



SALUTE  QUITÀ[®]

LEVE PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SSN



Report

19 novembre 2024



Indice

00. Premessa

01. Elementi di scenario pg 4

02. Le sette leve per la sostenibilità del SSN pg 15

- 02.1.1 **Prima leva:** Allocazione e gestione delle risorse pg 15
- 02.1.2 **Seconda leva:** Monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance pg 15
- 02.1.3 **Terza leva:** Innovazione nell'organizzazione e nella governance pg 18
- 02.1.4 **Quarta leva:** Aggiornamento dinamico dei LEA - Livelli Essenziali di Assistenza pg 20
- 02.1.5 **Quinta leva:** Governo delle liste di attesa pg 22
- 02.1.6 **Sesta leva:** Qualità dei processi decisionali per equità e la sostenibilità del SSN pg 23
- 02.1.7 **Settima leva:** Consapevolezza del valore del SSN pg 25
- pg 27

03. Quando il SSN può definirsi sostenibile

LEVE PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SSN

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

Report

00

PREMESSA

Partendo dalla convinzione che il Servizio Sanitario Nazionale rappresenti la più grande opera pubblica che ha realizzato il nostro Paese per garantire democrazia, pari opportunità ed equità e che la sostenibilità rappresenti una sfida per tutti i sistemi sanitari al livello globale, Salutequità intende proporre **7 leve per incrementare il livello di sostenibilità del SSN garantendo equità e diritti dei cittadini rivolte a Parlamento, Governo, Istituzioni nazionali e regionali e a tutti gli stakeholder che possono esercitare una responsabilità.**

¹ Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale ONU, 25 settembre 2015 - <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf>

01

ELEMENTI DI SCENARIO

Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile

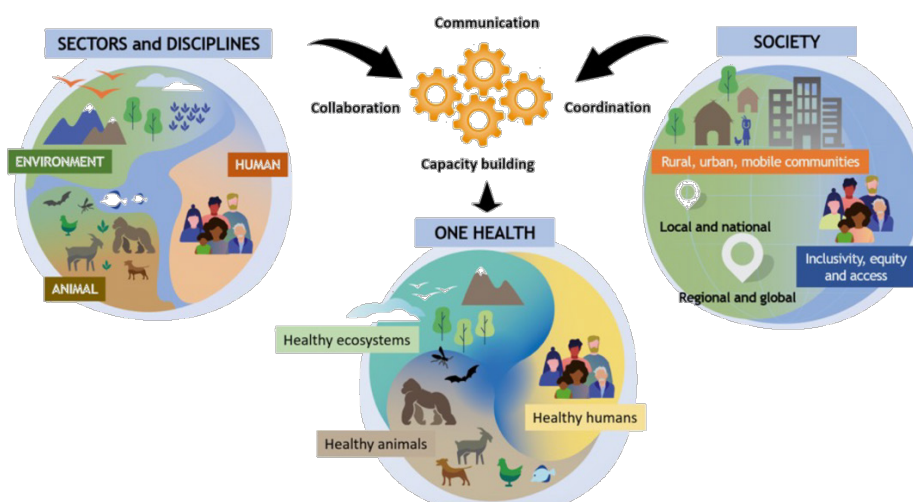
Cornice internazionale che impegna l'Italia¹



Approccio One Health per un futuro salutare e sostenibile²

In Italia «il PNP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health) che,... promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato...»

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono **necessarie alleanze e sinergie intersettoriali tra forze diverse**, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" (Health in all Policies).



² A guide to implementing the One Health Joint Plan of Action at national level. Geneva: World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations Environment Programme and World Organisation for Animal Health; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Tutti i servizi sanitari sono sotto pressione finanziaria³

Nel **2019** la media OCSE di PIL per la sanità era di **8,8%**; nel **2021** è balzata al **9,7%** (9,2% stimato nel 2022).

Mentre i professionisti sanitari e sociali aumentano, le carenze diventano più acute anche per effetto dell'invecchiamento della popolazione (**18% della popolazione over 65 nel 2021**)

L'inflazione alta ha eroso le retribuzioni nel settore sanitario, rendendo più arduo attrarre professionisti sanitari. Finlandia, Italia, Portogallo, Spagna e UK hanno salari reali stagnanti o in calo.

Health systems are under financial pressure. This reflects a challenging economic climate, with competing priorities squeezing the public funds available for health

- In 2019, prior to the pandemic, OECD countries spent on average 8.8% of GDP on healthcare, a figure relatively unchanged since 2013. By 2021, this proportion had jumped to 9.7%. However, 2022 estimates point to a significant fall in the ratio to 9.2%, reflecting a reduced need for spending to tackle the pandemic but also the impact of inflation.
- Per person, spending on health was just under USD 5 000 on average, ranging from USD 12 555 in the United States, to USD 1 181 in Mexico (adjusted for differences in purchasing power).
- While the health and social care workforce continues to grow, concerns about shortages are becoming even more acute. Population ageing is one reason why demand for healthcare and long-term care workers appears to be outstripping supply, with 18% of the population aged 65 and over on average in 2021.
- High inflation has eroded health sector wages recently in some countries, making it harder to attract and retain health professionals. Analysing longer trends, real wage growth of health workers has varied markedly, with large increases in most Central and Eastern European countries since 2011, whereas Finland, Italy, Portugal, Spain and the United Kingdom had stagnant or declining real wages.



Health at a Glance 2023
OECD INDICATORS



La sostenibilità del SSN e l'impatto sull'equità⁴

«Oggi la grave crisi di sostenibilità del sistema sanitario nazionale non garantisce più alla popolazione un'effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie, con intuibili conseguenze sulla salute delle persone ed un pesante aumento della spesa privata. La tendenza, ormai già da diversi anni, appare lenta ma costante: da un Servizio Sanitario Nazionale incentrato sulla tutela del diritto costituzionalmente garantito, a tanti diversi sistemi sanitari regionali, sempre più basati sulle regole del libero mercato.»

⁴Corte dei Conti – cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario 2024

⁵Corte dei Conti, Audizione su PDL «Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nonché delega al Governo per

Sulle risorse per il SSN⁵

«**L'esigenza di un aumento delle risorse da destinare al sistema sanitario** deriva dall'esame degli andamenti della spesa, rilevati anche dalla Corte nel corso dell'esame dell'ultimo Documento di economia e finanza (DEF 24), dal confronto con i livelli di spesa a ciò destinati nei principali paesi europei e dall'esame dei consumi delle famiglie.

Questo è confermato anche ampliando il confronto a tutta la Unione Europea (UE) e considerando i dati Eurostat espressi a valori correnti, disponibili per l'intero set di paesi al 2022. Per quanto riguarda la spesa valutata a valori correnti, si nota un valore di 7,1 punti di Pil nel 2022, con una differenza negativa di 3 punti di Pil rispetto a Francia e Austria, e un livello comunque inferiore alla media UE a 20 paesi (pari a 7,9) e a 27 (pari a 7,7).

Nonostante l'aumento disposto dalla legge di bilancio, **l'importo previsto a copertura del fabbisogno sanitario nazionale standard si conferma, in rapporto al prodotto, in graduale flessione:** nel triennio 2024-26 si riduce di tre decimi di punto (dal 6,3 del 2023 al 6 per cento a fine periodo). E ciò senza considerare che i nuovi fondi, oltre ai contratti (2,4 miliardi), sono destinati a specifici interventi aggiuntivi per circa 500 milioni nel 2024 che crescono a 1,5 miliardi nel 2025.»

Il debito sanitario⁶

«Con riferimento al settore sanitario, risulta dal confronto dei relativi consuntivi 2022-2020, come tutte le Regioni e le Province autonome, ad eccezione della Toscana, delle Marche e dell'Abruzzo, evidenzino, una significativa **contrazione dell'indebitamento**. In particolare, al 31/12/2022 non risultano accesi debiti di finanziamento per la sanità nelle Regioni Liguria e Umbria. Le riduzioni più significative in termini percentuali, nell'arco temporale considerato, si registrano nelle Regioni Piemonte (-66,67%), Basilicata (-32,82%), Emilia-Romagna (-12,35%) e Friuli-Venezia Giulia (-10,21%).»

«L'incidenza del debito sanitario totale sul debito complessivo regionale tende a rimanere sostanzialmente stabile nel triennio considerato, attestandosi su valori prossimi al 30% **La soglia del valore medio nazionale è superata in Emilia-Romagna (nella quale il 100% del debito è riferita al settore sanitario), in Toscana, nelle Marche, nel Lazio, in Campania e nella Regione siciliana.**»

«L'incidenza del debito sanitario totale sul debito complessivo regionale tende a rimanere sostanzialmente stabile nel triennio considerato, attestandosi su valori prossimi al 30% (cfr. tab. n. 6/IND/REG). La soglia del valore medio nazionale è superata in Emilia-Romagna (nella quale il 100% del debito è riferita al settore sanitario), in Toscana, nelle Marche, nel Lazio, in Campania e nella Regione siciliana.»

Le risorse per i LEA spostate su altri capitoli di spesa sanitaria⁷

«La giurisprudenza costituzionale ha evidenziato come, alla luce dell'attuale quadro ordinamentale, si delinei una "tutela multilivello" del diritto alla salute, in quanto "l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due diversi livelli di governo: quello statale [...] e quello regionale [...]. La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la **separazione dei costi "necessari", inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica**"

La Corte costituzionale ha, in plurime occasioni, statuito che l'art. 20 del d.lgs. n. 118/2021⁶ costituisce «"parametro interposto di costituzionalità" – con riferimento alla competenza statale esclusiva sull'armonizzazione dei bilanci pubblici – diretto a garantire sia la "trasparenza sulle quantità e modalità di impiego di risorse destinate ai LEA", sia la loro erogazione nel tempo, "assicurando il necessario delicato bilanciamento tra tutela della salute (art. 32 Cost.) ed equilibrio finanziario (art. 81 e 119 Cost.)"». Infatti, «la separazione tra le prestazioni sanitarie per i LEA e le altre prestazioni sanitarie è funzionale **a scongiurare il rischio di destinare "risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, a spese, pur sempre di natura sanitaria, ma diverse da quelle quantificate per la copertura di questi ultimi**»

⁶ Corte dei Conti - Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province autonome 2020-2023

⁷ Corte dei Conti

Il SSN fa i conti con disuguaglianze nella garanzia dei Livelli Essenziali⁷

«Le risorse sanitarie assegnate alle Regioni, pur in aumento, non hanno compensato l’aumento dei prezzi, riducendo la spesa sanitaria rispetto al Pil dopo un periodo di crescita durante la pandemia (dal 6,7% al 6,3%).... Inoltre, esistono divari territoriali significativi nella qualità delle prestazioni sanitarie che non si allineano con il principio di uguaglianza e non hanno effetti positivi in termini di contenimento della spesa pubblica. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede lo sviluppo della sanità territoriale, che richiede non solo strutture ma anche risorse umane adeguate, difficili da reperire. La recente riduzione delle risorse per nuove strutture ospedaliere potrebbe limitare altri investimenti nel settore e rallentare la realizzazione degli interventi.»

Tabella 3. Risultati NSG – punteggi sottoinsieme CORE per area, anni 2020-2022

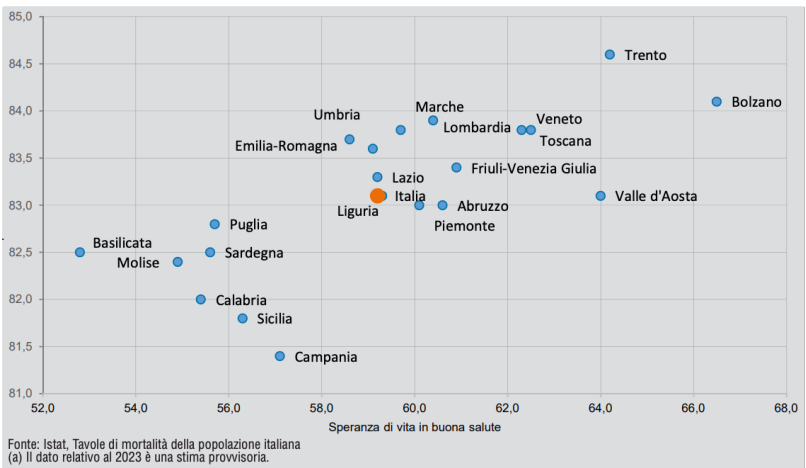
Regioni	2022			2021			2020		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	88,79	86,55	87,07	86,05	84,47	81,36	76,08	91,26	75,05
Valle d'Aosta	48,48	47,25	55,23	45,31	49,31	52,59	74,06	56,58	59,71
Lombardia	90,18	94,66	86,09	86,84	93,09	85,33	62,02	95,02	75,59
P.A. Bolzano	54,14	77,03	75,23	51,97	68,05	80,75	51,90	57,43	66,89
P.A. Trento	94,27	76,45	98,35	92,55	79,33	96,52	88,42	78,07	93,07
Veneto	94,08	96,40	91,36	84,63	95,60	84,65	80,74	98,37	79,67
Friuli Venezia Giulia	71,24	73,30	75,29	85,32	79,42	78,22	75,63	80,35	74,06
Liguria	61,41	86,81	77,49	73,05	85,92	73,60	50,85	83,12	65,50
Emilia Romagna	96,13	95,57	93,50	90,73	95,96	94,50	89,08	95,16	89,52
Toscana	86,57	96,42	92,32	91,37	95,02	88,07	88,13	92,94	80,00
Umbria	79,59	83,88	84,42	91,97	73,64	82,31	89,64	68,55	71,61
Marche	60,91	91,03	91,26	82,62	89,38	85,90	79,01	91,68	75,05
Lazio	74,08	72,07	81,30	80,78	77,61	77,12	74,46	80,19	71,76
Abruzzo	49,31	62,18	73,10	77,74	68,46	69,25	54,03	76,94	63,47
Molise	50,69	61,23	67,54	82,99	65,40	48,55	64,21	67,12	41,94
Campania	69,68	55,76	68,66	78,37	57,52	62,68	61,53	57,14	59,08
Puglia	75,97	70,02	79,69	67,85	61,66	79,83	66,83	68,13	71,73
Basilicata	68,46	61,92	78,03	79,63	64,22	63,69	57,07	62,85	51,90
Calabria	36,59	34,88	63,78	52,96	48,51	58,52	32,73	48,18	48,44
Sicilia	47,18	58,04	78,38	45,53	62,19	75,29	43,44	62,06	69,26
Sardegna	46,55	50,45	69,11	61,63	49,34	58,71	70,79	48,95	59,26

In rosa i valori inferiori a 60 punti (soglia di sufficienza), in verde i valori uguali o superiori.

L'area distrettuale include negli anni 2022 e 2020 l'indicatore D03C, nell'anno 2021 l'indicatore D04C.

Fonte: elaborazione su dati NSG – Ministero della Salute

Figura 4. Speranza di vita alla nascita e speranza di vita in buona salute alla nascita per regione. Anno 2023 (a). In anni



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana (a) il dato relativo al 2023 è una stima provvisoria.

5 Istat, Rapporto Bes 2021. <https://www.istat.it/it/archivio/269316>.

Così come con disuguaglianze per la salute dei cittadini

Perché concentrarsi sulla sostenibilità ed equità del SSN

Decessi per **10.000 abitanti**
Anno **2019**

Tassi standardizzati di mortalità prevenibile, trattabile ed evitabile, per genere e Regione.

	Prevenibile			Trattabile			Evitabile		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	15,33	5,73	10,38	7,13	6,18	6,63	22,46	11,91	17,00
Valle d'Aosta	15,76	5,84	10,72	5,96	5,68	5,81	21,72	11,51	16,53
Lombardia	14,27	5,50	9,73	5,83	5,22	5,50	20,10	10,72	15,24
PA di Bolzano	14,61	5,02	9,66	5,32	4,56	4,90	19,93	9,58	14,56
PA di Trento	13,26	3,98	8,56	5,13	4,42	4,77	18,38	8,41	13,33
Veneto	13,15	4,91	8,93	5,97	4,69	5,30	19,13	9,60	14,23
Friuli Venezia Giulia	15,12	5,48	10,13	5,88	5,72	5,78	21,00	11,20	15,91
Liguria	14,88	5,67	10,04	6,71	5,90	6,27	21,59	11,57	16,32
Emilia Romagna	13,44	5,83	9,49	5,73	5,22	5,46	19,17	11,06	14,95
Toscana	14,22	5,35	9,59	5,90	5,47	5,66	20,12	10,82	15,25
Umbria	13,01	5,13	8,91	5,65	5,18	5,40	18,66	10,31	14,32
Marche	13,29	4,83	8,91	6,02	5,44	5,72	19,32	10,27	14,63
Lazio	15,11	6,36	10,49	7,65	6,24	6,89	22,76	12,60	17,38
Abruzzo	14,65	5,01	9,67	6,92	6,27	6,58	21,56	11,27	16,24
Molise	17,19	4,94	10,97	7,12	5,49	6,28	24,31	10,43	17,24
Campania	17,54	7,06	12,06	8,69	7,66	8,15	26,23	14,72	20,21
Puglia	14,64	4,95	9,58	6,75	6,52	6,62	21,40	11,48	16,21
Basilicata	15,08	5,09	9,95	6,81	6,39	6,59	21,90	11,49	16,54
Calabria	16,09	5,28	10,53	8,81	6,93	7,84	24,91	12,21	18,37
Sicilia	16,15	5,98	10,83	8,17	7,39	7,75	24,33	13,36	18,58
Sardegna	18,33	5,00	11,50	6,93	5,77	6,33	25,27	10,77	17,83
Nord-Ovest	14,64	5,58	9,95	6,29	5,56	5,90	20,93	11,15	15,85
Nord-Est	13,54	5,30	9,29	5,80	4,99	5,37	19,34	10,29	14,66
Centro	14,42	5,75	9,87	6,71	5,81	6,22	21,13	11,55	16,10
Sud	16,05	5,84	10,74	7,85	6,98	7,39	23,90	12,82	18,13
Isole	16,73	5,72	11,00	7,85	6,97	7,39	24,58	12,69	18,38
Italia	14,92	5,63	10,09	6,80	5,97	6,36	21,71	11,61	16,45

Fonte: Istat. Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile - Anno 2019.

La sostenibilità del SSN dal punto di vista dei cittadini vuol dire riuscire ad accedere alle prestazioni di cui hanno bisogno

7,6%
dell'intera popolazione nel 2023, (era 7% nel 2022) ha rinunciato alle cure: **circa 4,5 mln di cittadini**;

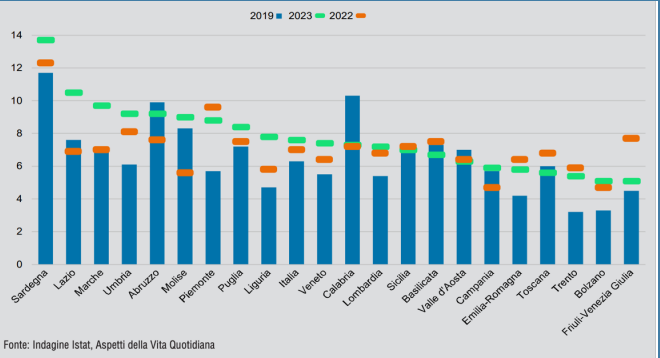
4,5%
della popolazione complessiva nel 2023 rinuncia per le lunghe liste di attesa;

4,2%
per motivi economici.

Rinunciano di più le **donne** (9% rispetto a 6,2% uomini), gli **adulti** (l'11,1% tra i 55-59enni) e gli **anziani** di 75 anni e più (9,8%).

Nel 2023, le **disuguaglianze sociali** per rinuncia a prestazioni mostrano differenziali minori rispetto al periodo pre-COVID e **si annullano del tutto tra gli adulti di 45-64 anni**: 10,4% tra coloro che hanno solo il titolo di studio della scuola dell'obbligo e 10,6% tra chi ha conseguito almeno una laurea.

Persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, per regione.
Anni 2019,2022 e 2023 (dati provvisori).
Valori percentuali



Rinuncia alle cure più di un over65 su 5 tra chi ha bisogno di cure e circa uno su 3 fatica ad accedere ai servizi socio-sanitari¹⁰

- 41,3%** è libero da patologie croniche con valori peggiori al sud (Basilicata, Calabria, Campania) e in Umbria.
- 58,8%** ha almeno una patologia cronica e il **23,2%** degli over 65, con picchi del **34,1%** in Campania.
- 17%** è fragile (33,5% in Basilicata e 25% in Campania): nel 2,8% dei casi riceve aiuto da servizi ASL o Comune; il 6,7% contributi economici (accompagnamento/assegno di cura).
- 13%** ha disabilità (Basilicata, Campania, Puglia, Umbria sopra media nazionale): il 10,9% riceve aiuto da servizi ASL o Comune; il 23,5% contributi economici.

Incontrano difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari (servizi ASL, MMG, farmacia, medico di famiglia, servizi del Comune, etc.) il 31,9% .

Le difficoltà sono maggiori nel sud Italia: Basilicata (38.7%), Calabria (42,4%), Campania (41,3%), Puglia (40,4%). Valori più bassi in PA Trento (17,9), VdA (17,3).

Indicatori - Passi d'Argento 2022-2023				
	Rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici su tutto il campione	Non rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici	Non ha bisogno di visite mediche e/o esami diagnostici	Rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici tra chi ha bisogno
Abruzzo	22.1	55.3	22.7	28.5
Basilicata	33.0	53.7	13.3	38.1
Calabria	16.0	63.7	20.3	20.1
Campania	25.9	53.4	20.7	32.7
Emilia Romagna	10.3	68.2	21.5	13.1
Friuli Venezia Giulia	18.4	62.0	19.6	22.8
Lazio	22.4	59.6	18.0	27.3
Liguria	16.0	65.4	18.6	19.7
Lombardia				
Marche	11.4	72.3	16.4	13.6
Molise	22.5	50.0	27.5	31.1
Piemonte	14.9	68.1	17.0	18.0
Provincia di Bolzano	10.3	60.2	29.5	14.6
Provincia di Trento	11.1	70.0	18.9	13.7
Puglia	18.3	55.6	26.2	24.8
Sardegna	27.4	49.4	23.2	35.7
Sicilia	14.9	62.3	22.8	19.3
Toscana				
Umbria	25.4	49.4	25.2	34.0
Valle d'Aosta	11.5	46.6	41.9	19.8
Veneto	11.0	69.4	19.5	13.7
Italia	18.4	60.5	21.1	23.3

peggiore del valore nazionale simile al valore nazionale migliore del valore nazionale

Il futuro demografico del Paese¹¹

La struttura della popolazione residente è oggetto da anni di uno squilibrio tra nuove e vecchie generazioni, dovuto alla combinazione, tipicamente italiana, dell'aumento della longevità e di una fecondità costantemente bassa.

La popolazione residente è in decrescita:

59 milioni
al 1° gennaio 2023

58,6 milioni
nel 2030

46,1 milioni
nel 2080

Il rapporto tra individui in **età lavorativa** (15-64 anni) e non (0-14 e 65 anni e più) passerà da circa **tre a due** nel **2023** a circa **uno a uno** nel **2050**.

Con un'età media di 51,5 anni entro il 2050 (50,8 per l'Italia), nel Mezzogiorno ci sarà un processo di invecchiamento più rapido.

Tra 20 anni ci sarà circa un milione di famiglie in più, ma saranno più frammentate. Meno coppie con figli, più coppie senza: entro il 2043 meno di una famiglia su quattro sarà composta da una coppia con figli, più di una su cinque non ne avrà.

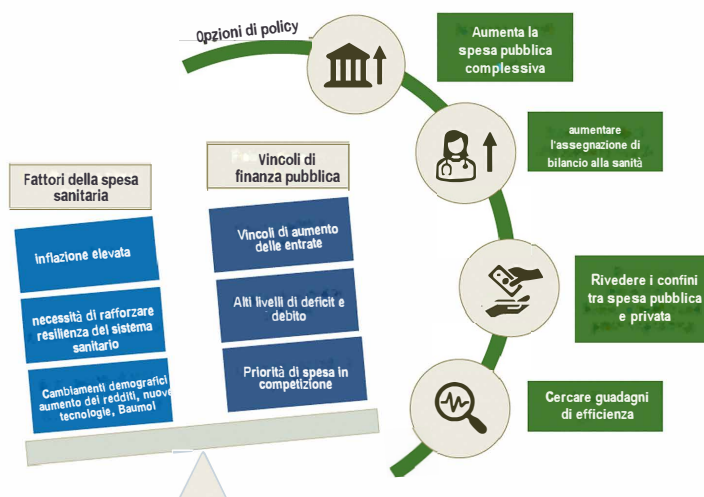
4,1 milioni le persone di 75 anni e più destinate a vivere sole nel 2043, in aumento di 1,2 milioni rispetto al 2023.

Come garantire la sostenibilità finanziaria dei servizi sanitari?

FISCAL SUSTAINABILITY OF
HEALTH SYSTEMS, OECD 2024

La spesa sanitaria per fronteggiare le esigenze di tutela della salute è in aumento. L'OECD nel 2024 sottolinea che servono «cambiamenti politici ambiziosi e trasformativi», azioni solide per spingere verso popolazioni più sane e «portare la spesa sanitaria futura su una traiettoria ascendente molto più dolce. **Ciò consentirebbe alla spesa di raggiungere un più sostenibile 10,6% del PIL nel 2040 (rispetto all'11,8 % del PIL in assenza di cambiamenti)**».

Figure 1.1. La sfida di raccogliere fondi sufficienti per la sanità entro i vincoli di finanza pubblica



¹¹ PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE E DELLE FAMIGLIE | BASE 1/1/2023, ISTAT 24 LUGLIO 2024

Sostenibilità fiscale dei Servizi Sanitari¹²

OCSE individua quattro opzioni di policy praticabili per la sostenibilità dei servizi sanitari:

Le 4 opzioni di policy; una permette di risparmiare fino a 1,2 punti percentuali del PIL

- 01** Aumentare la spesa pubblica e destinare parte di questi fondi aggiuntivi alla sanità. Ciò richiede un aumento delle entrate pubbliche o un ulteriore finanziamento del debito.
- 02** Aumentare lo stanziamento per la sanità nell'ambito dei bilanci pubblici esistenti. Mentre i cittadini spesso dichiarano un'alta priorità per la salute, questa è sempre più in competizione con nuove spese importanti (es. per affrontare la crisi del costo della vita, finanziare una trasformazione green e, per alcuni Stati, aumentare la spesa per la difesa). In dieci paesi, la quota della spesa sanitaria rispetto alla spesa pubblica totale era del 12% o meno nel 2022, ben al di sotto della media OCSE del 15%.
- 03** Riesaminare i confini tra spesa pubblica e privata. Nel 2022 la quota di spesa da parte dei governi o dell'assicurazione sanitaria obbligatoria nei paesi dell'OCSE era già al 76%. I tagli ai pacchetti di prestazioni o gli aumenti dei diritti di utenza possono esacerbare le disuguaglianze sanitarie...E' necessario stabilire un limite di qualità, in termini di quali siano i migliori acquisti per bilanci pubblici limitati e se è possibile apportare modifiche alle tariffe per gli utenti senza ostacolare l'accesso.
- 04** Recuperare «guadagni» in efficienza. Incrementare il value-for-money dei servizi sanitari. Guadagnare in efficienza tagliando le spese inefficaci e dispendiose, cogliendo al contempo i benefici della tecnologia e della trasformazione digitale dei sistemi sanitari, compresa l'intelligenza artificiale (AI), è un imperativo. D'altro canto le aspettative sull'entità di tali «guadagni» devono essere realistici. **Azioni volte a incoraggiare popolazioni più sane e politiche volte a ridurre fino alla metà della spesa inefficace e dispendiosa potrebbe far risparmiare fino a 1,2 punti percentuali del PIL nel 2040.**

•Nota bene:

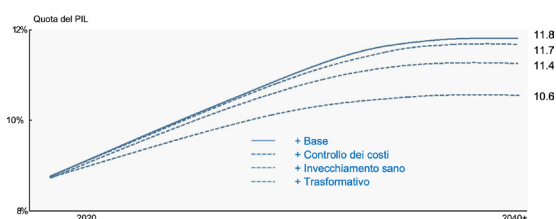
Le buone pratiche di bilancio sono fondamentali. Migliorano il modo in cui i fondi pubblici per la salute sono determinati, eseguiti e valutati.

Ciò non solo aumenta l'efficienza attuale, ma consente anche cambiamenti politici più ambiziosi a medio e lungo termine. Es. Regole chiare, meccanismi di monitoraggio e di revisione, inclusa la separazione del costo delle nuove iniziative di politica sanitaria dai costi per mantenere i servizi esistenti; spostare l'attenzione verso i risultati offre una maggiore flessibilità per le autorità sanitarie nell'uso delle risorse pubbliche, migliorando al contempo trasparenza e responsabilità dei risultati.

Le strade indicate da OCSE per l'efficienza della spesa sanitaria per la resilienza dei Servizi Sanitari

Finanziare una maggiore spesa per la resilienza: l'impatto di diversi scenari di efficienza

Nota: si presume che le spese per la resilienza raggiungano un livello massimo entro il 2035, dopodiché la spesa annuale continua per la resilienza è compensata da una riduzione della spesa sottostante in ogni scenario, in modo tale che il rapporto tra salute e PIL risulta rimanga costante.



Raggiungere un aumento dell'efficienza attraverso la riduzione di spese inefficaci e dispendiose, raccogliendo al contempo i benefici della tecnologia e della trasformazione digitale dei sistemi sanitari, compresa l'intelligenza artificiale (IA), è imperativo. In caso contrario, le aspettative circa l'entità di tali guadagni devono essere realistiche. In particolare:

- Le politiche di controllo dei costi possono produrre soltanto modesti risparmi. Se si applica alla spesa sanitaria globale, questi risparmi equivalgono a 0,1 punti percentuali del PIL.
- Le politiche che migliorano l'invecchiamento sano dovrebbero consentire risparmi leggermente maggiori, equivalenti a 0,4 punti percentuali del PIL. Sebbene siano benvenuti, questi non sono sufficienti a modificare in modo sostanziale la traiettoria ascendente della spesa sanitaria.
- Sono necessari cambiamenti più ambiziosi e trasformativi per frenare la crescita della spesa sanitaria, pur rafforzando la resilienza e mantenendo un'assistenza accessibile e di alta qualità per tutti. Se i paesi riusciranno a eliminare la metà della spesa inefficace e dispendiosa le proiezioni indicano un aumento molto più modesto della spesa sanitaria totale, pari al 10,6% del PIL nel 2040 (**un risparmio equivalente a 1,2 punti percentuali del PIL**).

Gli input dell'OCSE per raggiungere maggiore efficienza nei Servizi Sanitari e avere il maggiore impatto positivo per la sostenibilità e la riduzione dell'impatto della spesa sanitaria sul PIL¹³

- «Trovare maggiori margini di recupero in termini di efficienza può rappresentare una soluzione politicamente appetibile, ma richiede **riforme coraggiose** per garantire risparmi sostanziali sui costi. Gran parte del lavoro dell'OCSE sulla salute è orientato all'analisi di come i paesi possono aumentare il value for money all'interno dei loro sistemi sanitari. ...**Gli approcci comprovati per aumentare la produttività includono politiche sul personale sanitario, sui prodotti farmaceutici e sulle nuove tecnologie.**
- Ad esempio, leggi e regolamenti che estendono l'ambito della pratica professionale a soggetti non medici (come infermieri e farmacisti) possono produrre risparmi sui costi senza effetti negativi sulla qualità dell'assistenza (OCSE, 2020). Per **i prodotti farmaceutici, il prezzo, l'ingresso nel mercato e le normative sulla prescrizione** hanno contribuito ad aumentare la penetrazione dei farmaci generici nel mercato, riducendo così i costi. **La digitalizzazione può sostenere nuovi modelli di erogazione dell'assistenza, in**

¹³ OECD (2024), Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>

particolare sotto forma di telemedicina e strumenti robotici per alcune procedure, con un migliore utilizzo dei dati sanitari che migliora la gestione delle risorse (OCSE, 2023). Anche un'azione sul processo decisionale clinico *harmful* dovrebbe essere una priorità, **poiché le politiche volte a ridurre gli errori medici, l'uso inappropriato di antimicrobici e la variabilità ingiustificata nella pratica medica** hanno tutti un grande impatto sul miglioramento dell'efficacia della spesa sanitaria.»

Come definire, allocare e verificare le risorse per la sanità secondo OCSE¹⁴

- Nei meccanismi di budget **includere i key-stakeholders**;
- dividere il budget tra categorie e programmi;
- usare **strumenti per controllare la spesa** (regolamentazione prezzi, gestione deficit, monitoraggio e rendicontazione dell'uso dei fondi);
- **collegamento dei fondi con obiettivi sanitari strategici.**



02

Elementi di scenario

02.1

Le leve per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

02.1.1

PRIMA LEVA PER LA SOSTENIBILITÀ Allocazione e gestione delle risorse

Background

- **Gli obiettivi di 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 e l'ultimo PSN è quello 2006-2008.
- 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.
- Guardando cosa accade Oltralpe, il **Belgio** gestisce la spesa per il 70% sulla spesa retrospettiva, per il 30% basato su **demografia, mortalità, fattori socio-economici, ambiente, morbidità**. La Francia definisce 5 obiettivi e 2 sotto-obiettivi per categorie di spese corrispondenti al modo in cui i servizi sanitari sono contrattati e regolamentati (**assistenza ambulatoriale, assistenza ospedaliera, servizi per anziani, attività regionali per la salute pubblica**) e di conseguenza la spesa sulla base di prospettiva di crescita per ciascun obiettivo. **L'Inghilterra** ripartisce i fondi per **Popolazione ponderata, corretta per età e sesso, bisogni insoddisfatti (unmet need) e disuguaglianze di salute e inevitabili costi di erogazione maggiori per l'assistenza sanitaria dovuti alla dislocazione territoriale**¹⁵.
- La capacità di spesa per investimenti è molto differenziata tra le Regioni. Gli investimenti pro-capite degli enti sanitari passa-

¹⁵ Corte dei Conti – Audizione indagine conoscitiva ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico nel quadro della missione 6 del PNRR.

no dai 72 euro del Trentino Alto Adige, ai 18 euro della Campania, ai 13 euro della Calabria.

- Guardando alle risorse dell'art. 20 della L. 67/1988 restano ancora risorse pari a 10,4 miliardi da usare per la sottoscrizione di accordi. E le risorse sottoscritte rispetto alle risorse assegnate sono il 55,2%.^o
- «A fronte di fabbisogni per investimenti e attrezzatura in crescita, **le aziende sanitarie hanno fatto negli ultimi anni un crescente ricorso all'autofinanziamento. Ciò si è tradotto nell'utilizzo di risorse di parte corrente stornate per essere destinate ad investimenti.** Una soluzione che, considerando il crescere delle esigenze per la copertura dei bisogni di salute a fronte di risorse che tendono a ritornare su profili più contenuti, quali quelli precedenti la pandemia, rischia di incidere sulla qualità dei servizi. Superare le difficoltà nell'utilizzo dei fondi previsti dall'art. 20 rappresenta pertanto una priorità»¹⁶
- «Gli studi clinici portano benefici per i pazienti, anche un vantaggio economico per il Servizio Sanitario Nazionale; l'«**effetto leva**» per ogni euro investito dalle imprese del farmaco genera un beneficio complessivo per il SSN pari a 3 euro, in termini sia di spese dirette connesse allo studio sia di spese indirette per la fornitura di farmaci e la gestione dei pazienti, che si traducono in costi evitati per il soggetto pubblico»¹⁷.
- In Italia esistono **729 percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali** codificati al livello regionale, Osservatorio PDTA Net, Fondazione ReS. Il Nuovo sistema di garanzia dei LEA mostra, tra i suoi indicatori no core, **che tuttavia l'aderenza ai percorsi rappresenta un elemento di criticità.** Rispetto alla **BPCO** nel 2021 il valore mediano di aderenza per visita è stato del 42,18% (16,82 in Basilicata e oltre il 55 in Friuli Venezia Giulia e Puglia; peggio per l'aderenza ai farmaci (29,9 la mediana con aderenza più bassa in Calabria 11, 56; Piemonte 14,29). Per il PDTA nel **diabete** l'aspetto più critico è rappresentato dal controllo dell'occhio almeno una volta l'anno (17,46 % di mediana con valori più bassi in Calabria, Basilicata, Umbria e Piemonte) e solo il 26,79% per la garanzia di almeno 4 delle 5 raccomandazioni. Anche per il PDTA dello **scompenso cardiaco** il valore di aderenza più basso si riscontra nell'esecuzione di un numero adeguato di elettrocardiogrammi (valore mediano 19,35%) con valori molto bassi in Molise, Calabria, Abruzzo, PA Trento (tutti valori percentuali al di sotto del 10%).

¹⁶Corte dei Conti – Audizione indagine conoscitiva ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico nel quadro della missione 6 del PNRR.

LE AZIONI

- 01 Definire **metodologia per la determinazione del fabbisogno sanitario standard** che superi lo «storico» e la sola «negoiazione politica» e sia basata invece sui Lea da garantire effettivamente e aggiornare costantemente, sul tasso di rinuncia alle cure, sul tasso di povertà, sulle caratteristiche della popolazione, sull'epidemiologia, sull'innovazione tecnologica, su personale e infrastrutture adeguati, su standard organizzativi/strutturali/tecnologici, sulla mobilità sanitaria, sulle caratteristiche orografiche del territorio,...
- 02 Modificare i **criteri di riparto del Fondo Sanitario** incrementando la quota percentuale relativa alla **deprivazione sociale** e tenendo in considerazione le differenze regionali di spesa sanitaria privata (minore per le fasce di popolazione con redditi più bassi e laddove i Lea sono meno garantiti).
- 03 Superare l'attuale modello di riparto della cosiddetta «**quota premiale**» del **Fondo Sanitario**, perché basato su «accordi svincolati da criteri prefissati e frutto di negoziazioni tra le Regioni»¹⁸. Il suo incremento nel tempo (dallo 0,25 per cento del 2013 allo 0,4 del 2022 e allo 0,5% del 2023 e 2024) «sottrae risorse crescenti alla perequazione basata su criteri più obiettivi e trasparenti»
- 04 Incrementare le risorse destinate alla realizzazione degli **obiettivi di piano sanitario nazionale**, effettivamente agganciati ad una strategia programmatica nazionale aggiornata, riformando contestualmente la loro metodologia di definizione, verifica e di erogazione dei relativi fondi (metodologia e tempistica), introducendo l'obiettivo strutturale dell'abbattimento delle liste di attesa.
- 05 Anticipare le **tempistiche di riparto** tra le Regioni del **fabbisogno sanitario nazionale standard**, al fine di qualificare la pianificazione e la sostenibilità dei SSR.
- 06 Passare da un **sistema di remunerazione** con una tariffa per ciascuna prestazione al finanziamento del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale e dei relativi risultati di salute.
- 07 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
- 08 Avviare sperimentazioni in specifici ambiti del SSN per il superamento dell'attuale **modello di governance della spesa sanitaria basato sul tetto di spesa (silos budget)**, al fine di far transitare il SSN verso un modello di «programmazione integrata di spesa sanitaria pubblica» in grado di mettere al centro il valore delle cure e del comparto sanitario e biotecnologico per il Sistema-Paese.
- 09 Rendere indisponibili in sede di riparto del fondo sanitario le **risorse finalizzate o vincolate** alla realizzazione di specifiche misure di politica sanitaria ma non utilizzate dalle Regioni.
- 10 Agganciare il finanziamento del SSN ad una strategia pluriennale per la salute e il rafforzamento del Servizio Sanitario Pubblico, attraverso la definizione e l'approvazione di un **nuovo Piano Sanitario Nazionale**, adottato con una procedura più «forte» rispetto a quella prevista nel 2006.
- 11 Promuovere gli **investimenti in ricerca**, anche incrementando il livello di attrattività del SSN, al fine di contribuire ad un più alto livello di garanzia del diritto alla Salute, di accesso all'innovazione e di crescita economica del Paese.

¹⁸ UPB, Focus tematico n° 3 / 27 marzo 2024

02.1.2

SECONDA LEVA PER LA SOSTENIBILITÀ Monitoraggio, misurazione e valutazione

Background

Il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA è stato approvato nel 2019 ed è entrato in vigore nel 2020. Gli indicatori oggi sono troppo pochi e deboli, e questo lo rende già vecchio e superato dalla realtà dei fatti: **su 88 indicatori, solo 22 concorrono all'assegnazione del punteggio alle Regioni (indicatori "core")**. Gli indicatori utilizzati oggi sono poco sfidanti (non solo per oggetto, ma anche per modalità di calcolo) e non si integrano con altre misurazioni svolte su temi centrali per garantire i LEA e l'equità (es. Programma Nazionale Esiti).

- Rispetto al **contesto internazionale**, il numero di indicatori che utilizziamo in Italia per valutare come vengono spese le risorse del SSN ci pongono in una posizione «media» (tra 50 e 100 indicatori) insieme a Canada, Paesi Bassi e Svezia; usano tra i 100 e i 300 indicatori Australia, Messico e Nuova Zelanda; la Spagna utilizza più di 400 indicatori. Estonia, Francia, Latvia, Norvegia invece utilizzano meno di 60 indicatori°.
- Nel corso degli anni Stato e Regioni hanno approvato provvedimenti di programmazione sanitaria in diversi ambiti.
- Tuttavia che dopo l'approvazione al livello nazionale si registrano ritardi nell'implementazione sul territorio. Ne è un esempio l'entrata in vigore del Decreto Tariffe dei Nuovi LEA del 2017, che avrebbe dovuto essere emanato entro febbraio 2018 e che dovrebbe entrare in vigore dal 1 gennaio 2025.
- La mancata applicazione incide sull'equità del SSN e anche sulla stessa sostenibilità. Si pensi alle barriere all'accesso alla PMA per le coppie che hanno problemi di infertilità; tali prestazioni non sono oggi LEA nelle regioni in piano di rientro e spingono alla mobilità sanitaria.
- Il Decreto-Legge 7 giugno 2024 n. 73 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie" ha avuto un depotenziamento nella relativa Legge di conversione. Ad esempio l'impossibilità per la piattaforma nazionale di Agenas di verificare il rispetto del **divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione**, nonché la produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche. Inoltre, la piattaforma non potrà verificare il rispetto dei tempi massimi di attesa in relazione ai codici di priorità ma soltanto la loro "modulazione".
- L'introduzione di **innovazioni come quelle farmacologiche** (es. farmaci anti-HCV, immunoterapia, terapie orali anziché in infusione,...), **organizzative** (es. Chirurgia Ambulatoriale) cambiano la **configurazione dell'organizzazione sanitaria** e richiedono una revisione del modo di impiegare le risorse. Tuttavia il **SSN non si è dotato di strumenti per misurarne l'impatto**.

LE AZIONI

- 01** Rafforzare e innovare i sistemi di monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance regionali a partire dal **Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA**, attraverso:
 - l'introduzione di nuovi indicatori "core" (nuovi lea, liste di attesa, DM 77/2022, innovazione tecnologica, personale, Pronto soccorso, MMG/PLS, rinuncia alle cure, PDTA, sanità digitale,...);
 - meccanismi di calcolo più penetranti, anche superando il dato esclusivamente regionale e misurando le realtà intraregionali;
 - una nuova governance in grado di garantire un aggiornamento dinamico, costante e veloce di tutti gli indicatori (core e no-core), nonché una pubblicazione più tempestiva dei relativi risultati;
 - L'implementazione del sistema dei Piani di rafforzamento dei Lea critici (Patto salute 2019-2021)
- 02** Ammodernare il **sistema degli adempimenti Lea**, prevedendo un aggiornamento più dinamico degli adempimenti, nuovi meccanismi di valutazione, a partire da quelli relativi al "mantenimento erogazione Lea", alle «liste di attesa», al fascicolo Sanitario elettronico, all'implementazione di Accordi Stato-Regioni successivi al 2001, nonché una più rapida tempistica di verifica e pubblicazioni dei risultati.
- 03** Valorizzare e rafforzare la **Piattaforma sulle liste di attesa dell'Agenas** assegnandole il compito di monitorare le agende di prenotazione chiuse/bloccate, nonché il rispetto dei tempi massimi di attesa per codici di priorità.
- 04** Valorizzare maggiormente il **Piano nazionale esiti (PNE)** dell'Agenas all'interno del Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea del Ministero della Salute, nonché rafforzarlo mediante lo sviluppo di un set di indicatori specifici per la valutazione degli esiti dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.
- 05** Promuovere **sistemi istituzionali misurazione dell'impatto dell'implementazione delle innovazioni tecnologiche, farmacologiche, organizzative e professionali** in termini di sviluppo di efficienze per il SSN, al fine di recuperarne e valorizzarne le eventuali economie correlate. E' uno dei fronti di concreta collaborazione pubblico-privato.

02.1.3

TERZA LEVA PER LA SOSTENIBILITÀ

Innovazione dell'organizzazione della governance

Background

- Il PNRR prima e il Programma EU4Health poi, istituito dal Regolamento UE 2021/522, impegna anche l'Italia verso «**la trasformazione digitale dei sistemi sanitari**».
- Continua a **crescere in Italia la spesa per la sanità digitale**; nel 2023 è stata pari a 2,2 miliardi di euro (+22% rispetto al 2022). Il 63% delle strutture sanitarie, nonostante l'aumento nella spesa complessiva, vede ancora la disponibilità di risorse economiche come la barriera più significativa all'innovazione digitale¹⁹.
- Tra coloro che hanno già utilizzato strumenti di Telemedicina, solo il 10% afferma che nella struttura sanitaria di riferimento sono stati **definiti i ruoli** che concorrono all'erogazione dei servizi e solo il 24% è stato formato sull'utilizzo di queste soluzioni¹⁹.
- Tra le aree di intervento OCSE per il value for money individua «leggi e regolamenti che estendono l'ambito della pratica professionale a soggetti non medici (come infermieri e farmacisti) possono produrre risparmi sui costi senza effetti negativi sulla qualità dell'assistenza (OCSE, 2020), e la **digitalizzazione che può sostenere nuovi modelli di erogazione dell'assistenza**, in particolare sotto forma di telemedicina e strumenti robotici per alcune procedure.
- Il NSG dei LEA mostra che le aree di vulnerabilità del SSN sono concentrate **nell'area della prevenzione (7 regioni inadempienti nel 2022) e in quella distrettuale (5 regioni inadempienti)**. Questo si rispecchia in una esperienza migliore per i cittadini nell'alta specialità e in una frammentarietà e disorganizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura sul territorio.
- «Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede lo sviluppo della sanità territoriale, che richiede non solo strutture ma anche **risorse umane adeguate, difficili da reperire**. La recente riduzione delle risorse per nuove strutture ospedaliere potrebbe limitare altri investimenti nel settore e rallentare la realizzazione degli interventi.»²⁰
- In Italia la dotazione complessiva di medici nel 2022 è pari a 4,2 per 1.000 abitanti (0,2 punti in più rispetto al 2019); per il personale infermieristico siamo 6,8 per 1.000 nel 2022 (0,4 punti in più rispetto al 2019). **Mancano 65.000 infermieri** (di cui 20mila infermieri di famiglia e comunità) e **medici in alcune aree spe-**

¹⁹ Osservatorio Sanità Digitale della School of Management del Politecnico di Milano, 2024

²⁰ Corte dei Conti – Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province autonome 2020-2023

cialistiche (es. medicina generale, urgentisti, radioterapisti, microbiologi, anatomopatologi, palliativisti, etc.). L'Oms avverte che se non si riuscirà ad invertire la tendenza, tra soltanto sei anni mancheranno in Europa 2,3 milioni di infermieri, oltre a 600 mila medici e a 1,1 milioni di operatori socio assistenziali.²¹

- **Il procurement di beni e servizi in ambito sanitario** rappresenta un terzo del totale di tutta la spesa pubblica per beni e servizi ²². Il costo sostenuto per i servizi c.d. appaltati dal SSN ammonta a circa 5,8 €/mld (il 4,9% circa del totale dei costi SSN) di cui Pulizia (circa 1.182 €/Mln); Ristorazione (circa 755 €/Mln); Lavanderia (circa 501 €/Mln); Smaltimento rifiuti (circa 191 €/Mln); Manutenzione apparecchiature elettromedicali (circa 912 €/Mln). Questi servizi rappresentano circa il 61% del totale dei costi dei servizi appaltati.²³

LE AZIONI

- 01** Reingegnerizzare il **modello di funzionamento delle aziende sanitarie**, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del SSN al fine di garantirne maggiore velocità di azione, flessibilità e **concorrenzialità**, anche intervenendo su rigidità normative e contrattuali.
- 02** Definizione di un programma strategico e pluriennale di interventi (retributivi, formativi, assunzionali, responsabilità e competenze, ...) e relativi finanziamenti in materia di valorizzazione, sviluppo e attrattività del **personale del SSN** (sanitario, sociosanitario, amministrativo, management, ...).
- 03** Approvare la **metodologia per la definizione del fabbisogno di personale** degli enti del SSN ai sensi dell'art. 5 comma 2 della Legge 29 luglio 2024, n. 107.
- 04** Attuare tempestivamente e in tutte le Regioni il **DM 77/2022** e le misure previste dal PNRR in materia di **sanità digitale** (FSE e Telemedicina).
- 05** Aggiornare, finanziare e attuare il **Piano nazionale della cronicità**, introducendo nella parte seconda anche nuove patologie come la psoriasi e nuove cronicità (es. oncoematologiche), nonché rafforzandone il sistema di monitoraggio.
- 06** Garantire qualità, sicurezza, personalizzazione e continuità terapeutica nelle procedure di **aggregazione della domanda**.

²¹ «Il contributo dei Soggetti Aggregatori nel processo di aggregazione della spesa nel comparto sanità» Americo Cicchetti Direttore Generale - Direzione Generale della Programmazione e dell'edilizia sanitaria 13 giugno 2024

²² <https://www.consip.it/media/approfondimenti/innovazione-e-qualita-l-approccio-consip-alla-spesa-sanitaria> (ultimo accesso 05/11/2024)

²³ «Il contributo dei Soggetti Aggregatori nel processo di aggregazione della spesa nel comparto sanità» Americo Cicchetti Direttore Generale - Direzione Generale della Programmazione e dell'edilizia sanitaria 13 giugno 2024

02.1.4

QUARTA LEVA PER LA SOSTENIBILITÀ

Aggiornamento dinamico dei Lea

Background

- Al 31 dicembre 2023 l'ammontare dei finanziamenti previsti dalla legge per l'aggiornamento delle tariffe di protesica e specialistica legato al Dpcm del 2017 è stato pari a 3,046 miliardi, a cui si aggiungono 400 milioni destinati a un ulteriore aggiornamento, per un totale di 3,446 miliardi. Risorse date alle Regioni ma non spese per queste finalità.
- La lettera firmata dal Ragioniere generale dello Stato in occasione del rinvio entrata in vigore decreto tariffe al 2025 sottolinea che **l'adozione del decreto tariffe è importante perché un ulteriore posticipo «consoliderebbe le disparità assistenziali che attualmente si registrano nei territori regionali»** responsabili anche di flussi di mobilità sanitaria verso le regioni che assicurano già tali prestazioni. Per questo chiedeva di rendere indisponibili quelle risorse, pari a 631 milioni per il 2024 e a 781 milioni a decorrere dal 2025, fino al loro effettivo impiego per le finalità indicate dalle norme e limitatamente agli impatti finanziari associati.
- A partire da febbraio 2018, sono saltati almeno 5 aggiornamenti annuali dell'elenco dei LEA (che avrebbero dovuto garantire più appropriatezza ed eliminare le prestazioni obsolete) da realizzarsi entro il 28 febbraio di ogni anno.
- Nel corso dell'ultimo anno la Commissione Lea ha proseguito nell'esame delle richieste di aggiornamento pervenute tramite il portale del ministero della Salute da parte di società scientifiche, ordini professionali, Regioni e aziende sanitarie per approvarne 9 isorisorse e 12 che comportano oneri per la finanza pubblica. La Commissione ha quindi formulato due proposte che sono confluite nella complessiva proposta di aggiornamento del Dpcm 12 gennaio 2017 ²⁴

LE AZIONI

- 01 Aggiornare annualmente i **Livelli Essenziali di Assistenza** (Lea), utilizzando i fondi stanziati ad hoc nelle diverse Leggi di Bilancio.
- 02 Modificare l'attuale procedura di aggiornamento dei Lea, rendendola più snella, dinamica, partecipata e al passo coi tempi.
- 03 Promuovere la definizione, l'implementazione e il monitoraggio di standard assistenziali, strutturali, organizzativi e tecnologici negli ambiti che attualmente ne sono scoperti.

²⁵ Corte dei Conti

02.1.5

QUINTA LEVA PER LA SOSTENIBILITÀ Governo delle liste di attesa

Background

- Il 7,6% dell'intera popolazione nel 2023, (era 7% nel 2022) ha rinunciato alle cure: circa **4,5 mln di cittadini**.²⁴
- Il 4,5% della popolazione complessiva nel 2023 rinuncia per le lunghe liste di attesa; il 4,2% per motivi economici.²⁴
- Rinunciano di più le **donne** (9% rispetto a 6,2% uomini), gli **adulti** (l'11,1% tra i 55-59enni) e gli **anziani** di 75 anni e più (9,8%).²⁴
- **Sono poche le regioni che nel 2023 tornano a livelli più bassi del 2019**, sebbene qualcuna sia anche riuscita a ridurli ulteriormente. Nel Mezzogiorno, la Calabria ha ridotto la quota di persone che rinunciano a prestazioni rispetto al 2019 (-3 p.p.), con livelli di consumo di servizi sanitari già molto più contenuti rispetto al resto delle regioni (nel 2019 era seconda solo alla Sardegna). La Sardegna, con i più alti tassi di rinuncia già nel 2019 (11,7%), continua ad aumentarli (13,7% nel 2023), pur avendo parzialmente recuperato il livello più elevato mai raggiunto da nessuna regione nel 2021, ossia il 18,3%. Tra le regioni del Centro, a parte la Toscana che torna al valore del 2019, il Lazio raggiunge il 10,5% (era 6,9% nel 2022 e 7,6% nel 2019) e le Marche il 9,7% (era circa il 7% sia nel 2022 sia nel 2019). Nel Nord il tasso di rinuncia maggiore si registra in Piemonte con l'8,8%, seguito dalla Liguria, con il 7,8% (entrambe le regioni aumentano di 3 p.p. rispetto al 2019).»
- Nel 2023, le **disuguaglianze sociali** per rinuncia a prestazioni mostrano differenziali minori rispetto al periodo pre-COVID e **si annullano del tutto tra gli adulti di 45-64 anni**: 10,4% tra coloro che hanno solo il titolo di studio della scuola dell'obbligo e 10,6% tra chi ha conseguito almeno una laurea.²⁵
- Il NSG dei LEA prevede **due soli indicatori dedicati al governo delle liste di attesa**: uno nel sottoinsieme Core (D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B); l'altro nel sottoinsieme No Core (D11Z % - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D).
- La Legge 29 luglio 2024, n. 107 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante **misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie**" fa registrare ritardi. Al 30 settembre mancavano all'appello 3 Decreti attuativi (piattaforma nazionale; Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione (MCS); piano d'azione finalizzato al raf-

²⁵ Rapporto Istat sul BES, 2023

forzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio delle Regioni destinatarie del Programma nazionale Equità (riduzione delle disuguaglianze)). Si aggiunge anche il DPCM sui poteri sostitutivi dello Stato nei confronti delle Regioni inadempienti.

- Indicatori di **qualità e sicurezza delle cure** sono parte integrante del monitoraggio SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) ed i suoi tre livelli di intervento (monitoraggio, raccomandazioni e formazione del personale). Tuttavia né gli indicatori SIMES sul tema del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti né l'attuazione della Legge Gelli/Bianco sono oggetto di monitoraggio del NSG dei LEA.
- Tra gli indicatori No Core del NSG – area ospedaliera – rientra invece l'H016S (Frequenza di infezioni post-chirurgiche).

LE AZIONI

- 01** 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.
- 02** Integrare il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA con ulteriori specifici e più robusti indicatori "Core" di monitoraggio e valutazione.
- 03** Emanare tutti i **decreti attuativi delle legge sulle liste di attesa** (Legge 29 luglio 2024, n. 107).
- 04** Rafforzare la piattaforma sulle liste di attesa dell'Agenas assegnandole il compito di monitorare le agende di prenotazione chiuse/bloccate, nonché il rispetto dei tempi massimi di attesa per codici di priorità.
- 05** Promuovere **l'appropriatezza prescrittiva e organizzativa** anche attraverso la valorizzazione e il potenziamento del Sistema nazionale Linee Guida (SNLG) attento non solo alle implicazioni di carattere medico-legale, ma anche alla sostenibilità e del sistema delle buone pratiche cliniche assistenziali dell'ISS.

02.1.6

SESTA LEVA PER LA SOSTENIBILITÀ.

Qualità dei processi decisionali

Background

- Nella prima metà del 2024 la Corte Costituzionale registra circa **40 ricorsi delle Regioni nei confronti dello Stato e di questi oltre la metà riguardano la materia sanitaria**.
- Sulla **riforma del territorio**, ovvero il DM 77, è stato espresso parere negativo proprio da queste ultime nel 2022. Dopo la mancata Intesa si è proceduto con la Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale».
- Esistono ancora Prontuari Terapeutici Ospedalieri Regionali (PTOR) vincolanti, che incidono sull'unitarietà del sistema farmaceutico. Nemmeno la riforma dell'Agenzia Italiana del Farmaco e i successivi provvedimenti individuano interventi specifici nei confronti delle Regioni, come ad esempio **l'abrogazione dei Prontuari Regionali vincolanti e/o l'attivazione di un sistema di monitoraggio/valutazione dei tempi** e dell'equità di accesso ai farmaci nelle Regioni. Lo stesso Rapporto sulle tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci curato periodicamente dall'Aifa non fa riferimento alle tempistiche di accesso regionali.
- Il Regolamento (UE) 2021/2282 relativo alla **valutazione delle tecnologie sanitarie** (HTA), e l'atto implementativo del 23 maggio 2024 agli articoli 9 e 14 prevede la possibilità per i pazienti di fornire contributi sulla proposta consolidata di ambito di valutazione e sulle bozze della relazione di valutazione congiunta e della relazione di sintesi. In Italia in ambito delle politiche del farmaco i rappresentanti delle **Associazioni di pazienti** non figurano tra i componenti della stessa Commissione Scientifico-Economica del farmaco dell'AIFA, ma il loro punto di vista, che può (anziché deve) essere richiesto dalla Commissione ai sensi dell'art. 11 del suo Regolamento ha 'natura esclusivamente informativa'. Non è obbligatorio, non è vincolante e non è necessario da parte dell'Aifa 'render conto' di un suo eventuale scostamento nella decisione. Allo stesso regime sono sottoposti i pareri espressi dalle **società scientifiche**.

01 Garantire il più alto livello di qualità dei **processi decisionali in sanità** attraverso:

- la rilettura del principio di **leale collaborazione tra lo Stato e le Regioni**, volto a garantire una migliore condivisione delle scelte e una maggiore velocità delle decisioni e della loro implementazione;
- la centralità delle **evidenze** e della **trasparenza** dei processi;
- un maggior coinvolgimento delle **Associazioni di pazienti** e di tutti gli altri **stakeholder**.

02.1.7

SETTIMANA LEVA PER LA SOSTENIBILITÀ

Consapevolezza del valore del SSN

Background

- **Il 23% degli italiani ha un livello di Health Literacy 'inadeguato', il 35% 'problematico', il 34% 'sufficiente' e il 9% 'eccellente'.** Difficoltà anche nel reperire, comprendere, valutare e prendere decisioni in base alle informazioni sulla salute disponibili: per il 6% è 'molto difficile', per il 25% 'difficile', per il 52% 'facile' e per il 17% 'molto facile'. (Dati secondo studio europeo sull'alfabetizzazione sanitaria (HLS19))²⁴
- La fiducia nelle istituzioni e nei professionisti della salute sono un presupposto per la sostenibilità.
- **Negli ultimi anni, l'indicatore sulla fiducia nei confronti dei medici e dell'altro personale sanitario mostra un peggioramento.** Il punteggio medio (in una scala da 0 a 10) per i medici è passato da 7,3 nel 2021 a 6,9 nel 2023 e, analogamente, per il personale sanitario non medico da 7,2 a 6,8. Diminuzione più accentuata del punteggio medio nel Mezzogiorno (da 7,1 a 6,7 per i medici, da 6,9 a 6,5 per altro personale sanitario), che già presentava valori più bassi nel 2021. PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana e Marche raggiungono i livelli più elevati di fiducia per entrambe le professioni sanitarie. Campania e Basilicata sono le regioni con la quota più bassa di persone che esprimono molta fiducia nei professionisti sanitari. Punteggi compresi tra 0 e 5 sono stati assegnati più frequentemente dai residenti in Valle d'Aosta, Calabria, Sicilia e Sardegna per il personale medico; Sicilia, Calabria, Campania e Molise per il personale sanitario non medico. Livelli di fiducia più bassi registrano nelle regioni con più difficoltà a garantire i LEA.

01 Sviluppare programmi, campagne ed iniziative tese a promuovere un maggior livello di consapevolezza sul **valore positivo del SSN** da parte dei cittadini (a partire dalle scuole), nonché sul ruolo che quest'ultimi possono e devono giocare per tutelare la propria salute e garantirne la sostenibilità.

03

**Quando il SSN può
definirsi sostenibile**



Un aumento di risorse del SSN ad invarianza di correttivi e riforme di politica sanitaria rischia di



Quando il SSN può definirsi sostenibile? Cos'è la sostenibilità?

- se in grado di rispondere tempestivamente alla domanda appropriata di salute su tutto il territorio nazionale. In continua evoluzione;
- se in grado di garantire effettività ai diritti dei pazienti;
- se in grado di attrarre adeguatamente il capitale umano indispensabile per farlo funzionare;
- se in grado di riformarsi periodicamente guardando alle innovazioni che intervengono e alla domanda di assistenza che cambia;
- se in grado di fare tutto con una gestione rigorosa delle risorse.

SALUTE^{EQ}UITÀ[®]

Con il contributo non condizionato di:

Silver partner



Bronze partner



Other partner



Impaginazione e grafica a cura di

