

# LEVE PER L'EQUITÀ

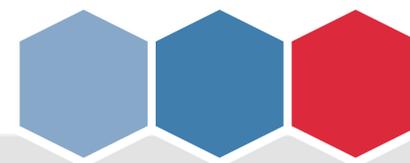
---

## REPORT

---

A cura di: **Paolo del Bufalo, Tonino Aceti, Sabrina Nardi, Maria Pia Ruggieri**

**SALUT**≡**QUITÀ**<sup>®</sup>



## **PREMESSA**

**Partendo dalle condizioni finanziarie, politiche, istituzionali e sociali che caratterizzano l'attuale contesto del nostro Servizio Sanitario Nazionale, Salutequità intende proporre **Dieci leve per incrementare il livello di equità di accesso alle cure** delle comunità in tutto il Paese.**

**PRIMA LEVA PER L'EQUITÀ**

 **MAGGIORE EQUITÀ  
NEL RIPARTO DELLE RISORSE  
TRA LE REGIONI  
PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

## BACKGROUND

- Il DDLB 2024 (Bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026) fissa il finanziamento del SSN a 134 MLD nel 2024, 135,4 MLD nel 2025 e 135,7 MLD nel 2026.
- L'analisi del provvedimento da parte dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio segnala come "per il 2024 non si può escludere che l'insieme delle misure implichi una **maggiore spesa superiore all'incremento del finanziamento**".
- Nel 2021 il finanziamento effettivo pro-capite medio è stato pari a **Euro 2.072,8**. Agli estremi l'Emilia-Romagna con Euro 2.227,6 e la Regione Calabria con Euro 1.925,7 (Fonte: 18° Rapporto Sanità, Crea Sanità).

## BACKGROUND

- Il Decreto 30 dicembre 2022 “Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard” introduce nuovi criteri di riparto: 98,5% in base alla popolazione residente e alla frequenza dei consumi sanitari per età, mentre lo 0,75% in base al tasso di mortalità della popolazione e solo lo 0,75% in base all’incidenza della povertà relativa individuale, livello di bassa scolarizzazione, tasso di disoccupazione della popolazione.
- Gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2023, per i quali sono destinati circa 1,5 MLD di Euro, sono stati definiti e approvati solo nel mese di novembre 2023.

## AZIONI

- ✔ Incrementare la percentuale di risorse da distribuire in base al tasso di **mortalità della popolazione**, attualmente pari allo 0,75% del fabbisogno sanitario nazionale standard.
- ✔ Incrementare la percentuale di risorse da distribuire in base all'**incidenza della povertà relativa individuale**, al **livello di bassa scolarizzazione** e al **tasso di disoccupazione della popolazione**. Attualmente questi indicatori pesano solo per lo 0,75% del fabbisogno sanitario nazionale standard.
- ✔ **Aumentare la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva da parte del livello centrale degli adempimenti LEA da parte delle Regioni** (anch'essi da rafforzare e aggiornare), all'interno dei quali rientra anche il sottoinsieme di indicatori "core" previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (art. 3, comma 6, del DM 12 marzo 2019) per la valutazione del mantenimento dell'erogazione dei LEA.
- ✔ Incrementare le **risorse destinate alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale** (effettivamente agganciati a una strategia programmatoria nazionale aggiornata), **riformando contestualmente la loro metodologia di definizione, verifica e di erogazione dei relativi fondi**.

## ❖ SECONDA LEVA PER L'EQUITÀ

 **RILANCIO DELLA PROGRAMMAZIONE  
SANITARIA NAZIONALE,  
INTEGRATA CON IL SOCIALE,  
CONDIVISA CON LE REGIONI  
E A GARANZIA DELL'UNITARIETÀ DEL  
SISTEMA, IN GRADO DI RIDEFINIRE  
VISION, MISSION E PIANIFICAZIONE  
STRATEGICA DEL SSN**

## BACKGROUND

- L'adozione del Piano Sanitario Nazionale (PSN) è prevista dalla Legge 833/1978, dal D.lgs 502/1992 e dal D.lgs 229/99.
- Il PSN dovrebbe essere aggiornato di norma ogni tre anni. Invece l'ultimo **PSN risale al periodo 2006-2008**. Nonostante da circa quindici anni non lo si aggiorni, le Regioni continuano a adottare propri Piani Regionali socio-sanitari e si continua **ogni anno a destinare ingenti risorse agli "Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale"**. Il PSN è stato sostituito nei fatti dal Patto per la Salute, l'ultimo approvato prima della pandemia e relativo al periodo 2019-2021.

## AZIONI

- ✔ Aggiornare il **Piano Sanitario Nazionale** e riformare contestualmente la metodologia di definizione e verifica degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, nonché di erogazione dei relativi fondi.
- ✔ Aggiornare il Patto per la Salute.
- ✔ Istituire presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri un **Dipartimento per l'integrazione sociosanitaria** degli interventi a favore della persona.

**❖ TERZA LEVA PER L'EQUITÀ**



**RAFFORZAMENTO  
DEL "CONTROLLO DI GESTIONE"  
DELLE POLITICHE SANITARIE  
PER LA LORO TEMPESTIVA E CORRETTA  
"MESSA A TERRA" IN TUTTE LE REGIONI**

## BACKGROUND

- Stato e Regioni nel corso degli anni hanno approvato molteplici provvedimenti di programmazione sanitaria in specifici ambiti.
- In diverse occasioni dopo l'approvazione a livello nazionale si sono riscontrati **ritardi nell'implementazione regionale e locale**.
- Un esempio paradigmatico è rappresentato dal **Piano nazionale della Cronicità approvato nel 2016** con Accordo Stato-Regioni: la Regione Sardegna lo ha recepito formalmente dopo cinque anni.
- Altro esempio è l'**attuazione della L. 38/10**. Nel 2021, non risultava istituita la rete per le cure palliative pediatriche in otto Regioni (Abruzzo, Calabria, Lazio, Marche, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta). Non vi è alcun dato istituzionale sullo stato di implementazione della **rete di terapia del dolore**.

## AZIONI

- ✔ Rendere **più incisivo il monitoraggio formale e sostanziale** del livello centrale rispetto all'attuazione da parte di Regioni e ASL degli **atti di programmazione/pianificazione approvati a livello nazionale**.
- ✔ Revisionare **il sistema degli adempimenti LEA**.
- ✔ Valorizzare e coordinare al meglio **le competenze e le attività degli Enti vigilati dal Ministero della Salute** (Agenas, ISS, AIFA), evitando sovrapposizioni.
- ✔ Rendere **trasparente il livello di convergenza** delle attività e dei provvedimenti delle Regioni verso gli impegni contenuti in atti nazionali.
- ✔ Garantire il **coinvolgimento degli stakeholders nella fase di definizione, implementazione, monitoraggio** delle politiche sanitarie, così come nell'organizzazione dei servizi.

**❖ QUARTA LEVA PER L'EQUITÀ**



**UN PIÙ ALTO LIVELLO  
DI GARANZIA ED EQUITÀ DI ACCESSO  
AI LEA**

## BACKGROUND

- Nel 2021, sono **sette le Regioni inadempienti nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza**. Prima della pandemia (2019) le inadempienti erano sei. Anche tra quelle adempienti le differenze in termini di punteggio LEA sono considerevoli.
- A fronte di **134 MLD di Euro di finanziamento** del SSN per il 2024, il monitoraggio e la valutazione della garanzia dei LEA da parte delle Regioni viene effettuato con soli 22 indicatori "core" previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei LEA.
- Inoltre, a partire da gennaio 2024, entreranno in vigore i nuovi LEA del 2017, a distanza di circa sette anni dalla loro approvazione.

## AZIONI

- ✔ Revisionare e aggiornare il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei LEA al fine di renderlo più stringente, incisivo e mirato, prevedendo **nuovi indicatori core** – come ad esempio: Equità sociale, PDTA, Pronto soccorso, Assistenza territoriale, Cronicità, Sanità digitale, Aderenza terapeutica, Accesso a farmaci e dispositivi, Personale sanitario, Liste di attesa, MMG/PLS, esiti... – garantendo maggiore **tempestività nella pubblicazione dei dati**.
- ✔ Attuare la Scheda 2 “Garanzia dei LEA” del Patto per la Salute 2019-2021, con particolare riguardo all’implementazione della previsione dell’**“Intervento di potenziamento dei LEA”** da parte delle Regioni.
- ✔ **Aggiornare annualmente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, utilizzando i fondi stanziati ad hoc nella Legge di Bilancio 2022 e quella attualmente in discussione per il 2024, nonché nominando la nuova **Commissione Nazionale per l’aggiornamento**.

## AZIONI

- ✔ Revisionare la **procedura di aggiornamento dei LEA**, rendendola più snella e dinamica affinché sia al passo coi tempi.
- ✔ Promuovere la definizione, l'implementazione e il monitoraggio di **standard assistenziali, strutturali, organizzativi e tecnologici** negli ambiti che attualmente ne sono scoperti.

Allo stesso modo è necessario definire gli standard di personale nelle aree che attualmente risultano scoperte, a partire dai **dipartimenti di prevenzione** e dalle **tecnostrutture degli assessorati o dipartimenti alla sanità** delle Regioni.

**❖ QUINTA LEVA PER L'EQUITÀ**

 **CONTRASTO ALLE LISTE DI ATTESA**

## ❖ BACKGROUND

- Nel 2022 è **saltata circa 1 prestazione di specialistica ambulatoriale su 10 rispetto al 2019. Quasi 3,4 milioni di prime visite in meno (-15,5%) e oltre 5,5 milioni di visite di controllo in meno (17%)**. Inoltre, nel 2021 si sono persi 1 milione e 200 mila ricoveri rispetto al 2019.
- Per questo, le ultime Leggi di Bilancio hanno ripetutamente stanziato diverse **centinaia di milioni di Euro per il recupero delle liste di attesa**, cresciute in modo esponenziale a causa del Covid-19.
- Nonostante ciò, secondo la Corte dei conti, **nel 2022 sono state recuperate il 57% delle prestazioni ambulatoriali, con differenze tra le Regioni**: 10% di recupero della Sardegna, 13% della Calabria e 7% della Campania, contro il 100% di Toscana, Trento e Valle D'Aosta, mentre il 94% per l'Umbria.
- Riguardo **agli screening oncologici organizzati sono state recuperate il 67% delle prestazioni**, con valori del 100% di Basilicata, Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte e situazioni preoccupanti di Calabria (9%), Lazio (9%), Campania (16%), Marche (20%) e Friuli Venezia Giulia (25%).

## BACKGROUND

- Rispetto ai ricoveri programmati, invece, ne sono stati recuperati a livello nazionale il 66%, con valori del 92% del Piemonte, 90% della Toscana, 91% della Basilicata, contro il 14% della Liguria, il 21% della Provincia di Bolzano, il 25% della Valle d'Aosta, il 29% della Lombardia, il 22% della Campania e il 27% della Calabria.
- Le Regioni, oltre a non aver recuperato quanto avrebbero dovuto, non hanno neanche speso tutte risorse assegnate: circa 152 milioni di Euro.
- Anche la **rinuncia alle cure** ha visto un'impennata negli anni della pandemia arrivando all'11% del 2021, quasi il doppio rispetto al 2019. Nel 2022 la rinuncia alle cure si attesta a circa il 7%, con **una diffusione lungo tutta la penisola e per tutte le fasce di popolazione più e meno ricche**.
- L'ultimo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa è quello del 2019-2021, solo parzialmente applicato dalle Regioni.
- Il **sistema di verifica dei tempi di attesa** del livello centrale presenta importanti **limiti**, a partire da quella della previsione di un solo indicatore di monitoraggio all'interno del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA.

## AZIONI

- ✔ Riconoscere la **strategia di contrasto alle liste di attesa come uno degli Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale**, vincolando strutturalmente le relative risorse da assegnare annualmente alle Regioni.
- ✔ Rafforzare il **monitoraggio** ex ante (ed ex post) dei tempi di attesa, superando la metodologia della rilevazione trimestrale nella settimana indice e solo per alcune prestazioni. La rilevazione deve essere continua, su tutte le prestazioni e resa accessibile ai cittadini (come tutti gli altri adempimenti in materia di liste di attesa), compresi quelli per **le nuove prestazioni che entrano in vigore con i nuovi LEA come la PMA**.
- ✔ Integrare il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA con ulteriori specifici e più robusti indicatori “core” di monitoraggio e valutazione.
- ✔ Prevedere che l'**atto della prenotazione coincida contestualmente con quello della prescrizione**, sempre e per tutte le tipologie di prestazioni.
- ✔ Approvare e attuare il **Nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa**.

SESTA LEVA PER L'EQUITÀ



**"ARTICOLO 20"  
LA VALORIZZAZIONE  
E IL RAFFORZAMENTO  
DEL CAPITALE UMANO DEL SSN**

## BACKGROUND

- Dal 2009 al 2019 perse circa 45.000 unità di personale nel Servizio sanitario nazionale di cui quasi 8.000 medici e oltre 12.000 infermieri.
- L'aumento di organici legato alla pandemia ha ridotto queste cifre, ma di tutto il personale immesso nel SSN sono stati finora stabilizzati solo circa 1.500 medici e 8.000 infermieri. La carenza assoluta di medici e infermieri però resta sempre elevata.
- **Mancano all'appello circa 20-30.000 medici** (ma soprattutto medici di medicina generale e alcuni specialisti in determinate specialità) e **65.000 infermieri** (tra cui **gran parte anche dei 20.000 infermieri di famiglia comunità** indicati dagli standard del DM 77/2022 di applicazione del PNRR), come dichiarato dalla Corte dei Conti alla fine del 2022.
- Le prospettive indicano poi pensionamenti e fughe all'estero dei professionisti in cerca di condizioni economiche e professionali migliori.
- Negli ultimi anni sono "emigrati" all'estero circa 21.000 medici e 30.000 infermieri e si prevedono pensionamenti nei prossimi anni per oltre altri 30.000 medici e circa 100.000 infermieri.

## ❖ BACKGROUND

- **Inferiori anche i guadagni di medici e infermieri in Italia.** A parità di potere di acquisto (Corte dei Conti, 2023), lo stipendio annuale di un medico in Germania è del 79% e nel Regno Unito del 40% superiore a quello italiano, quello di un infermiere del +56% in Germania, del +46,2% in Svizzera e di circa il 20% nel Regno Unito.
- Molto diversa, comunque, **la distribuzione degli organici nelle Regioni italiane.**
- Per i medici si va dai 2,64 della Valle d'Aosta per 1000 abitanti, 2,56 della Sardegna, 2,34 della Toscana e della Liguria agli 1,50 del Lazio, 1,51 della Lombardia, 1,63 del Veneto e 1,64 del Molise.
- Per gli infermieri si va dai 6,94 per 1000 abitanti del Friuli-Venezia Giulia, 6,70 della Liguria, 6,34 dell'Emilia-Romagna e di Bolzano ai 3,33 della Campania, 3,65 della Sicilia, 3,83 della Calabria e 3.93 del Lazio.
- In Europa la media OCSE dei medici (non solo i dipendenti) per 1.000 abitanti è di 4 e l'Italia è a 4,3, mentre degli infermieri è di 9,5 e l'Italia è a 6,2.

## AZIONI

- ✔ Definizione di un **programma strategico e pluriennale di interventi (retributivi, formativi, assunzionali, responsabilità e competenze, ...)** e dei relativi finanziamenti in materia di **valorizzazione, sviluppo e attrattività del personale del SSN** (sanitario, sociosanitario, amministrativo, management, ...).

➤ **SETTIMA LEVA PER L'EQUITÀ**



**PREVENZIONE  
E PRESA IN CARICO  
DELLE CRONICITÀ**

## BACKGROUND

- La cronicità in Europa è responsabile dell'**86% di tutti i decessi** e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai **700 miliardi di Euro per anno**. A livello mondiale il 70-80% delle risorse sanitarie è speso per la gestione delle malattie croniche.
- In Italia il 39,9% della popolazione ha dichiarato di avere una o più malattie croniche.
- **Nel 2022 sono saltate circa 5,5 milioni di visite di controllo rispetto al 2019 (-17%).**
- In Italia è stato approvato ormai sette anni fa il Piano Nazionale della Cronicità, attuato solo in poche Regioni.

## BACKGROUND

- **I PDTA per patologie croniche sono più di 300 al 2018;** patologie come **la psoriasi non hanno PDTA** regionali e pochi di livello aziendale (ospedaliero).
- Nel 2020 è stato approvato il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025, recepito da tutte le Regioni con proprio piano entro il 31/12/2021, che concorre a **promuovere stili di vita salutari, health literacy, engagement.**
- Il PNRR e il DM 77/2022 prevedono risorse, strutture e standard per l'assistenza territoriale funzionale alla presa in carico della cronicità.

## AZIONI

- ✔ Aggiornare, finanziare e attuare il **Piano nazionale della cronicità**, introducendo nella parte seconda anche nuove patologie come la psoriasi e nuove cronicità (es. oncematologiche).
- ✔ Attuare tempestivamente e in tutte le Regioni il DM 77/2022.
- ✔ Definire **il modello di collaborazione dei professionisti sanitari coinvolti nel percorso di presa in carico** e orientare il contratto dei professionisti convenzionati nella direzione della perfetta integrazione con il modello tracciata dal DM 77/2022 e più in generale dal PNRR.
- ✔ Promuovere cicli di Health Equity audit nelle aziende sanitarie e ospedaliere, come previsto dal PNP.

**OTTAVA LEVA PER L'EQUITÀ**



**IL DIGITALE  
PER L'EQUITÀ DI ACCESSO  
ALLE CURE**

## BACKGROUND

- La pandemia ha accelerato la diffusione dei servizi di sanità digitale e la definizione di un quadro di regole più preciso: dalle “Indicazioni nazionali” sulla telemedicina sino al Decreto 21 settembre 2022.
- Nel periodo 2019-2021, il Ministero della Salute ha mappato la presenza di **369 esperienze di telemedicina, con differenze regionali** che vanno dalle 66 esperienze della Lombardia alle 3 del Friuli-Venezia Giulia.
- Il PNRR stanziava diverse risorse per la digitalizzazione della sanità, **a partire dal miliardo di Euro previsto per la telemedicina.**
- **Nonostante la sua importanza, la telemedicina non è ancora inserita formalmente nel LEA** e questo potrebbe creare un problema di sostenibilità.
- La digitalizzazione permette di avere una molteplicità di **dati in tempo reale utili per la programmazione e la “customizzazione” dei servizi sulle comunità locali, così come per la ricerca clinica, a vantaggio del diritto alla salute.**

## AZIONI

- ✔ Definire e adottare un vero e proprio **“Livello Essenziale di Assistenza Digitale (LEAD)”**, da garantire in tutte le Regioni, anche attraverso lo stanziamento e la finalizzazione di specifiche risorse del Fondo Sanitario.
- ✔ Inserire la telemedicina nei **Livelli Essenziali di Assistenza**.
- ✔ Introdurre all’interno del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA specifici **indicatori di misurazione- valutazione** della capacità delle Regioni di garantire l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Digitale.
- ✔ Rivedere **i criteri di eleggibilità ai servizi di telemedicina** (Decreto del Ministero della Salute 21 settembre 2022) al fine di favorirne l’accesso anche alle **fasce di popolazione più svantaggiate** dal punto di vista culturale, tecnologico e di autonomia agendo anche sul digital divide.
- ✔ Superare i blocchi normativi previsti dalla disciplina sulla tutela della privacy che ostacolano la creazione, lo sviluppo, l’innovazione e la manutenzione delle infrastrutture digitali. Va trovato **un nuovo bilanciamento tra i diritti: quello alla privacy, alla salute, all’innovazione, all’efficienza ed efficacia dell’azione amministrativa dello Stato e delle Regioni**.

**NONA LEVA PER L'EQUITÀ**



**GARANTIRE TEMPESTIVITÀ  
ED UNIFORMITÀ DI ACCESSO  
ALL'ASSISTENZA FARMACEUTICA**

## BACKGROUND

- Secondo i dati prodotti da IQVIA, l'Italia impiega **429 giorni per garantire la disponibilità dei farmaci** ai pazienti dal momento dell'autorizzazione europea. Se la media europea è pari a 511 giorni, alcuni Paesi come Svizzera, Danimarca e Germania hanno tempi di accesso più ridotti rispetto all'Italia: 191 giorni, 176 e 133.
- Nel 2022, il tempo medio della sola procedura italiana di autorizzazione e rimborso è stato pari a 206 giorni per le nuove entità chimiche (non generiche) e 49,6 giorni per i farmaci generici. A questa tempistica vanno aggiunti **oltre 60 giorni per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale**.
- Inoltre, **in sette Regioni** sono presenti **Prontuari Terapeutici vincolanti** che ritardano ulteriormente l'accesso ai farmaci.
- Esiste una mobilità tra regioni per la somministrazione di farmaci pari a 397 milioni di Euro per il 2022, il dato è in crescita dal 2013 (dati della Conferenza Stato-Regioni).

## AZIONI

- ✔ **Ridurre i tempi nazionali di autorizzazione all'immissione in commercio e di rimborso a carico del SSN**, anche attraverso la definizione di veri e propri standard di servizio che l'AIFA dovrà garantire.
- ✔ **Comprimere sensibilmente i tempi di pubblicazione** in G.U. delle Determine AIFA o individuare una forma alternativa di pubblicità di quest'ultime (per esempio: pubblicazione Determine sul sito AIFA).
- ✔ **Abrogare i Prontuari farmaceutici regionali vincolanti.**
- ✔ Riformare la contabilità di Stato nella direzione della **"Programmazione integrata della spesa pubblica"**, al fine di superare i silos budget.

 **DECIMA LEVA PER L'EQUITÀ**



**RIDUZIONE  
DEL DIVARIO INFRASTRUTTURALE**

## BACKGROUND

- **La capacità di spesa per investimenti è molto differenziata da Regione a Regione.** Gli investimenti pro capite degli enti sanitari nel 2021 passa dai 72 Euro del Trentino Alto Adige, ai 18 Euro della Campania, ai 13 Euro della Calabria.
- Nonostante ciò, ammontano a **10,4 MLD di Euro le risorse non ancora utilizzate** per la sottoscrizione degli accordi previsti dall'art. 20 della L. 67/1988, anche in questo caso con profonde differenze tra le Regioni.
- Infine, anche il PNRR interviene con lo stanziamento di ingenti risorse a sostegno delle infrastrutture sanitarie.

## AZIONI

- ✔ **Rivedere e semplificare le procedure per l'accesso ai fondi dell'Art. 20 della L. 67/1988 al fine di superarne le difficoltà di utilizzo da parte delle Regioni.**
- ✔ Rifinanziare l'Art.20 della L. 67/1988.
- ✔ Implementare il PNRR in tutte le Regioni e nei tempi previsti.

# SALUTE QUITÀ<sup>®</sup>

con il contributo non condizionato di

Golden partner



Silver partner



Bronze partner



Other partner



Other partner



si ringrazia inoltre Sanofi