. Per fare l'auspicato "salto di qualità" il Governo e le istituzioni dovrebbero adottare una visione integrata e di lungo periodo sulla programmazione e l'implementazione dei programmi individuati.

3. Le sfide della statistica ufficiale per monitorare l'evoluzione degli indicatori di sviluppo sostenibile. La costruzione del sistema informativo per il monitoraggio dei Sustainable Development Goals rappresenta una grande sfida per il sistema statistico mondiale, ma anche una opportunità di crescita dell'infrastruttura statistica ufficiale dei diversi Paesi. Nel 2016 la Commissione Statistica delle Nazioni Unite ha costituito l'Inter Agency Expert Group on SDGs (IAEG-SDGs), per individuare un quadro condiviso di infor-

mazione statistica quale strumento di monitoraggio e valutazione dei progressi verso gli obiettivi dell'Agenda. L'IAEG-SDGs ha messo a punto un insieme di indicatori, alcuni dei quali utilizzati per monitorare molteplici target, anche in Goal differenti. Tale organismo incoraggia i paesi a rendere disponibile la necessaria informazione statistica prodotta dai Sistemi Statistici Nazionali attraverso piattaforme dedicate, in modo da aumentarne la fruibilità.

Nel 2017 è stata prodotta una prima lista di oltre 200 indicatori. In alcuni casi si tratta di indicatori consolidati e disponibili nella quasi globalità dei Paesi, in altri casi di indicatori prodotti in maniera non sistematica o addirittura non ancora prodotti in alcune realtà. Ogni anno il sistema di indicatori è sottoposto a qualche revisione. Al momento a livello internazionale sono definiti 169 target e oltre 240 indicatori.

Nel contesto nazionale l'Istat, insieme al Sistan, è impegnato nella produzione di misure statistiche per il monitoraggio dei progressi verso gli SDGs. Le misure tengono conto degli indicatori definiti dall'Expert Group insieme ad alcuni dati specifici di contesto nazionale, anche derivanti dal framework BES.

A partire dal dicembre 2016 l'Istat ha reso disponibile la piattaforma informativa per gli indicatori SDGs, e la aggiorna con cadenza semestrale. Il primo rapporto¹³ è stato diffuso nel 2018, il secondo¹⁴ nel

¹³ ISTAT, *Rapporto SDGs 2018. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2018, 1 ss.

¹⁴ ISTAT, *Rapporto SDGs 2019. Informazioni statistiche per*

2019, il terzo¹⁵ rapporto nel 2020, in corrispondenza delle prime misurazioni statistiche relative alla pandemia. Il quarto¹⁶ rapporto è stato diffuso nel 2021. Nei vari rapporti viene proposta una disamina accurata dei processi che hanno condotto alla scelta degli indicatori, una loro descrizione puntuale e una analisi delle tendenze temporali e delle interrelazioni esistenti tra i diversi fenomeni.

Nel 2021 le misure statistiche prodotte in Italia per il monitoraggio degli SGD's sono 354: 109 misure sono identiche rispetto al contesto internazionale, 132 proxy o parziali; 113 invece sono specifiche di contesto nazionale.

Un esempio tratto dal goal 2 (*Porre fine alla fame, raggiungere la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere un'agricoltura sostenibile*), target 2a (*Aumentare gli investimenti, anche attraverso il miglioramento della cooperazione internazionale, in infrastrutture rurali, ricerca agricola e formazione, sviluppo tecnologico [...]*) può essere significativo al riguardo delle differenze tra le tre tipologie di misure (si veda la Tavola 1). Per l'indicatore 2.a.1 (*indice di orientamento all'agricoltura della spesa pubblica*) la fonte interna in Italia è quella di Contabilità Nazionale. La misura

l'Agenda 2030 in Italia, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2019, 1 ss.

¹⁵ ISTAT, *Rapporto SDGs 2020. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2020, 1 ss.

¹⁶ ISTAT, *Rapporto SDGs 2021. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2021, 1 ss.

statistica relativa all'indice di orientamento all'agricoltura della spesa pubblica è una proxy rispetto a quella internazionale, simile ma non identica. Viceversa la quota della spesa pubblica destinata all'agricoltura e il Valore aggiunto destinato all'agricoltura rispetto al PIL, calcolati sulla base dell'offerta statistica del nostro Paese, non hanno corrispondenze nella misura internazionale, e rimangono pertanto misure specifiche di contesto nazionale. Per l'indicatore 2.a.2 (*flussi totali ufficiali per il settore agricolo*) la misura che riporta l'aiuto pubblico allo sviluppo bilaterale in agricoltura in termini di erogazioni effettuate nell'anno (fonte Ministero degli Affari esteri e della cooperazione internazionale) è identica rispetto a quella proposta a livello internazionale.

Tavola 1 – Esempio di misure statistiche: di “contesto nazionale”, “identiche” e “parziali” rispetto a quelle ONU. Il caso del Target 2.a

Target	Global indicator	Misura statistica	Definizione	Fonte	Indagine	Tipologia rispetto all'indicator e SDG	BES (SI / No)
2.a - Aumentare gli investimenti, anche attraverso il miglioramento della cooperazione internazionale, in infrastrutture rurali, ricerca agricola e formazione, sviluppo tecnologico e in banche di semi vegetali e animali, al fine di migliorare la capacità produttiva agricola nei paesi in via di sviluppo, in particolare i paesi meno sviluppati.	2.a.1 - Indice di orientamento all'agricoltura della spesa pubblica	Indice di orientamento all'agricoltura della spesa pubblica	Rapporto tra i quozienti: quota di spesa pubblica complessiva nella funzione COFISG 2. Agricoltura, silvicoltura, pesca e caccia e quota di valore aggiunto nella branca Agricoltura, silvicoltura e pesca. La spesa e il valore aggiunto vengono considerati in milioni di euro correnti. Il valore aggiunto è valutato ai prezzi base.	Istat	Contabilità Nazionale	Proxy	no
		Quota della spesa pubblica destinata all'agricoltura	Percentuale della spesa dello stato destinata ad agricoltura, silvicoltura e pesca	Istat	Contabilità Nazionale	Di contesto nazionale	no
	Valore aggiunto di agricoltura, silvicoltura e pesca in rapporto al Prodotto interno lordo	Valore aggiunto di agricoltura, silvicoltura e pesca in puri percentuali di PI a prezzi correnti.	Istat	Contabilità Nazionale	Di contesto nazionale	no	
2.a.2 - Flussi totali ufficiali (aiuto pubblico allo sviluppo, più alle flussi ufficiali) per il settore agricolo		APS bilaterale in agricoltura	Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) bilaterale in agricoltura. Erogazioni totali effettuate nell'anno (prezzi correnti).	Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale		Identico	no

Ritornando alle 354 misure statistiche nazionali, di interesse è la ripartizione delle stesse per goal. Ne emerge che il goal dove il numero di indicatori statistici è più elevato è il 3, quello relativo a “salute e benessere”, con 38 indicatori. Seguono a breve distanza il 4 (istruzione di qualità) con 35 indicatori e l'11 (città e comunità sostenibili) con 30. L'offerta relativamen-

te più scarsa di indicatori si trova con riferimento al goal 17 (partnership per obiettivi), con solo 9 indicatori e in particolare al goal 14 (la vita sott'acqua), con soltanto 4 indicatori, tra l'altro tutti e quattro di tipo proxy.

Bisogna poi tenere anche conto del fatto che nel nostro Paese l'offerta statistica degli indicatori consente, nella quasi globalità dei casi, di effettuare approfondimenti ulteriori rispetto al dato nazionale, cercando di modellarsi nei vari domini di interesse per le policy: geografici e relativi a caratteristiche individuali.

Circa 200 indicatori, appartenenti a tutti e 17 i goals, sono disaggregati a livello regionale. In 15 casi la disaggregazione si spinge fino al dettaglio provinciale, mentre per 64 indicatori è disponibile la disaggregazione per tipologia di comune/grado di urbanizzazione/comune capoluogo o non capoluogo.

Per quanto attiene le caratteristiche individuali, per 120 indicatori è disponibile la disaggregazione per genere, per 79 per classe di età e per 74 per cittadinanza. Da notare infine che per 17 indicatori (afferenti a 4 domini) è possibile anche una classificazione sulla base della presenza o meno di disabilità.

L'area dedicata alla consultazione ed allo scaricamento dei dati, all'interno del portale Istat, è liberamente accessibile¹⁷ e comprende tutte le meta-informazioni utili come nella Tavola 1 di cui sopra: goal, target, global indicator, misura statistica, definizione, fonte, indagine di riferimento, tipologia rispetto all'in-

¹⁷ <https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0>.

dicatore SDG (identico, proxy o parziale, di contesto nazionale), eventuale afferenza dell'indicatore anche al framework del BES.

È disponibile anche un sistema di interrogazione della base dati su web (dashboard), attraverso il quale l'utente può navigare tra le misure statistiche SDGs, visualizzando ed esportando tabelle e grafici. Una volta scelti il Goal e l'indicatore di interesse, possono essere selezionate la singola misura statistica, gli anni e le dimensioni di classificazione (territorio, età, ecc.). Il sistema visualizza sia il grafico sia la tabella con i dati in serie storica.

4. Considerazioni sulla convergenza degli indicatori verso gli obiettivi di sviluppo sostenibile. Il fine ultimo della misurazione statistica degli indicatori SDGs è quello di valutare se, e in che termini, lungo l'asse temporale si verifica la convergenza verso i Goal 2030. La convergenza non deve intendersi con riferimento ai singoli indicatori, ma al sistema complessivo di misure che costituiscono il framework SDGs. Ogni variazione infatti può comportare benefici su alcuni aspetti sociali, economici, ambientali o istituzionali (ed avere quindi evidenza positiva su certi indicatori) ma anche, al tempo stesso, segnali di peggioramento su altri.

Questo vale a maggior ragione con riferimento a qualsiasi shock sul sistema mondiale, come è stata la pandemia da Covid-19: gli effetti della pandemia vanno ben oltre le conseguenze sanitarie per penetrare nell'ambito economico, in quello sociale, ambientale,

nel determinare nuovi stili di vita e di consumo, eccetera. Con risultati talvolta controversi. L'accelerazione dello smart working è sicuramente una delle innovazioni apportate a seguito della pandemia. Questa ha avuto conseguenze molto positive sul contenimento del virus, e ne ha altre importanti sulla conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, sul ripopolamento di borghi in precedenza in declino, sul decongestionamento del sistema dei trasporti, e quindi sul benessere dell'ambiente, ma anche sui bilanci delle aziende che hanno potuto così alleggerire le strutture degli uffici eccetera. Tuttavia è altrettanto indubbio che questo abbia comportato e stia comportando problemi nell'ambito dell'economia vicinale connessa con gli ambienti di lavoro (bar, mense ristoranti, altri servizi connessi), ma anche alcune problematiche di relazioni, divenute di fatto soltanto virtuali. È necessario pertanto valutare con attenzione e in maniera complessiva l'intera situazione.

Un esempio numerico può essere di qualche utilità: nella Figura 3 si presenta in maniera congiunta la dinamica di due indicatori che, seppure per ragioni profondamente diverse, sono direttamente interconnessi con la pandemia. Il primo indicatore afferisce al goal 3, ed è relativo alla copertura vaccinale della popolazione¹⁸. Il secondo indicatore riguarda il goal 1, e si interconnette con la povertà assoluta¹⁹.

¹⁸ *Indicatore*: 3.b.1 – Percentuale della popolazione coperta da tutti i vaccini inclusi nel programma nazionale. *Misura statistica*: copertura vaccinale antinfluenzale età 65+. *Fonte*: Ministero della salute.

¹⁹ *Indicatore*: 1.2.1 – Percentuale di popolazione che vive al

In tutti e due i casi l'effetto della pandemia si mostra con riferimento all'ultimo anno di osservazione: il 2021 per la copertura vaccinale antinfluenzale e il 2020 per l'incidenza della povertà assoluta. Il livello di copertura antinfluenzale degli over 65 nell'ultimo anno sale di 12 punti, da 54,6% a 66,5%. Un miglioramento dell'indicatore indotto con ogni probabilità dall'impulso della campagna vaccinale anti-Covid, che ha trascinato anche quella anti-influenzale. In realtà la lettura accurata della serie storica consente di evincere che non si tratta del massimo assoluto raggiunto dall'indicatore negli ultimi 15 anni: il picco massimo era stato quello del 68,3% del 2006. Poi in maniera sostanzialmente lineare la copertura vaccinale si è abbassata fino alla soglia minima del 48,6% del 2015 e da quel momento in poi, fino al 2020 appunto, ha mostrato soltanto lievissimi avanzamenti.

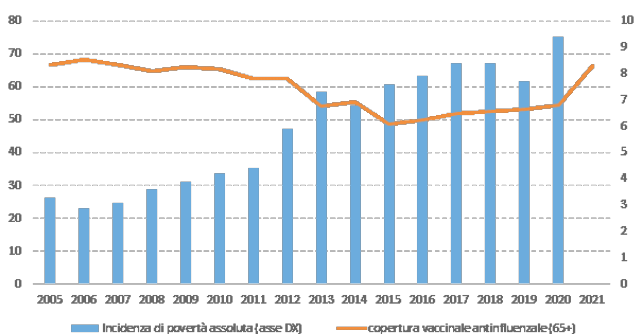
L'incidenza della povertà assoluta cresce dal 7,7% nel 2019 al 9,4% (+ 1,7%) nel 2020, raggiungendo il picco massimo nel periodo di osservazione. In questo caso in realtà sembra non trattarsi di una accelerazione, ma della prosecuzione del trend di lungo periodo, che si era interrotto nel 2019. Il lock down e la crisi economica ovviamente hanno accelerato questo processo.

Limitandosi alla lettura separata di questi due indicatori sembra che il Covid abbia avuto un effetto neutro, di fatto nullo, sulla convergenza verso gli

di sotto della soglia di povertà nazionale, per sesso ed età. *Misura statistica*: Povertà assoluta (incidenza) – Valori percentuali; *Fonte*: Istat, indagine sulle spese per consumi delle famiglie.

obiettivi 2030. Certamente un peggioramento sul piano economico ma anche (paradossalmente) miglioramenti sul piano sanitario. Ovviamente non è così, ed è pertanto estremamente importante in primo luogo valutare in maniera congiunta la dinamica di tutti gli indicatori disponibili.

Figura 3 – Incidenza di povertà assoluta (asse DX) e copertura vaccinale antinfluenzale degli ultrasessantacinquenni. Serie storica 2005-2021 – Valori percentuali



5. *Misurazione del progresso verso lo sviluppo sostenibile.* Con l'obiettivo di misurare il progresso verso lo sviluppo sostenibile, l'Istat nel rapporto SDGs ha proposto un modello di analisi congiunta di tutti gli indicatori, molto semplice ma altrettanto robusto. Il modello è basato sui seguenti aspetti:

1. identificazione del verso di ogni indicatore, ovvero scelta del segno (incremento o decremento del valore) che fa avvicinare l'indicatore verso l'obiettivo SDGs;

2. misurazione degli scostamenti temporali relativi ad ogni indicatore (avvicinamento alla convergenza o allontanamento dalla stessa, sulla base della polarità identificata al punto 1);
3. valutazione circa la dinamica dell'indicatore rispetto all'obiettivo di sviluppo sostenibile e conseguente classificazione in tre aree: "miglioramento", "invarianza", "peggioramento".
4. calcolo della distribuzione di frequenza degli indicatori sulla base della classificazione di cui al punto 3;
5. inoltre, considerando che i tempi per l'aggiornamento degli indicatori non sono omogenei, sono stati definiti due sottoinsiemi sulla base dei tempi di aggiornamento:
 - il primo gruppo contenente gli indicatori per i quali non è disponibile l'aggiornamento all'ultimo anno (t), ma soltanto all'anno precedente o ad anni ancora antecedenti. Il livello degli indicatori di questo primo sottoinsieme è confrontato con quello relativo a 10 anni prima;
 - il secondo gruppo include gli indicatori per i quali è disponibile l'informazione all'anno t. In questo caso il confronto è con l'anno precedente.

Nella Figura 4 sono presi in considerazione gli ultimi due anni di riferimento degli indicatori: il 2020 e il 2021 ed in entrambi i casi si tiene conto della differenza nel periodo di aggiornamento.

In tutti e due gli anni gli indicatori per i quali non si dispone di un aggiornamento "congiunturale" (ovvero il cui ultimo aggiornamento risale ad

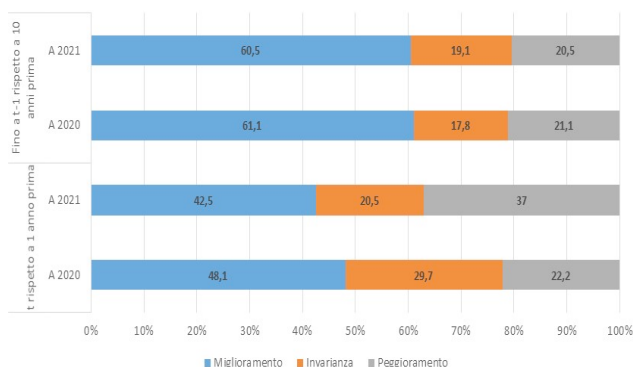
almeno t-1) mostrano una sostanziale convergenza verso gli obiettivi dello sviluppo sostenibile. Infatti il 61,1% nel 2020 (e il 60,5% nel 2021) di indicatori è nell'area di miglioramento, mentre gli indicatori in peggioramento sono pari al 21,1% nel 2020 (e al 20,5% nel 2021). Questo significa che si è impostato un percorso di lungo periodo di tipo proattivo verso gli SDGs.

La componente in qualche modo congiunturale degli indicatori, per la quale viene esaminata la variazione rispetto all'anno precedente, mostra nel 2020 una storia simile: nel corso di un anno è stato possibile migliorare il 48,1% degli indicatori, mentre il 29,7% è rimasto invariato e il 22,2% ha subito un peggioramento. Una buona performance che il tempo può consolidare.

L'arrivo della pandemia nel 2020, purtroppo, ha sconvolto gli equilibri comportando già nel breve periodo alcuni effetti importanti sugli indicatori. La quota di quelli in miglioramento si riduce al 42,5% mentre è particolarmente importante rimarcare che la quota di peggioramento investe ben il 37% degli indicatori, quasi il doppio della quota con peggioramento nell'anno precedente.

È possibile che lo strascico della crisi sanitaria, unitamente al nuovo focolaio di crisi innescato dalla guerra in Ucraina, comportino anche nel 2022 la prosecuzione di questa tendenza negativa.

Figura 4 – Miglioramento, invarianza o peggioramento degli SDGs a seconda del periodo di aggiornamento – valori percentuali



6. *Dinamica regionale degli indicatori di sviluppo sostenibile.* La dinamica complessiva degli indicatori sulla base delle aree di miglioramento o di peggioramento può essere ulteriormente affinata proponendo come base di confronto l'analisi dei divari regionali rispetto alla dinamica nazionale. A questo proposito dal punto di vista statistico si procede, come nell'ultimo rapporto Istat SDGS 2021, calcolando la distribuzione regionale del valore di ciascun indicatore, tenendo conto della polarità di ciascuno di essi. Per ogni indicatore a ciascuna regione è assegnato il quintile di riferimento: primo quintile (valore del percentile nel range 0-19), secondo quintile (percentile nel range 20-40), terzo quintile (range 40-59), quarto quintile (60-79), quinto quintile (80-100). Si calcola infine, in ogni ambito territoriale, la distribuzione percentuale complessiva dei quintili.

Di seguito per l'ultimo anno disponibile²⁰ (2021) si propone la lettura delle differenze geografiche tra le varie ripartizioni del Paese (Figura 5A). L'analisi è approfondita con riferimento all'ultimo triennio (2020-2022) nell'ambito territoriale della Toscana (Figura 5B), una regione tipica del Centro con andamenti nei diversi indicatori molto spesso conformi con la media nazionale.

Nelle diverse ripartizioni geografiche la distribuzione degli indicatori nei quintili è tutt'altro che casuale o omogenea. Emerge in maniera netta una forte differenza negli indicatori che misurano lo sviluppo sostenibile tra le diverse aree del Paese. La situazione decisamente migliore è quella che si riscontra nel Nord-Est, dove ben un indicatore su cinque (20,4%) si trova nel quinto quintile e oltre la metà (52,3%) nel quarto o nel quinto quintile. Lievemente staccato, ma ancora in posizione ottima, il Nord-Ovest dove la quota di indicatori negli ultimi due quintili è del 46,9%.

In una posizione consuetamente centrale la ripartizione del Centro, dove il 46,4% degli indicatori ricade nel terzo quartile, ovvero nella *comfort zone* dove la situazione non è eccelsa ma nemmeno disastrosa. Scendendo più in basso lungo lo stivale la situazione del Sud, e ancor più quella delle Isole, diventa problematica. Al Sud ben il 46,9% degli indicatori si colloca nel primo quintile. Nelle Isole questo si riscontra per

²⁰ Si noti che l'anno di riferimento della base dati è il 2021, ma che non necessariamente tutti gli indicatori sono aggiornati allo stesso anno. Per diversi di questi l'aggiornamento è antecedente.

il 54% del totale. A questo si aggiunga che solo l'8% degli indicatori al Sud (e il 4,4% nelle Isole) si colloca nel quinto quartile.

Questi segnali richiedono un necessario intervento politico di riequilibrio territoriale in maniera tale da fare in modo che i benefici derivanti dal sentiero di crescita verso gli obiettivi sostenibili intrapreso dall'Italia non si indeboliscano o addirittura perdano consistenza nei diversi territori.

Il caso della Toscana è un esempio utile per abbinare alla dinamica territoriale anche quella temporale, nello studio dell'evoluzione della dinamica dei quartili tra il 2019 e il 2021. Nel primo biennio gli indicatori mostrano una situazione di sostanziale stazionarietà con una concentrazione massima (valore modale) nel quarto quintile, seppure in lieve arretramento nel 2020: dal 33,3% al 29,9%, e valori bassi (di poco superiori al 10%) nelle due code, ovvero sia nel primo che nel quinto quintile. Uno shock destabilizzante si riscontra invece nel 2021, con effetto di arretramento nel posizionamento degli indicatori rispetto ad altre regioni. Rispetto all'anno precedente scende dal 12,7% al 9,5% la quota di indicatori collocata nel quinto quintile, e dal 29,9% al 26,4% la quota di quelli posizionati nel quarto quintile. Si ha invece un balzo, dal 29,1% al 38,5%, nel posizionamento nel terzo quartile. Un arretramento lieve, che può avere natura transitoria anche in virtù degli effetti della crisi sanitaria, ma di cui bisogna opportunamente tenere conto per impostare le corrette politiche territoriali.

Figura 5A – Quintili degli indicatori SDGs nelle ripartizioni geografiche. Anno 2021 – Valori percentuali

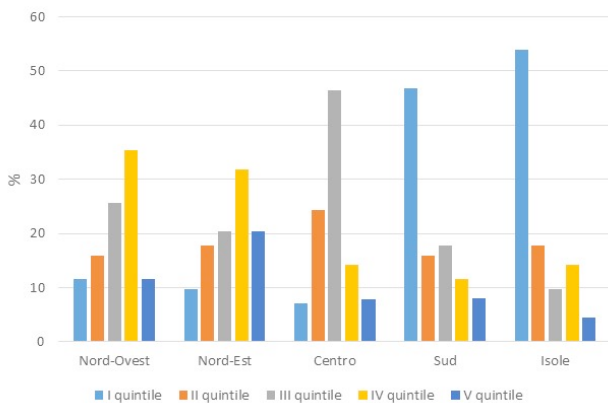
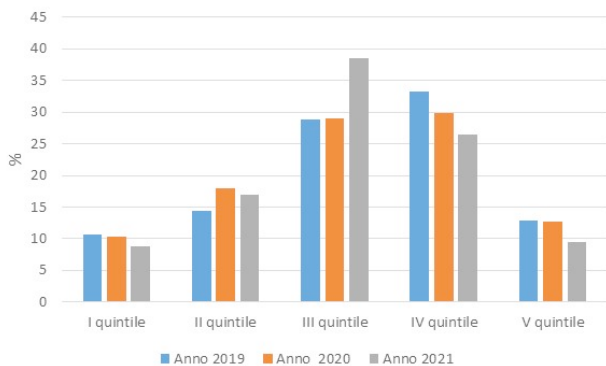


Figura 5B – Quintili degli indicatori SDGs in Toscana. Anni 2019-2021 – Valori percentuali



7. *Le possibili interazioni tra SDGs e guerra in Ucraina.* Dopo quasi tre anni di pandemia, il nuovo scenario di crisi internazionale che si è aperto in Ucraina a seguito dell'invasione da parte della Russia rende ancora più complessa la dinamica degli SDGs. Non appena saranno disponibili i dati statistici ufficiali in proposito, sarà necessario monitorare con attenzione anche queste evoluzioni. Al momento è possibile (come nella Tavola 2) identificare una prima lista di indicatori per i quali è atteso il peggioramento a causa delle conseguenze della guerra. Evidentemente la lista non è esaustiva e deve essere oggetto di continui aggiornamenti, tuttavia vuole riportare un primo *warning* circa alcune conseguenze della guerra nella convergenza verso gli obiettivi sostenibili.

Tavola 2 – Indicatori passibili di peggioramento a seguito della guerra in ucraina

Gol	Indicatori	Possibili determinanti
1	1.2.1 1.4.1 1.a.1	Incremento dei livelli di povertà causati dalla crisi e conseguente riduzione dei sussidi internazionali
2	2.1.2 2.4.1	Accrescimento della percezione di insicurezza alimentare, possibile perdita di attenzione verso l'agricoltura sostenibile
3	3.5.2 3.a.1	Peggioramento degli stili di vite e di salute
4	4.1.1 4.1.2 4.2.1	Rischio di peggioramento nei percorsi scolastici

7	7.1.1 7.1.2 7.2.1	Problematiche nell'accesso all'energia, e nell'utilizzo di energia da fonti rinnovabili
8	8.1.1 8.1.2 8.5.2	Riduzione della crescita economica e conseguente accrescimento della disoccupazione
9	9.3.2 9.4.1 9.5.1 9.5.2	Possibile peggioramento nell'infrastruttura produttiva
10	10.1.1 10.4.1 10.7.2 10.7.4	Politiche migratorie per l'accoglienza dei rifugiati
11	11.1.1 11.2.1 11.7.1	Diversa distribuzione della popolazione nell'ambito delle città con rischi di sovraffollamento
12	12.4.2 12.c.1	Gestione dei rifiuti pericolosi, sussidi utilizzo delle fonti fossili
13	13.2.2	Emissione gas serra
16	16.1.4 16.2.3	Percezione di insicurezza nell'accoglienza dei rifugiati

8. *Qualche considerazione sul futuro.* All'inizio del secondo semestre del 2022²¹ si è tenuto l'High-level political forum sullo sviluppo sostenibile, alla presenza degli alti rappresentanti dei governi di tutto il mondo. La dichiarazione congiunta²² sottoscritta da tutti i partecipanti, articolata in 142 paragrafi, inquadra sfide e opportunità che il percorso dell'Agenda 2030 deve sostenere. L'attuazione dell'Agenda è stata infatti

²¹ 5-18 Luglio 2022

²² UNITED NATIONS, *Economic and social council*, 07.07.22, E/2022/L.14-E/HLPF/2022/L.1

messa a dura prova dalla pandemia, dal cambiamento climatico ma anche più di recente dall'invasione russa in Ucraina che sta avendo pesanti ripercussioni sul mondo dell'energia e dell'approvvigionamento delle materie prime e sta ulteriormente acuendo le disuguaglianze e il senso di insicurezza, specie alimentare. Viene da più parti sottolineato che il cambiamento del contesto deve rendere tutti più uniti, che è necessario mettere a frutto le lezioni apprese e farle virare verso nuove e più decise azioni inclusive e sostenibili. Più passa il tempo e più vengono a galla le complicazioni del Covid-19. L'Onu con questa pubblicazione parla di un impatto "devastante". Di fronte a questi dati appare chiare che mantenere dritta la barra verso gli obiettivi degli SDGs è l'unico strumento condiviso a livello planetario per sovvertire la situazione. La strada è tracciata dal 2016, si tratta di investire in servizi, creare energia pulita, eliminare il degrado e le disuguaglianze.

Il presidente dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite Abdulla Shahid ricorda che "[...] *le sfide che dobbiamo affrontare minacciano di far deragliare gli Obiettivi dell'Agenda 2030. Gli ultimi tre anni, nonostante siano stati segnati da un'immensa tragedia e da un dolore globale, ci hanno fornito una pausa per rivalutare lo stato del nostro mondo e della nostra esistenza, e per vedere cosa deve essere riparato, sostituito, rinnovato, reinventato o trasformato. Dobbiamo ancora cogliere appieno questa opportunità storica di profonda trasformazione, rinnovamento e ripristino. Cambiamo le cose. Decidiamo di agire ora. [...]*".

Queste parole sono ancora più importanti alla

luce del fatto che, proprio in vista di questo forum, sulla rivista *Nature*²³ è stato pubblicato uno studio in base al quale non ci sono ancora prove evidenti che gli SDGs abbiano avuto un impatto trasformativo sui mandati, sulle pratiche o sull'allocazione delle risorse delle organizzazioni e delle istituzioni internazionali presenti all'interno del sistema delle Nazioni unite. Secondo lo studio la maggior parte dei Paesi è in ritardo nell'attuazione, manca l'ambizione da parte dei governi che continuano a voler privilegiare la crescita economica rispetto, per esempio, agli Obiettivi ambientali dell'Agenda 2030.

Anche nel nostro Paese la politica deve fare la sua parte, deve far convergere in maniera ancora più spinta il PNRR e più in generale le attività di programmazione verso gli SDGs.

Al tempo stesso la statistica ufficiale, nel nostro Paese, può e deve investire in maniera importante per rendere l'architettura complessiva ancora più efficiente e corrispondente ai più rigidi protocolli di qualità impostati a livello europeo. Deve investire in nuovi fonti per poter descrivere in maniera ancora più accurata i fenomeni investigati e in strumenti di analisi territoriale per poter esaminare in maniera più specifica gli eventuali divari territoriali.

²³ F. BIERMANN ET AL., *Scientific evidence on the political impact of the Sustainable Development Goals*, *Nature Sustainability*, 2022, 1 ss.

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

Beatrice Casini e Benedetta Tuvo***

1. *A che punto eravamo del GOAL3.* Negli ultimi anni sono stati fatti molti sforzi per raggiungere i target definiti nel Goal 3 dell’Agenda 2030 (SDG 3) “Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età”, al fine di garantire lo stesso standard di prevenzione, assistenza e cura, annullando il divario tra Paesi ricchi e poveri. Perseguire lo slogan del SDG3 “*Leave no One Behind*” significa mettere in atto adeguate politiche sanitarie, orientate alla responsabilizzazione dei cittadini nei confronti della salvaguardia della propria salute, in particolare nel contrasto degli stili di vita non salubri, ma richiede anche la scelta di politiche di tipo economico e sociale, mirate al contrasto delle disuguaglianze sociali e territoriali. Per ottenere il migliore stato di salute è necessario quindi

* Professoressa associata di Igiene Generale e Applicata, Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa.

** Assegnista di ricerca in Igiene Generale e Applicata, Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa.

un approccio strategico multisettoriale, un'opportunità che ci viene offerta dagli altri Goals dell'Agenda 2030, come il SDG 8, che mira a garantire la crescita economica dei Paesi più poveri attraverso politiche di sostegno alle opportunità di lavoro, i SDGs 1 e 2 per la riduzione della povertà e della mancanza di cibo, il SDG 10 per la riduzione delle disuguaglianze, il SDG 4 per garantire istruzione di qualità e infine il Goal 13 per garantire un ecosistema stabile, che un rafforzamento della resilienza alle catastrofi naturali provocate dai mutamenti climatici.

La pandemia Covid-19 ha avuto importanti ripercussioni sulla salute, sia direttamente che indirettamente, agendo come fattore limitante gli interventi sanitari messi in atto nella prevenzione e cura delle altre malattie. Tutto ciò ha profondamente alterato i traguardi finora raggiunti e la costante endemicità di questa infezione continua a rallentare la ripresa delle attività sanitarie. Analizzare gli effetti della pandemia richiede in primis la verifica degli obiettivi raggiunti prima di questo evento.

Gli obiettivi del SDG 3, identificati come prioritari per garantire salute e benessere, sono stati identificati nel miglioramento della salute materna e infantile, nella prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative, nel garantire la copertura sanitaria universale e l'accesso alle cure, la disponibilità di farmaci e vaccini e infine nell'ampliamento dei fondi economici destinati al finanziamento della sanità pubblica e allo sviluppo della ricerca, al fine di migliorare le conoscenze sui bisogni di salute.

Dal Rapporto ASviS 2019 emerge come nell'arco

di 17 anni, dal 2000 al 2017, siano aumentate dal 62% all'80% le gravidanze più sicure, aumentando il numero di parti assistiti e diminuendo del 37% la mortalità delle donne durante la gravidanza¹. Ciò ha permesso di ridurre significativamente anche la mortalità dei bambini sotto i 5 anni di età, che è calata dal 77‰ al 39‰. Inoltre, sono stati raggiunti obiettivi importanti nella lotta contro le malattie infettive, quali malaria e AIDS, per le quali si è registrato un calo significativo; nello stesso periodo 2000-2017 è inoltre aumentata la copertura vaccinale contro malattie estremamente diffuse e importanti, come difterite, tetano e pertosse (fino all'85‰), anche nei Paesi più poveri, grazie a strategie globali di offerta gratuita della vaccinazione.

Nel Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "A neglected tragedy" pubblicato nel 2020, è stato stimato che nel mondo, ogni 16 secondi nasce un bambino morto, per un totale di due milioni l'anno². La natimortalità è concentrata soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito (84%), in particolare nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia meridionale. Tuttavia, nel 2019, in 39 Paesi ad alto reddito, il numero di bambini nati morti ha superato quello dei morti in età infantile. Il livello di educazione della futura madre e la deprivazione socioeconomica risultano i fattori di rischio più importanti, indipendentemente dalla ricchezza del Paese.

¹ ALLEANZA ITALIANA PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE, *L'Italia e gli Obiettivi di sviluppo sostenibile*. Rapporto ASviS, 2021.

² UNICEF, *A Neglected Tragedy. The global burden of stillbirths. Report of the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*, 2020.

I dati di mortalità infantile, in particolar quelli relativi alla mortalità neonatale (bambini morti nel primo mese di vita) sono preoccupanti, evidenziando quanto sia urgente intervenire per ridurre significativamente questi indicatori. Il valore target proposto dal SDG 3 è il raggiungimento, entro il 2030, di una mortalità materna inferiore a 70 donne morte in gravidanza ogni 100.000 bambini nati vivi, una mortalità infantile inferiore a 25 bambini morti al di sotto dei 5 anni ogni 1000 nati vivi e una mortalità neonatale inferiore a 12 bambini morti nel primo mese di vita ogni 1000 nati vivi.

In Italia, secondo il Rapporto Nazionale dell'Italian Obstetric Surveillance System, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, nel 2019, si sono registrati in media 9 morti materne ogni 100.000 bambini nati vivi, con una sottostima del fenomeno pari al 59% rispetto a quanto stimato dai soli certificati di morte³.

È stato stimato che il 45% delle morti è prevenibile con una migliore assistenza ostetrica, se si considera che tra le morti prevalgono le emorragie, i disordini ipertensivi della gravidanza e la tromboembolia, che coprono quasi il 70% dei casi.

A livello mondiale, l'indicatore della mortalità infantile si è ridotto del 56% tra il 1990 e il 2015, ma analizzando la situazione per singolo Paese, siamo ancora molto lontani dal target SDG 3, considerando

³ S. DONATI, P. D'ALOJA, M.A SALVATORE, S. ANDREOZZI, M.G. PRIVITERA, *Implementazione e validazione del sistema di Sorveglianza Perinatale di Italian Obstetric Surveillance System (SPItOSS)*. Istituto Superiore di Sanità, 2020, iii, 58. Rapporti ISTISAN 20/29.

che Paesi come Nigeria e Somalia registrano tassi pari a 114 e 115 bambini morti prima dei 5 anni ogni 1000 nati vivi⁴. Secondo il Rapporto ISTAT 2014, il tasso di mortalità infantile in Italia nel 2011 era pari a 3,9.

La principale causa di morte dei bambini sotto i 5 anni di età nei Paesi in via di sviluppo è ascrivibile ancora alle malattie trasmissibili, contratte in epoca neo e post-natale, come polmonite, malattie diarroiche, malaria, AIDS, morbillo e meningiti, tutte patologie per le quali non esistono, o sono limitate, le strategie di prevenzione e cura. La malaria rimane una tra le più importanti cause di morte in Africa Sub-Sahariana, dove si stima che, tra il 2000 e il 2015, 20 milioni di bambini non siano stati sottoposti a profilassi anti-malarica. Infatti, il World Malaria Report 2020, riporta come il 94% dei casi e il 95% dei decessi si siano verificati nella regione africana dell'OMS⁵.

In Africa Sub-Sahariana la malaria non è solo una delle principali cause dell'aumento della mortalità infantile, ma la causa della perdita di reddito per le famiglie, le quali si trovano ad affrontare spese mediche che aggravano le loro condizioni di povertà, compromettendo così la sopravvivenza dei bambini. Al fine di ridurre l'impatto di questa malattia, in tre Paesi africani (Ghana, Kenya e Malawi) è stato avviato nel 2019 un programma pilota che ha visto coinvolti l'OMS e l'UNICEF, con la distribuzione del vaccino sperimentale RTS/AS01, Mosquirix, GlaxoSmithKline, a

⁴ UNICEF, *Levels & Trends in estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*, Report 2018.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *World Malaria report 2020*.

800.000 bambini africani. Il vaccino ha dimostrato di prevenire 39% dei casi di malaria (29% dei casi gravi nei bambini), e se somministrato ai pazienti pediatrici contestualmente ai farmaci antimalarici, è risultato in grado di ridurre del 70% i ricoveri ospedalieri e i decessi. Questa strategia rientra nel Piano d'Azione Globale per i vaccini (2011-2020) creato dall'Alleanza Globale per le Vaccinazioni (GAVI), un'associazione che riunisce governi di Paesi in via di sviluppo e di Paesi donatori, l'OMS, l'UNICEF, la Banca Mondiale, l'industria dei vaccini e le associazioni private, come la Fondazione Bill & Melinda Gates. Nel periodo 2000-2013, GAVI ha assicurato l'immunizzazione di 440 milioni di bambini, portando la copertura vaccinale per la difterite, tetano, pertosse e poliomielite dal 70% all'83%, contribuendo così alla riduzione della mortalità infantile⁶.

Un'altra importante causa di morte in questi Paesi è l'immunodeficienza acquisita (AIDS), specialmente quando associata a sovra-infezione tubercolare. La fascia di età maggiormente colpita dall'infezione è quella tra i 10 e 19 anni, età in cui l'accesso alle terapie antiretrovirali in Africa Sub-Sahariana si riduce al 21% della popolazione adolescenziale⁷. Le giovani donne sono spesso vittime dell'infezione HIV in età riproduttiva, in particolare nei Paesi afflitti da instabilità e conflitti sociali, dove le ragazze sono particolarmente vulnerabili alla violenza sessuale, che aumenta

⁶ GAVI. Immunisation in lower-income countries: pandemic leads to decline in coverage but signs of recovery emerge. <https://www.gavi.org>.

⁷ UNICEF, *Annual Results Report 2017, HIV and AIDS*.

il rischio di gravidanze indesiderate, aborti non sicuri e malattie sessualmente trasmissibili. Un ruolo importante assumono inoltre i matrimoni precoci, che spesso legano ragazze giovanissime a uomini più grandi di loro, ai quali difficilmente possono opporsi e negoziare la pianificazione di una gravidanza o l'uso di contraccettivi. In Africa Sub-Sahariana solo il 16% delle ragazze sposate che vivono nelle aree rurali e il 23% di quelle che vivono nelle aree urbane usano moderni metodi di contraccezione; inoltre, in molti Paesi africani, sono in vigore leggi che limitano gli accessi ai servizi di salute sessuale e riproduttiva alle donne sposate e con figli. Questo sottolinea l'importanza di implementare programmi di educazione sessuale e prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse in età scolare. Investire in programmi di educazione dei bambini, è stato dimostrato essere correlato ad una riduzione della mortalità infantile. Per questo, tramite il programma "Protezione dell'Infanzia", l'UNICEF promuove programmi per proteggere ogni bambino da abusi, sfruttamento, violenze e garantire la parità di genere e l'emancipazione femminile. Il grado di istruzione della madre ha un effetto positivo sulla riduzione delle morti dei bambini sotto i 5 anni di età⁸.

Andando ad analizzare l'indicatore "speranza di vita alla nascita", che calcola gli anni che, statisticamente, un individuo può aspettarsi di vivere in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno e nel territorio considerati, si nota come nei Paesi economicamente

⁸ UNICEF, *Programmi di protezione dell'infanzia*. <https://www.unicef.it/programmi/protezione-infanzia/>.

avvantaggiati questa risulti superiore di ben 18 anni rispetto ai Paesi a basso reddito. La principale causa di morte sono le malattie non trasmissibili, cronico-degenerative, che riconoscono nei comportamentali personali i principali fattori di rischio. In Italia, i dati del Rapporto ISTAT 2019 mostrano come nel nostro Paese la speranza di vita e di vita in buona salute alla nascita siano molto elevate, sebbene con differenze di genere e di distribuzione geografica. Nelle regioni del Sud (in particolare Campania, Calabria e Sicilia) si vive un anno in meno e tre anni in meno in buona salute, rispetto alle regioni del Nord. Le malattie ischemiche del cuore e cardiovascolari hanno una maggiore prevalenza, associate ad un maggiore riscontro di malattie ipertensive e metaboliche, come il diabete. Differenze a livello regionale sono state rilevate anche nell'indicatore mortalità prematura, calcolata tra i 30 e i 69 anni e legata a cause prevenibili come gli incidenti stradali, che risulta più elevata in Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna e Lazio⁹.

Queste disegualianze sono da imputarsi ad un diverso accesso alle prestazioni sanitarie che mirano alla promozione della salute e alla prevenzione e cura delle malattie. Il livello d'istruzione ha un ruolo fondamentale nella scelta di stili di vita più sani e nel ridurre l'esposizione a fattori di rischio che conducono a condizioni predisponenti, quali per esempio ipercolesterolemia e ipertensione; il possesso di un titolo di studio superiore o la laurea può far guadagnare fino a 5,2 anni nella donna e 2,7 anni nell'uomo l'aspettati-

⁹ ISTAT, "Rapporto Annuale 2019. La situazione del Paese".

va di vita. Tuttavia, se analizziamo i dati ISTAT 2019, vediamo che la variazione percentuale dei laureati rispetto alla media nazionale assume valori decisamente negativi in alcune regioni del Sud, come la Sicilia, la Campania, la Sardegna e la Puglia.

Per contribuire a contrastare queste disuguaglianze nel 2001 sono nati i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza. Questi, sono prestazioni e servizi che il Sistema Sanitario Nazionale fornisce a tutti i cittadini gratuitamente o dietro una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. La garanzia di tali servizi è costantemente monitorata dal Ministero della Salute e serve a contrastare le disuguaglianze legate all'autonomia in materia sanitaria delle Regioni. I dati raccolti dalla Fondazione GIMBE tra il 2010 e il 2017, sull'adempimento dei livelli essenziali di assistenza, evidenziano tuttavia delle discrepanze a livello territoriale, con un bilancio negativo per le Regioni del Sud, che rimangono il fanalino di coda nell'attuazione dei programmi previsti nei LEA¹⁰.

Nel 2019, l'Organizzazione per la Cooperazione Sviluppo Economico (OCSE) ha registrato in Italia una differenza nella spesa sanitaria tra pubblico e privato pari all'8,81% del PIL, in linea con altri Paesi dell'OCSE, sebbene la spesa pro-capite risulti inferiore, ad eccezione della spesa privata e di quella farmaceutica¹¹. L'ultimo aggiornamento del Censis

¹⁰ GIMBE, 4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, 2019.

¹¹ ORGANIZZAZIONE PER LA COOPERAZIONE E LO SVILUPPO ECONOMICO (OCSE). Rapporto economico OCSE sull'Italia 2019.

evidenzia come il 61,9% dei cittadini italiani ritengono necessario ricorrere alle cure privatamente, al fine di non incombere nelle lunghe liste di attesa, ma anche per beneficiare di servizi migliori e personalizzati (21,6%) e per poter scegliere il proprio medico di fiducia (43,4%). Sebbene questa tendenza sia simile in tutte le Regioni d'Italia, è un fenomeno che accentua le disuguaglianze, non consentendo alle famiglie monoreddito, con più figli a carico, l'accesso alle cure in regime privato. Come riportato dal Rapporto della Povertà Sanitaria della Fondazione Banco Farmaceutico, queste famiglie spendono molto poco per i servizi odontoiatrici perché incidono fortemente sul budget familiare¹².

Nonostante queste criticità, in Europa il Rapporto ASviS 1019 ha evidenziato una tendenza positiva per tutti i target del SGD 3 dell'Agenda 2030, andamento compromesso negli anni successivi dalla pandemia Covid-19.

2. Gli effetti della pandemia Covid-19 sul raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere. La pandemia ha avuto un impatto drammatico sui progressi ottenuti in termini di salute, in Italia come in altri Paesi del mondo, in particolare nei Paesi in via di sviluppo. La drammatica domanda di assistenza dei pazienti Covid-19, durante le diverse ondate epidemiche, ha causato la saturazione dei servizi sanitari, determinando difficoltà nella loro capacità d'assistenza, ma in

¹² CENSIS. *53° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2019*.

particolare una ridotta presa in carico delle patologie non Covid-19.

I ritardi accumulati nelle procedure diagnostiche e l'interruzione della continuità di cura e assistenza dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative, hanno infatti aggravato quadri clinici pregressi e quelli di coloro non sottoposti a diagnosi precoce, con conseguente aumento della morbosità e della mortalità correlate, sia a breve che a lungo termine. L'interruzione dei percorsi di screening oncologici ha portato, per esempio, alla diagnosi successiva di forme più gravi della patologia, più difficili da curare e da risolvere senza sequele per la salute del paziente.

L'aggravamento dello stato di salute e le ricadute sociali ed economiche conseguenti alla pandemia si sono acuite in particolar modo nei Paesi a basso reddito, dove si è assistito all'interruzione dei programmi di prevenzione e cura delle malattie infettive, messe in atto in epoca pre-pandemica. L'interruzione delle campagne di vaccinazione, per esempio, annullerà i progressi fatti finora, riportando indietro i livelli di salute raggiunti. Le stime mostrano che 65 su 204 Paesi (32%), principalmente nell'Africa Sud-Sahariana e nell'Asia meridionale, non riusciranno a raggiungere l'obiettivo 3.2 entro il 2030. Questi Paesi, inoltre, hanno avuto scarso accesso ai vaccini anti-Covid-19, a differenza di Paesi come gli Stati Uniti, Regno Unito, Unione Europea e Giappone, che si sono assicurati un'enorme quota di vaccini, ancor prima che questi fossero approvati dalle agenzie governative, come FDA ed EMA. Per cercare di colmare questo divario e diminuire le disuguaglianze nella capacità di preve-

nire e curare la Covid-19, l'ONU ha lanciato la Global COVAX Facility, la più grande operazione della storia di acquisizione di vaccini e test diagnostici a favore dei Paesi poveri. La COVAX Facility è coordinata da GAVI (l'Alleanza Globale per i Vaccini), CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations), OMS e UNICEF, con l'obiettivo di sostenere la ricerca, lo sviluppo e la produzione di vaccini contro la Covid-19, arrivando a negoziarne il prezzo e le forniture, per assicurare uguale accesso a tutti i Paesi partecipanti, indipendentemente dal loro reddito. In particolare, l'UNICEF si è impegnata nel sostegno dei bambini dei Paesi a basso e medio reddito, per la fornitura di vaccini, test diagnostici, terapia e dispositivi di protezione individuale, che non sarebbero stati in grado di procurarsi. A causa della pandemia, le disuguaglianze all'interno dei Paesi e tra Paesi sono in aumento e rappresentano un ulteriore rischio per le azioni multilaterali necessarie a garantire una maggiore sostenibilità per tutte e tutti.

Secondo il Rapporto Eurostat 2021¹³, in Europa si sono avuti più di 30 milioni di casi Covid-19 e più di mezzo milione di morti dovuti al virus (580.000), con un eccesso di mortalità nel 2020 che ha raggiunto il 13% e 15%, rispettivamente dei soggetti di età 60-79 anni e over 80. L'eccesso di mortalità ha raggiunto il valore del 40% nel Novembre 2020. Gli uomini sono stati i più colpiti (14,4% vs 12,3% del genere femminile).

¹³ EUROSTAT *Analisi del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia, DOCUMENTO DI LAVORO DEI SERVIZI DELLA COMMISSIONE*. Bruxelles 2021.

Questo aumento ha ridotto la speranza di vita alla nascita, che ha perso quasi un anno, passando da 81.3 nel 2019 a 80.4 anni nel 2020 (-0,9 anni), con considerevoli differenze geografiche. La riduzione più significativa è stata osservata in Spagna (-1,6 anni), Romania e Bulgaria (-1,4 anni). Le azioni di contrasto della diffusione della pandemia hanno richiesto la mobilitazione di ingenti risorse umane e finanziarie per ridurre la mortalità dovuta a Covid-19, soprattutto nella fascia di popolazione più fragile, come quella anziana, evitare il collasso dei sistemi sanitari e l'acuirsi della conseguente crisi socioeconomica.

Secondo il Rapporto ISTAT 2021 “Il Benessere Equo e Sostenibile” (BES)¹⁴, il nostro Paese, abituato negli ultimi decenni a un progressivo consolidamento di elevati livelli di longevità, è stato tra i più colpiti in termini di eccesso di mortalità, a causa del maggior peso demografico dei grandi anziani rispetto agli altri Paesi europei.

Questo fenomeno è stato confermato anche dai dati riportati dal Rapporto Eurostat 2021, nel quale l'Italia mostra nel 2020 una delle variazioni percentuali più alte del tasso di mortalità standardizzato per età (+9,3%) rispetto alla media settimanale dei decessi 2015-2019. Nel 2021 la variazione è stata più contenuta, scendendo a una variazione percentuale in aumento solo del 2,7%.

In Italia, l'eccesso di mortalità registrato nel 2020 ha causato la perdita di quasi un anno nella speranza

¹⁴ ISTAT. Rapporto BES 2021: *il benessere equo e sostenibile in Italia*.

di vita alla nascita, con differenze sostanziali a livello geografico; in contro-tendenza, l'eccesso di mortalità più alto si è registrato nelle Regioni del Nord (da 83,6 a 82,1 anni) con punte di 2,4 anni in Lombardia, rispetto alle Regioni del Sud (da 82,5 a 82,2). Durante il primo anno di pandemia, il 10% della popolazione non ha avuto accesso alle cure (nel 2019 era il 6,3%) e un cittadino su dieci ha dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, a visite o accertamenti diagnostici, per motivi legati alla difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Altro record negativo, raggiunto nel 2020 è stato quello relativo all'indicatore natalità, sceso di 3,8 punti percentuali, con 16000 bambini nati in meno rispetto al 2019.

Analizzando le stime provvisorie dell'anno 2021, riportate nel Rapporto "BES" 2021 dell'ISTAT, dopo due anni di pandemia si è osservata una leggera ripresa dell'indicatore speranza di vita alla nascita, che è salito di 3 mesi, passando a 82,4 anni. L'eccesso di mortalità, infatti, è stato meno severo confrontato con quello del 2020, grazie alla massiccia campagna vaccinale portata avanti nel nostro Paese contro la Covid-19 e al miglioramento delle cure dei pazienti che hanno contratto l'infezione, nonostante la più ampia diffusione del virus e delle sue varianti.

Rispetto al 2020, l'eccesso di mortalità non risulta più concentrato al Nord, ma è uniformemente distribuito su tutto il territorio nazionale. Sebbene in diminuzione, il 72% dell'eccesso di mortalità rimane concentrato negli over 80, mentre risulta in leggero aumento nelle fasce di età più giovanili negli uomini (0 a 49 anni) e nella fascia di media di età nelle donne (50-64 anni).

Le Regioni del Nord hanno mostrato una buona capacità di recupero della situazione sanitaria; in particolare, Lombardia e Provincia autonoma di Trento hanno registrato nel 2021 una diminuzione dei decessi negli over 80 di oltre il 20% rispetto al 2020. Le Regioni del Sud sono state colpite dalla pandemia più tardivamente rispetto al Centro-Nord e la maggior parte dei casi e delle morti per Covid-19 si sono avute a partire da ottobre 2020, con l'inizio della seconda ondata.

Il 2021 potrà essere ricordato come l'anno che ha visto iniziare la più grande campagna di vaccinazione della storia italiana. In base ai dati riportati dal Report Vaccini anti Covid-19 del Ministero della Salute, a fine aprile 2022, oltre 48 milioni di soggetti over 12 (90,01%) avevano completato il ciclo vaccinale e oltre 49 milioni ricevuto almeno una dose (91,45%), a fronte di oltre 136.000 milioni di somministrazioni effettuate.

La sensibilizzazione della popolazione al ricorso alla vaccinazione anti Covid-19 ha avuto un effetto positivo anche nei confronti della vaccinazione anti-influenzale. Secondo le elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, sulla base dei riepiloghi inviati dalle Regioni e Province autonome, le coperture vaccinali nella stagione 2020/2021 sono sensibilmente aumentate rispetto alla stagione precedente (+23,7%), che comunque mostrava una tendenza positiva, sebbene non così accentuata (+16,8%). L'incremento dei soggetti vaccinati ha coinvolto sia gli over 65, che la popolazione generale. Nonostante l'aumento, la copertura vaccinale negli over 65 è arrivata al 65,3%, livello

ancora lontano da quello definito dall'OMS come obiettivo minimo, pari al 75%, ma ancora più lontano dall'obiettivo ottimale del 95%.

Analizzando i dati riportati dal Rapporto “BES” 2021 dell'ISTAT sull'indicatore speranza di vita alla nascita, si nota come nel 2020, nonostante gli anni di vita persi a causa dell'aumento della mortalità, aumentano rispetto all'anno precedente gli anni di vita in buona salute (+ 2,4 anni); si assiste infatti ad un aumento della quota di persone che valuta favorevolmente la propria condizione di salute. Nel 2021, questo miglioramento viene parzialmente riassorbito, ma comunque l'indicatore rimane più alto rispetto al 2019. Nonostante questa percezione positiva del proprio stato di salute, i dati relativi al consumo di farmaci ansiolitici, elaborati dall'Agenzia Italiana del Farmaco¹⁵ nel primo anno della pandemia, rilevano un considerevole aumento nell'uso di questi farmaci (+12%), soprattutto nelle regioni del Centro (Marche +68% ed Umbria +73%). La seconda ondata epidemica ha addirittura visto aumentare l'acquisto di ansiolitici in misura maggiore rispetto all'incremento già osservato durante la prima ondata. L'isolamento sociale e l'aggravamento della crisi economico-sociale hanno scaturito importanti stati d'ansia, che in alcuni casi hanno portato anche al suicidio.

Che la pandemia abbia influito sul benessere psicologico, emerge anche dal Rapporto “BES” 2021 dell'ISTAT; le condizioni di benessere mentale ge-

¹⁵ AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA), *Rapporto sull'uso dei farmaci durante la pandemia Covid-19*, 2020.

neralmente si deteriorano al crescere dell'età, ma nel 2021 le differenze tra i più giovani e i più anziani sono diminuite, L'indice di salute mentale, SF-36, che valuta il disagio psicologico, includendo gli stati correlati all'ansia e alla depressione¹⁶, è calato decisamente tra gli adolescenti della fascia 14-19 anni di entrambi i sessi, interessando prevalentemente gli abitanti delle Regioni del Centro-Nord; decresce inoltre tra le donne, mentre aumenta leggermente tra gli uomini.

La pandemia ha influito negativamente non solo sulla salute mentale degli adolescenti, ma anche sulla loro esposizione a fattori di rischio per la salute correlati agli stili di vita. Secondo i dati ISTAT, è aumentata la sedentarietà tra gli adolescenti (+2,3%), costretti a rinunciare agli sport di squadra nel lockdown e ad una lenta ripresa dell'attività sportiva nel corso del 2021, fattore che ha inciso sulla costante crescita, nel biennio, della quota di over 18 in condizione di obesità.

In controtendenza l'attitudine alla sedentarietà nella popolazione adulta di 45-59 anni (-3,2%), che dimostra di dedicare più tempo all'attività fisica individuale, al pari degli over 75 (-4,3%).

Sul versante degli stili alimentari, diminuisce il consumo di frutta e/o verdura; nel 2021, solo il 17,6%

¹⁶ KELLER S.D., WARE J.E. JR., BENTLER P.M., AARONSON N.K., ALONSO J., APOLONE G., BJORNER J.B., BRAZIER J., BULLINGER M., KAASA S., LEPLÈGE A., SULLIVAN M., GANDEK B., *Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment*, J Clin Epidemiol, 1998 Nov; 51(11):1179-88.

degli over 3 anni ne hanno consumato giornalmente almeno 4 porzioni (-1%).

Nel 2021, è stabile la quota di fumatori over 14 anni (19,5%) rispetto al 2020 (19,1%), mentre nella fascia 25-44 anni, una persona su quattro fuma, in particolare nelle Regioni dell'Italia centrale, dove passano dal 19,5% al 22%.

Nel 2021, diminuisce il consumo di bevande alcoliche tra gli adolescenti (14,7% negli over 14, -2%), dopo aver registrato un significativo aumento tra il 2019 e il 2020 (+0,9%). Tuttavia, cresce la frequenza delle ubriacature nel fine settimana. Il consumo di bevande alcoliche rimane invece un'abitudine, non moderata e giornaliera, tra gli over 65, in particolare nel Nord.

Nel 2020, si rileva un decremento, mai registrato prima, del tasso di mortalità per incidenti stradali tra i giovani maschi (0,5 rispetto a 0,7 per 10 mila residenti di 15-34 anni nel periodo 2013-2019) a causa della minore mobilità su strada legata al lockdown (il tasso tra le donne rimane invariato).

In conclusione, dopo due anni di pandemia, il Rapporto SDGs 2021 dell'ISTAT¹⁷ fornisce un bilancio negativo in termini di salute: sebbene alcuni fattori abbiano inciso positivamente sul bilancio (la riduzione della mortalità precoce, delle patologie acute legate all'inquinamento ambientale e la riduzione delle malattie infettive prevenibili tramite vaccinazione), altri fattori hanno avuto un forte impatto negativo. Dopo

¹⁷ ISTAT, *Rapporto SDGS 2021: informazioni statistiche per l'agenda 2030 in Italia*. 2021.

molti anni, infatti, abbiamo assistito ad una riduzione della speranza di vita legata all'aumento della mortalità per e con Covid-19; è aumentata l'attitudine verso stili di vita a rischio, in particolare tra gli adolescenti, che hanno risentito degli effetti della pandemia anche a livello psicologico. Negli adulti, in particolare negli uomini, è aumentata la quota di coloro soggetti a fattori predisponenti le sindromi metaboliche, come il diabete.

Andando ad analizzare gli effetti della pandemia sulle attività sanitarie di prevenzione e cura delle malattie, dal Rapporto Annuale “La situazione del Paese, 2021” dell'ISTAT¹⁸, si evidenzia come la crisi pandemica abbia determinato una riduzione degli accessi ambulatoriali nei pazienti affetti da patologie croniche, che pur richiedono una minore complessità specialistica, necessitano della garanzia della continuità assistenziale. In particolare, le prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale sono diminuite del 20,3% rispetto all'anno precedente, con valori peggiori in Basilicata (-50%) e nella Provincia autonoma di Bolzano (-42%). Più colpite le prestazioni pediatriche in calo del 33%. Nell'ambito riabilitativo fisico e funzionale, le prestazioni si sono ridotte del 31% nel 2020, mentre le visite specialistiche, di controllo o prime visite, si sono ridotte di quasi un terzo, con contrazioni maggiori in Basilicata (-65%), Valle d'Aosta (-53%) e Marche (-50%). Anche le prestazioni indifferibili (TAC, risonanze magnetiche, biopsie,

¹⁸ ISTAT *Rapporto annuale 2020: la situazione del paese, 2021*.

dialisi e radioterapia) sono state complessivamente circa 2 milioni in meno, con un calo del 7%.

La riduzione delle prestazioni ambulatoriali ha avuto importanti ripercussioni sugli screening oncologici appartenenti ai livelli essenziali di assistenza. Secondo l'Osservatorio Nazionale Screening, i programmi di screening mammografico, colon-rettale e cervicale, nel periodo gennaio-maggio 2020, hanno subito una diminuzione del numero di test effettuati di oltre il 50% rispetto allo stesso periodo del 2019, con un ritardo medio di quasi 3 mesi nell'erogazione della prestazione. È stato stimato che questo ritardo è stata la causa di un aumento delle lesioni non diagnosticate, con effetti gravi su quelle di stadio avanzato, mentre le conseguenze cliniche dovrebbero essere contenute sulle diagnosi delle lesioni di livello moderato, visto il limitato ritardo nell'erogazione dello screening¹⁹. I motivi della mancata erogazione, durante la prima ondata epidemica, sono ascrivibili alla mancanza di procedure dedicate al contenimento della trasmissione di SARS-CoV-2, di dispositivi di protezione individuale (mascherine, occhiali protettivi, etc) e alle richieste sempre più pressanti di riconversione del personale in servizi di supporto ai pazienti Covid-19, non ultimo il diffondersi dell'infezione anche tra il personale sanitario.

L'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) della Toscana, ha riportato, nel quinquemestre gennaio-maggio 2020, una riduzione del numero di esami erogati mediamente pari a

¹⁹ ASSOCIAZIONE ITALIANA ONCOLOGIA MEDICA (AIOM). *I numeri del cancro in Italia 2021*. 2021

-53.8% (40,7%-71,25) per lo screening mammografico, -54.9% (32,6%-72,8%) per quello colorettales e -55.3% (41,2%-62,9%) per lo screening cervicale. Il ritardo accumulato in mesi standard è stato mediamente 2.7-2.8 mesi.

Nelle diverse Regioni italiane, la capacità di ripresa dei programmi di screening avrà un diverso impatto sugli obiettivi di salute, dal momento che i dati pubblicati dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'Istituto Superiore Sanità²⁰, evidenziano importanti disegualianze a livello territoriale nelle prestazioni erogate dal 2017 al 2020, con le Regioni del Sud fanalino di coda. L'adesione a questi programmi di prevenzione, infatti, risente ancora del livello di istruzione.

Nei primi mesi dell'anno 2022, l'ISPRO segnalava ancora ritardi nel recapito a domicilio, da parte di Poste Italiane, dell'invito a partecipare agli screening, a causa dell'aumento dei contagi durante la quarta ondata della pandemia.

La pandemia ha avuto e continua ad avere importanti effetti sulla salute e benessere dei più fragili. L'Italia negli ultimi anni è stata oggetto di importanti flussi migratori e queste popolazioni, con grandi bisogni di salute, hanno avuto scarso accesso ai servizi sanitari. In un'indagine condotta dall'ISTAT nel 2019, è emerso come in 158 comuni italiani erano presenti circa 51.000 persone senza fissa dimora (2,43%). La

²⁰ MINISTERO DELLA SALUTE, *PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia Covid-19. Primo Report nazionale dal Modulo Covid*. 2020.

manca della residenza non consente l'assegnazione del medico di medicina generale e di conseguenza, in caso di malattia, è necessario rivolgersi ad ambulatori allestiti da associazioni di volontariato o direttamente al Pronto Soccorso, attività che sono state chiuse, nel primo caso, o travolte, nel secondo, dal susseguirsi delle ondate epidemiche.

3. *Nuove azioni di ripresa.* L'impatto che ha avuto la pandemia sui sistemi sanitari ha confermato la necessità di un approccio globale e trasversale alla riorganizzazione dei processi sanitari, che hanno rilevato una certa fragilità nel coordinamento e pianificazione dell'assistenza durante l'emergenza. La cura e la continuità assistenziale per le patologie non Covid-19 è stata compromessa dalla necessità di concentrare l'attività sanitaria sui pazienti Covid-19, presi in carico esclusivamente negli ospedali, che in breve tempo hanno saturato la disponibilità di posti letto. Quest'ultimi, infatti, operano con margini finanziari ristretti e processi complessi, non sempre ricoperti da un numero di figure di personale sanitario adeguato e opportune apparecchiature e dispositivi medici.

Emblematico è stato il caso della Regione Lombardia, dove durante la prima ondata epidemica, si è assistito al più alto tasso di mortalità degli over 80 nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), con punte del 6.5%, contro il 3.1% registrato a livello nazionale e un aumento del 118% rispetto al periodo 2016-2019²¹.

²¹ G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI. *Le prospettive per*

La scarsa organizzazione delle RSA nell'affrontare la pandemia, la mancanza di dispositivi di protezione, di diagnosi e cura, oltre alla non sufficiente integrazione con la rete di assistenza ospedaliera, sono state le cause del diffondere dell'infezione all'interno di queste strutture. Anche i medici di medicina generale MMG hanno avuto molte difficoltà nell'assistenza ai pazienti, Covid-19 e non Covid-19, non essendo stati affiancati da adeguato personale infermieristico e con scarso accesso alla possibilità di seguire a distanza i propri pazienti, grazie anche alla telemedicina.

Dall'analisi delle criticità riscontrate durante la prima fase pandemica, il Ministero della Salute, prendendo a riferimento quanto raccomandato dall'OMS, ha emanato il documento "Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", al fine di rafforzare l'attività di *preparedness* dei sistemi sanitari, minimizzare i rischi della diffusione dell'infezione e mitigarne l'impatto²².

Tuttavia, è con il Decreto Legislativo n. 34 del 19 maggio 2020, Decreto Rilancio, che sono state definite le prime misure urgenti in ambito sanitario, finalizzare al riordino e il potenziamento dell'assistenza territoriale e per ridurre gli accessi inappropriati in ospedale. Il Decreto Rilancio, all'articolo 1, prevede

il settore sociosanitario oltre la pandemia 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care, 2021.

²² MINISTERO DELLA SALUTE – ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, *Prevenzione e risposta a covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale, 2020.*

innanzitutto il reclutamento di una nuova figura professionale, l'infermiere di famiglia o di comunità, in grado di identificare i bisogni di salute del proprio paziente e indicare la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione, partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità, all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola. L'infermiere di famiglia o di comunità, insieme ad altre figure professionali, forma la rete integrata territoriale. Questa figura è simile a quella già introdotta in altri Paesi, come il regno Unito con la "Public Health Nurse" e gli Stati Uniti con la "Family Nurse Practitioner".

Un altro elemento cardine del Decreto è il potenziamento e il miglioramento della rete ospedaliera (articolo 2), attraverso l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali, che svolgono le funzioni di coordinamento tra i servizi di prevenzione e assistenza territoriali e quelli di emergenza-urgenza ospedalieri.

In questo ambito, ulteriori riforme e finanziamenti sono stati previsti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che ha dedicato la missione 6 all'implementazione della capacità di prevenzione e cura del Sistema Sanitario Nazionale, individuando standard tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale. A questa missione è stato assegnato un budget pari a 15,63 milioni di euro per la realizzazione di due principali obiettivi. Il primo di questi è la creazione delle reti di prossimità, volte a garantire a tutti i cittadini un accesso equo e capillare

alle cure, attraverso l'aumento del numero e delle attività delle Centrali Operative Territoriali, la creazione delle Case della Comunità, per la presa in carico dei bisogni primari di salute, la realizzazione degli Ospedali di Comunità, per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e infine l'implementazione della Telemedicina, per un migliore supporto ai pazienti cronici. L'altro obiettivo della missione 6 è la promozione dell'utilizzo di tecnologie innovative, della ricerca e della digitalizzazione nella medicina, attraverso la sostituzione di attrezzature obsolete negli ospedali, la digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di I e II livello, il potenziamento delle terapie intensive e sub-intensive. Questo potrà garantire un'assistenza personalizzata, dalla prevenzione al trattamento, anche grazie all'utilizzo di big data e sistemi di intelligenza artificiale di supporto.

Le case di Comunità sono un nuovo modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare ai bisogni di salute, che opera attraverso un'équipe multiprofessionale territoriale, composta dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS), dagli Infermieri di Famiglia o Comunità e da altri specialisti della salute (Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali). La loro attività sarà garantita nell'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, per l'erogazione di attività ambulatoriali, 6 giorni su 7 in diurno per l'attività diagnostica e specialistica.

Gli Ospedali di Comunità sono strutture sanitarie destinate a pazienti che a seguito di un episodio di acuzie minori e alla riacutizzazione di condizioni

croniche, necessitano di interventi sanitari clinici ad elevata complessità assistenziale, ma a bassa intensità di cure, che comunque non possono essere erogate a domicilio. Ciò potrà ridurre gli accessi inappropriati al pronto soccorso e quindi agli ospedali ad alta intensità di cura.

Le Centrali Operative Territoriali (COT) verranno realizzate una ogni 100.000 abitanti o avranno valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Ogni COT avrà uno standard minimo di personale, costituito da 5-6 infermieri e 1-2 unità di personale di supporto ogni 100.000 abitanti.

È tuttavia il “DM 77”, precedentemente denominato DM 71, per continuità con il DM 70 che riguarda l’ospedale, deliberato dal Consiglio dei Ministri il 21 aprile 2022, che detta i modelli e gli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Nel documento viene confermato il ruolo decisivo dell’assistenza infermieristica nella presa in carico dei pazienti, nelle fasi di post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi in cui sia necessaria l’assistenza vicino al domicilio del paziente. Viene rafforzata l’attività della medicina di popolazione, per la promozione della salute, attraverso l’utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute, che definiscono gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Inoltre, viene rafforzata la sanità di iniziativa, attraverso l’assistenza proattiva del paziente cronico nelle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa. L’obiettivo è quello di realizzare ed alimentare un sistema informatizzato di

raccolta delle informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, per delineare gli indicatori più appropriati a monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in particolare nelle successive fasi di potenziamento dell'assistenza territoriale. In questa fase di transizione verso la realizzazione delle nuove strutture territoriali, di fondamentale importanza rimane l'attività del Distretto sociosanitario, che verrà momentaneamente potenziato, secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

4. *Conclusioni.* Sebbene la pandemia Covid-19 abbia avuto gravi effetti sullo stato di salute, in Italia come nel resto del mondo, allontanandoci dai traguardi finora raggiunti nei targets del SDG 3, è stata comunque la spinta per raggiungere il necessario grado di consapevolezza, da parte delle Istituzioni, per la messa in atto di nuove azioni che porteranno a grandi cambiamenti nella sanità, in particolare quella territoriale, da troppo tempo emarginata ad un ruolo secondario, nonostante la sua vitale importanza nella promozione e prevenzione delle malattie. In Italia, le nuove sfide proposte dal PNRR necessitano di un grande impegno, sia economico che organizzativo, da parte delle Istituzioni, ma sono essenziali per rendere il futuro meno incerto e garantire la sostenibilità del servizio sanitario verso la sua vocazione universalistica.

Le nuove strategie non possono non includere gli aiuti ai Paesi più poveri e per fare questo, c'è biso-

gno di unire le forze, in tutti i settori e collaborare per migliorare la salute dei cittadini di tutto il mondo, per raggiungere l'obiettivo del SDG3 "no one left behind".

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. BELETTINI, *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 partecipazione 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 spostando 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*

ospedaliere 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 difforme 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'"ospedalocentrismo", 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 Casa 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 *Case 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 condizionale 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](#).

Finito di stampare nel mese di agosto 2022
dalla *Grafica elettronica* – Napoli

Il Centro Studi CeSDirSan nasce nel 2020, su iniziativa della Professoressa Maria Alessandra Sandulli (che lo dirige), dall'impegno di alcuni esponenti del mondo accademico italiano, dediti alla ricerca scientifica nel campo del diritto sanitario.

La sua ambizione è quella di convogliare in un polo interdisciplinare le esperienze e le professionalità dei propri membri al fine di promuovere studi e ricerche afferenti al settore della sanità.

Il centro opera attraverso un apposito Comitato di ricerca, sotto la guida di un Comitato di Direzione (composto dai professori Beniamino Caravita di Toritto, Marcella Gola, Rosario Ferrara, Vittorio Manes, Andrea Nicolussi e Alessandra Pioggia) e di un Comitato Scientifico, di cui fanno parte autorevoli giuristi provenienti dai diversi rami del diritto (amministrativo, pubblico, civile e penale) e alte professionalità del settore (medici e altri operatori sanitari, ingegneri bio-medici, economisti, tecnici).

Grazie alla presenza di vari componenti stranieri, il Centro Studi assume un respiro internazionale, disponendo così degli strumenti per affrontare le tematiche connesse al settore della sanità a tutto tondo.

Il Centro Studi svolge attività di divulgazione scientifica specialistica interdisciplinare; a tal fine, a) organizza convegni, seminari e conferenze con l'intento di stimolare il dibattito sui temi del diritto sanitario e favorire lo scambio di idee e informazioni; b) promuove e conduce, anche per incarico da parte di terzi, studi e ricerche interdisciplinari sui profili giuridici e tecnici relativi alla salute e alla sua tutela; c) promuove attività editoriali e di pubblicazione, idonee a diffondere i risultati della propria attività.

Il Centro vuole inoltre creare occasioni di confronto con i referenti politici, le massime autorità istituzionali e i più accreditati esperti del settore per discutere insieme delle sfide che deve fronteggiare il settore sanitario (da ultimo quella epidemiologica) e proporre costruttivamente possibili soluzioni.

euro 7,00

