

08.2020

Brief

Oltre l'Agenda 2030: la risposta del sistema sanitario italiano al COVID-19

Mia Alibegovic, Laura Cavalli, Giulia Lizzi, Ilenia Gaia Romani

Fondazione Eni Enrico Mattei

Sandro Sanna

Regione Autonoma della Sardegna, Centro Regionale di Programmazione¹

Sergio Vergalli (Eds.)

Fondazione Eni Enrico Mattei, Università degli Studi di Brescia

Abstract

FEEM Policy Brief

Il presente Policy Brief intende esaminare il *framework* del sistema sanitario alla luce della crisi COVID-19, per analizzare nello specifico quelle che sono le cause che sottostanno alle enormi difficoltà ed i limiti che l'Italia e l'Unione Europea stanno riscontrando nella battaglia contro la pandemia.

Una breve analisi quantitativo-descrittiva delinea in che modo lo Stato italiano e l'Unione Europea intervengono nell'area della sanità. Ne emerge che l'Italia è un Paese ben preparato per fare fronte a pericoli del genere, non solo per quanto riguarda i finanziamenti e le *performance* della sanità, ma anche perché inserito in una più ampia ottica internazionale, dotata di strumenti e *framework* validi – uno tra tanti l'Agenda 2030. Dunque, considerando che i finanziamenti e le *policies* in questione, seppur virtuose, non si sono rivelate pronte per affrontare lo *shock* sanitario imposto dalla pandemia, ora più che mai diventa necessario rivedere i parametri riferiti alla sanità e al benessere utilizzati nel panorama nazionale ed internazionale, quali, ad esempio, l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile.

¹ La collaborazione tra Fondazione Eni Enrico Mattei e Regione Autonoma della Sardegna nasce nell'ambito del progetto di ricerca "UN 2030 Agenda SDGs Assessment. SDGs e Politiche di Coesione UE: Applicazione per la Regione Sardegna".

01

Introduzione

La crisi sistemica causata da COVID-19 rende inevitabile ed urgente una riflessione ragionata sui sistemi di finanziamento e valutazione delle *performance* in campo sanitario in essere prima dell'emergenza.

Considerando che l'ultima grave crisi sanitaria affrontata dall'Italia (e dal continente europeo in generale) risale all'epidemia di spagnola del 1918, il Sistema Sanitario Nazionale sta combattendo una battaglia senza precedenti, anche e soprattutto visto il numero di deceduti e contagiati. È evidente come questa crisi abbia rivelato bruscamente i limiti del sistema sanitario italiano, ma il fatto che il Paese sembra essere stato colto alla sprovvista dalla pandemia significa che effettivamente non aveva gli strumenti per affrontarla al meglio?

Diventa dunque necessario un *assessment* sullo stato della sanità italiana, prima di giudicare la preparazione della stessa ad affrontare crisi pandemiche quali COVID-19.

Un aspetto fondamentale per approcciarsi alla questione è sicuramente quello dei finanziamenti alla sanità, sia da parte dell'Italia sia da parte dell'Unione Europea. Una riflessione a riguardo diventa ancora più importante alla luce delle misure di sostegno che le varie istituzioni, quali il Parlamento Europeo e il Consiglio dell'Unione Europea, ma anche lo Stato italiano con il decreto

“Cura Italia” e il decreto “Rilancio”, stanno mobilitando per affrontare l'emergenza. Tuttavia, poiché l'efficacia di un potenziale strumento politico ed economico non è solo proporzionale all'ammontare della spesa ma piuttosto alla qualità della stessa, è importante andare oltre l'ottica puramente finanziaria e soffermarsi su *framework* e strumenti di valutazione internazionale, quali l'Agenda 2030.

Quest'ultima, con i suoi 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, diventa strumento prediletto per questo tipo di analisi grazie alla sua natura integrata ed interconnessa, condivisa universalmente. Tuttavia, come dimostrato dalla pubblicazione “COVID-19 & SDGs: La pandemia impatta i target dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile? Una riflessione qualitativa” (FEEM, 2020), l'Agenda 2030 non sempre riesce a fornire una comprensione onnicomprensiva e sistemica dello *shock* che la pandemia sta generando, e pertanto si rende necessaria una riflessione critica che contempli una sua rilettura.

D'altro canto, analizzando il Goal 3, “Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età”, i suoi target ed i suoi indicatori, emergono fortemente le potenzialità dell'Agenda come strumento di prevenzione, gestione della crisi e risposta *post emergenza* COVID-19. Sono dunque necessari, ancora una volta, sforzi multi-attore e multilivello, e un sistema

di connessione tra ricerca, settore pubblico e privato che risulti *win-win* per utilizzare al meglio finanziamenti, strumenti e *framework*

a disposizione del Paese e affrontare la pandemia in corso in modo sostenibile.

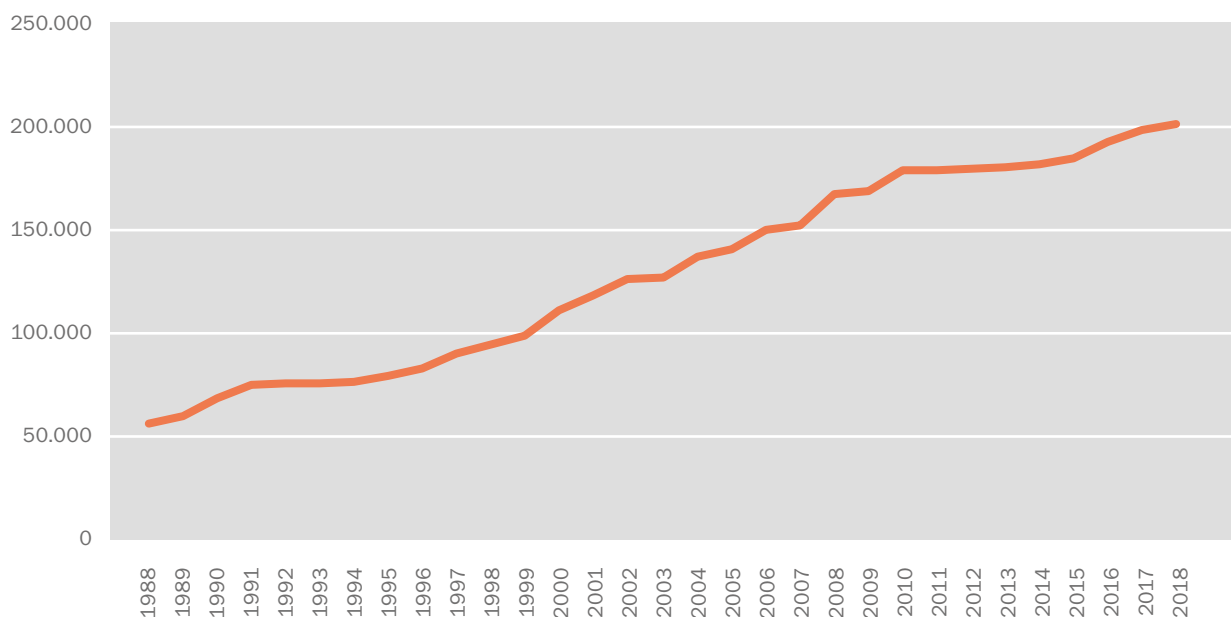
02 Italia: finanziamenti e performance della sanità del Paese

Le responsabilità principali in materia di salute pubblica sono proprie dei singoli Stati; pertanto, per arrivare ad una fotografia della sanità in Italia è fondamentale guardare allo Stato come ente gestore ed erogatore del servizio sanitario.

Primo fattore da considerare per analizzare i finanziamenti alla sanità italiana è rappresentato dal *trend* della sua spesa, qui calcolato a prezzi

e Parità di Potere d'Acquisto (PPP) correnti. Dal grafico sottostante (Figura 1), emerge che l'ammontare della spesa sanitaria del Paese è stata storicamente in crescita, con un rallentamento dopo la crisi finanziaria del 2009, ma mai comunque in calo. Nel 2018 l'Italia ha destinato alla sanità 207.327 milioni di dollari, collocandosi di poco sopra la media dei paesi OECD, di 193.680 milioni di dollari.

Figura 1 Spesa sanitaria a prezzi correnti, PPP corrente (milioni di dollari US)

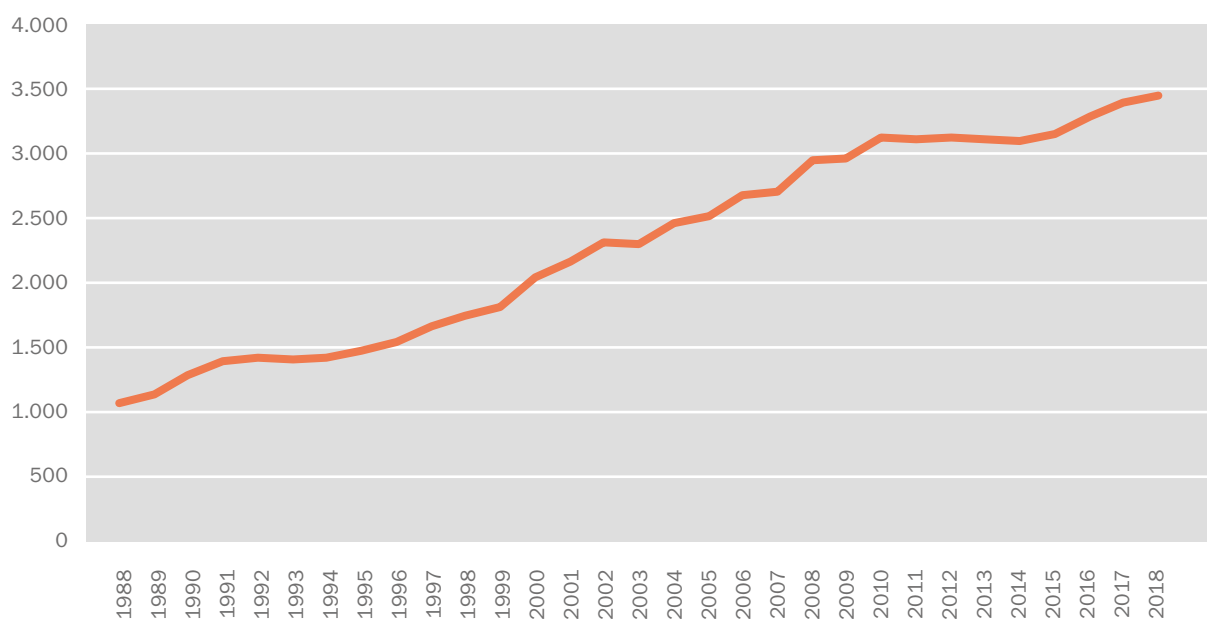


(Fonte: elaborazione su dati OECD)

Per monitorare il gravare della spesa sanitaria sulla popolazione italiana, un altro indicatore da considerare è la spesa sanitaria pro capite. Nel 2018 quest'ultima, pari a 3.427,81\$ in Italia, appare inferiore rispetto alla media OECD, pari a 3.994\$. Come emerge dal grafico sottostante

(Figura 2), se dal 2009 la spesa sanitaria pro capite ha subito un leggero calo, dal 2014 ha ripreso a crescere, seguendo il *trend* della spesa sanitaria in termini assoluti descritto dal grafico precedente.

Figura 2 Spesa sanitaria pro capite, prezzi correnti, PPP corrente (dollari US)

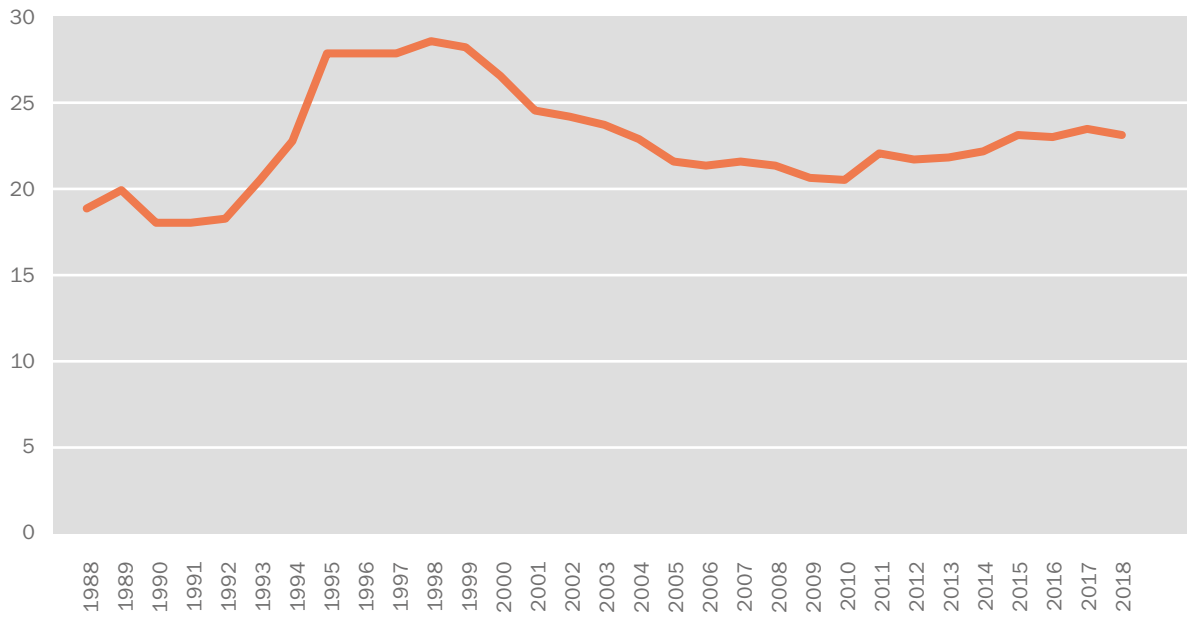


(Fonte: elaborazione su dati OECD)

I finanziamenti della sanità italiana sono caratterizzati da una forte presenza del settore pubblico; pertanto, laddove si verifici una contrazione del suo finanziamento, viene inevitabilmente a crearsi un residuo di spesa che grava sui singoli cittadini, o in forma di assicurazioni volontarie o in forma di spesa *out of pocket*. Quest'ultima rappresenta la

spesa sostenuta dal paziente al momento dell'acquisto di prestazioni sanitarie non coperte dal Sistema Sanitario Nazionale. Come mostra il grafico sottostante (Figura 3), a causa della crisi economica l'ammontare dei pagamenti sanitari a carico dei pazienti è passata dal 20,6% nel 2009 al 23,1% nel 2018.

Figura 3 Out of pocket expenditure come percentuale delle spese sanitarie (%)

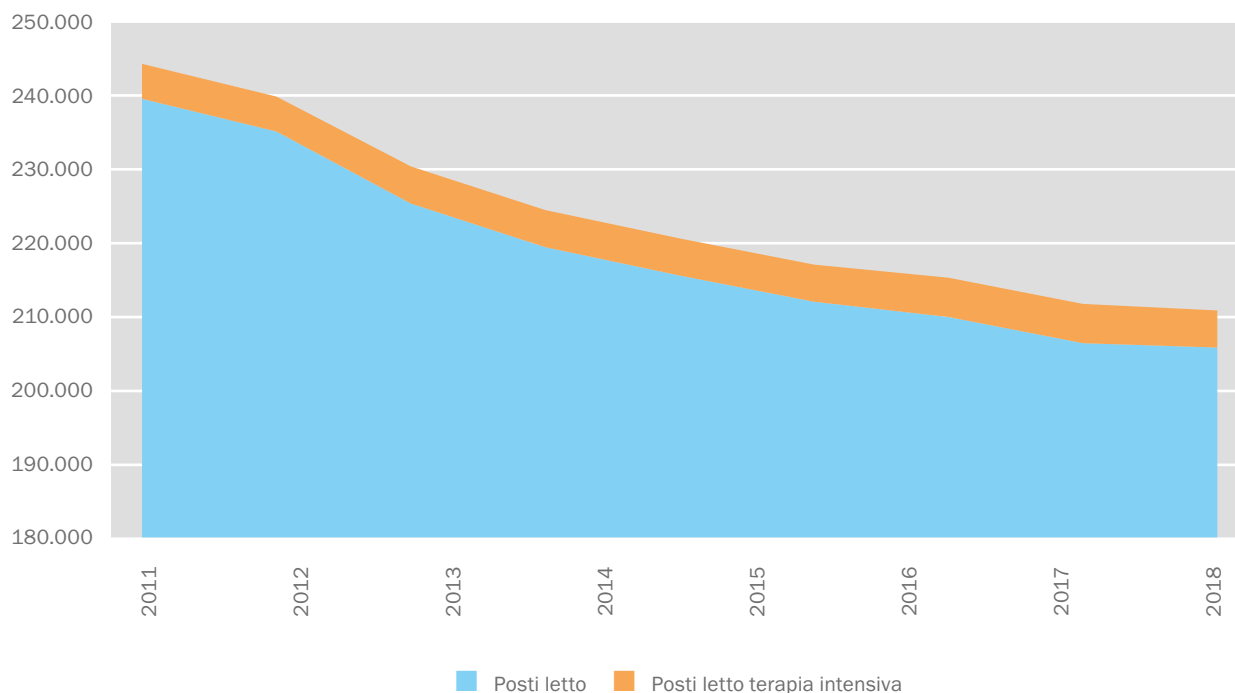


(Fonte: elaborazione su dati OECD)

Infine, un indicatore che ha acquisito particolare rilevanza con l'emergenza sanitaria COVID-19 riguarda il numero di posti letto totali e di quelli in terapia intensiva delle strutture ospedaliere pubbliche. Dal grafico (Figura 4) emergono due spunti interessanti: quello italiano è decisamente un *trend* di decrescita, ma l'andamento dei posti letto in

terapia intensiva rimane pressoché invariato nel tempo. È importante sottolineare che la decrescita del suddetto *trend* caratterizza quasi tutti i paesi OECD; tuttavia, considerando il numero di posti letto ogni 1.000 abitanti, l'Italia si colloca sotto alla media OECD (4,6) con un 3,18 posti letto ogni 1.000 abitanti.

Figura 4 Andamento dei posti letto in terapia intensiva e del totale dei posti letto

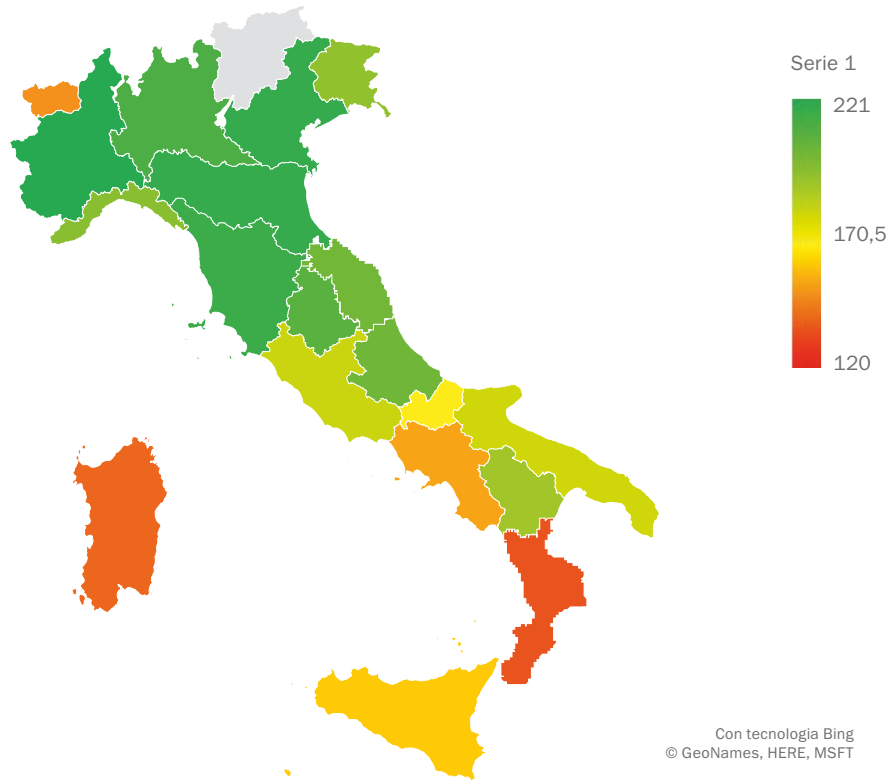


(Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute)

Al fine di proseguire con un *assessment* sulla sanità italiana, diventa necessario intraprendere un'analisi del panorama non solo nazionale, ma anche locale: questo perché il Sistema Sanitario Nazionale è decentrato e organizzato su base regionale. Nel dettaglio, le entrate vengono raccolte ed allocate all'assistenza sanitaria a livello centralizzato, così come i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che definiscono le prestazioni sanitarie che le regioni devono garantire ed erogare. Sono poi queste ultime a programmare la sanità e gestire autonomamente le unità sanitarie locali e gli ospedali pubblici e privati nell'erogazione dei servizi sanitari. Successivamente, le regioni vengono "valutate" dal governo centrale tramite la Griglia LEA, che definisce quelle più o meno inadempienti, tramite il monitoraggio

e la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale (Figura 5). L'edizione del 2017 è composta da 34 indicatori suddivisi in prevenzione ed assistenza collettiva (ad esempio la copertura vaccinale), assistenza distrettuale (ad esempio indicatori ospedalieri indiretti che valutano l'inefficacia dei servizi di prevenzione e specialistici dedicati alla cura di alcune patologie) e assistenza ospedaliera (ad esempio indicatori di domanda ospedaliera e di appropriatezza dei ricoveri in *day hospital*). La griglia "consente di individuare per le singole realtà regionali sia quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia di evidenziare i punti di forza dell'assistenza sanitaria erogata" (Ministero della Salute, 2019).

Figura 5 Valutazioni e punteggi delle Regioni italiane in base alla Griglia LEA 2017

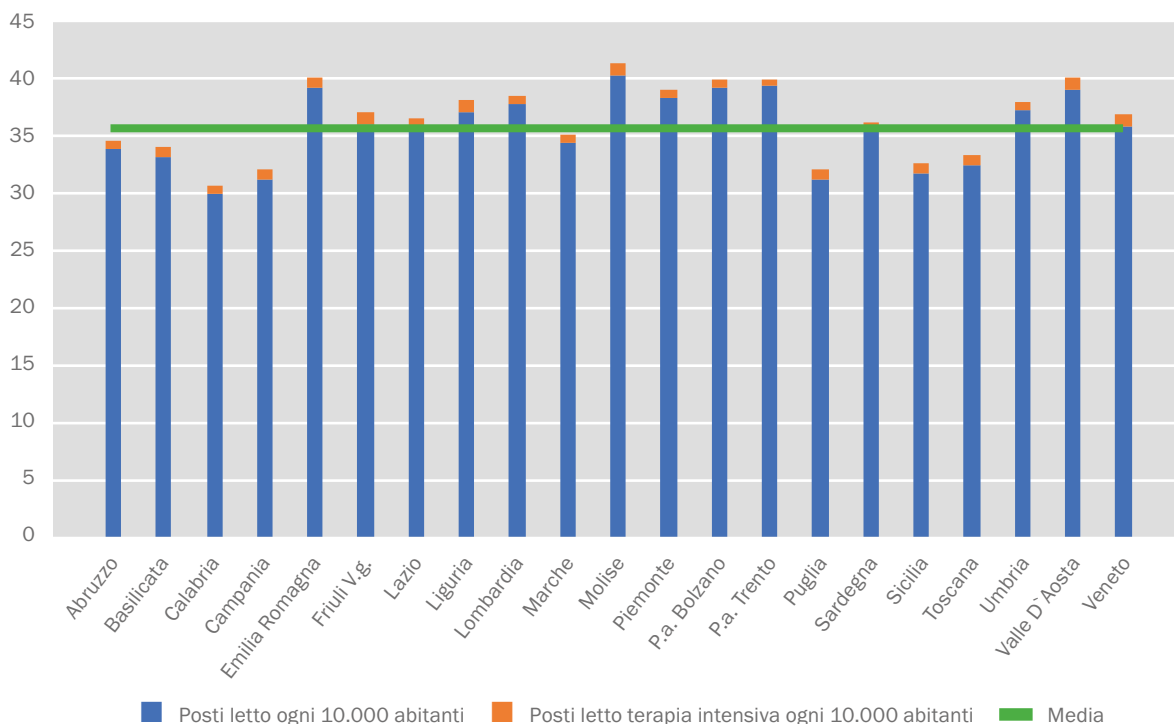


(Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute)

Considerate le caratteristiche dell'emergenza sanitaria che sta vivendo il nostro Paese, è necessario completare i punteggi della griglia LEA con *benchmark* che siano più specifici per la pandemia COVID-19. Un indicatore di fondamentale importanza è, ancora, il numero di posti letto e nello specifico quelli in terapia intensiva (Figura 6). Contrariamente a quanto

le ricorrenti dinamiche di divario nord-sud porterebbero a pensare, le regioni presentano *performance* piuttosto omogenee: il Molise è l'unica regione che supera i 40 posti letto ogni 10.000 persone, mentre la Calabria è l'unica che scende al di sotto dei 30 posti letto ogni 10.000 persone.

Figura 6 Posti letto e terapia intensiva per regione italiana (2018)



(Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute)

03 Il ruolo dell'Europa nei finanziamenti destinati alla sanità pubblica degli Stati membri

La precedente analisi della sanità pubblica italiana ha descritto il ruolo dello Stato in questo ambito. È noto che, sebbene le responsabilità principali in materia di salute pubblica siano proprie dei singoli Stati, anche l'Unione Europea si impegna a garantire che la salute umana venga tutelata in tutte le politiche degli Stati membri. Il settore sanitario e la politica di sanità pubblica sono una questione molto importante in tutta l'Unione Europea: le persone occupate in settori legati alla salute

rappresentano infatti il 15% della forza lavoro europea e la spesa sanitaria rappresenta quasi il 10% del PIL in Europa (European Commission, 2020). In particolare, la Commissione Europea dà sostegno finanziario al settore sanitario tramite diversi strumenti di finanziamento, tra cui:

- Il Programma per la salute;
- La Politica di coesione dell'UE;
- Il programma di ricerca Orizzonte 2020, che sostiene progetti in settori quali le

- biotecnologie e le tecnologie mediche;
- Il Fondo europeo per gli investimenti strategici, dove gli investimenti nelle soluzioni innovative in campo sanitario e dei nuovi farmaci ed infrastrutture sociali vengono considerati una priorità.

Primo tra tutti compare il Programma per la salute, che si colloca all'interno della più ampia "Strategia Europa 2020" che punta a rendere l'Unione Europea un'economia intelligente, sostenibile e inclusiva, capace di promuovere la crescita per tutti e che vede la buona salute quale punto fondamentale per raggiungere tutti gli altri obiettivi. Il Programma (Regolamento UE n. 282/2014), gestito attraverso la CHAFEA (Agenzia esecutiva per i consumatori, la salute, l'agricoltura e la sicurezza alimentare), integra e sostiene le politiche sanitarie degli Stati e promuove la cooperazione tra essi. Questo, per il periodo 2014-2020, dispone di un budget di circa 450 milioni di euro erogato attraverso sovvenzioni e gare d'appalto.

Un altro importante strumento di finanziamento per la sanità è rappresentato dalle Politiche di coesione, il cui obiettivo è ridurre le disparità economiche e sociali tra le regioni d'Europa attraverso i fondi strutturali e di investimento europei (SIE), riconoscendo quindi l'importanza del settore sanitario per la competitività e lo sviluppo regionale. Il documento di lavoro SWD(2013)43 dei servizi della Commissione europea "Investing in Health" che accompagnava la Comunicazione COM(2013) 83 final "Investire nel settore sociale a favore della crescita e della coesione, in particolare attuando il Fondo sociale europeo nel periodo 2014-2020", riconosce infatti nella

salute pubblica valore in sé stesso oltre che un prerequisito per la prosperità economica: la salute delle persone influenza i risultati economici in termini di produttività, offerta di lavoro, capitale umano e spesa pubblica. In quanto tali, le spese sanitarie sono riconosciute dalla Commissione Europea come spese favorevoli alla crescita.

Conseguentemente, gli investimenti in sanità possono pertanto essere sostenuti in ben sette degli undici obiettivi tematici (Thematic Objectives, TOs) della programmazione 2014-2020 e cinque TOs (2, 3, 8, 9 e 11) includono esplicitamente gli interventi sanitari come priorità chiave per il Fondo sociale europeo (FSE) e il Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR).

In particolare, la sanità può quindi ricevere sostegno sia dal FESR, che finanzia infrastrutture e attrezzature sanitarie, l'*e-health*, la ricerca e il sostegno alle piccole e medie imprese, che dal FSE, che finanzia attività in campo sanitario legate all'invecchiamento attivo e in buona salute, alla promozione della salute, alla lotta contro le disuguaglianze nell'ambito della sanità, al sostegno alla salute dei lavoratori e al rafforzamento delle capacità delle pubbliche amministrazioni.

Il Rapporto "Mapping of the use of European structural and investment funds in health in the 2007-2013 and 2014-2020 programming periods" (ESIF, 2016) si riproponeva di tracciare gli investimenti fatti in sanità a livello comunitario per i Programmi 2007-2013 e 2014-2020, dividendo gli investimenti in base ai campi di intervento vigenti (Regolamento di

esecuzione (UE) n. 215/2014) e concludeva che, tenendo conto che una precisa quantificazione di questi non è possibile, sono stati complessivamente stanziati oltre 4,94 miliardi di € attraverso il FESR e 4,24 miliardi di euro attraverso il FSE.

Nella Tabella 1 “Fondi SIE destinati alla sanità

su Fondi totali SIE (periodo 2014-2020)” troviamo, per ogni Stato membro per il periodo 2014-2020, i fondi SIE che vengono destinati alla sanità, i fondi SIE totali, e la percentuale dei fondi SIE destinata alla sanità sul totale dei fondi SIE. Come si può notare, gli Stati EU28 destinavano mediamente il 2,68% del totale dei Fondi SIE alla sanità.

Tabella 1 Fondi SIE destinati alla sanità su Fondi totali SIE (periodo 2014-2020)

Stato membro	Totale Fondi SIE destinati alla sanità	Totale complessivo Fondi SIE	Totale Fondi SIE destinati alla sanità su Totale complessivo Fondi SIE (%)
Olanda	101.000.000€	1.400.000.000€	7,21%
Lettonia	292.256.171€	4.510.000.000 €	6,48%
Lituania	298.806.878€	6.820.000.000€	4,38%
Croazia	368.486.057€	8.600.000.000€	4,28%
Estonia	140.841.755€	3.590.000.000€	3,92%
Polonia	2.954.191.006€	77.600.000.000€	3,81%
Malta	27.499.328€	729.000.000€	3,77%
Romania	806.248.936€	23.000.000.000€	3,51%
Slovacchia	490.485.588€	14.000.000.000€	3,50%
Portogallo	670.558.559€	21.600.000.000€	3,10%
Bulgaria	216.471.967€	7.600.000.000€	2,85%
Grecia	367.456.447€	15.350.000.000€	2,39%
Repubblica Ceca	510.235.542€	22.000.000.000€	2,32%
Ungheria	482.726.813€	21.900.000.000€	2,20%
Italia	664.911.778€	32.200.000.000€	2,06%
Slovenia	59.527.948€	3.070.000.000€	1,94%
Austria	23.700.000€	1.235.000.000€	1,92%
Spagna	500.659.842€	28.600.000.000€	1,75%
Francia	167.495.888€	15.900.000.000€	1,05%
Svezia	6.847.340€	2.100.000.000€	0,33%
Germania	35.049.399€	19.200.000.000€	0,18%
Belgio	-€	2.280.000.000€	0,00%
Cipro	-€	735.600.000€	0,00%
Danimarca	-€	553.000.000€	0,00%
Finlandia	-€	1.470.000.000€	0,00%
Irlanda	-€	1.190.000.000€	0,00%
Lussemburgo	-€	59.700.000€	0,00%
Regno Unito	-€	11.800.000.000€	0,00%
Media EU28	328.052.044€	12.467.582.143€	2,63%
Totale EU28	9.185.457.242€	349.092.300.000€	2,63%

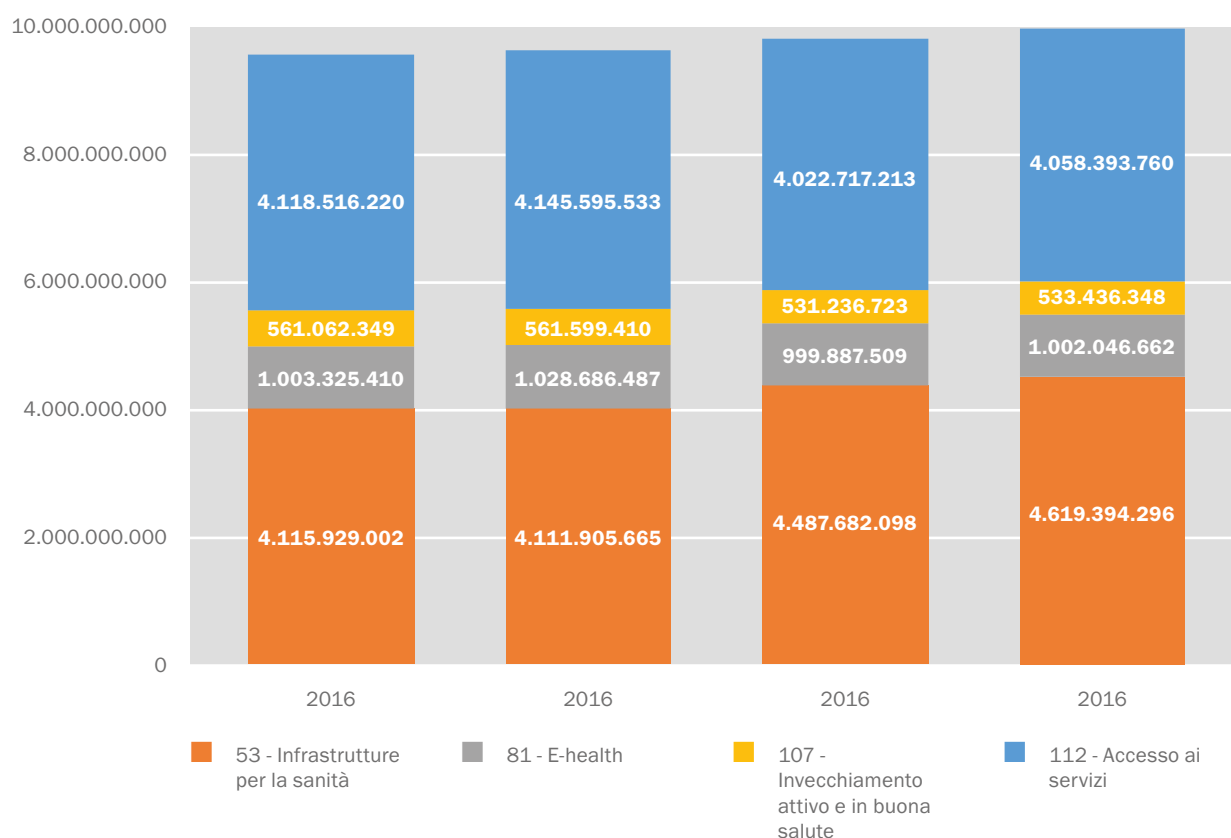
(Fonte: rielaborazione su dati ESIF (2016))

Non tutti i Paesi hanno previsto investimenti a sostegno della sanità e solo un numero limitato di Stati membri ha assegnato una quota significativa alle categorie sanitarie: la Polonia ne è l'esempio più chiaro, essendo al vertice in tutte le categorie. In generale, gli investimenti nel FESR in materia di salute tendono a concentrarsi nei paesi e nelle regioni meno sviluppati. La giustificazione di tale fenomeno risiede verosimilmente nel fatto che i Paesi più ricchi dispongono di bilanci nazionali più significativi e, in ogni caso, di finanziamenti UE pro capite inferiori, che hanno la priorità in settori come la ricerca e la competitività delle PMI.

L'Italia si trovava al di sotto della media EU28, con il 2,06% di Fondi SIE destinati alla sanità (Tabella 1) così suddivisi (ESIF, 2016): 208.686.057 € per le infrastrutture sanitarie (FESR); 49.302.282€ per l'e-health (FESR); 6.920.159€ per misure volte all'invecchiamento attivo ed in buona salute (FSE); 400.003.280 € per migliorare l'accesso ai servizi (FSE).

Le diverse allocazioni degli importi UE previsti per il FESR e FSE dal 2016 al 2019, possono essere visti nel grafico sottostante (Figura 7).

Figura 7: Allocazioni FESR e FSE (periodo 2014-2020)



(Fonte: rielaborazione su dati "2014 2020 ERDF ESF Health Timeseries" <https://cohesiondata.ec.europa.eu/d/48zj-4wmc>)

Per misurare gli effetti degli investimenti dei fondi SIE è stato definito un indicatore comune per il periodo 2014-2020: l'indicatore C036 è definito come: "Popolazione di una determinata area che dovrebbe beneficiare dei servizi sanitari supportati dal progetto. Comprende edifici nuovi o migliorati o nuove attrezzature per vari tipi di servizio sanitario (prevenzione, cure ambulatoriali o ospedaliere, assistenza post-terapia)."

Questo indicatore è stato quindi progettato per tracciare in modo aggregato la popolazione che beneficia dei miglioramenti dei servizi sanitari finanziati dall'UE. Tuttavia, confrontando gli obiettivi comuni dell'indicatore e i progressi nell'ambito degli investimenti previsti, sembra che non tutti i programmi che investono in sanità riferiscano sull'indicatore comune. In

effetti l'indicatore comune non cattura tutte le azioni ammissibili, che hanno molti altri risultati catturati da indicatori specifici del programma, che non possono essere aggregati. Alla data odierna non è possibile pertanto valutare se le riprogrammazioni in corso comporteranno modifiche significative di tale indicatore.

Alla luce dell'emergenza sanitaria, si pone quindi come l'architettura delle politiche di coesione potrebbe essere rinnovata per il prossimo periodo di programmazione 2021-2027 e meglio orientata verso il perseguimento degli obiettivi primari di salute pubblica, *conditio sine qua non* per la crescita e l'occupazione, in sintonia con gli obiettivi globali di sviluppo sostenibile sanciti dall'Agenda 2030.

04 L'Agenda 2030 e COVID-19: limiti e potenzialità

Con la crisi COVID-19 diventa evidente che la prevenzione rispetto a *shock* imprevisti in ambito sanitario, analizzata nel dettaglio nelle prime due sezioni del *Policy*, era funzionante solo perché non aveva mai dovuto attivarsi. La pandemia, invece, ne ha provato chiaramente i limiti. Dunque, ora più che mai diventa necessario rivedere alcuni parametri riferiti alla sanità e al benessere utilizzati nel panorama nazionale ed internazionale, quali l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. È evidente che i punti di riferimento e *benchmark* usati ad

oggi non riescono a cogliere completamente le dinamiche sistemiche che stanno caratterizzando l'emergenza COVID-19 in corso.

Analizzando l'Agenda, malattie trasmissibili ed epidemiche sono prese in considerazione sia nel testo integrale, che nei singoli Goal. Tuttavia, essa è totalmente priva di una riflessione sulle pandemie e questa mancanza non deve essere trascurata.

Al punto 26 del testo integrale fornito dalla

Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale il 25 settembre 2015, si legge: "Velocizzeremo anche l'andamento dei progressi fatti nella lotta contro la malaria, l'HIV/AIDS, la tubercolosi, l'epatite, l'ebola e altre malattie trasmissibili ed epidemiche". Tra i singoli Goal, invece, quello più pertinente e con una connessione diretta all'emergenza COVID-19 è il Goal 3, "Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età". Tutti i target del Goal in questione si rivelano infatti fondamentali non solo per una risposta efficace alla pandemia in corso, ma anche per una prevenzione di successo ed una ricostruzione post-emergenziale. Il Goal 3 fa riferimento in modo esplicito alla riduzione del rischio globale di malattie trasmissibili ed epidemiche (Goal 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"), alla copertura sanitaria specificatamente contro le malattie infettive (Goal 3.8.1, "Copertura media di servizi essenziali basata su interventi che includono malattie infettive") ed infine al rafforzamento delle strategie di prevenzione per identificare rapidamente i segnali di allarme (Goal 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"). In particolare, guardando all'indicatore 3.d.1 si fa preciso riferimento alle capacità dei Regolamenti Sanitari Internazionali e alla preparazione alle emergenze sanitarie (Goal 3.d.1, "International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness"). Quest'ultimo viene definito come la percentuale di raggiungimento di 9 capacità fondamentali

in un determinato momento, insieme al monitoraggio di 4 rischi potenziali:

1. Legislazione nazionale, *policies* e finanziamenti;
2. Coordinamento e comunicazione dei punti focali nazionali;
3. Sorveglianza;
4. Risposta;
5. Preparazione;
6. Comunicazione del rischio;
7. Risorse umane;
8. Laboratori;
9. Punti di ingresso;
10. Rischio potenziale 1: eventi zoonotici;
11. Rischio potenziale 2: sicurezza alimentare;
12. Rischio potenziale 3: eventi chimici;
13. Rischio potenziale 4: emergenze radio nucleari.

Guardando le 13 capacità fondamentali in questione emerge chiaramente come esse siano di natura multidisciplinare e generalista, e si riferiscano sì ad ambiti sanitari, ma da diversi livelli e punti di vista – dalle strutture ed attrezzature sanitarie, alle istituzioni e politiche di un Paese. Ciò sottintende come, per affrontare un problema emergenziale quale COVID-19, sia necessario agire da una prospettiva ampia e omnicomprensiva, che risiede nella natura interconnessa degli Obiettivi dello Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030.

Questo si ritrova anche nel concetto delle *Six Transformations* (Sachs et al., 2019) che ancora una volta sottolineano quanto siano forti le relazioni tra i diversi Obiettivi. Infatti, come si evince dall'ampia *literature review* fatta in Cavalli et al. (2019), tenere in considerazione

tutte le interconnessioni è fondamentale per il raggiungimento di tutti i Goal. In diversi studi (ICSU, 2017; Tosun & Leininger, 2017) emerge chiaramente come il Goal 3 abbia molteplici interazioni con gli altri Goal (in particolare con i Goal 1, 2, 5, 6, 8, 11 e 13) ed i loro target. Altre pubblicazioni sottolineano altresì che il Goal 3 è uno dei più dipendenti da altri Goal (Kumar *et al.*, 2018; Zelinka & Amadei, 2019). Guardando, ad esempio, alla connessione diretta tra cambiamento climatico e l'emergere di nuove malattie infettive, Di Marco *et al.* (2020) esplicitano come il Goal 2, che mira ad un aumento della produttività agricola e della sicurezza globale, possa portare ad una intensificazione dei sistemi di coltivazione e produzione di bestiame (aumentando il rischio di manifestazione di nuove malattie infettive), e come il Goal 15, che punta alla preservazione degli ecosistemi terrestri del mondo, abbia implicazioni dirette per la mitigazione del rischio dell'emergere di nuove malattie infettive, dato il ruolo preminente che la perdita di habitat svolge nel guidare la trasmissione di agenti patogeni.

Pare dunque evidente che le azioni intraprese per raggiungere gli altri SDGs avranno un impatto diretto sul raggiungimento del Goal 3, e che non si può prescindere dal tenere in considerazione la natura profondamente interconnessa dell'Agenda per poter realizzare integralmente gli Obiettivi.

L'interconnessione tra Goal non è cruciale solamente per quanto riguarda le fasi di prevenzione e azione contro epidemie e pandemie, ma anche nella fase post-emergenziale di ricostruzione. Infatti, Djalante *et al.* (2020) danno alcune raccomandazioni su come la resilienza alle catastrofi possa contribuire a rispondere al meglio al COVID-19. Gli aspetti che propongono come fondamentali sono strettamente connessi con l'Agenda 2030: l'aspetto legale, dovuto ad un'urgente necessità di protocolli globali da accordare e firmare per far sì che risposte non coordinate adeguatamente non aggravino ulteriormente la crisi sanitaria ed economica (SDG17); quello sanitario e scientifico dove la cooperazione globale diventa fondamentale per imparare dalle esperienze altrui, sia sulla prevenzione che sul trattamento (SDG3, SDG9); ed infine quello dello stile di vita, dove l'igiene (SDG6) e un forte sistema immunitario sono la chiave per far fronte a qualsiasi virus, COVID-19 compreso, e dove il telelavoro e l'utilizzo dell'intelligenza artificiale, lo *smart working*, *gli online meeting*, devono essere promossi ove possibile (SDG9).

Conclusione

Il presente *Policy Brief* ha analizzato gli interventi e gli investimenti nel campo della sanità prima da parte dello Stato italiano e poi da parte dell'Unione Europea, per catturare lo stato del sistema sanitario in termini di finanziamenti e performance. Un'analisi di questo tipo è ritenuta fondamentale ai fini di comprendere a cosa sono dovute le visibili difficoltà che entrambi gli enti stanno affrontando durante la crisi COVID-19.

Ripensando ai principali risultati alla luce della crisi COVID-19, stupiscono le vulnerabilità che l'Italia, l'Unione Europea ed i Paesi OECD apparentemente ben preparati in termini sanitari stanno riscontrando nella battaglia contro la pandemia (Lafortune, 2020). Infatti, da una parte l'UE dimostra di stanziare una considerevole quantità di fondi in ambito sanitario, dotandosi al tempo stesso di piani di intervento che tengono esplicitamente conto di minacce sanitarie transfrontaliere (Decisione n. 1082/2013/UE); dall'altra, l'Italia sembrerebbe un paese ben equipaggiato per fare fronte a pericoli sanitari di grande portata, trovandosi tra i Paesi virtuosi in molti indicatori su tema salute (WHO, 2019).

Considerato che fino a questo febbraio il Paese (e l'Europa in generale) non aveva recentemente affrontato gravi crisi sanitarie (l'ultima fu l'epidemia di spagnola del 1918), si sarebbe potuto pensare che le strategie di prevenzione in atto fossero di successo. Il problema della prevenzione rispetto a *shock* imprevisi sta infatti nell'essenza della stessa: se la prevenzione funziona e porta dei risultati positivi, è verosimile non vedere alcun cambiamento. In altre parole, il successo della prevenzione sta proprio nel fatto di non vederne gli effetti.

Detto questo, le difficoltà riscontrate nella battaglia contro la pandemia fanno emergere altre riflessioni.

Innanzitutto, appaiono evidenti i limiti dei *framework* di pianificazione prima, monitoraggio e valutazione poi, utilizzati nel panorama nazionale, europeo ed internazionale e legati all'Agenda 2030. Pertanto, si rende necessario un lavoro di riflessione sull'Agenda, sia con specifico riferimento al Goal 3 (in quanto riferito direttamente a salute e benessere) sia in termini più ampi e sistemici.

Il presente lavoro ha evidenziato la mancanza di espliciti riferimenti al tema delle pandemie all'interno dell'Agenda ONU, ma anche l'assenza di indicatori relativi alla preparazione delle strutture sanitarie o alla gestione dei rischi dei sistemi nazionali, così come agli investimenti nella sanità pubblica. In altre parole, è emerso che gli indicatori ed il *framework* di valutazioni in campo sanitario (tra i quali l'Agenda 2030), fanno parte di una struttura più ampia che non era pronta

per una crisi sistemica e globale quale il COVID-19. Pertanto, è impellente il bisogno di rileggere l'Agenda 2030 come vero strumento di indirizzo, le cui potenzialità non sono ancora riuscite ad emergere nell'attuale contesto di crisi sanitaria, e che rischia di rimanere altrimenti anacronistico.

Inoltre, il core e la natura stessa dell'Agenda, caratterizzata da forti interconnessioni tra i Goal e da una prospettiva ampia ed omnicomprensiva, sono un *framework* a disposizione di tutti; nonostante ciò le istituzioni nazionali ed internazionali non sono finora riuscite ad affrontare la pandemia in corso utilizzando quanto l'Agenda 2030 incorpora.

Si ritengono dunque necessari, ancora una volta, sforzi multi-attore e multilivello, e un sistema di connessione tra ricerca, settore pubblico e privato che risulti *win-win* per (ri)mettersi insieme sul sentiero verso il raggiungimento di uno sviluppo sostenibile.

Riferimenti

Alibegovic, M., Cavalli, L., Lizzi, G., Romani, I. G., Vergalli, S., COVID-19 & SDGs: La pandemia impatta i target dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile? Una riflessione qualitativa, FEEM Policy Brief 06.2020, 2020

Cavalli L., Alibegovic M., & Vergalli S., Indicators and Targets of the Agenda 2030: do they all play on the same team?, Proceedings from the 2019 International Conference on Sustainable Development (ICSD), 2019. [https://ic-sd.org/wp-content/uploads/2019/11/Laura_cavalli.pdf]

Di Marco M., Baker M. L., Daszak P., De Barro P., Eskew E. A., Godde C. M., Harwood T. D., Herrero M., Hoskins A. J., Johnson E., Karesh W. B., Machalaba C., Navarro Garcia J., Pains D., Pirzi R., Stafford Smith M., Zambrana-Torrel C., & Ferrier S., Opinion: Sustainable development must account for pandemic risk, Proceedings of the National Academy of Sciences, Feb 2020. [<https://www.pnas.org/content/117/8/3888>]

Djalante R., Shaw R., & DeWit A., Building resilience against biological hazards and pandemics: COVID-19 and its implications for the Sendai Framework, 2020. [<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S259006172030017X>]

ESIF, Mapping of the use of European structural and investment funds in health in the 2007-2013 and 2014-2020 programming periods, 2016. [https://www.esifforhealth.eu/pdf/Mapping_Report_Final.pdf]

European Commission, Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM (2013) 83, 2013. [<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013DC0083&from=IT>]

European Commission, Investing in Health. Commission Staff Working Document SWD (2013) 43, 2013. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/swd_investing_in_health.pdf]

European Commission, In profile: cohesion policy improving health services in the regions, marzo 2020. [<https://cohesiondata.ec.europa.eu/stories/s/In-profile-cohesion-policy-improving-health-servic/qyuv-h9j2>]

European Commission, Regolamento di esecuzione (UE) n. 215/2014, 7 marzo 2014. [<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32014R0215>]

European Commission, State of Health in the EU Italia, Profilo della Sanità 2019, 2019. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_italy.pdf]

European Parliament and Council of the European Union, Decisione n. 1082/2013/UE, 22 ottobre 2013. [<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013D1082&from=EN>]

European Parliament and Council of the European Union, Regolamento (UE) n. 282/2014, 11 marzo 2014. [<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/it/TXT/?uri=CELEX%3A32014R0282>]

International Council for Science (ICSU), A guide to SDG interactions: from science to implementation, 2017. [<https://council.science/cms/2017/05/SDGs-Guide-to-Interactions.pdf>]

Kumar, P., Ahmed, F., Singh, R. K., & Sinha, P., Determination of hierarchical relationships among sustainable development goals using interpretive structural modeling, 2018. [<https://link.springer.com/article/10.1007/s10668-017-9981-1>]

Lafortune G., How much do we know about countries preparedness to respond to pandemics? Insights from two country-level indices, SDSN, 2020. [<https://www.unsdsn.org/how-much-do-we-know-about-countries-preparedness-to-respond-to-pandemics-insights-from-two-country-level-indices>]

Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI, Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA, Metodologia e Risultati dell'anno 2017, Febbraio 2019. [http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf]

Sachs J. D., Schmidt-Traub G., Mazzucato M., Messner D., Nakicenovic N., Rockström J., Six Transformations to achieve the Sustainable Development Goals, *Nature Sustainability*, 2019. [<https://doi.org/10.1038/s41893-019-0352-9>]

Tosun, J., & Leininger, J., Governing the interlinkages between the sustainable development goals: Approaches to attain policy integration, 2017. [<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/gch2.201700036>]

Ufficio Parlamentare di Bilancio, Lo stato della sanità in Italia, focus tematico N.6, 2 Dicembre 2019. [http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/12/Focus_6_2019-sanità.pdf#page=10]

United Nations (UN), Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, 2015. [<https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf>]

World Health Organization (WHO), IHR Core Capacity Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties, April 2013. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84933/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng].



Fondata nel 1989, la **Fondazione Eni Enrico Mattei (FEEM)** è un centro di ricerca internazionale, no profit, orientato alla policy e un think tank che produce ricerca di alta qualità, innovativa, interdisciplinare e scientificamente rigorosa nell'ambito dello sviluppo sostenibile. La Fondazione contribuisce alla qualità del processo decisionale nelle sfere del pubblico e del privato attraverso studi analitici, consulenza alla policy, divulgazione scientifica e formazione di alto livello.

Grazie al suo network internazionale, FEEM integra le sue attività di ricerca e di disseminazione con quelle delle migliori istituzioni accademiche e think tank del mondo.

Fondazione Eni Enrico Mattei

Corso Magenta 63, Milano – Italia

Tel. +39 02.520.36934

Fax. +39.02.520.36946

E-mail: letter@feem.it

www.feem.it

