



LEVE PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SSN

Report

A cura di:

Tonino Aceti, Sabrina Nardi, Paolo del Bufalo, Maria Pia Ruggieri

Con il contributo non condizionato di

Silver partner



Bronze partner



Other partner



Supporto tecnico



© Salutequità, 19 novembre 2024 Attribuzione: «Leve per la sostenibilità» – Disponibile su www.salutequita.it Questo documento è distribuito con licenza Creative Commons Attribuzione – Non commerciale. È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte.

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.**

01

Elementi di scenario

Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile

**Cornice internazionale
che impegna l'Italia**



Approccio One Health per un futuro salutare e sostenibile

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).

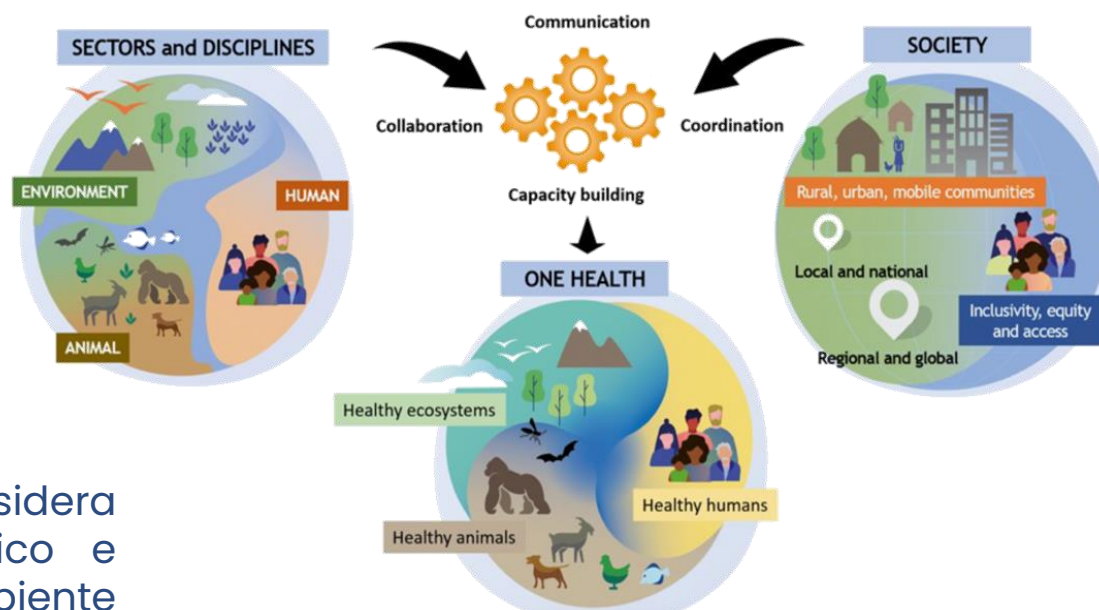


FIGURE 1: ONE HEALTH PROMOTES A SUSTAINABLE AND HEALTHY FUTURE THROUGH COLLABORATION, COMMUNICATION, COORDINATION AND CAPACITY BUILDING

Tutti i servizi sanitari sono sotto pressione finanziaria

- 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.



La sostenibilità del SSN e l'impatto sull'equità

«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.»

Sulle risorse per il SSN

«**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.»

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

«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**".

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

La Corte costituzionale ha, in plurime occasioni, statuito che l'art. 20 del d.lgs. n. 118/2021 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"**»

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

«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

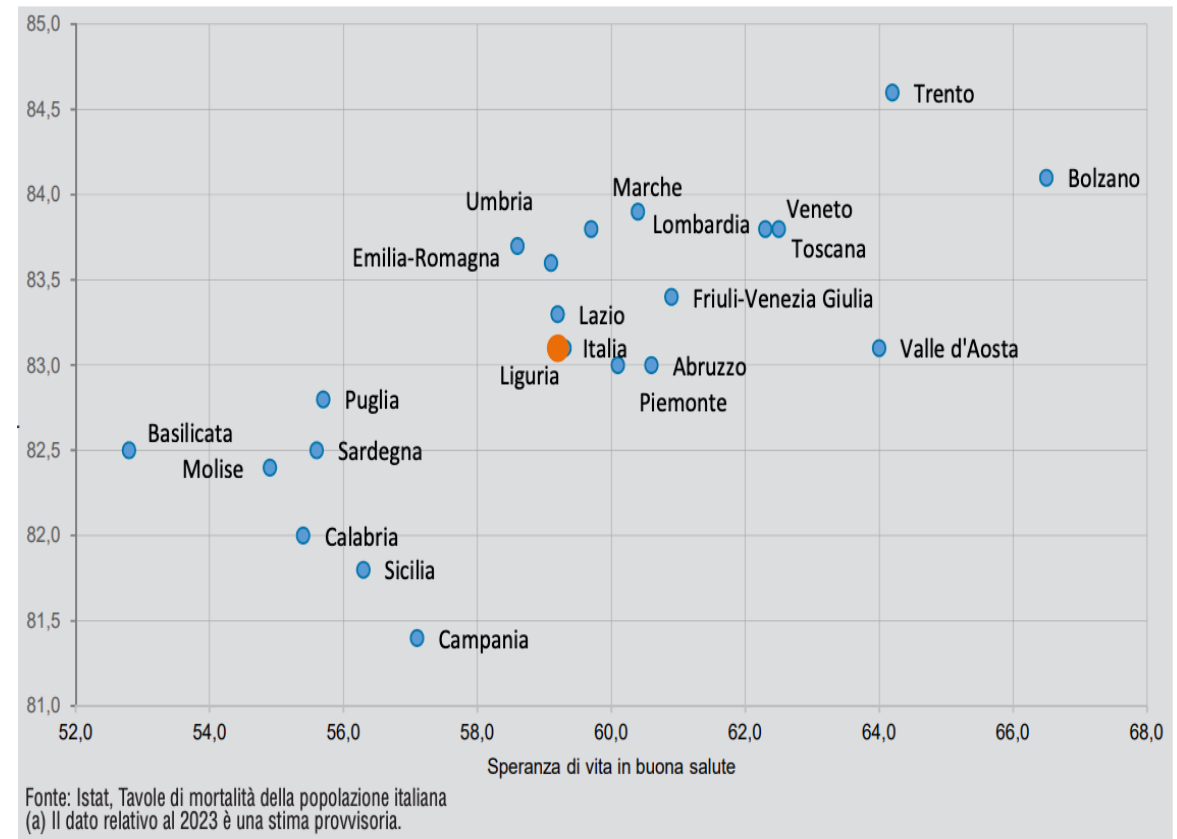
In rosa i valori inferiori a 60 punti (soglia di sufficienza), in verde i valori uguali o superiori.

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

Così come con disuguaglianze per la salute dei cittadini

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



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

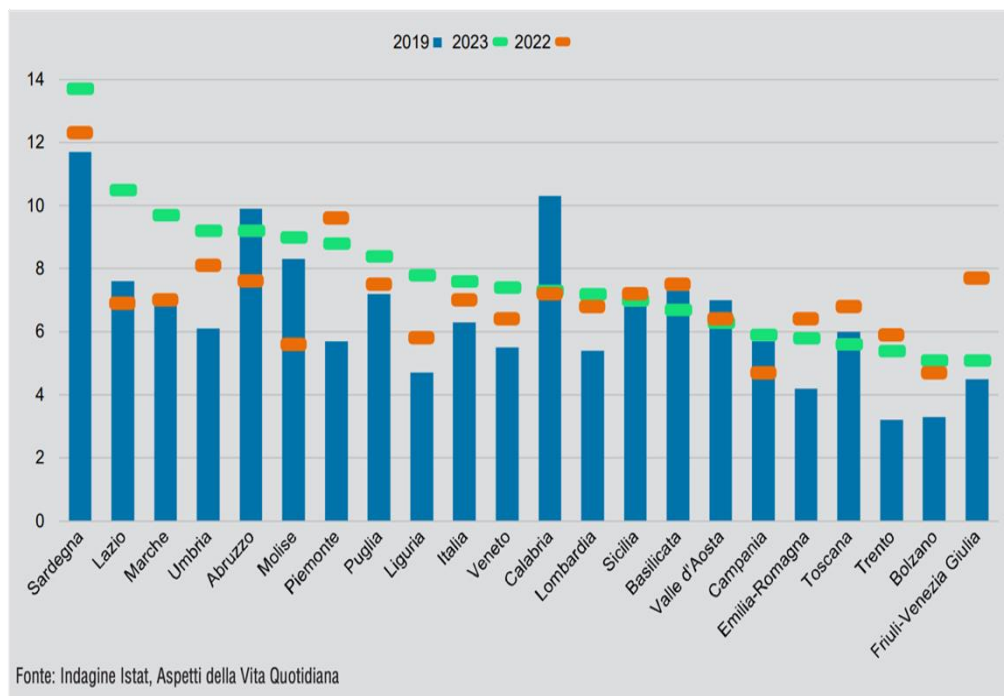
Perché concentrarsi su sostenibilità ed equità del SSN

**Tassi standardizzati di
mortalità prevenibile,
trattabile ed evitabile,
per genere e Regione.
Decessi per 10.000
abitanti – Anno 2019**

	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.

4.5 milioni di cittadini rinunciano alle cure



- Il 7,6% dell'intera popolazione nel 2023, (era 7% nel 2022) ha rinunciato alle cure: **circa 4,5 mln di cittadini**.
- Il 4,5% della popolazione complessiva nel 2023 rinuncia per le lunghe liste di attesa; il 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.

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-sanitari

- Il 41,3% è libero da patologie croniche con valori peggiori al sud (Basilicata, Calabria, Campania) e in Umbria. **Il 58,8% ha almeno una patologia cronica e il 23,2% degli over 65, con picchi del 34,1% in Campania.**
- Il 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).
- Il 13,6% 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 Paese

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: da circa 59 milioni al 1° gennaio 2023 a 58,6 mln nel 2030, a 54,8 mln nel 2050 fino a 46,1 mln 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.

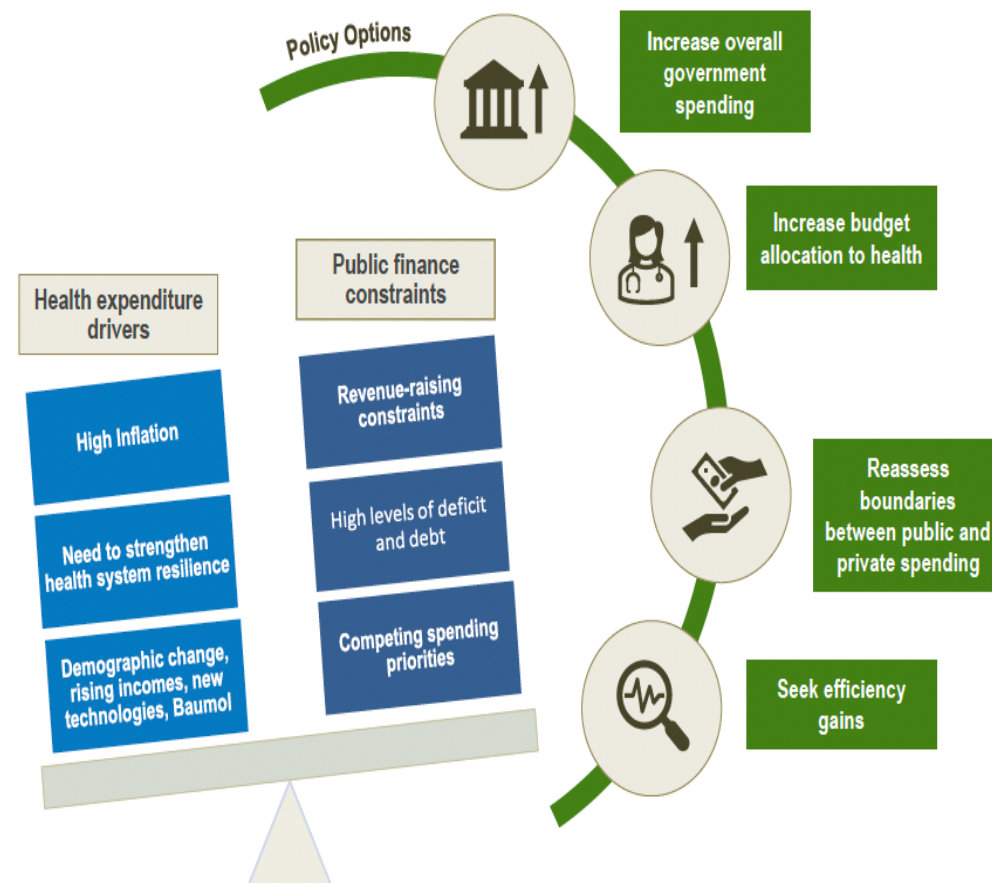
Sulle risorse per il SSN

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. The challenge of raising sufficient funds for health within public finance constraints



Sostenibilità fiscale 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%.

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.

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.**

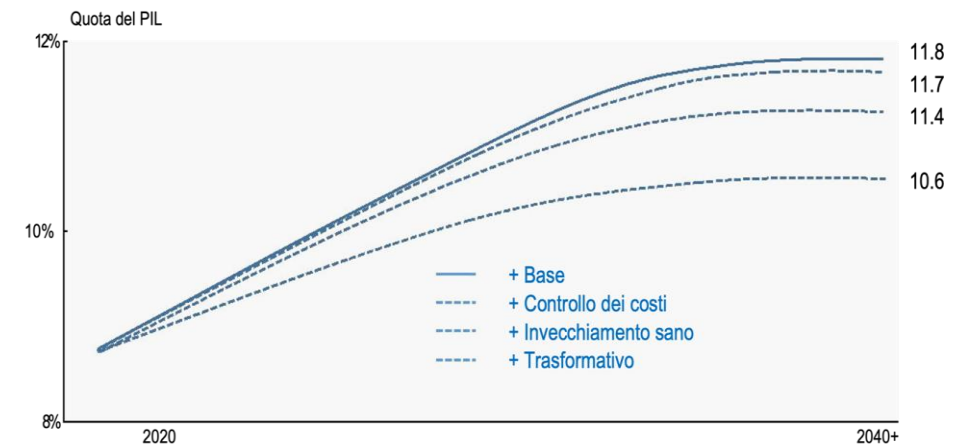
Le strade indicate da OCSE per l'efficienza della spesa sanitaria per la resilienza dei Servizi Sanitari

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)**.

Figura 1.7. 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 risultante rimanga costante. Fonte: calcoli degli autori.

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 PIL

«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 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).»

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

- Come collegare le risorse agli **obiettivi di salute**.



- Come assicurare che le risorse sono state usate appropriatamente e efficacemente.
- Come le risorse possono essere usate più efficacemente nel ciclo di «bilancio» successivo

- Come dovrebbe essere determinato il livello di spesa pubblica e l'allocazione delle risorse per la sanità.

- 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.

- Come assicurare l'effettiva esecuzione di quanto previsto nel bilancio

02

Le sette leve per la
sostenibilità del SSN

- 02.1 **Prima leva:** Allocazione e gestione delle risorse
- 02.2 **Seconda leva:** Monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance
- 02.3 **Terza leva:** Innovazione nell'organizzazione e nella governance
- 02.4 **Quarta leva:** Aggiornamento dinamico dei LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
- 02.5 **Quinta leva:** Governo delle liste di attesa
- 02.6 **Sesta leva:** Qualità dei processi decisionali per equità e la sostenibilità del SSN
- 02.7 **Settima leva:** Consapevolezza del valore del SSN

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»* (Fonte: UPB, Focus tematico n° 3 / 27 marzo 2024). 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»* (Fonte: UPB, Focus tematico n° 3 / 27 marzo 2024).

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.

- 02.1 **Prima leva:** Allocazione e gestione delle risorse
- 02.2 **Seconda leva:** Monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance
- 02.3 **Terza leva:** Innovazione nell'organizzazione e nella governance
- 02.4 **Quarta leva:** Aggiornamento dinamico dei LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
- 02.5 **Quinta leva:** Governo delle liste di attesa
- 02.6 **Sesta leva:** Qualità dei processi decisionali per equità e la sostenibilità del SSN
- 02.7 **Settima leva:** Consapevolezza del valore del SSN

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 **Prima leva:** Allocazione e gestione delle risorse
- 02.2 **Seconda leva:** Monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance
- 02.3 **Terza leva:** Innovazione nell'organizzazione e nella governance
- 02.4 **Quarta leva:** Aggiornamento dinamico dei LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
- 02.5 **Quinta leva:** Governo delle liste di attesa
- 02.6 **Sesta leva:** Qualità dei processi decisionali per equità e la sostenibilità del SSN
- 02.7 **Settima leva:** Consapevolezza del valore del SSN

AZIONI

01

A 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**.

- 02.1 **Prima leva:** Allocazione e gestione delle risorse
- 02.2 **Seconda leva:** Monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance
- 02.3 **Terza leva:** Innovazione nell'organizzazione e nella governance
- 02.4 **Quarta leva:** Aggiornamento dinamico dei LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
- 02.5 **Quinta leva:** Governo delle liste di attesa
- 02.6 **Sesta leva:** Qualità dei processi decisionali per equità e la sostenibilità del SSN
- 02.7 **Settima leva:** Consapevolezza del valore del SSN

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.

- 02.1 **Prima leva:** Allocazione e gestione delle risorse
- 02.2 **Seconda leva:** Monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance
- 02.3 **Terza leva:** Innovazione nell'organizzazione e nella governance
- 02.4 **Quarta leva:** Aggiornamento dinamico dei LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
- 02.5 **Quinta leva:** Governo delle liste di attesa
- 02.6 **Sesta leva:** Qualità dei processi decisionali per equità e la sostenibilità del SSN
- 02.7 **Settima leva:** Consapevolezza del valore del SSN

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 **Prima leva:** Allocazione e gestione delle risorse
- 02.2 **Seconda leva:** Monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance
- 02.3 **Terza leva:** Innovazione nell'organizzazione e nella governance
- 02.4 **Quarta leva:** Aggiornamento dinamico dei LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
- 02.5 **Quinta leva:** Governo delle liste di attesa
- 02.6 **Sesta leva:** Qualità dei processi decisionali per equità e la sostenibilità del SSN
- 02.7 **Settima leva:** Consapevolezza del valore del SSN

AZIONI

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 **Prima leva:** Allocazione e gestione delle risorse
- 02.2 **Seconda leva:** Monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance
- 02.3 **Terza leva:** Innovazione nell'organizzazione e nella governance
- 02.4 **Quarta leva:** Aggiornamento dinamico dei LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
- 02.5 **Quinta leva:** Governo delle liste di attesa
- 02.6 **Sesta leva:** Qualità dei processi decisionali per equità e la sostenibilità del SSN
- 02.7 **Settima leva:** Consapevolezza del valore del SSN

AZIONI

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.

Nella **legge di Bilancio** in discussione stiamo attivando queste leve?

≡ Risorse e obiettivi di Piano

≡ Accesso e liste d'attesa

≡ Innovazione

≡ Capitale Umano

≡ Monitoraggio e Valutazione

≡ Umanizzazione

03

Quando il SSN può
definirsi sostenibile

SALUTE  **QUITÀ** [®]

Un aumento di risorse del SSN ad invarianza di correttivi e riforme di politica sanitaria rischia di essere una scelta inefficiente ed inefficace

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[®]QUITÀ

Con il contributo non condizionato di

Silver partner



Bronze partner



Other partner



Supporto tecnico



SALUTE EQUITÀ[®]

Con il contributo non condizionato di

Silver partner



Bronze partner



Other partner



Supporto tecnico

