

2023

6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Presentato a Roma, 10 ottobre 2023
Sala Capitolare di Palazzo della Minerva,
Senato della Repubblica



6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Presentato a Roma, 10 ottobre 2023
Sala Capitolare di Palazzo della Minerva,
Senato della Repubblica

AUTORI

Nino Cartabellotta, Marco Mosti, Elena Cottafava, Roberto Luceri

CITAZIONE

6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 10 ottobre 2023.
Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/6-rapporto. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

CONFLITTI DI INTERESSE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione non-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel Rapporto.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente rapporto.

L'ultimo aggiornamento di dati, fonti e normative è stato effettuato il 29 settembre 2023.

© Fondazione GIMBE, ottobre 2023.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

*Il Servizio Sanitario Nazionale è stato, ed è, un grande motore di giustizia,
un vanto del sistema Italia.
Che ha consentito di aumentare le aspettative di vita degli italiani, ai più alti livelli mondiali.
Non mancano difetti e disparità da colmare.
Ma si tratta di un patrimonio da preservare e da potenziare.*

Sergio Mattarella
Presidente della Repubblica
31 dicembre 2018

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY	I-VI
PREMESSA.....	1
CAPITOLO 1 Introduzione.....	4
CAPITOLO 2 Il finanziamento pubblico.....	11
2.1. 2010-2019: la stagione dei tagli.....	12
2.2. 2020-2022: la stagione della pandemia.....	13
2.3. 2023-2026: il presente e il futuro prossimo.....	15
CAPITOLO 3 La spesa sanitaria	22
3.1. Spesa sanitaria pubblica.....	25
3.2. Spesa sanitaria privata.....	31
3.3. Benchmark internazionali.....	37
3.4. Il <i>value</i> della spesa sanitaria.....	45
CAPITOLO 4 I Livelli Essenziali di Assistenza.....	54
4.1. Modalità di erogazione dei LEA.....	55
4.2. Aggiornamento dei LEA.....	57
4.3. Esigibilità dei nuovi LEA	63
4.4. Monitoraggio dei LEA	65
CAPITOLO 5 L'autonomia differenziata	87
5.1. Tappe dell'autonomia differenziata	88
5.2. Maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto	92
5.3. Survey GIMBE sul regionalismo differenziato	96
5.4. Considerazioni conclusive.....	98
CAPITOLO 6 Il personale sanitario.....	100
6.1. Fonti dati	100
6.2. Personale dipendente.....	107
6.3. Medici di Medicina Generale	116

6.4. Pediatri di Libera Scelta.....	124
CAPITOLO 7 La Missione Salute del PNRR	129
7.1. Struttura, obiettivi e scadenze	131
7.2. Criticità di attuazione.....	136
7.3. Stato di avanzamento.....	142
7.4. Proposta di rimodulazione.....	145
7.5. Considerazioni conclusive.....	151
CAPITOLO 8 Il Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale.....	152

EXECUTIVE SUMMARY

Nel **CAPITOLO 1** viene analizzato “lo stato di salute” del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a partire dalle “patologie multiple” già identificate nel 2019 dal 4° Rapporto GIMBE: defianziamento pubblico, ampliamento del “paniere” dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sprechi e inefficienze, espansione incontrollata del secondo pilastro. Oltre ai “fattori ambientali” che peggiorano lo stato di salute del SSN: ovvero la (non sempre) leale collaborazione Stato-Regioni a cui è affidata la tutela della salute e le aspettative irrealistiche di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile. La “diagnosi” e la “prognosi” vengono rivalutate al 2023 tenendo conto sia dell’impatto della pandemia, sia delle azioni intraprese e mancate.

Il **CAPITOLO 2**, dedicato al **finanziamento pubblico**, documenta che il fabbisogno sanitario nazionale (FSN) dal 2010 al 2023 è aumentato complessivamente di € 23,3 miliardi, in media € 1,94 miliardi l’anno, ma con trend molti diversi tra il periodo pre-pandemico, pandemico e post-pandemico. Durante la **stagione dei tagli (2010-2019)** alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi, con un aumento complessivo del FSN di soli € 8,2 miliardi in 10 anni, pari ad una crescita media dello 0,9% annuo, un tasso inferiore a quello dell’inflazione media annua (1,15%). Negli **anni della pandemia (2020-2022)** il FSN è aumentato complessivamente di € 11,6 miliardi, crescendo in media del 3,4% annuo. Inoltre, da marzo 2020 a settembre 2022 sono stati emanati 13 decreti legge che hanno stanziato risorse per la gestione dell’emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici, per complessivi € 11.584,3 milioni: di questi, € 5.506 milioni hanno incrementato il FSN e € 6.078,3 milioni sono stati utilizzati per altre spese conseguenti all’emergenza. Queste risorse sono state tuttavia interamente assorbita dalla gestione della pandemia, senza permettere alcun rafforzamento strutturale del SSN. **Per il triennio 2023-2026** la Legge di Bilancio 2023 ha incrementato il FSN per gli anni 2023, 2024 e 2025, rispettivamente di € 2.150 milioni (di cui € 1.400 destinati alla copertura dei maggiori costi energetici), € 2.300 milioni e € 2.600 milioni. Dal punto di vista previsionale, la Nota di Aggiornamento del DEF (NaDEF) 2023, approvata lo scorso 27 settembre, peggiora il quadro tendenziale della spesa sanitaria rispetto al DEF di aprile: il rapporto spesa sanitaria/PIL precipita dal 6,6% del 2023 al 6,2% nel 2024 e nel 2025, e poi ancora al 6,1% nel 2026. In termini assoluti, nel triennio 2024-2026 la NaDEF stima un incremento della spesa sanitaria di soli € 4.238 milioni (+1,1%).

Il **CAPITOLO 3** analizza la **spesa sanitaria** utilizzando il sistema dei conti ISTAT-SHA. Nel 2022 la spesa totale ammonta a € 171.867 milioni così ripartiti: € 130.364 milioni di spesa pubblica (75,9%), € 41.503 milioni di spesa privata, di cui € 36.835 milioni out-of-pocket (21,4%) e € 4.668 milioni (2,7%) intermediata da fondi sanitari e assicurazioni. Della spesa privata, l’88,8% è a carico dei cittadini e l’11,2% intermediata. La **spesa sanitaria pubblica** 2022 di € 130.364 milioni è così ripartita **per funzioni di assistenza**: € 74.165 milioni per l’assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, € 12.834 milioni per l’assistenza sanitaria a lungo termine, € 11.852 milioni per servizi ausiliari, € 19.763 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, € 10.386 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie, € 1.364 milioni per governance, amministrazione e finanziamento del SSN. Relativamente all’analisi della spesa sanitaria **per fattori produttivi**, l’ultimo rapporto della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) certifica per il 2021 una spesa sanitaria corrente di € 127.834 milioni ripartita in: € 38.188 milioni per il lavoro dipendente, € 43.146 milioni per i consumi intermedi (spesa farmaceutica

diretta, dispositivi medici, etc.), € 7.344 milioni per la farmaceutica convenzionata, € 7.155 milioni per l'assistenza medico-generica da convenzione e € 27.306 milioni per le altre prestazioni sociali in natura da privato, € 4.695 milioni per le altre componenti di spesa. I dati della RGS dimostrano che nel periodo 2012-2020 si è registrato un sostanziale allineamento tra la spesa sanitaria corrente e il finanziamento ordinario del SSN, mentre nel 2021 la spesa ha superato il finanziamento con un gap di quasi € 5.800 milioni, di cui però solo € 1.109,2 milioni relativi al disavanzo delle Regioni. La **spesa out-of-pocket** secondo ISTAT-SHA per l'anno 2022 ammonta a € 36.835 milioni, comprensivi di € 2.547,5 milioni di ticket, di cui € 1.501 milioni per farmaci e € 1.046,5 milioni per prestazioni specialistiche. La spesa out-of-pocket è così ripartita per funzioni di assistenza: € 15.305 milioni per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, € 3.953 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine, € 2.691 milioni per servizi ausiliari, € 14.818 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, € 68 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie. Nel periodo 2012-2022 l'incremento medio è dell'1,6% annuo, per un totale di € 5.326 in 10 anni. Più complessa l'analisi della **spesa intermediata** sia per la difficile tracciabilità dei flussi economici, sia per l'assenza di rendicontazione pubblica sui fondi sanitari integrativi. ISTAT-SHA riporta una spesa di € 4.668 milioni, ma esclude esplicitamente i fondi sanitari integrativi, peraltro in parte ricompresi nelle assicurazioni volontarie tramite le polizze collettive. Relativamente ai **benchmark internazionali** nel 2022 la spesa sanitaria pubblica in Italia si attesta al 6,8% del PIL, al di sotto della media OCSE (7,1%) e della media europea (7,1%). La spesa sanitaria pubblica pro-capite nel 2022, pari a \$ 3.255, rimane al di sotto sia della media OCSE (\$ 3.899) sia della media dei paesi europei (\$ 4.128). Il gap con i paesi europei si è ampliato progressivamente dal 2010 sino a raggiungere nel 2022 \$ 873 pro-capite, che parametrato alla popolazione in totale sfiora i \$ 51,4 miliardi. Infine, utilizzando l'innovativo approccio della **value-based healthcare**, il Rapporto dimostra che le tre componenti della spesa sanitaria (pubblica, out-of-pocket e intermediata) hanno un ritorno molto variabile in termini di salute (*value for money*) in ragione di risorse erose da sprechi e inefficienze che non si traducono in servizi (*no value*) o che sono utilizzate per servizi e prestazioni dal *value* basso o negativo (*low/negative value*), in quanto rispetto al costo determinano benefici nulli o marginali, o possono addirittura generare rischi maggiori dei benefici.

Il **CAPITOLO 4** è dedicato ai **Livelli Essenziali di Assistenza e alle diseguaglianze regionali**. Viene analizzata la procedura dell'**aggiornamento** dei LEA, documentando notevoli ritardi: infatti, nonostante la Commissione LEA abbia accolto 29 delle complessive 83 nuove richieste, la loro approvazione non è stata formalizzata in attesa del cd. "Decreto tariffe" pubblicato solo il 4 agosto 2023. L'**esigibilità** dei nuovi LEA relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica è stata condizionata da questa inaccettabile lacuna: tali prestazioni, infatti, sono state finora esigibili solo nelle Regioni non in Piano di rientro grazie a fondi extra-LEA e lo saranno sino al 1° gennaio 2024 per la specialistica ambulatoriale e al 1° aprile 2024 per l'assistenza protesica. La sezione sul **monitoraggio** dei LEA analizza in dettaglio l'adempimento al mantenimento dei LEA, effettuata con la "griglia LEA" per il periodo 2010-2019 e tramite il Nuovo Sistema di Garanzia per gli anni 2020-2021. Tutte le analisi rilevano una vera e propria "frattura strutturale" tra Nord e Sud: negli adempimenti cumulativi 2010-2019 nessuna Regione meridionale si posiziona tra le prime 10. Nel 2020 l'unica Regione del sud tra le 11 adempienti è la Puglia; nel 2021 delle 14 adempienti solo 3 sono del Sud: Abruzzo, Puglia e Basilicata. Sia nel 2020 che nel 2021 le Regioni meridionali sono comunque le ultime tra quelle adempienti. Il focus sulla **mobilità sanitaria** conferma questo gap ormai incolmabile, documentando che i flussi economici scorrono prevalentemente da Sud a Nord. In particolare nel 2020, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto "cubano" complessivamente il 94,1% del saldo di mobilità attiva.

Il **CAPITOLO 5** affronta il tema dell'**autonomia differenziata** in sanità. Vengono analizzate le criticità del DDL Calderoli e viene stimato l'impatto delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni in materia di tutela della salute. Nelle considerazioni conclusive viene ribadito quanto proposto dalla Fondazione GIMBE in audizione presso la 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato della Repubblica: la tutela della salute dovrebbe essere espunta dalle materie su cui le Regioni possono richiedere il trasferimento delle funzioni da parte dello Stato, perché l'autonomia differenziata in sanità legittimerebbe normativamente il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute.

Il **CAPITOLO 6** contiene un'approfondita analisi sul **personale sanitario**. Vengono innanzitutto esaminati contenuti e difformità tra le varie fonti di dati istituzionali nazionali, confrontate poi con il database dell'OCSE, il riferimento per i benchmark internazionali. Viene quindi effettuata una "fotografia statica" sulla distribuzione del personale sanitario dipendente, con focus specifico su medici e infermieri: differenze regionali e rispetto alla media OCSE. Infine, vengono effettuate analisi dettagliate sui medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), in particolare la stima di carenze e fabbisogni.

Personale dipendente. Nel 2021 si rilevano 715.959 unità di personale di cui 617.246 dipendenti del SSN (86,2%), 80.615 dipendenti delle strutture equiparate a quelle pubbliche (11,3%), 9.978 universitari (1,4%) e 8.120 con altro rapporto di lavoro (1,1%). Delle 715.959 unità il 72,2% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,4%, dal ruolo tecnico, il 9,9% dal ruolo amministrativo, lo 0,2% dal ruolo professionale e lo 0,3% da qualifiche atipiche.

Medici. Nel 2021 sono 124.506 i medici che lavorano nelle strutture sanitarie: 102.491 dipendenti del SSN e 22.015 dipendenti delle strutture equiparate al SSN. La media nazionale è di 2,11 medici per 1.000 abitanti, con un range che varia dagli 1,84 di Campania e Veneto a 2,56 della Toscana con un gap del 39,1%. L'Italia si colloca sopra la media OCSE (4,1 vs 3,7 medici per 1.000 abitanti), ma con gap un rilevante tra i medici attivi e quelli in quota al SSN.

Infermieri. Nel 2021 sono 298.597 gli infermieri che lavorano nelle strutture sanitarie: 264.768 dipendenti del SSN e 33.829 dipendenti delle strutture equiparate al SSN. La media nazionale è di 5,06 per 1.000 abitanti, con un range che varia dai 3,59 della Campania ai 6,72 del Friuli Venezia Giulia con un gap dell'87,2%. L'Italia si colloca ben al di sotto della media OCSE (6,2 vs 9,9 per 1.000 abitanti).

Rapporto infermieri/medici. Nel 2021 il rapporto nazionale infermieri/medici tra il personale dipendente è di 2,4, con un range che varia dagli 1,83 della Sicilia ai 3,3 della Provincia autonoma di Bolzano, con un gap dell'80,3%. Fatta eccezione per il Molise, le Regioni in Piano di rientro si trovano tutte sotto la media nazionale, dimostrando che le restrizioni di personale hanno colpito più il personale infermieristico che quello medico. L'Italia si colloca molto al di sotto della media OCSE (1,5 vs 2,7) per rapporto infermieri/medici, in Europa davanti solo a Spagna (1,4) e Lettonia (1,2).

Le fonti disponibili non permettono di analizzare in maniera univoca, sistematica e costantemente aggiornata la reale "forza lavoro" del SSN impegnata nell'erogazione dei LEA. Inoltre, i dati relativi al 2021 verosimilmente sottostimano la carenza di personale, in conseguenza di licenziamenti volontari e pensionamenti anticipati negli anni 2022-2023. Ancora le differenze regionali sono molto rilevanti, in particolare per il personale infermieristico, maggiormente sacrificato nelle Regioni in Piano di rientro. Infine, i benchmark internazionali relativi a medici e infermieri collocano il nostro Paese poco sopra la media OCSE per i medici e molto al di sotto per il personale infermieristico, restituendo di conseguenza un rapporto infermieri/medici tra i più bassi d'Europa.

Medici di Medicina Generale. Al 1° gennaio 2022 39.270 MMG avevano in carico oltre 51,3 milioni di assistiti. In termini assoluti, la media nazionale è di 1.307 assistiti per MMG: dai 1.073 della Sicilia ai 1.545 della Provincia autonoma di Bolzano. Tuttavia lo scenario è molto più critico di quanto lascino trasparire i numeri: con l'attuale livello di saturazione e la mancata distribuzione capillare dei MMG in relazione alla densità abitativa, è spesso impossibile trovare disponibilità di un MMG vicino casa, non solo nelle cosiddette aree desertificate, ma anche nelle grandi città. Ritenendo accettabile un rapporto di 1 MMG ogni 1.250 assistiti, si stima una carenza di 2.876 MMG, con situazioni più critiche nelle grandi Regioni del Nord: Lombardia (-1.003), Veneto (-482), Emilia-Romagna (-320), Piemonte (-229), oltre che in Campania (-349). Per il futuro, tenendo conto di pensionamenti attesi e borse di studio per il Corso di Formazione in Medicina Generale, nel 2025 il numero dei MMG diminuirà di 3.452 unità rispetto al 2021, con nette differenze regionali.

Pediatrì di Libera Scelta. Al 1° gennaio 2022 6.921 PLS avevano in carico quasi 6,2 milioni di iscritti, di cui il 42,3% (2,62 milioni) della fascia 0-5 anni e il 57,7% (3,58 milioni) della fascia 6-13 anni (pari all'83,3% della popolazione ISTAT al 1° gennaio 2022 di questa fascia di età). In termini assoluti, la media nazionale è di 896 assistiti per PLS e a livello regionale solo Umbria (784), Sardegna (788), Sicilia (792) e Molise (798) rimangono al di sotto del massimale senza deroghe; 17 Regioni superano invece la media di 800 assistiti per PLS di cui Piemonte (1.092), Provincia autonoma di Bolzano (1.060) e Toscana (1.057) vanno oltre la media di 1.000 assistiti per PLS. Lo scenario, analogamente a quello dei MMG, è molto più critico di quanto lasciano trasparire i numeri: infatti, ipotizzando una media di 800 assistiti a PLS (pari all'attuale tetto massimo), si stima a livello nazionale una carenza di 840 PLS, con notevoli differenze regionali. Tuttavia, sulla base di una media di 700 assistiti per PLS adeguata a garantire un reale esercizio della libera scelta, ne mancherebbero addirittura 1.935.

Il **CAPITOLO 7** affronta la **Missione Salute del PNRR**. Vengono rilevate e documentate le principali **criticità di implementazione** della Missione 6, in larga parte relative alla riorganizzazione prevista dal DM 77/2022: dalle differenze regionali (modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, dotazione iniziale di case di comunità e ospedali di comunità, percentuale di over 65 in assistenza domiciliare nel 2019, attuazione del fascicolo sanitario elettronico) al fabbisogno di personale per il potenziamento dell'assistenza territoriale; dalle modalità di coinvolgimento di medici e pediatri di famiglia alla carenza di personale infermieristico; dagli ostacoli all'attuazione della telemedicina al carico amministrativo di Regioni e Aziende sanitarie. Vengono riportati i dati relativi allo **stato di avanzamento**: i target europei, che condizionano il pagamento delle rate, sono stati tutti raggiunti entro le scadenze fissate per gli anni 2021, 2022 e 2023. Rimane da raggiungere entro dicembre 2023 il target "Almeno un progetto di telemedicina per Regione". I target italiani, che rappresentano scadenze intermedie, sono stati tutti raggiunti entro le scadenze fissate per il 2021 e 2022. Relativamente all'anno 2023 a dicembre è prevista la scadenza di 3 target. Per 1 milestone e 7 target non raggiunti entro marzo 2023 o giugno 2023, sono state differite le scadenze. Rispetto allo stato di avanzamento sulle strutture da realizzare, secondo il monitoraggio Agenas al 30 giugno 2023 sono funzionalmente attive 187/1.430 Case di Comunità, 77/611 Centrali Operative Territoriali e 76/434 Ospedali di Comunità. Complessivamente, il monitoraggio conferma il netto ritardo delle Regioni del Sud. Vengono infine sintetizzate e valutate le **proposte di rimodulazione del PNRR** presentate il 27 luglio 2023 alla Commissione Europea (attualmente non ancora ratificate) in ragione dell'aumento dei costi dell'investimento e/o dei tempi di attuazione oltre che dei ritardi nelle forniture e delle difficoltà legate all'approvvigionamento di materie prime. Complessivamente si propone di espungere 414

Casi di Comunità, 76 Centrali Operative Territoriali, 96 ospedali di Comunità e 22 interventi di anti-sismica. Vengono anche richiesti tre differimenti temporali delle scadenze: 6 mesi per le Centrali Operative Territoriali, 12 mesi per il target delle persone assistite in ADI con strumenti di telemedicina e per l'ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero. Le analisi effettuate rilevano alcune criticità e incongruenze nel piano di modifica proposto.

Il **CAPITOLO 8** riporta il **Piano di rilancio del SSN** elaborato dalla Fondazione GIMBE: 14 punti che rappresentano lo standard per il monitoraggio continuo delle azioni politiche di Governo e Regioni.

- **LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE.** Mettere la salute e il benessere delle persone al centro di tutte le decisioni politiche: non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali, oltre che di istruzione, formazione e ricerca (*Health in All Policies*).
- **PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.** Diffondere la cultura e potenziare gli investimenti per la prevenzione e la promozione della salute e attuare l'approccio integrato *One Health*, perché la salute delle persone, degli animali, delle piante e dell'ambiente sono strettamente interdipendenti.
- **GOVERNANCE STATO-REGIONI.** Potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto dei loro poteri, per ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale.
- **FINANZIAMENTO PUBBLICO.** Aumentare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera consistente e stabile, allineandolo entro il 2030 alla media dei paesi europei, al fine di garantire l'erogazione uniforme dei LEA, l'accesso equo alle innovazioni e il rilancio delle politiche del personale sanitario.
- **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA per rendere rapidamente accessibili le innovazioni e potenziare gli strumenti per monitorare le Regioni, al fine di ridurre le diseguaglianze e garantire l'uniforme esigibilità dei LEA in tutto il territorio nazionale.
- **PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI.** Programmare l'offerta di servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute e renderla disponibile tramite reti integrate, che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane, al fine di ridurre la frammentazione dell'assistenza, superare la dicotomia ospedale-territorio e integrare assistenza sanitaria e sociale.
- **PERSONALE SANITARIO.** Rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità al fine di valorizzare e (ri)motivare la colonna portante del SSN: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di tutti i professionisti sanitari, riformare i processi di formazione, valutazione e valorizzazione delle competenze secondo un approccio multi-professionale.
- **SPRECHI E INEFFICIENZE.** Ridurre sprechi e inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale e riallocare le risorse in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.
- **RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** Normare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e disciplinare la libera professione, al fine di ridurre le diseguaglianze d'accesso ai servizi sanitari e arginare l'espansione della sanità privata accreditata.
- **SANITÀ INTEGRATIVA.** Riordinare la normativa sui fondi sanitari al fine di renderli esclusivamente integrativi rispetto a quanto già incluso nei LEA, arginando diseguaglianze, fenomeni di privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.

- **TICKET E DETRAZIONI FISCALI.** Rimodulare ticket e detrazioni fiscali per le spese sanitarie, secondo principi di equità sociale ed evidenze scientifiche, al fine di ridurre lo spreco di denaro pubblico e il consumismo sanitario.
- **TRASFORMAZIONE DIGITALE.** Promuovere cultura e competenze digitali nella popolazione e tra professionisti della sanità e caregiver e rimuovere gli ostacoli infrastrutturali, tecnologici e organizzativi, al fine di minimizzare le diseguaglianze e migliorare l'accessibilità ai servizi e l'efficienza in sanità.
- **INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE.** Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria delle persone, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumismo sanitario e contrastare le fake news, oltre che aumentare la consapevolezza del valore del SSN.
- **RICERCA.** Destinare alla ricerca clinica indipendente e alla ricerca sui servizi sanitari almeno il 2% del finanziamento pubblico per la sanità, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.

PREMESSA

A cosa serve realmente un Servizio Sanitario Nazionale?

Il 23 dicembre 1978 il Parlamento approvava a larghissima maggioranza la legge 833 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. Un radicale cambio di rotta nella tutela della salute delle persone, un modello di sanità pubblica ispirato da principi di equità e universalismo, finanziato dalla fiscalità generale, che ha permesso di ottenere eccellenti risultati di salute e che tutto il mondo continua ad invidiarci.

Ma a cosa serve realmente un Servizio Sanitario Nazionale?

Differenti sono le risposte che si trovano in letteratura. Alla prevenzione, al controllo e al trattamento delle malattie; alla protezione e promozione della salute; oppure – citando l'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹ – al raggiungimento del più elevato stato di salute intesa come completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattie o disabilità. In realtà, ciascuno di questi obiettivi risulta inadeguato e incompleto: innanzitutto, un SSN “per le malattie” oggi risulta estremamente riduttivo dal punto di vista sociale; in secondo luogo, protezione e promozione della salute delle persone non includono il recente approccio *One Health*, che deve integrare l'assistenza clinico-assistenziale e socio-sanitaria; infine, quello di “completo benessere” è un concetto troppo astratto, non sempre misurabile con parametri oggettivi e, in definitiva, poco utile a definire i principi per i quali diamo valore alla salute.

Ponendosi nella prospettiva più ampia della politica, il fine supremo di qualunque Governo, lungi dall'identificare nelle persone uno strumento per raggiungere obiettivi politici ed economici, deve essere quello di promuovere la dignità dei cittadini. Se un Governo considera le persone come valore assoluto e vuole essere il garante della loro dignità, deve chiedersi quali sono le loro aspirazioni e quali le loro capacità. Solo provando a rispondere a queste domande permetterà loro, compatibilmente con le risorse disponibili, di soddisfare le ambizioni. In altre parole, promuovere la dignità di una popolazione significa garantire a tutti la capacità di compiere le proprie scelte e la libertà di metterle in atto. E tale capacità dipende da abilità individuali (condizionate da genetica e fattori ambientali), dal contesto politico, sociale ed economico e, ovviamente, dallo stato di salute. E sono proprio gli indicatori relativi al nostro stato di salute che permettono al Paese di valorizzarci: l'aspettativa di vita alla nascita, la qualità di vita libera da malattie e disabilità, la capacità di mantenere la salute, il benessere psichico, la possibilità di esprimere sentimenti ed emozioni, l'attitudine a preservare l'ambiente in cui viviamo.

I Governi devono dunque investire nei sistemi sanitari e organizzarli al meglio, con l'obiettivo di garantire ai cittadini la libertà di realizzare pienamente obiettivi e ambizioni. Perché il fine ultimo di un servizio sanitario è proprio offrire ai cittadini le migliori opportunità per scegliere

¹ Constitution of the World Health Organization. Disponibile a: <http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

la vita che desiderano vivere. In quest'ottica, risulta illuminante l'approccio delle capacità², strumento per valutare il benessere delle persone e delle politiche sociali che mirano a realizzarlo. Secondo tale approccio lo sviluppo non è inteso come crescita economica, ma piuttosto come sviluppo umano, la cui realizzazione non può prescindere da elementi fondamentali quali libertà, benessere e salute. L'approccio delle capacità applicato alla salute permette dunque di identificare il fine ultimo di un sistema sanitario, confermando la rilevanza delle politiche sanitarie quali fondamenta su cui poggia l'impegno dei Governi per garantire dignità a tutte le persone. Ecco perché il valore di un servizio sanitario non può essere misurato solo con indicatori e classifiche³, ma deve essere stimato soprattutto sulla base delle libertà che il nostro stato di salute ci concede per scegliere la vita che desideriamo vivere.

Mettere in discussione la sanità pubblica significa dunque compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, dovrebbero essere visti dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità, volando alto nel pensiero politico, nell'idea di welfare e nella programmazione socio-sanitaria. Per questo nel dibattito politico la spesa per salute non può essere relegata solo all'ambito sanitario, trascurandone sia l'impatto sociale sia quello sul sistema economico e produttivo. Non possiamo continuare ad ignorare, a differenza di altri Paesi, che lo stato di salute e benessere della popolazione condiziona la crescita del PIL: perché chi è malato non produce, non consuma e, spesso, limita anche l'attività lavorativa dei propri familiari.

Purtroppo, le azioni dei Governi che si sono alternati negli ultimi decenni hanno contribuito al progressivo sgretolamento del SSN svalutandone i principi fondanti e hanno eroso il diritto costituzionale alla tutela della salute, offuscando aspirazioni e prospettive della popolazione e, soprattutto, delle future generazioni:

- considerare la sanità come un costo e non come un investimento per la salute e il benessere delle persone, oltre che per la crescita economica del Paese;
- ridurre il perimetro delle tutele pubbliche (sanità, scuola) per aumentare forme di sussidio individuale con l'obiettivo, peraltro raramente centrato, di mantenere il consenso elettorale;
- permettere alla politica partitica (*politics*) di avvilupparsi in maniera indissolubile alle politiche sanitarie (*policies*), con decisioni che non mettono al primo posto la tutela della salute dell'individuo e della collettività, ma sono condizionate da interessi di varia natura;
- prendere decisioni in contrasto con il principio dell'*health in all policies*, che impone di orientare tutte le decisioni politiche, non solo sanitarie ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali, mettendo sempre al centro la salute delle persone;
- accettare svileni compromessi con l'industria, solo perché un'elevata domanda di servizi e prestazioni sanitarie genera occupazione, o perché – al contrario – l'introduzione di specifiche misure di prevenzione rischia di ridurre posti di lavoro.

² Nussbaum M, Sen A. The Quality of Life. Oxford University Press, 1993. Published to Oxford Scholarship Online: November 2003. Disponibile a: www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/0198287976.001.0001/acprof-9780198287971. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

³ Report Osservatorio GIMBE n. 4/2018. Il Servizio Sanitario Nazionale nelle classifiche internazionali. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/SSN-classifiche. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Ecco perché è indispensabile ribadire tre concetti fondamentali. Il primo che la sostenibilità del SSN è innanzitutto un problema culturale e politico: ovvero, come riportato nelle conclusioni del Rapporto Romanow, *“il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia”*⁴. Il secondo, che la perdita di un SSN pubblico – finanziato dalla fiscalità generale e fondato su principi di universalità, eguaglianza ed equità – provocherà un disastro sanitario economico e sociale senza precedenti. Il terzo ed ultimo, che stiamo lentamente ma progressivamente scivolando da un *Servizio Sanitario Nazionale* fondato sulla tutela di un diritto costituzionale, a 21 *Sistemi Sanitari Regionali* regolati dalle leggi del libero mercato.

⁴ Roy J. Romanow, Commissioner. Building on values: the future of health care in Canada: final report. November 2002. Disponibile a: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

CAPITOLO 1

Introduzione

Le analisi indipendenti condotte dalla Fondazione GIMBE nell'ambito della campagna #SalviamoSSN⁵ hanno documentato nel nostro Paese, già dal marzo 2013, una grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In particolare, nel giugno 2019 il 4° Rapporto GIMBE sul SSN⁶ dipingeva il SSN come un paziente cronico con multimorbilità, diagnosticando quattro principali "patologie" che ne compromettevano lo "stato di salute":

- **Definanziamento pubblico.** Nel decennio 2010-2019 tra tagli e definanze sono stati sottratti al SSN circa € 37 miliardi; il fabbisogno sanitario nazionale (FSN) è aumentato di soli € 8,2 miliardi, con un tasso di crescita inferiore a quello dell'inflazione.
- **Ampliamento del "paniere" dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).** Il tanto atteso aggiornamento degli elenchi delle prestazioni non è stato accompagnato dall'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di protesica e specialistica ambulatoriale, rendendo impossibile l'esigibilità dei nuovi LEA su tutto il territorio nazionale.
- **Sprechi e inefficienze.** Si annidano a tutti i livelli del SSN ed erodono preziose risorse: sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate o dal basso *value*, sotto-utilizzo di prestazioni sanitarie efficaci, appropriate o dal *value* elevato, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza, in particolare tra ospedale e territorio.
- **Espansione incontrollata del secondo pilastro:** presentato come "LA" soluzione per salvare il SSN, in realtà aumenta spesa sanitaria e diseguaglianze sociali, dirotta denaro pubblico verso imprese private, alimenta il consumismo sanitario e rischia di danneggiare la salute inducendo fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento.

Inoltre, il 4° Rapporto GIMBE rilevava che il SSN vive in un habitat fortemente condizionato da due "fattori ambientali" che ne compromettono ulteriormente lo stato di salute:

- Il primo squisitamente politico: un clima non particolarmente salubre che contribuisce a generare iniquità e diseguaglianze, conseguente sia alla non sempre leale collaborazione tra Governo e Regioni a cui è affidata la tutela della salute, sia alle modalità di governance Stato-Regioni e Regioni-Aziende sanitarie.
- Il secondo socio-culturale: cittadini e pazienti con aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, alimentate da analfabetismo scientifico ed eccessi di medicalizzazione, che da un lato fanno lievitare la domanda di servizi e prestazioni sanitarie (anche se inefficaci, inappropriate o addirittura dannosi), dall'altro non sono particolarmente inclini a modificare stili di vita poco salubri.

In questo contesto, nel febbraio 2020 si è abbattuta come uno tsunami la pandemia di COVID-19, che ha confermato tutte le criticità e le contraddizioni di un sistema sanitario molto fragile, in particolare nel capitale umano e nell'assistenza territoriale, oltre che nella governance

⁵ Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁶ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Stato-Regioni e nella comunicazione istituzionale. Al tempo stesso però la pandemia ha progressivamente aumentato la consapevolezza sociale che un sistema sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta un pilastro insostituibile della nostra democrazia. Tuttavia, se inizialmente tutte le forze politiche convergevano sulla necessità di rilanciare il SSN che sembrava finalmente tornato al centro dell'agenda politica, con la fine dell'emergenza la sanità è "rientrata nei ranghi". E oggi, di fatto, le criticità rilevate allora sono ben lontane dall'essere risolte, non solo per l'impatto dell'emergenza sanitaria che ha prima paralizzato e poi fortemente rallentato la gestione ordinaria della sanità pubblica. In dettaglio:

- **Definanziamento pubblico.** Formalmente la stagione dei tagli alla sanità può ritenersi conclusa: negli anni 2020-2022 il FSN è cresciuto di € 11,6 miliardi, rispetto agli € 8,2 miliardi del decennio 2010-2019. Tuttavia, le ingenti risorse sono state interamente assorbite dall'emergenza pandemica e non hanno permesso di rafforzare in maniera strutturale il SSN, né alle Regioni di mantenere i conti in ordine. Il nuovo Esecutivo con la Legge di Bilancio 2023 ha aumentato il FSN di € 2,15 miliardi per il 2023 (di cui € 1,4 miliardi assorbiti dalla crisi energetica), di € 2,3 miliardi per il 2024 e di € 2,6 miliardi per il 2025. Cifre irrisorie, anche in considerazione dell'inflazione acquisita che a settembre 2023 è del 5,7%, Peraltro, nel medio periodo non si intravede alcun programma di rilancio degli investimenti. Infatti, nel DEF 2023 a fronte di una prevista crescita media annua del PIL nominale del 3,6% nel triennio 2024-2026, la spesa sanitaria aumenta solo dello 0,6% per anno e nel 2026 il rapporto spesa sanitaria/PIL precipita al 6,2. E nella recente Nota di aggiornamento al DEF (NaDEF) le stime vengono ulteriormente riviste al ribasso: il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2023 scende al 6,2% nel 2024 sino a toccare il 6,1% nel 2026, ben al di sotto del valore pre-pandemia del 2019 (6,4%).
- **Ampliamento del "paniere" dei nuovi LEA.** Nell'agosto 2023 è stato finalmente pubblicato il cd. "Decreto Tariffe", dopo oltre sei anni e mezzo dall'aggiornamento dei LEA. Tuttavia, le prestazioni incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale saranno esigibili solo dal 1° gennaio 2024 e quelle relative alla protesica dal 1° aprile 2024: sino ad allora, tali prestazioni saranno esigibili solo nelle Regioni non in Piano di rientro con fondi extra-LEA, ovvero non a carico del SSN.
- **Sprechi e inefficienze.** Non è mai stato avviato un piano nazionale per ridurre sprechi e inefficienze.
- **Espansione incontrollata del secondo pilastro.** La 10^a Commissione Affari Sociali del Senato ha avviato un nuovo ciclo di audizioni finalizzato ad una riforma della sanità integrativa, che a causa di una normativa frammentata e incompleta ha favorito l'utilizzo strumentale della defiscalizzazione dei fondi sanitari integrativi a favore di assicurazioni e sanità privata.
- **Governance Stato-Regioni.** In questo scenario di grave crisi della sanità pubblica è giunto al dibattito parlamentare il DdL sull'autonomia differenziata che, in assenza della definizione e del finanziamento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), non potrà che amplificare le disuguaglianze regionali, legittimando normativamente il divario Nord-Sud e violando il principio di uguaglianza nel diritto alla tutela della salute.
- **Informazione della popolazione.** Negli anni in cui la pandemia ha monopolizzato l'informazione il quadro è sensibilmente peggiorato per la diffusione di teorie negazioniste e posizioni no-vax che hanno contribuito a deteriorare il rapporto di fiducia tra SSN e cittadini. E, di fatto, non è stata intrapresa alcuna iniziativa istituzionale per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione e combattere le fake news.

Peraltro, archiviata l'emergenza COVID-19, il SSN ha iniziato a sperimentare gli effetti a medio-lungo termine della pandemia, di fatto un'altra "patologia" cronica che ne aggrava lo stato di salute. Innanzitutto, le Regioni non sono riuscite a recuperare le prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di screening nonostante quasi € 1 miliardo di investimenti dedicati e la definizione di un Piano Nazionale per il recupero delle liste di attesa. In secondo luogo, sono emersi nuovi bisogni di salute: innanzitutto, il progressivo impatto del long-COVID ha richiesto l'apertura di centri dedicati in tutto il Paese con uno sforzo organizzativo e di personale specialistico sempre maggiore. Inoltre, l'impatto sulla salute mentale, fortemente sotto-diagnosticato in particolare nelle fasce più giovani, fatica a trovare adeguate risposte assistenziali, anche per l'indebolimento strutturale dei dipartimenti di salute mentale.

Soprattutto, la pandemia ha ulteriormente sfibrato il capitale umano del SSN. Infatti, se il definanziamento 2010-2019 con il mantenimento del tetto di spesa ha determinato una carenza quantitativa (blocco delle assunzioni, mancati rinnovi contrattuali, insufficiente numero di borse di studio per nuovi specialisti e medici di famiglia), l'emergenza COVID-19 ha slatentizzato una crisi motivazionale che porta sia a disertare alcune professioni (es. scienze infermieristiche) e specialità mediche (es. emergenza-urgenza), sia ad abbandonare le strutture pubbliche per quelle private, o addirittura per l'estero. E accanto al numero già molto elevato di pensionamenti di medici ospedalieri e medici di famiglia, il burnout, la demotivazione, i licenziamenti volontari e la fuga dal SSN hanno determinato una crisi del personale sanitario senza precedenti, che negli anni a venire rischia di peggiorare, anche perché non si intravedono soluzioni a breve termine. Nonostante l'azzeramento dell'imbuto formativo grazie ai consistenti investimenti in borse di studio per le scuole di specializzazione e contratti di formazione specifica in medicina generale, infatti, la "questione personale", ben lontana dall'essere risolta, è di fatto entrata nella fase più critica, sia per errori di programmazione, sia come esito del definanziamento, sia per le dinamiche impreviste generate dal periodo pandemico.

Al tempo stesso, il SSN ha di fronte irripetibili opportunità: dalle sfide della trasformazione digitale all'approccio *One Health* e, soprattutto, alla Missione Salute del PNRR che - riprendendo la metafora clinica - è un "prezioso organo da trapiantare nel paziente con malattie multiple". Tenendo conto delle numerose criticità che ostacolano l'implementazione del PNRR, tuttavia, è necessario predisporre le contromisure per centrare i due obiettivi chiave: ottenere il massimo ritorno di salute dalle risorse investite e ridurre le disuguaglianze regionali. In particolare, in assenza di risorse vincolate per il personale sanitario, di coraggiose riforme (es. quella sui medici di famiglia) e di un affiancamento dello Stato alle Regioni in difficoltà, rischiamo di indebitare le future generazioni solo per finanziare un costoso "lifting" del SSN. Ancor di più, la Missione Salute del PNRR deve essere inserita in un quadro di rafforzamento complessivo del SSN, e non utilizzata come una costosa "stampella". A fronte di tali esigenze, nel corso dell'attuale Legislatura, è stato prima abolito il controllo concomitante della Corte dei Conti sugli investimenti del PNRR e del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari, poi proposta una rimodulazione dei target. Oltre allo slittamento di alcune scadenze, per l'aumento dei costi dell'investimento e/o dei tempi di attuazione, oltre che per ritardi nelle forniture e a difficoltà legate all'approvvigionamento delle materie prime è stato ridimensionato il numero di Case della Comunità (-414), Ospedali di Comunità (-22), Centrali Operative Territoriali (-76) e interventi di anti-sismica sugli ospedali (-22). Con la proposta (poco realistica) di rifinanziare le strutture espunte con i fondi nazionali, ex art. 20 (L. 67/88) non utilizzati dalle Regioni.

Eppure, il 5° Rapporto GIMBE sul SSN, presentato l'11 ottobre 2022, rilevava proprio come la XIX Legislatura sarebbe stata determinante per il destino del SSN, viste le molteplici sfide: dalla gestione della "coda" della pandemia all'attuazione del PNRR, dalla necessità di riforme strutturali al recupero delle prestazioni, dalle liste di attesa all'emergenza. Ma soprattutto, dopo l'esperienza drammatica della pandemia, era il momento di rimettere la sanità al centro dall'agenda politica.

Un anno dopo la Fondazione GIMBE non può che constatare che il rilancio del SSN non rientra tra le priorità nemmeno di questo Esecutivo, analogamente a quelli degli ultimi 15 anni. E che i principi fondanti del SSN – universalità, uguaglianza, equità – sono stati ormai traditi e sono ben altre le parole chiave che qualificano il SSN e condizionano la vita quotidiana delle persone, in particolare delle fasce socio-economiche meno abbienti: dagli interminabili tempi di attesa all'affollamento dei pronto soccorso, dall'aumento della spesa privata sino all'impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure, dall'impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa alle inaccettabili disuguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria.

A fronte del peggioramento dello stato di salute del SSN, e persistendo l'assenza di una visione politica per la sua salvaguardia, la Fondazione GIMBE nel marzo 2023 ha presentato il Piano di Rilancio del SSN che in 14 punti "prescrive la terapia per curare il malato SSN", ovvero le azioni indispensabili per potenziarlo con una radicale e moderna riorganizzazione: rilanciare progressivamente il finanziamento pubblico per allinearli almeno alla media dei paesi europei; potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni; garantire l'aggiornamento continuo dei LEA per rendere subito accessibili le innovazioni, oltre che la loro uniforme esigibilità su tutto il territorio nazionale; rilanciare le politiche sul personale sanitario; riprogrammare l'offerta dei servizi socio-sanitari in relazione ai reali bisogni di salute della popolazione; regolamentare il rapporto pubblico-privato e la sanità integrativa; investire in prevenzione e promozione della salute; potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche; aumentare le risorse per la ricerca indipendente; rimodulare ticket e detrazioni fiscali per le spese sanitarie.

L'obiettivo ultimo del Piano di Rilancio della Fondazione GIMBE è quello rafforzare e innovare quel SSN basato su principi di universalità, uguaglianza ed equità, al fine di garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute a tutte le persone, indicando alla politica che serve innanzitutto chiarezza e visione sul modello di sanità che vogliamo lasciare in eredità alle future generazioni; poi occorre stabilire quante risorse pubbliche investire per la salute e il benessere delle persone; infine, bisogna attuare le coraggiose riforme per condurre il SSN nella direzione voluta.

A 45 anni dalla Legge 883/78, occorre un patto sociale e politico che, prescindendo da ideologie partitiche e avvicendamenti di Governi, riconosca in quel modello di SSN un pilastro della nostra democrazia, una conquista irrinunciabile e una grande leva per lo sviluppo economico del Paese. Bisogna favorire la collaborazione tra tutti gli attori della sanità, rendendoli consapevoli che il momento storico che vive il SSN richiede di rinunciare ai privilegi acquisiti per salvare il bene comune. Infine, è necessario sensibilizzare l'opinione pubblica sul fatto che la perdita del SSN avrà un impatto non solo sulla salute e il benessere della popolazione, ma anche sull'economia e sulla società del Paese.

In alternativa, se mantenere un SSN pubblico, equo e universalistico non è più una priorità del nostro Paese, la politica dovrebbe avere l'onestà di scegliere apertamente un altro modello di sanità, governando in maniera rigorosa i processi di privatizzazione che in maniera strisciante

stanno già concretizzando una sanità a doppio binario che penalizza le fasce più deboli della popolazione.

Per la Fondazione GIMBE, impegnata dal 2013 nella strenua difesa del SSN⁷ (box 1.1), la bussola rimane sempre e comunque l'articolo 32 della Costituzione. Perché se la Costituzione tutela il diritto alla salute di tutti, la sanità deve essere per tutti.

Box 1.1. #SalviamoSSN: l'impegno della Fondazione GIMBE

- La campagna **Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale (#salviamoSSN)** viene lanciata il 15 marzo 2013 per diffondere la consapevolezza che un SSN equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile da difendere e garantire alle future generazioni⁸: migliaia di persone hanno aderito alla campagna sottoscrivendo il **Manifesto della Sostenibilità**.
- I principi guida della campagna sono stati elaborati tenendo conto della legislazione vigente, del contesto politico, economico e sociale, oltre che di evidenze ed esperienze mutate da sistemi sanitari internazionali. A seguito di un'ampia consultazione pubblica, tali principi hanno guidato la stesura della **Carta GIMBE per la tutela della Salute**, pubblicata nel dicembre 2014.
- Dopo oltre 3 anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti⁹, il 7 giugno 2016 la Fondazione GIMBE ha presentato il **Rapporto per la sostenibilità del SSN 2016-2025**, con il quale ha fermamente ribadito la necessità di rimettere al centro dell'agenda politica la sanità pubblica e, più in generale, l'intero sistema di welfare¹⁰.
- Dalla consultazione pubblica del primo Rapporto GIMBE è emersa la necessità di un monitoraggio continuo e indipendente di responsabilità e azioni di tutti gli stakeholder del SSN, con il fine ultimo di ottenere il massimo ritorno in termini di salute del denaro pubblico investito in sanità. Con questo obiettivo nel settembre 2016 è stato istituito **l'Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN¹¹**, le cui valutazioni sono guidate da tre principi:
 - *evidence for health*: le migliori evidenze scientifiche devono essere integrate in tutte le decisioni politiche, manageriali e professionali che riguardano la salute delle persone, oltre che guidare le scelte di cittadini e pazienti;
 - *value for money*: il sistema sanitario deve ottenere il massimo ritorno in termini di salute dal denaro investito in sanità, al tempo stesso mandato etico ed obiettivo economico;
 - *health in all policies*: la salute delle persone deve guidare tutte le politiche, non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali.

⁷ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000038. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁸ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Al via il progetto della Fondazione GIMBE. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/389/salviamo-il-nostro-ssn/articolo. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁹ Cartabellotta A. #salviamoSSN: tre anni di impegno per la sanità pubblica. Evidence 2016;8(6): e1000145. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/496/salviamossn-tre-anni-di-impegno-per-la-sanit%C3%A0-pubblica/articolo. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁰ Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹¹ Cartabellotta A. #salviamoSSN: dal Rapporto GIMBE all'Osservatorio sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2016;8(9): e1000151. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/502/salviamossn-dal-rapporto-gimbe-allosservatorio-sulla-sosten/articolo. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

- Nel febbraio 2017 la Fondazione GIMBE ha inoltrato al Presidente della Repubblica e al Ministro della Salute formale richiesta di realizzare un **logo per il Servizio Sanitario Nazionale**, per confermare a 60 milioni di cittadini italiani che la salute rimane un diritto costituzionale tutelato dalla Repubblica e legittimare l'esistenza del SSN quale pilastro univoco di civiltà, democrazia e welfare¹². Le Istituzioni non hanno mai fornito alcun riscontro alla richiesta.
- Con il **2° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**¹³, presentato il 6 giugno 2017, la Fondazione GIMBE ha confermato che non esiste alcun disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, ma continua a mancare un preciso programma politico per il suo salvataggio.
- Facendo tesoro dei contributi ricevuti in occasione della consultazione pubblica del 2° Rapporto, è stato elaborato il **Piano di salvataggio del SSN**¹⁴ la cui attuazione viene continuamente monitorata dall'Osservatorio GIMBE. Il piano è stato utilizzato come benchmark sia per il fact-checking dei programmi elettorali in occasione delle elezioni politiche 2018¹⁵ e 2022¹⁶, sia per l'analisi indipendente del Contratto per il Governo del Cambiamento¹⁷.
- Con il **3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**¹⁸, presentato il 5 giugno 2018, la Fondazione GIMBE ha ribadito con fermezza che senza un consistente rilancio del finanziamento pubblico sarà impossibile salvare il SSN e che mettere in discussione la sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità.
- Nel dicembre 2018 la Fondazione GIMBE ha realizzato un **logo per i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale**¹⁹, non solo per celebrare questo importante traguardo, ma soprattutto per diffondere la consapevolezza che stiamo silenziosamente perdendo la nostra più grande conquista sociale, rischiando di lasciare in eredità alle generazioni future una sanità privata per i ricchi ed una pubblica residuale per i meno abbienti. Il logo è stato consegnato all'allora Ministro della Salute Giulia Grillo e inviato al Presidente della Repubblica Sergio Mattarella.

¹² Fondazione GIMBE a Mattarella e Lorenzin: "Serve un logo per il Servizio sanitario nazionale". Adnkronos, 7 febbraio 2017. Disponibile a: www.adnkronos.com/salute/sanita/2017/02/07/fondazione-gimbe-mattarella-lorenzin-serve-logo-per-servizio-sanitario-nazionale-tGYVOR5ilB8sFzAlzTCe00.html. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹³ 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁴ Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2018;10(8): e1000186. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/537/il-piano-di-salvataggio-del-servizio-sanitario-nazionale/articolo. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁵ Fondazione GIMBE. Elezioni 2018. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali. Sanità e ricerca bio medica. Bologna, 22 febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁶ Fondazione GIMBE. Report Osservatorio GIMBE n. 1/2022. Elezioni Politiche 2022. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali: sanità e ricerca biomedica. Bologna, settembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2022. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁷ Fondazione GIMBE. Analisi delle proposte su sanità e ricerca biomedica del "Contratto per il Governo del Cambiamento". Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/contratto-governo. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁸ 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁹ Compleanno SSN, GIMBE: «Bene celebrazioni ma per tramandarlo ai nostri figli servono investimenti e riforme di rottura». Sanità 24, 13 dicembre. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-12-13/compleanno-ssn-gimbe-bene-celebrazioni-ma-tramandarlo-nostri-figli-servono-investimenti-e-riforme-rottura-105735.php?uuid=AEExOGGzG. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

- Con il **4° Rapporto sul SSN**²⁰, presentato l'11 giugno 2019, dopo aver rivalutato la “prognosi” del SSN al 2025, la Fondazione GIMBE ha suggerito azioni di governance a tutti i livelli per attuare il “Piano di salvataggio del SSN”, con l’obiettivo di preservare alle future generazioni la più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.
- Il **5° Rapporto GIMBE sul SSN**²¹, presentato l'11 ottobre 2022 dopo 3 anni di pausa forzata dall'emergenza COVID-19, ha dimostrato che la pandemia ha ulteriormente indebolito il SSN, in particolare per il depauperamento e la demotivazione del personale sanitario.
- Persistendo l'assenza di una visione politica e un immobilismo che si limita ad affrontare problemi contingenti, la Fondazione ha elaborato il **Piano di Rilancio del SSN**²², che definisce in 14 punti le azioni indispensabili a rilanciare la sanità pubblica e garantire a tutte le persone il diritto costituzionale alla tutela della salute. Il Piano è stato integrato con i feedback di una consultazione pubblica molto partecipata, e presentato a marzo 2023 durante la 15^a Conferenza Nazionale GIMBE, quale standard di riferimento per monitorare le decisioni e le azioni di chi decide sul diritto alla tutela della salute.

²⁰ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

²¹ 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2022. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

²² Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, marzo 2023. Disponibile a: <https://www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/piano-di-rilancio>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

CAPITOLO 2

Il finanziamento pubblico

Il fabbisogno sanitario nazionale (FSN) dal 2010 al 2023 è aumentato complessivamente di € 23,3 miliardi, in media € 1,94 miliardi per anno, ma con trend molti diversi tra il periodo pre-pandemico (2010-2019), quello pandemico (2020-2022) e post-pandemico (2023) (figura 2.1).

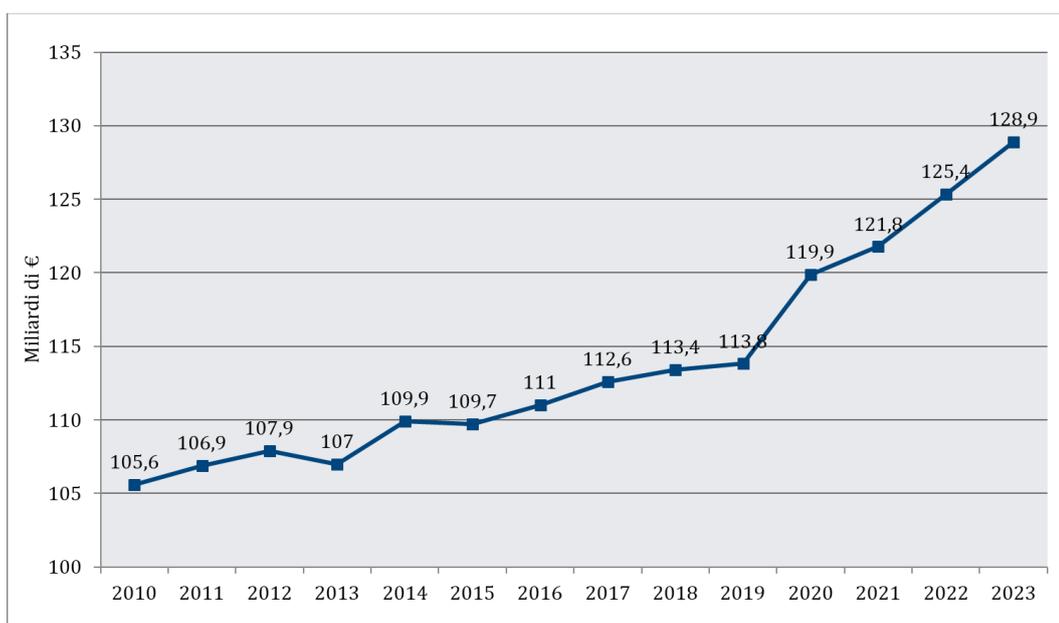


Figura 2.1. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2023

- **2010-2019: la stagione dei tagli.** Alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi, di cui: circa € 25 miliardi nel 2010-2015, in conseguenza di “tagli” previsti da varie manovre finanziarie; oltre € 12 miliardi nel periodo 2015-2019, in conseguenza del “definanziamento” che ha assegnato meno risorse al SSN rispetto ai livelli programmati, per l’attuazione degli obiettivi di finanza pubblica. Complessivamente, il FSN è aumentato di € 8,2 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell’inflazione media annua (1,15%).
- **2020-2022: la stagione della pandemia.** Il FSN è aumentato complessivamente di € 11,6 miliardi, crescendo in media del 3,4% annuo, decretando formalmente la fine della stagione dei tagli. Inoltre, da marzo 2020 a settembre 2022 sono stati emanati 13 decreti legge che hanno stanziato risorse ad hoc per la gestione dell’emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici delle strutture del SSN, per complessivi € 11.584,3 milioni: di questi € 5.506 milioni hanno incrementato il FSN e € 6,078,3 milioni sono stati utilizzati per altre spese legate all’emergenza. Tuttavia, questo netto rilancio del finanziamento pubblico è stato, di fatto, assorbito dai costi della pandemia COVID-19, non ha consentito rafforzamenti strutturali del SSN ed è stato insufficiente a tenere in ordine i bilanci delle Regioni.

- 2023-2026: il presente e il futuro prossimo.** La Legge di Bilancio 2023 ha incrementato il FSN per gli anni 2023, 2024 e 2025, rispettivamente di € 2.150 milioni, € 2.300 milioni e € 2.600 milioni. Nel 2023 € 1.400 milioni sono stati destinati alla copertura dei maggiori costi energetici. Dal punto di vista previsionale, il Documento di Economia e Finanza 2023 (DEF) nel triennio 2024-2026, a fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 3,6%, stima quella della spesa sanitaria allo 0,6%. Il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,7% del 2023 al 6,3% nel 2024 al 6,2% nel 2025-2026. Nella NaDEF 2023, approvata lo scorso 27 settembre, il quadro tendenziale della spesa sanitaria peggiora: il rapporto spesa sanitaria/PIL precipita dal 6,6% del 2023 al 6,2% nel 2024 e nel 2025, e poi ancora al 6,1% nel 2026. In termini assoluti, nel triennio 2024-2026 è stimato un incremento della spesa sanitaria di soli € 4.238 milioni (+1,1%).

Nel 2022 e nel 2023 l'aumento percentuale del FSN è stato inferiore a quello dell'inflazione: nel 2022 l'incremento del FSN è stato del 2,9% a fronte di una inflazione dell'8,1%, mentre nel 2023 l'inflazione al 30 settembre acquisita dall'ISTAT è del 5,7%²³ a fronte di un aumento del FSN del 2,8% (figura 2.2).

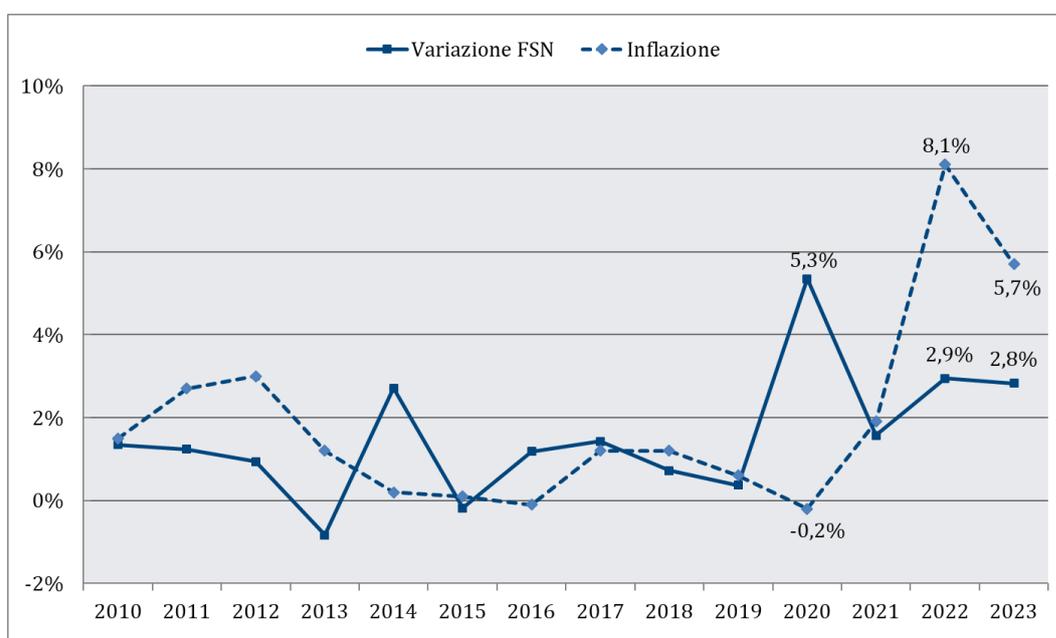


Figura 2.2. 2010-2023: variazione percentuale del FSN e dell'inflazione

2.1. 2010-2019: la stagione dei tagli

La crisi di sostenibilità del SSN coincide con un prolungato periodo di grave crisi economica durante il quale la curva del FSN si è progressivamente appiattita (figura 2.1), in conseguenza di scelte politiche che nel decennio 2010-2019 hanno determinato un imponente definanziamento del SSN. Secondo le analisi GIMBE²⁴ alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi, di cui circa € 25 miliardi nel periodo 2010-2015, in conseguenza di "tagli" previsti da varie manovre finanziarie e oltre € 12 miliardi nel periodo 2015-2019, in

²³ Istituto Nazionale di Statistica. Sistema dei conti della sanità. Prezzi al consumo (dati provvisori) - Settembre 2023. Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/288583. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

²⁴ Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019. Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/definanziamento-SSN. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

conseguenza del “definanziamento” che, per obiettivi di finanza pubblica, ha assegnato al SSN meno risorse rispetto ai livelli programmati.

Di conseguenza, nel decennio 2010-2019 il FSN è aumentato di soli € 8,2 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell’inflazione media annua pari a 1,15%: in altre parole nel decennio 2010-2019 l’incremento del FSN non ha nemmeno compensato la perdita di potere di acquisto.

2.2. 2020-2022: la stagione della pandemia

2.2.1. Leggi di Bilancio

Vengono di seguito analizzate le risorse assegnate alla sanità dalle Leggi di Bilancio 2020, 2021, 2022, che nel triennio hanno determinato un incremento complessivo del FSN di € 11,6 miliardi, segnando un netto cambio di passo nel trend del finanziamento pubblico del SSN, cresciuto in media del 3,4% annuo: un tasso superiore a quello dell’inflazione media annua del periodo 2020-2021 (0,9%) che ha certificato formalmente la fine della stagione dei tagli.

Legge di Bilancio 2020. La Legge di Bilancio 2020 non ha modificato quanto già assegnato dalla precedente manovra, che prevedeva un aumento del FSN di € 2 miliardi per il 2020 e di € 1,5 miliardi per il 2021, ma ha incrementato il FSN ai fini dell’abolizione della quota di compartecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (cd. “superticket”) a partire dal 1° settembre 2020 (c. 446-448). Per garantire le coperture il FSN è stato aumentato di € 185 milioni per il 2020 e di € 554 milioni annui a decorrere dal 2021. Per il 2020 sono stati utilizzati ulteriori € 40 milioni del fondo per il superamento del superticket, stanziato dalla Legge di Bilancio 2018. Nel corso del 2020 il FSN previsto dalla Legge di Bilancio 2020 (€ 115.997 milioni) è stato incrementato a € 119.893 milioni, in ragione di € 3.855 milioni stanziati dai decreti per l’emergenza COVID-19 (§ 2.2.2) e € 40 milioni di cui all’art. 1 c. 413 della Legge di Bilancio 2021.

Legge di Bilancio 2021. La Legge di Bilancio 2021 al comma 403 ha determinato un incremento del FSN standard, portandolo a € 121.370 milioni. Inoltre, per gli anni successivi, ha previsto € 823 milioni aggiuntivi per l’anno 2022, € 527 milioni per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025 e € 418 milioni a decorrere dal 2026. Nel corso del 2021 il FSN previsto dalla Legge di Bilancio 2021 è stato incrementato a € 121.775 in ragione dei € 405 milioni stanziati dai decreti per l’emergenza COVID-19 (§ 2.2.2).

Legge di Bilancio 2022. La Legge di Bilancio 2022 al comma 258 ha fissato il FSN standard a € 124.061 milioni per l’anno 2022, ulteriormente incrementato di € 2.000 milioni per ciascuno degli anni 2023 e 2024; ai commi 259 e 260 ha definito ulteriori aumenti del FSN e una riduzione al comma 292. A seguito di tali disposizioni il FSN per il 2022 risulta pari a € 124.345 milioni, ulteriormente incrementato nel corso del 2022 di € 615 milioni dai decreti per l’emergenza COVID-19 (§ 2.2.2), per un totale di € 124.960 milioni. La Legge di Bilancio 2022 ha previsto in dettaglio:

- **Fabbisogno Sanitario Nazionale standard** (c. 258): € 124.061 milioni per l’anno 2022, € 126.061 milioni per l’anno 2023 e € 128.061 milioni per l’anno 2024.

- **Acquisto dei farmaci innovativi** (c. 259): € 100 milioni per l'anno 2022, € 200 milioni per l'anno 2023 e € 300 milioni a decorrere dal 2024.
- **Contratti di formazione specialistica dei medici** (c. 260): € 194 milioni per l'anno 2022, € 319 milioni per l'anno 2023, € 347 milioni per l'anno 2024, € 425 milioni per l'anno 2025, € 517 milioni per l'anno 2026 e € 543 milioni a decorrere dal 2027.

Complessivamente l'incremento del FSN standard ammonta a € 2.152 milioni per l'anno 2022, € 2.519 milioni per l'anno 2023 e € 2.647 milioni per l'anno 2024.

2.2.2. Decreti per l'emergenza COVID-19 e per i maggiori costi energetici

Da marzo 2020 a settembre 2022 sono stati emanati 13 decreti legge che hanno stanziato risorse ad hoc per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici delle strutture del SSN, per complessivi € 11.584,3 milioni (tabella 2.1).

Anno	Decreto	Milioni
2020	Decreto Cura Italia	€ 1.410,0
2020	Decreto Rilancio	€ 3.995,7
2020	Decreto Agosto	€ 478,2
2021	Decreto Sostegni	€ 3.145,0
2021	Decreto Sostegni bis	€ 178,6
2021	DL 105/2021	€ 115,8
2021	Decreto fiscale	€ 600,0
2021	Decreto Milleproroghe	€ 20,0
2022	Decreto Sostegni ter	€ 426,0
2022	Decreto Bollette	€ 600,0
2022	Decreto Aiuti	€ 200,0
2022	Decreto Aiuti bis	€ 15,0
2022	Decreto Aiuti ter	€ 400,0
	Totale	€ 11.584,3

Tabella 2.1. Misure finanziarie straordinarie per l'emergenza COVID-19 e i maggiori costi energetici

La tabella 2.2 riporta la destinazione d'uso delle risorse assegnate dai decreti per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici del SSN.

Destinazione d'uso delle risorse	Milioni
Incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale	€ 5.506,0
<i>Personale sanitario</i>	€ 2.265,3
<i>Potenziamento dell'assistenza territoriale</i>	€ 838,7
<i>Borse di studio dei medici specializzandi</i>	€ 665,6
<i>Costi energetici</i>	€ 600,0
<i>Recupero prestazioni</i>	€ 478,2
<i>Strutture private</i>	€ 400,0
<i>Varie</i>	€ 258,2
Acquisto vaccini anti-COVID	€ 2.100,0
Riordino rete ospedaliera e Pronto Soccorso	€ 1.467,5
Contributi COVID-19 alle Regioni	€ 1.400,0
Acquisto farmaci anti-COVID	€ 900,0
Prezzo calmierato test antigenici rapidi	€ 115,80
Riorganizzazione laboratori SSN	€ 69,0
Indennità di esclusività dirigenza sanitaria Ministero della Salute	€ 18,4
Incarichi a medici specialisti e infermieri da parte dell'INAIL	€ 7,6
Totale	€ 11.584,3

Tabella 2.2. Destinazione d'uso delle misure finanziarie straordinarie per l'emergenza COVID-19 e i maggiori costi energetici

2.3. 2023-2026: il presente e il futuro prossimo

Vengono analizzate nel presente paragrafo le risorse assegnate dalla Legge di Bilancio 2023 e dal Decreto Energia, oltre che le stime previsionali sulla spesa sanitaria del DEF 2023, riviste a settembre 2023 dalla NaDEF.

2.3.1. Legge di Bilancio 2023

Secondo quanto disposto dalla Legge di Bilancio 2022 ai commi 258-260 il FSN standard è stato fissato in € 126.580 milioni per l'anno 2023 e in € 128.708 milioni per l'anno 2024. La Legge di Bilancio 2023 incrementa il FSN di € 2.150 milioni per il 2023, di cui € 1.400 milioni per contribuire ai maggiori costi per aumento prezzi fonti energetiche. Per il 2024 e il 2025

sono previsti incrementi del FSN pari rispettivamente a € 2.300 milioni e € 2.600 milioni. La Legge di Bilancio 2023 (tabella 2.3) ha previsto in dettaglio:

- **Fabbisogno Sanitario Nazionale standard** (c. 535): € 2.150 milioni per l'anno 2023, € 2.300 milioni per l'anno 2024 e € 2.600 milioni a decorrere dall'anno 2025.
- **Borse di studio per la formazione dei medici di medicina generale** (c. 588): € 5 milioni a decorrere dal 2023.

Misure	2023	2024	2025
Incremento FSN standard (c. 535)	€ 2.150	€ 2.300	2.600
Borse di studio per la formazione dei medici di medicina generale (c. 588)	€ 5	€ 5	€ 5

Tabella 2.3. Legge di Bilancio 2023: incremento del FSN (dati in milioni)

- **Fondo da destinare all'acquisto dei vaccini anti SARS-CoV-2 e dei farmaci per la cura dei pazienti affetti da COVID-19**: incremento di € 650 milioni del fondo costituito nel 2021 con le risorse del programma Next Generation EU (c. 536).

Inoltre, la Legge di Bilancio 2023 ha finalizzato a destinazioni specifiche le seguenti risorse:

- **Incremento dell'indennità di pronto soccorso**: € 200 milioni a partire dal 2024 a valere sul FSN (c. 526).
- **Contrasto all'antimicrobico-resistenza**: € 40 milioni per gli anni dal 2023 al 2025 a valere sul FSN (c. 529).
- **Remunerazione aggiuntiva in favore delle farmacie**: € 150 milioni a decorrere dal 2023 a valere sul FSN (c. 532).
- **Contributo ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche**: € 1.400 milioni per il 2023 a valere sul FSN (c. 535).
- **Potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica**: € 5 milioni per il 2023 e € 8 milioni a decorrere dal 2024 a valere sul FSN (c. 538).

2.3.2. Decreto Energia

Il DL n. 34 del 20 marzo 2023 (cd. "Decreto energia"), convertito in legge da L. 56/2023 ha disposto:

- un incremento del livello di finanziamento del FSN standard per il 2023 per € 170 milioni, destinati ad aumentare la tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive e l'anticipo dell'indennità nei servizi di emergenza-urgenza (art. 11);
- un contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici per € 1.085 milioni (art. 8).

2.3.3. Documento di Economia e Finanza 2023

Il DEF 2023, approvato dal Consiglio dei Ministri l'11 aprile 2023, certifica per l'anno 2022 una spesa sanitaria di € 131.103 milioni²⁵, inferiore di € 2.895 milioni rispetto ai € 133.998 milioni previsti dall'ultima NaDEF 2022. Il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,7% del 2023 al 6,3% nel 2024 al 6,2% nel 2025-2026. Rispetto al 2023, in termini assoluti la spesa sanitaria nel 2024 scende a € 132.737 milioni (-2,4%), per poi risalire nel 2025 a € 135.034 milioni (+1,7%) e a € 138.399 (+2,5%) nel 2026 (tabella 2.4).

	2022	2023	2024	2025	2026
Spesa sanitaria (milioni di €)	131.103	136.043	132.737	135.034	138.399
Spesa sanitaria (% PIL)	6,9%	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%
Tasso di variazione in %	3%	3,8%	-2,4%	1,7%	2,5%

Tabella 2.4. DEF 2023: consuntivo 2022 e stime 2023-2026

Stime per l'anno 2023. Il rapporto spesa sanitaria/PIL nel 2023 scende al 6,7% rispetto al 6,9% del 2022, anche se in termini assoluti la previsione di spesa sanitaria è di € 136.043 milioni, ovvero in aumento di € 4.319 milioni rispetto al 2022 (+3,8%). Tuttavia, si tratta di un incremento solo apparente: sia perché oltre due terzi (67%) costituiscono un mero spostamento al 2023 della spesa sanitaria prevista nel 2022 per il rinnovo contrattuale del personale dirigente, sia per l'erosione del potere di acquisto visto che secondo i dati ISTAT al 30 settembre 2023 l'inflazione acquisita per il 2023 si attesta al 5,7%, un valore superiore all'aumento della spesa sanitaria (+3,8%).

Stime per gli anni 2024-2026. Nel triennio 2024-2026, a fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 3,6%, il DEF 2023 stima quella della spesa sanitaria allo 0,6%. Il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,7% del 2023 al 6,3% nel 2024 al 6,2% nel 2025-2026, un valore inferiore a quello pre-pandemia del 2019 (6,4%). Rispetto al 2023, in termini assoluti la spesa sanitaria nel 2024 scende a € 132.737 milioni (-2,4%), per poi risalire nel 2025 a € 135.034 milioni (+1,7%) e a € 138.399 (+2,5%) nel 2026. È del tutto evidente che l'irrisorio aumento medio della spesa sanitaria dello 0,6% nel triennio 2024-2026 non coprirà nemmeno l'aumento dei prezzi, sia per l'erosione dovuta all'inflazione, sia perché l'indice dei prezzi del settore sanitario è superiore all'indice generale di quelli al consumo. In altri termini, le previsioni del DEF 2023 sulla spesa sanitaria 2024-2026 certificano nuovi segnali di defianziamento: in particolare il 2024, ben lungi dall'essere l'anno del rilancio, fa segnare un -2,4%.

Complessivamente le stime del DEF 2023 confermano che la sanità rimane la "cenerentola" dell'agenda politica per varie ragioni. Innanzitutto, il rapporto spesa sanitaria/PIL scende dal 6,9% del 2022 al 6,2% nel 2026, un valore inferiore a quello pre-pandemico del 2019 (6,4%); in secondo luogo, nel triennio 2024-2026 il DEF stima una crescita media annua del PIL nominale del 3,6%, a fronte dello 0,6% di quella della spesa sanitaria, ovvero un investimento che impegna solo 1/6 della crescita attesa del PIL; infine, il DEF 2023 non fa alcun cenno alle

²⁵ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento di Economia e Finanza 2023. Sezione II. Analisi e tendenze della finanza pubblica. Roma, 11 aprile 2023. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-/i/Contabilit_e_finanza_pubblica/DEF/2023/DEF2023-Sez-II-AnalisiETendenzeDellaFinanzaPubblica.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

risorse necessarie per abolire gradualmente il tetto di spesa per il personale sanitario, priorità assoluta per rilanciare le politiche del capitale umano, vera colonna portante del SSN. In altri termini, programmi e numeri del DEF 2023 confermano che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta una priorità politica neppure per l'attuale Esecutivo.

Infatti, analizzando il trend della spesa sanitaria dal 2012 al 2026 – consuntivi della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) dal 2012 al 2021²⁶ e stime NaDEF²⁷ dal 2022 al 2026 – in termini assoluti l'incremento di spesa è di € 30.402 milioni: dai € 108.570 milioni del 2012 ai € 138.972 milioni stimati per il 2026. Viceversa, in termini di incidenza sul PIL, la percentuale di spesa sanitaria si riduce dal 6,7% del 2012 al 6,1% stimato per il 2026. E, fatta eccezione per il picco del 2020 che raggiunge il 7,4% – conseguente sia al netto incremento del finanziamento pubblico, sia al crollo del PIL – il trend previsionale post-pandemia riprende la lenta e costante riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL del periodo pre-pandemico (figura 2.2).

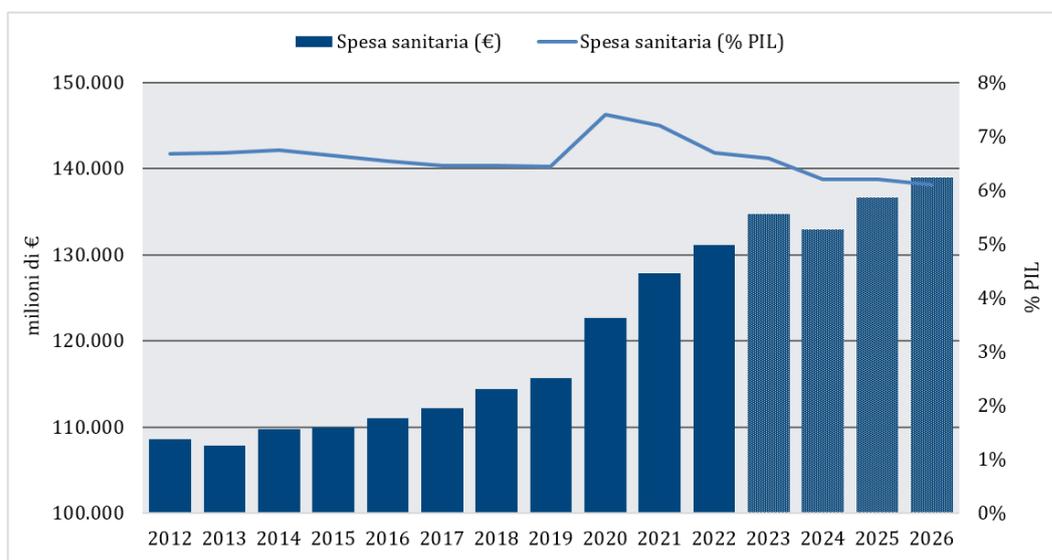


Figura 2.3. Trend spesa sanitaria pubblica 2012-2026, in milioni di € e in percentuale di PIL. Dati da²⁸ per gli anni 2012-2021 e da²⁹ per gli anni 2022-2026

Questi dati confermano inequivocabilmente che la politica non intende rilanciare il finanziamento pubblico della sanità pubblica. Infatti, se nel periodo 2010-2015 il SSN si è fatto pesantemente carico della crisi, la successiva ripresa economica del Paese non ha avuto un corrispondente positivo impatto sulla spesa sanitaria. E l'inversione di tendenza registrata nel triennio 2020-2022 è stata imposta dall'emergenza pandemica piuttosto che dalla volontà politica di rafforzare strutturalmente il SSN. Infatti, se il netto rilancio del finanziamento

²⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 9. Roma, ottobre 2022. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-1/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2022/IMDSS-RS2022.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

²⁷ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2023. Roma, 27 settembre 2023. Disponibile a: www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/nadef_2023/NADEF-2023.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

²⁸ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 9. Roma, ottobre 2022.

²⁹ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2023. Roma, 27 settembre 2023. Disponibile a: www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/nadef_2023/NADEF-2023.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

pubblico ha formalmente chiuso la stagione dei tagli, nei fatti è stato assorbito in larga misura dalla pandemia COVID-19 e non è stato sufficiente a mantenere in ordine i bilanci delle Regioni. E, al soffiare dei primi venti di crisi, sia il DEF 2022 che il DEF 2023 hanno riportato il rapporto spesa sanitaria/PIL a valori più bassi del periodo pre-pandemico.

Questa strategia politico-finanziaria documenta inequivocabilmente che, al di là delle dichiarazioni di intenti e dell'impegno di singoli, negli ultimi 15 anni nessun Governo ha posto il SSN al centro dell'agenda politica. Infatti, in condizioni di crisi economica la spesa sanitaria è stata utilizzata come un "bancomat" perché è la "fetta" di spesa pubblica più facilmente aggredibile. Viceversa, nei periodi di crescita economica, i benefici per il SSN non sono mai stati proporzionali, rendendo di fatto impossibile un progressivo e consistente rilancio del finanziamento pubblico. Un concetto ben espresso dal Presidente dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, in occasione dell'audizione per la Legge di Bilancio 2022 ³⁰: «*Dal punto di vista finanziario, non sembra si intenda dare luogo a un effettivo rafforzamento strutturale del SSN, ma sarebbero piuttosto confermate le precedenti scelte di allocazione delle risorse, che ponevano l'Italia tra i paesi europei con spesa sanitaria meno elevata e in progressiva riduzione*».

2.3.4. Nota di aggiornamento del DEF 2023

Il 27 settembre 2023 il Consiglio dei Ministri ha approvato la NaDEF 2023 ³¹ dove, relativamente alla sanità, si legge che:

- La Legge di Bilancio 2024 prevedrà, per il triennio 2024-2026, stanziamenti da destinare al personale del sistema sanitario.
- Il Governo dichiara collegati alla decisione di bilancio i disegni di legge in materia di:
 - riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale nel SSN e dell'assistenza ospedaliera;
 - delega in materia di riordino delle professioni sanitarie e degli enti vigilati dal Ministero della Salute.

Le dichiarazioni programmatiche sugli stanziamenti per il triennio 2024-2026 non sono affatto coerenti con i numeri riportati (tabella 2.5):

	2022	2023	2024	2025	2026
Spesa sanitaria (milioni di €)	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972
Spesa sanitaria (% PIL)	6,7%	6,6%	6,2%	6,2%	6,1%
Tasso di variazione in %	-	2,8%	-1,3%	2,8%	1,7%

Tabella 2.5. NaDEF 2023: consuntivo 2022 e stime 2023-2026

³⁰ Audizione del Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del disegno di legge di bilancio per il 2022. Roma, 23 novembre 2021. Disponibile a: www.upbilancio.it/audizione-sul-disegno-di-legge-di-bilancio-per-il-2022. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

³¹ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento di Economia e Finanza 2023. Nota di Aggiornamento. Disponibile a: www.mef.gov.it/focus/2023/documenti/article_00049/NADEF-2023.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

In particolare, analizzando i vari periodi:

- **Consuntivo 2022.** Si rileva una riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL, che scende dal 6,9% del DEF 2023 al 6,7%, a fronte di una spesa sanitaria invariata (€ 131.103 milioni). Tale riduzione consegue al ricalcolo del PIL 2022 dal DEF 2023 (€ 1.909.200 milioni) alla NaDEF (€ 1.946.500 milioni), a seguito del recente aggiornamento delle stime di consuntivo dell'ISTAT che per il 2022 ha aumentato il PIL di € 37,3 miliardi.
- **Previsionale 2023.** Rispetto al 2022, la spesa sanitaria aumenta del 2,8%, in termini assoluti di € 3.631milioni, ma si riduce dal 6,7% al 6,6% in termini di percentuale di PIL.
- **Previsionale 2024-2026.** A fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 3,5%, la NaDEF 2023 stima la crescita media della spesa sanitaria all'1,1%. Il rapporto spesa sanitaria/PIL precipita dal 6,6% del 2023 al 6,1% nel 2026, al di sotto del valore pre-pandemia del 2019 (6,4%). Rispetto al 2023, in termini assoluti la spesa sanitaria nel 2024 scende a € 132.946 milioni (-1,3%), per poi risalire nel 2025 a € 136.701milioni (+2,8%) e a € 138.972 (+1,7%) nel 2026.

È del tutto evidente che l'irrisorio aumento della spesa sanitaria di € 4.238 milioni (+1,1%) nel triennio 2024-2026 non coprirà nemmeno l'aumento dei prezzi, sia per l'erosione dovuta all'inflazione, sia perché l'indice dei prezzi del settore sanitario è superiore all'indice generale di quelli al consumo. Ovvero, le stime previsionali della NaDEF 2023 sulla spesa sanitaria 2024-2026, non lasciano affatto intravedere investimenti da destinare al personale sanitario, ma certificano piuttosto evidenti segnali di defianziamento. In particolare il 2024, lungi dall'essere l'anno del rilancio, segna un preoccupante -1,3%.

Complessivamente, rispetto al DEF 2023 di aprile, la NaDEF 2023 restituisce per la spesa sanitaria un quadro tendenziale in peggioramento (tabella 2.6).

Spesa sanitaria (milioni di €)	2023	2024	2025	2026
DEF 2023	136.043	132.737	135.034	138.399
NaDEF 2023	134.734	132.946	136.701	138.972
Differenza	-1.309	209	1.667	573
Spesa sanitaria (% PIL)	2023	2024	2025	2026
DEF 2023	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%
NaDEF 2023	6,6%	6,2%	6,2%	6,1%
Differenza	-0,1%	-0,1%	0%	-0,1%
Tasso di variazione in %	2023	2024	2025	2026
DEF 2023	3,8%	-2,4%	1,7%	2,5%
NaDEF 2023	2,8%	-1,3%	2,8%	1,7%
Differenza	-1%	1,1%	1,1%	-0,8%

Tabella 2.6. Spesa sanitaria: differenza tra le stime della NaDEF 2023 e quelle del DEF 2023

Infatti, relativamente al periodo 2023-2026, rispetto alle stime del DEF 2023, in quelle della NaDEF 2023, la spesa sanitaria aumenta in termini assoluti di soli € 1.140 milioni (+0,4%) e in termini di percentuale del PIL si riduce dello 0,3%. In dettaglio:

- Nel 2023 la spesa sanitaria si riduce di:
 - 0,1% in termini di percentuale del PIL
 - € 1.309 milioni in termini assoluti (€ 134.734 milioni vs € 136.043)
 - 1% in termini di variazione percentuale
- Nel triennio 2024-2026 la spesa sanitaria:
 - si riduce complessivamente dello 0,2% in termini di percentuale di PIL
 - aumenta di € 2.449 milioni (in media € 816 milioni/anno) in termini assoluti
 - aumenta di 1,4 punti percentuali in termini di variazione percentuale (in media di 0,47 punti percentuali per anno)

In conclusione, se la NaDEF 2023 afferma l'intenzione di stanziare risorse per il rilancio del personale sanitario nel prossimo triennio, nei fatti i numeri non lasciano intravedere i fondi necessari, ma viceversa documentano segnali di definanziamento della sanità pubblica ancor più evidenti di quelli del DEF 2023, le cui stime previsionali sulla spesa sanitaria sono state riviste al ribasso.

CAPITOLO 3

La spesa sanitaria

La spesa sanitaria si compone di due macro-categorie: spesa pubblica e spesa privata, che include quella intermediata da fondi sanitari e da polizze assicurative e la spesa out-of-pocket direttamente sostenuta dai cittadini. Le prime tre componenti di spesa sono in linea con i pilastri individuati dal DL 502/92 per sostenere il SSN:

1. La sanità pubblica, basata sui principi di universalità, equità e solidarietà
2. La sanità collettiva integrativa, attraverso i fondi sanitari
3. La sanità individuale, attraverso polizze assicurative

Tale modello era basato su alcune assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i LEA, la sanità collettiva integrativa copre prestazioni extra-LEA e ogni cittadino può stipulare polizze assicurative individuali, oltre che acquistare direttamente beni e servizi sanitari, beneficiando di specifiche detrazioni fiscali. Tuttavia, la combinazione di fenomeni occorsi nell'ultimo decennio ha messo in discussione questo modello a tre pilastri, come dimostra la composizione della spesa sanitaria secondo il sistema dei conti della sanità dell'ISTAT. Tale sistema è costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) in linea con le regole contabili del sistema europeo dei conti (SEC 2010) e utilizzato per l'*OECD Health Statistics* che allinea i dati italiani a quelli degli altri paesi (box 3.1).

La spesa sanitaria secondo il sistema ISTAT-SHA³² per il 2022 è pari a € 171.867 milioni così ripartiti:

- € 130.364 milioni di spesa pubblica;
- € 41.503 milioni di spesa privata, di cui:
 - € 36.835 milioni di spesa out-of-pocket.
 - € 4.668 milioni di spesa intermediata:
 - € 3.512 milioni: assicurazioni sanitarie volontarie
 - € 432 milioni: istituzioni senza scopo di lucro
 - € 724 milioni: imprese

³² Istituto Nazionale di Statistica. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2023. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

In termini percentuali, nel 2022 il 75,9% della spesa è pubblica, il 21,4% out-of-pocket e il 2,7% intermediata (figura 3.1).

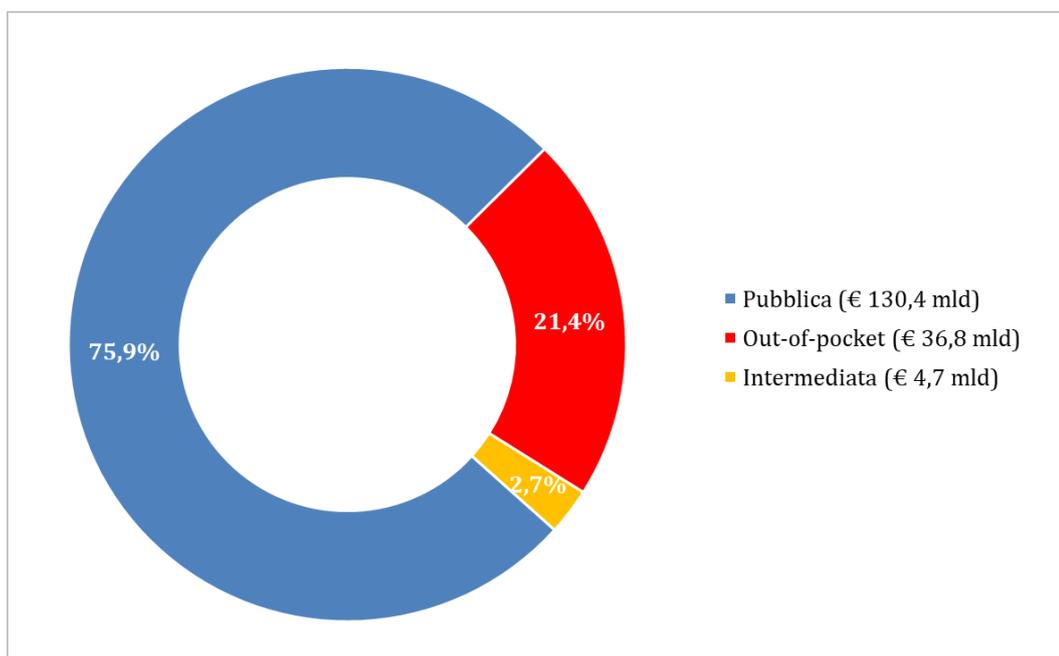


Figura 3.1. Composizione della spesa sanitaria (dati ISTAT-SHA, anno 2022)

Prendendo in considerazione la sola spesa privata, l'88,8% è a carico dei cittadini e l'11,2% intermediata da fondi sanitari e assicurazioni (figura 3.2).

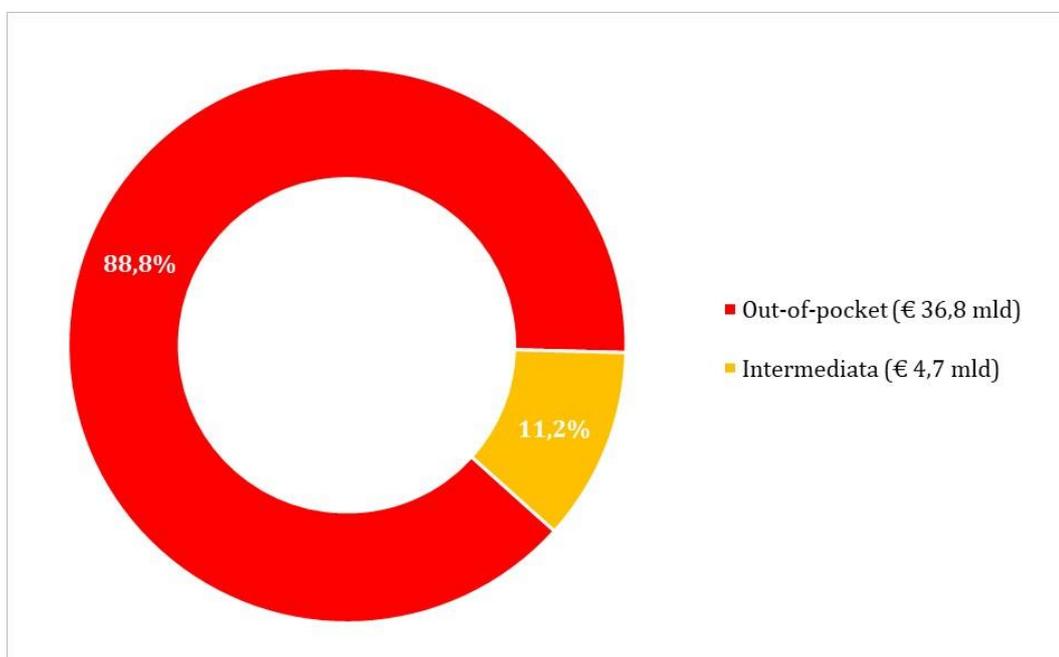


Figura 3.2. Composizione della spesa sanitaria privata (dati ISTAT-SHA, anno 2022)

Box 3.1. Il sistema ISTAT dei conti della sanità

Dal luglio 2017 l'ISTAT ha reso disponibili le stime sul sistema dei conti della sanità secondo il regolamento UE 359/2015 – *System Health Accounts* (SHA) – con metodologie coerenti con il sistema dei conti nazionali SEC 2010. Tale sistema misura i flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari con l'obiettivo di fornire uno strumento analitico per monitorare e valutare le prestazioni sanitarie del nostro SSN. La disponibilità di dati affidabili e tempestivi, confrontabili sia tra paesi, sia nel tempo, consente di analizzare le tendenze della spesa sanitaria e i fattori che la influenzano. Nella stima dei dati secondo la metodologia SHA si fa riferimento al consumo di beni e servizi sanitari da parte della popolazione residente.

La spesa sanitaria corrente è rappresentata in base alla classificazione internazionale dei conti sanitari – *International Classification for Health Accounts* (ICHA) – secondo varie dimensioni:

- regime di finanziamento (ICHA-HF)
- funzione di assistenza (ICHA-HC)
- erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP)

La spesa sanitaria pubblica è costituita dalla spesa sostenuta dalle amministrazioni pubbliche (AP) per soddisfare i bisogni individuali e collettivi della popolazione residente. Tale spesa è classificata in due categorie:

- HF.1.1. pubblica amministrazione
- HF.1.2. assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria

La voce “pubblica amministrazione” include gli enti sanitari locali: Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura A Carattere Scientifico pubblici, Aziende Ospedaliere Universitarie. Inoltre, vi confluiscono altri enti delle AP: Ministeri, Università, Croce Rossa Italiana, Agenzia Italiana del Farmaco, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, etc. La spesa finanziata dall'INAIL è contabilizzata invece nella componente delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (HF.1.2).

La spesa sanitaria privata comprende:

- regimi di finanziamento volontari (HF.2) che includono:
 - assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1);
 - spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2);
 - spesa finanziata da imprese (HF.2.3) per la promozione della salute nei luoghi di lavoro;
- la spesa diretta delle famiglie, ovvero la spesa sanitaria out-of-pocket (HF.3).

La stima della spesa sanitaria secondo la classificazione per erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP) considera le strutture pubbliche, private e private accreditate.

Va tuttavia rilevato che il sistema ISTAT-SHA presenta alcuni limiti:

- la spesa relativa alle “assicurazioni sanitarie volontarie” include sia le polizze individuali, sia quelle collettive, in larga misura oggi destinate alla “ri-assicurazione” dei fondi sanitari integrativi;
- il perimetro dei conti ISTAT-SHA:
 - formalmente non include tra i regimi di finanziamento volontari i fondi sanitari integrativi: nonostante già annunciato che «le relative stime saranno introdotte nei

conti in future edizioni»³³, in occasione di un’audizione parlamentare il Presidente dell’ISTAT ha riferito che «l’Istituto, non accedendo all’anagrafe dei fondi sanitari integrativi, non dispone di informazioni specifiche a riguardo»³⁴; tuttavia, i fondi sanitari che operano in convenzione con le compagnie assicurative, rientrano di fatto nelle assicurazioni sanitarie volontarie (HF 2.1.);

- esclude dalla spesa delle famiglie numerosi prodotti acquistati in farmacia: presidi medico-chirurgici, prodotti omeopatici, erboristeria, integratori, nutrizionali e parafarmaci.

Per tali ragioni, in relazione a specifici obiettivi di analisi, il presente Rapporto ha integrato altre fonti, segnalando ove necessario eventuali discrepanze rispetto ai dati ISTAT-SHA:

- Database *OECD Health Statistics* per i benchmark internazionali³⁵;
- Rapporto 2022 sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato³⁶ per la composizione della spesa pubblica e le variazioni 2012-2021;
- Rapporto della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica 2023³⁷ per i dati sulla compartecipazione alla spesa sanitaria;
- Rapporto OSMED 2023 dell’Agenzia Italiana del Farmaco³⁸ per la compartecipazione alla spesa sui farmaci.

3.1. Spesa sanitaria pubblica

Il sistema dei conti ISTAT-SHA identifica 7 principali aggregati di spesa per funzione di assistenza:

- HC.1. Assistenza sanitaria per cura
- HC.2. Assistenza sanitaria per riabilitazione
- HC.3. Assistenza sanitaria a lungo termine – *long term care* (LTC)
- HC.4. Servizi ausiliari (non specificati per funzione)
- HC.5. Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)
- HC.6. Servizi per la prevenzione delle malattie
- HC.7. Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento

³³ Istituto Nazionale di Statistica. Il sistema dei conti della sanità per l’Italia: anni 2012-2016. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

³⁴ Camera dei Deputati, XII Commissione Affari Sociali. Indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale. Audizione del Presidente dell’ISTAT, prof. Carlo Blangiardo. Roma, 9 aprile 2019. Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/229376. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

³⁵ OECD Health Statistics. Last update 10 November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

³⁶ Ministero dell’Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 9. Roma, ottobre 2022. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-1/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2022/IMDSS-RS2022.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

³⁷ Corte dei Conti. Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=ddfd70d1-1d57-46c6-b12c-6c0001670bb7. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

³⁸ Agenzia Italiana del Farmaco. Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali. L’uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma, agosto 2023. Disponibile a: www.aifa.gov.it/documents/20142/1967301/Rapporto-OsMed-2022.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

La Ragioneria Generale dello Stato (RGS) classifica la spesa sanitaria in 4 aggregati, di cui il terzo ulteriormente suddiviso in 3 categorie:

- A. Redditi da lavoro dipendente.
- B. Consumi intermedi: prodotti farmaceutici, emoderivati, dispositivi medici, manutenzione ordinaria, servizi di ricerca e sviluppo e formazione del personale.
- C. Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market.
 - C1. Farmaceutica convenzionata.
 - C2. Assistenza medico-generica da convenzione.
 - C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato: ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN.
- D. Altre componenti di spesa: voci residuali della spesa sanitaria corrente non considerate negli aggregati precedenti come imposte dirette, ammortamenti, interessi passivi, risultati netti di gestione, contribuzioni diverse, altre uscite e, con segno opposto, produzione per uso proprio, produzione di servizi vendibili e vendite residuali.

I conti ISTAT-SHA per il 2022 certificano una spesa sanitaria pubblica di € 130.364 milioni così ripartita per funzioni di assistenza (figura 3.3):

- € 74.165 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 12.834 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 11.852 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 19.763 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 10.386 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)
- € 1.364 milioni per governance, amministrazione e finanziamento del SSN (HC.7)

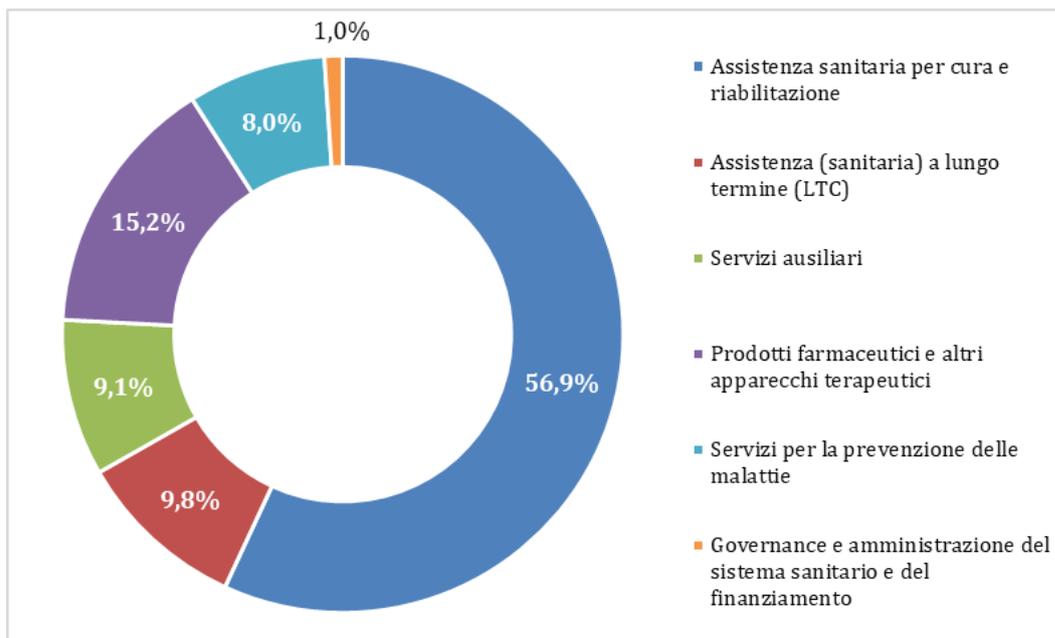


Figura 3.3 Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA, anno 2022)

Se ISTAT-SHA analizza la spesa sanitaria per funzioni di assistenza, la RGS certifica la spesa sanitaria secondo i fattori produttivi. Tuttavia, alla data di pubblicazione del presente Rapporto la RGS non ha ancora pubblicato dati relativi alla spesa 2022. Di conseguenza, i dati di seguito elaborati derivano dall'ultimo Rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria della RGS³⁹ e sono riferiti alla spesa sanitaria corrente 2021 che è pari a € 127.834 milioni (tabella 3.1, figura 3.4).

Aggregato di spesa	Milioni di €
Redditi da lavoro dipendente	€ 38.188
Consumi intermedi	€ 43.146
Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi da produttori market	€ 41.805
Farmaceutica convenzionata	€ 7.344
Assistenza medico-generica da convenzione	€ 7.155
Altre prestazioni sociali in natura da privato	€ 27.306
Altre componenti di spesa	€ 4.695
Totale	€ 127.834

Tabella 3.1. Spesa sanitaria corrente (dati RGS, anno 2021)

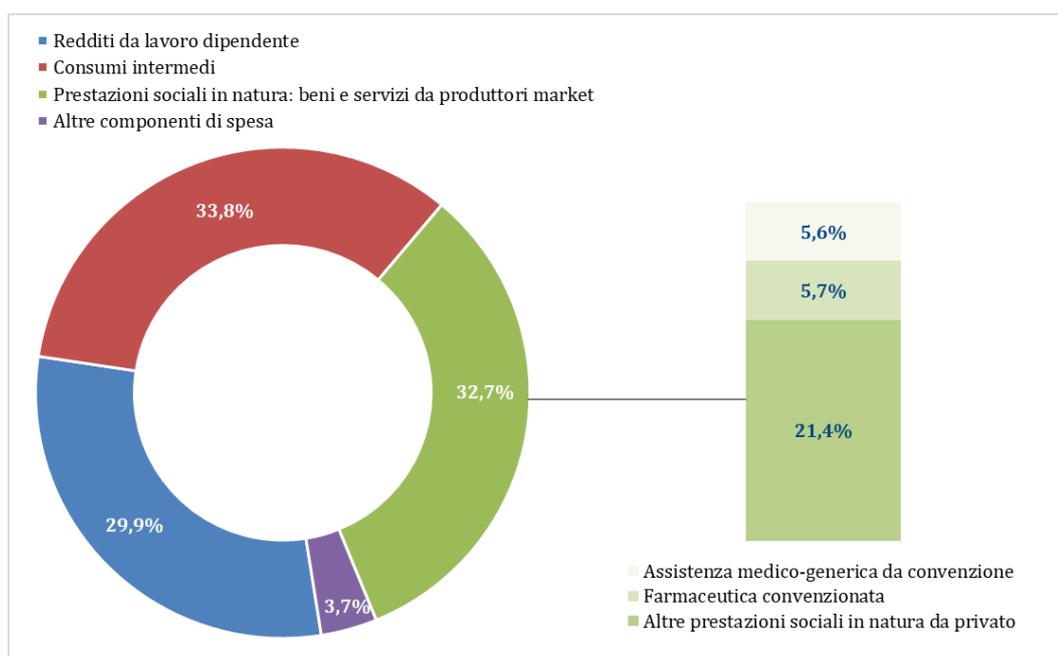


Figura 3.4. Spesa sanitaria pubblica per aggregati (dati RGS, anno 2021)

³⁹ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 9. Roma, ottobre 2022. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2022/IMDSS-RS2022.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

3.2.1. Trend 2012-2021

I dati della RGS dimostrano che nel periodo 2012-2020 si è registrato un sostanziale allineamento tra la spesa sanitaria corrente e il finanziamento ordinario del SSN, mentre nel 2021 la spesa ha superato il finanziamento (figura 3.5) con un gap di quasi € 5.800 milioni, di cui però solo € 1.109,2 milioni relativi al disavanzo delle Regioni.

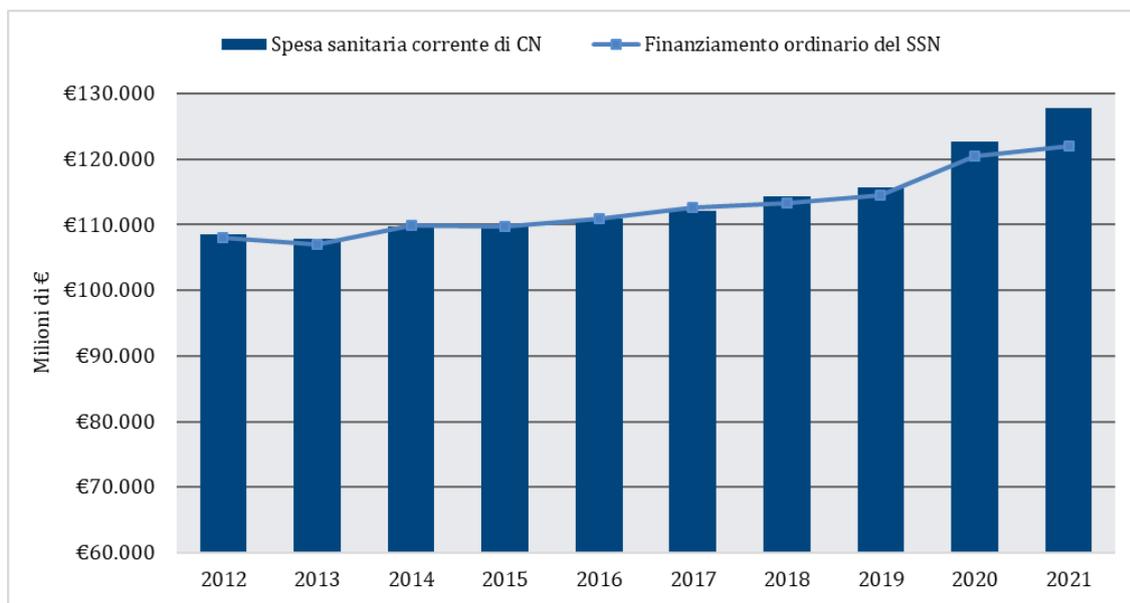


Figura 3.5. Trend spesa sanitaria corrente vs finanziamento ordinario del SSN 2012-2021 (dati RGS)

Il consistente scostamento tra finanziamento pubblico e spesa sanitaria nel 2021 è imputabile a due motivazioni. La prima è la facoltà, disposta normativamente, di coprire specifici costi del 2021 utilizzando eventuali economie di finanziamenti per COVID-19 non impiegati l'anno precedente. La seconda, valida anche per il 2020, riguarda l'inclusione nella spesa sanitaria corrente dei costi sostenuti dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. La copertura di tali oneri non è a carico del FSN, ma è avvenuta tramite ulteriori risorse stanziare ad hoc e trasferite su un'apposita contabilità speciale per la copertura integrale degli oneri.

Il trend 2012-2021 della spesa sanitaria in valore assoluto fa rilevare un modesto incremento (+€ 3.326 milioni) dei redditi da lavoro dipendente negli anni 2017-2021. Le altre prestazioni sociali in natura da privato proseguono la crescita iniziata nel 2016 (+€ 2.301 milioni), mentre i consumi intermedi dopo l'incremento del periodo 2013-2018 si stabilizzano nel 2019 per tornare a crescere nel 2020 e 2021, facendo segnare nel periodo 2019-2021 l'incremento massimo tra tutte le componenti di spesa (+ € 7.915 milioni) (figura 3.6).

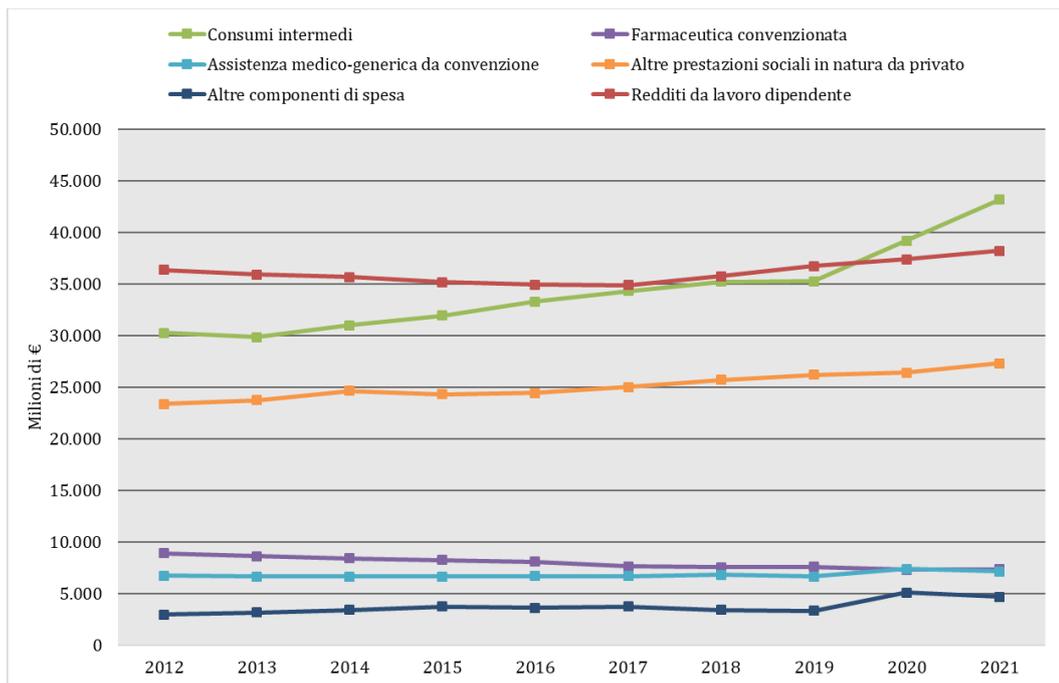


Figura 3.6. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2021 in valore assoluto (dati RGS)

Tuttavia, a fronte di un incremento in valore assoluto, analizzando l'incidenza percentuale sul totale della spesa, nel periodo 2020-2021 le componenti di redditi da lavoro dipendente e le altre prestazioni sociali in natura da privato registrano una flessione. Si conferma il netto incremento della percentuale della spesa destinata ai consumi intermedi (figura 3.7).

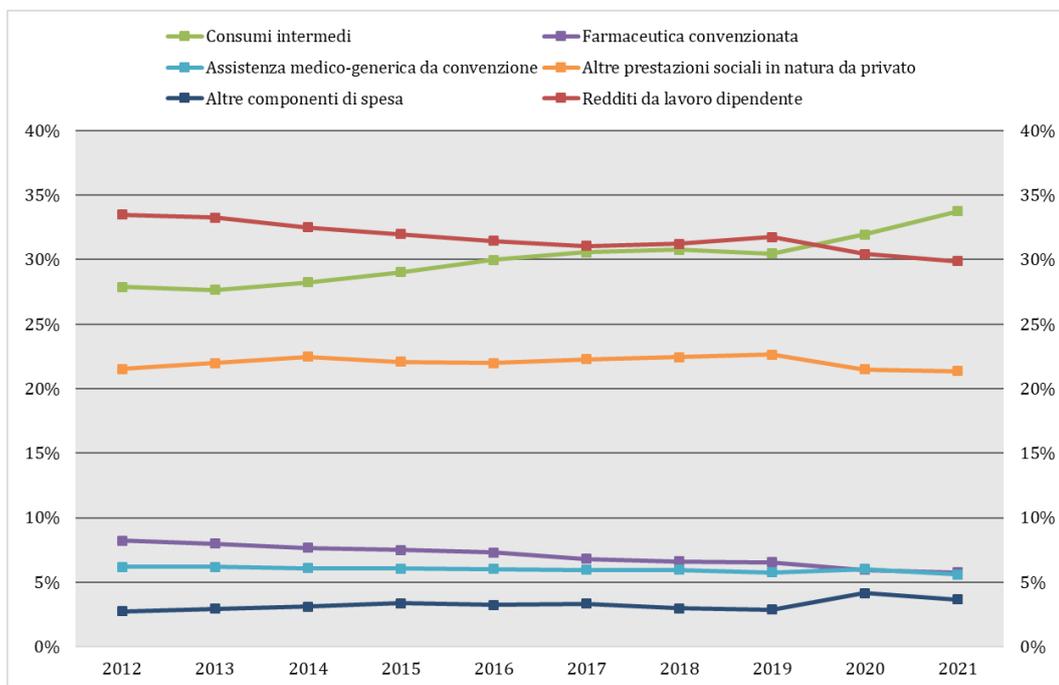


Figura 3.7. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2021 in percentuale sul totale (dati RGS)

Queste variazioni si riflettono sulla composizione percentuale della spesa totale (figura 3.8) da cui è possibile rilevare alcune considerazioni relative al decennio 2012-2021. Innanzitutto, risulta evidente il disinvestimento sul personale sanitario: la percentuale di spesa destinata al lavoro dipendente è scesa dal 33,5% del 2012 al 29,9% del 2021, e quella per l'assistenza convenzionata dal 6,2% al 5,6%. In secondo luogo la percentuale di spesa per le prestazioni acquisite dal privato è rimasta pressoché costante. I consumi intermedi fanno rilevare un incremento percentuale dal 27,9% al 33,8%, mentre la spesa farmaceutica convenzionata è scesa dall'8,2% al 5,7%. Infine, le altre componenti di spesa fanno registrare un incremento dal 2,7% al 3,7%.

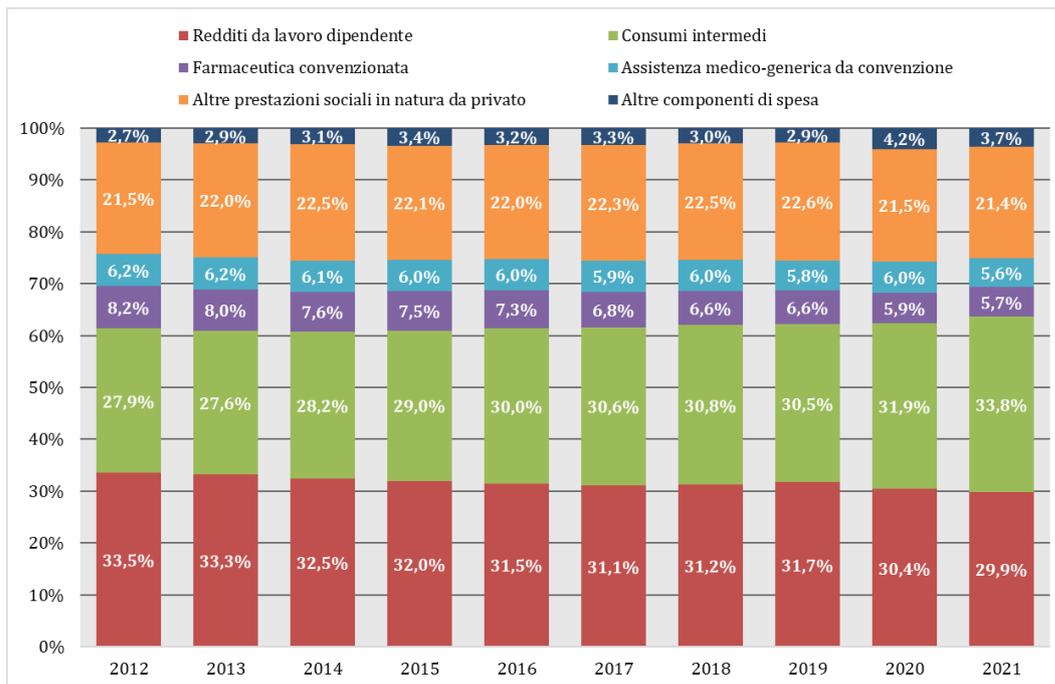


Figura 3.8. Composizione percentuale della spesa sanitaria 2012-2021 (dati RGS)

3.2. Spesa sanitaria privata

La spesa sanitaria privata include quella sostenuta direttamente dalle famiglie (out-of-pocket) e quella intermediata da fondi sanitari, assicurazioni e altri “terzi paganti”. Oltre alla classificazione SHA, l’ISTAT riporta anche la spesa delle famiglie per consumi finali, secondo la classificazione COICOP (tabella 3.2).

Fonte	Metodi, aggregati e fonti	Categorie incluse	Stima
ISTAT SHA ^a	Spesa sanitaria privata della popolazione residente (spesa diretta delle famiglie + regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011) ^{40,b} . Classificazione: ICHA ^c . Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)	€ 3.512
		Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	€ 432
		Imprese (HF.2.3)	€ 724
		Spesa delle famiglie (HF.3)	€ 36.835
		Totale	€ 41.503
ISTAT COICOP ^d	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (SEC 2010) ⁴¹ . Classificazione: COICOP. Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Spesa delle famiglie	€ 38.774*
^a SHA: <i>System of Health Accounts</i> – ^b Questi dati, in quanto trasmessi all’OCSE, rappresentano il riferimento per i benchmark internazionali. – ^c ICHA: <i>International Classification for Health Accounts</i> – ^d COICOP: <i>Classification of Individual Consumption by Purpose</i> * Non è possibile nettare tale spesa dai rimborsi previsti nel caso di coperture indirette, né considerare la spesa per polizze assicurative individuali.			

Tabella 3.2. Spesa sanitaria privata ISTAT anno 2022 (dati in milioni)

Più in generale, data la grande eterogeneità delle fonti, le diverse modalità di inclusione della spesa intermediata e i differenti metodi utilizzati, altri enti di ricerca riportano stime diverse. In particolare, l’Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) CERGAS Bocconi⁴² effettua stime di ampliamento e di riduzione sul perimetro ufficiale della spesa privata ISTAT-SHA (Spesa diretta delle famiglie + Regimi di finanziamento volontari) integrandole con dati da ISTAT-COICOP, Corte dei Conti, Agenzia delle Entrate, Ministero della Salute, AIFA, Federfarma.

⁴⁰ Istituto Nazionale di Statistica. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2023. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁴¹ Istituto Nazionale di Statistica. Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa (COICOP 3 cifre) e durata. Sanità. Disponibile a: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=12005>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁴² Del Vecchio M, Fenech L, Preti LM, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2022. EGEA, febbraio 2023.

3.2.1. Spesa sanitaria out-of-pocket

Secondo le stime dei conti ISTAT-SHA la spesa delle famiglie per l'anno 2022 ammonta a € 36.835 milioni (figura 3.9):

- € 15.305 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 3.953 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 2.691 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 14.818 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 68 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)

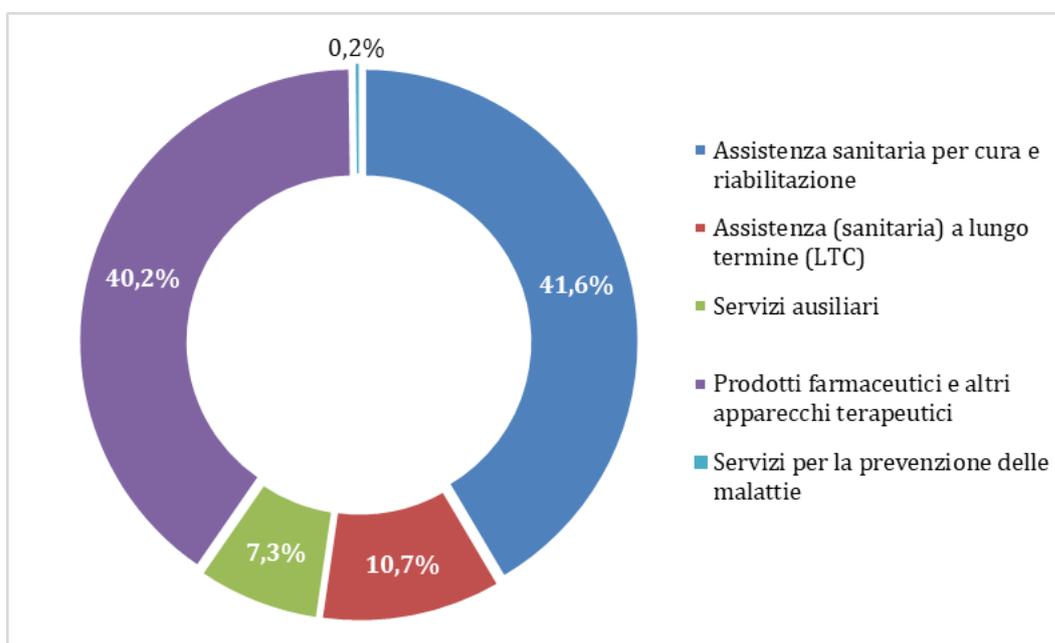


Figura 3.9. Spesa sanitaria delle famiglie per funzione di spesa (dati ISTAT-SHA, anno 2021)

Compartecipazione alla spesa. Il Rapporto 2023 della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica⁴³ e il Rapporto OSMED 2023 dell'AIFA⁴⁴ forniscono i dati ufficiali sulla compartecipazione alla spesa dei cittadini, che nel 2022 ha raggiunto € 2.547,5 milioni, pari al 6,9% della spesa out-of-pocket. In dettaglio, € 1.501 milioni per i farmaci e € 1.046,5 milioni per le prestazioni specialistiche, incluse quelle di pronto soccorso (€ 30,5 milioni). Tali importi corrispondono ad una quota media pro-capite di € 43,3, di cui € 25,5 per i farmaci e € 17,8 per le prestazioni specialistiche. Rilevante notare che, relativamente ai ticket sui farmaci, il 72,2% (€ 1.084 milioni) viene pagato volontariamente dai cittadini che scelgono il farmaco di marca, rispetto al generico (figura 3.10).

⁴³ Corte dei Conti. Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=ddfd70d1-1d57-46c6-b12c-6c0001670bb7. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁴⁴ Agenzia Italiana del Farmaco. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma, agosto 2023. Disponibile a: www.aifa.gov.it/documents/20142/1967301/Rapporto-OsMed-2022.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

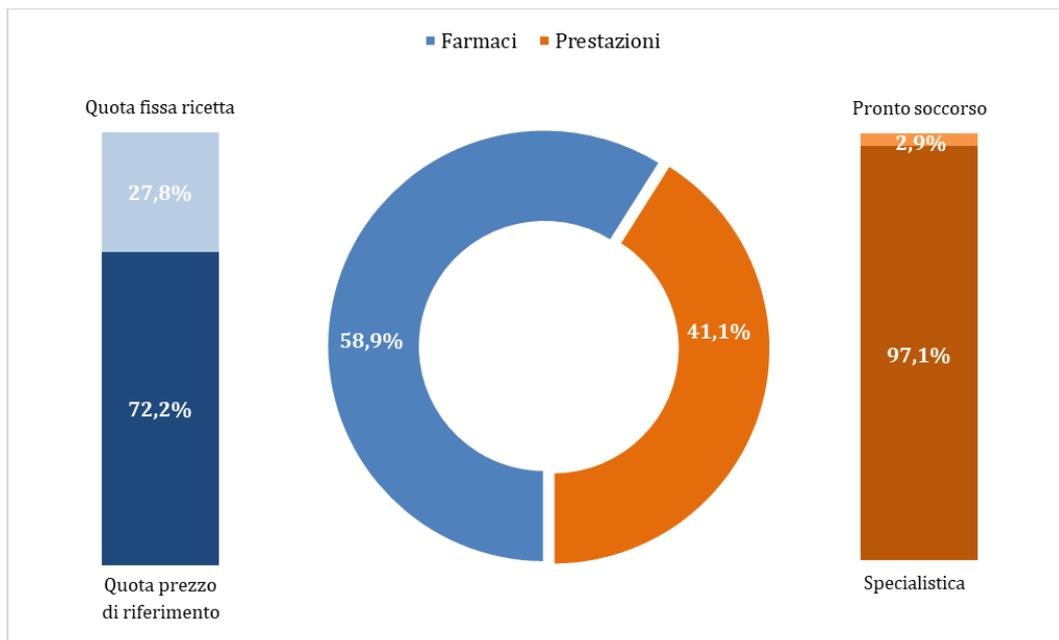


Figura 3.10. Ripartizione percentuale della compartecipazione alla spesa (dati Corte dei Conti, OSMED, anno 2021)

3.2.1.1. Trend 2012-2022

A fronte di un dibattito pubblico che enfatizza il continuo aumento della spesa out-of-pocket, nel periodo 2012-2022 si registra un incremento medio dell'1,6% annuo pari ad un aumento totale di € 5.326 in 10 anni (figura 3.11).

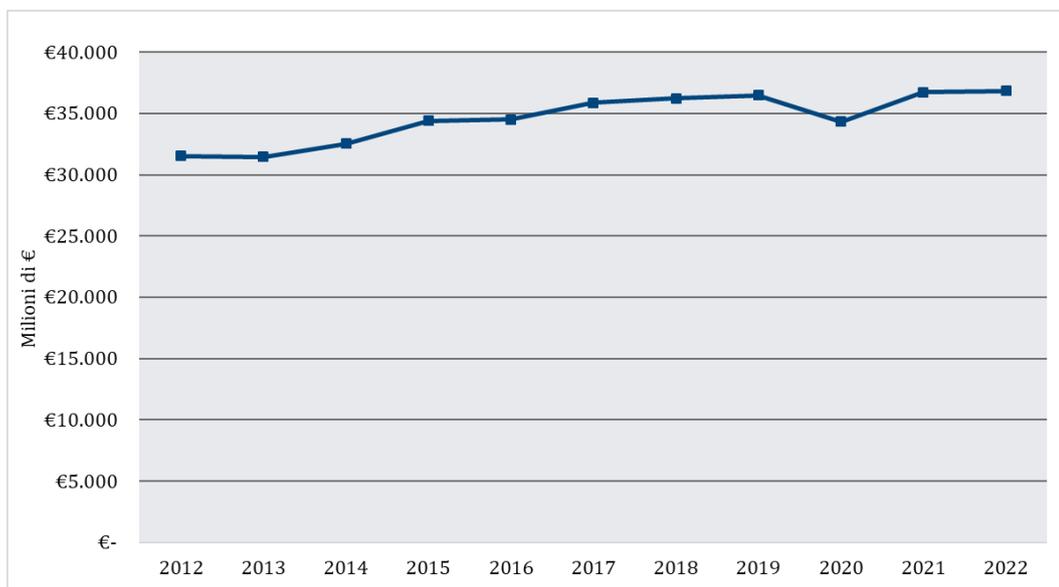


Figura 3.11. Trend spesa sanitaria privata (dati ISTAT-SHA)

Guardando al trend delle varie componenti di spesa out-of-pocket nel periodo 2012-2022 (figura 3.12), l'incremento maggiore – seppur con due andamenti differenti - riguarda la spesa per assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (+ € 2.760 milioni) e quella per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (+ € 2.503 milioni). La spesa per la *long term care* così come quelle per i servizi ausiliari e quelli per la prevenzione delle malattie, invece, hanno registrato solo modeste variazioni.

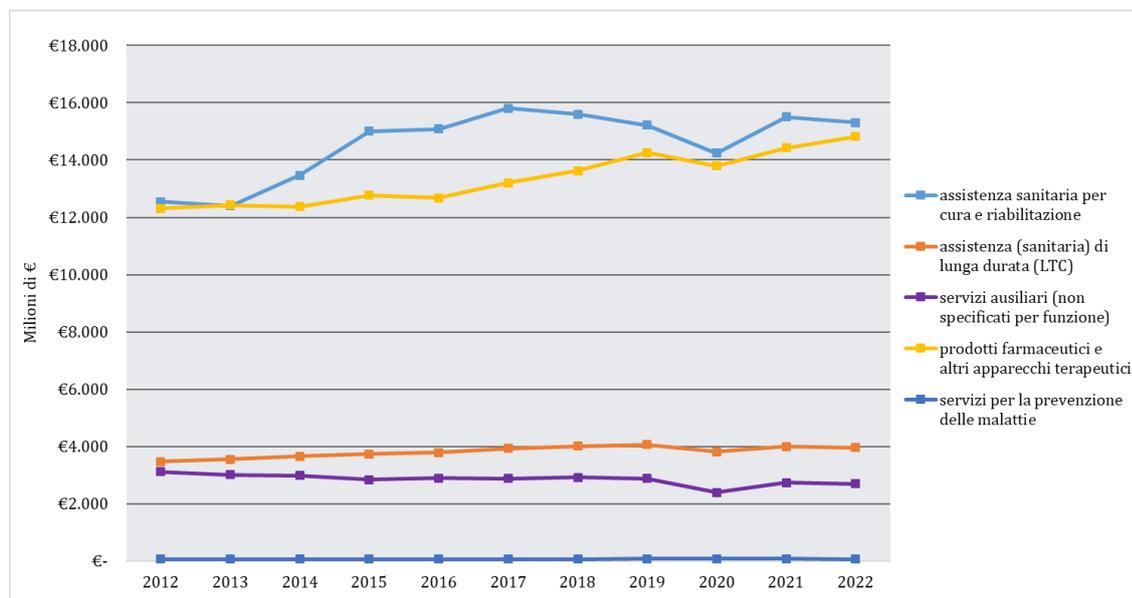


Figura 3.12. Trend spesa sanitaria privata per tipo di funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT)

Da rilevare che la componente di spesa out-of-pocket per assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, che include le spese per le prestazioni diagnostiche e di specialistica ambulatoriale, nel 2021 è semplicemente tornata ai livelli del 2019 (dopo la netta flessione del 2020), senza alcuna impennata e nel 2022 fa registrare una lieve flessione.

3.2.2. Spesa sanitaria intermediata

L'intermediazione della spesa privata viene effettuata dai cosiddetti "terzi paganti" (fondi sanitari, casse mutue, assicurazioni, etc.) che popolano un ecosistema molto complesso e articolato (box 3.2).

Box 3.2. L'ecosistema dei "terzi paganti"

Tipologia di soggetti

- Fondi sanitari
 - Tipo A (*doc*)
 - Tipo B (*non doc*)
 - Autoassicurati
 - Assicurati tramite una polizza collettiva
- Polizze assicurative (rami danni e vita)
 - Individuali
 - Collettive

Modalità di rimborso

- Diretto: il terzo pagante paga direttamente l'erogatore della prestazione e nulla è dovuto dall'iscritto/assicurato
- Indiretta: l'iscritto/assicurato paga l'erogatore e richiede al terzo pagante il rimborso (totale o parziale) secondo quanto previsto dal regolamento, statuto o contratto

Modelli di gestione (fondi sanitari)

- Fondo autogestito
- Fondo autogestito con servizi amministrativi esterni
- Fondo affidato in gestione ad una o più compagnie assicurative

La complessità di tale ecosistema rende impossibile calcolare con precisione l'entità della spesa intermediata, anche per le criticità che condizionano la tracciabilità dei flussi economici:

- L'analisi può essere effettuata secondo i premi incassati dai terzi paganti, oppure secondo i rimborsi effettuati.
- I rimborsi possono essere effettuati con due modalità che determinano sovrapposizioni tra spesa intermediata e spesa delle famiglie:
 - rimborso diretto all'erogatore e conseguente esclusione degli importi rimborsati dalla spesa out-of-pocket;
 - rimborso (totale o parziale) all'assicurato/iscritto al fondo che anticipa la spesa all'erogatore e conseguente inclusione dell'importo nella spesa out-of-pocket.
- I dati del Ministero della Salute relativi ai fondi sanitari integrativi sono attualmente disponibili solo fino al 2020⁴⁵ e forniscono informazioni parziali, in quanto riportano solo l'importo delle "risorse impegnate" dai fondi, ovvero quelle utilizzate per il rimborso agli iscritti, ma non i dati relativi alle quote incassate.

⁴⁵ Ministero della Salute. 2° Report System sull'Anagrafe dei fondi sanitari. Ottobre 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3215_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

- Le informazioni sulle quote versate ai fondi sanitari integrativi sono desumibili solo in parte dal report ANIA⁴⁶, che tuttavia non esplicita quale percentuale del totale dei premi incassati per polizze assicurative collettive relative al ramo malattia (danni + vita) siano destinate alla “ri-assicurazione dei fondi sanitari”.
- Dai dati ISTAT-COICOP sulla spesa privata non è possibile scorporare le spese sanitarie successivamente rimborsate da “terzi paganti”, né identificare quelle da loro direttamente sostenute⁴⁷.
- Non è disponibile un dato aggiornato sul numero di fondi sanitari “ri-assicurati” e sul valore di tale ri-assicurazione; di conseguenza non è possibile scorporare tale importo dalla voce “assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)” del sistema ISTAT-SHA.

Per questi motivi il presente Rapporto si limita ad analizzare il dato ISTAT-SHA⁴⁸ che per i Regimi di finanziamento volontari (HF.2) nel 2022 è complessivamente pari a € 4.668 milioni, di cui:

- € 3.512 milioni per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1);
- € 432 milioni per le istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2), definiti come “accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni/trasferimenti provenienti dalla cittadinanza, dalle amministrazioni pubbliche o da imprese”;
- € 724 milioni per le imprese (HF.2.3), definiti come “accordi mediante i quali le imprese forniscono direttamente, oppure finanziano, i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime previdenziale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro”.

Se ISTAT-SHA esclude esplicitamente i fondi sanitari integrativi dai regimi di finanziamento volontari (HF.2), le analisi effettuate fanno ipotizzare due possibili sovrapposizioni con tale tipologia di spesa intermediata. Innanzitutto, visto che una percentuale sempre più elevata di fondi sanitari oggi sono ri-assicurati, HF.2.1 verosimilmente include sotto forma di polizze collettive una quota di fondi non auto-assicurati; in secondo luogo, è possibile che HF.2.3 (Imprese) – “accordi mediante i quali le imprese finanziano i servizi sanitari per i propri dipendenti” – includa prestazioni sanitarie intermedie dal welfare aziendale, la cui erogazione è effettuata tramite i fondi sanitari.

⁴⁶ Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici. ANIA Trends Infortuni e Malattia. Portafoglio diretto italiano. Dati al 31 dicembre 2021. Giugno 2022. Disponibile a: www.ania.it/documents/35135/473555/Newsletter+Infortuni+e+Malattia_anno+2021.pdf/fb40e97a-ec0e-cc01-09d9-6f4ec6759db9?version=1.0&t=1655798447898. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁴⁷ Istituto Nazionale di Statistica. Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa (COICOP 3 cifre) e durata. Disponibile a: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=12005>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁴⁸ Istituto Nazionale di Statistica. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2023. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

3.2.2.1. Trend 2012-2022

Nel periodo 2012-2022 si registra un aumento della spesa sanitaria intermediata (+ € 1.759 milioni), con un trend in continua crescita al netto della lieve flessione nel 2020 (figura 3.13).

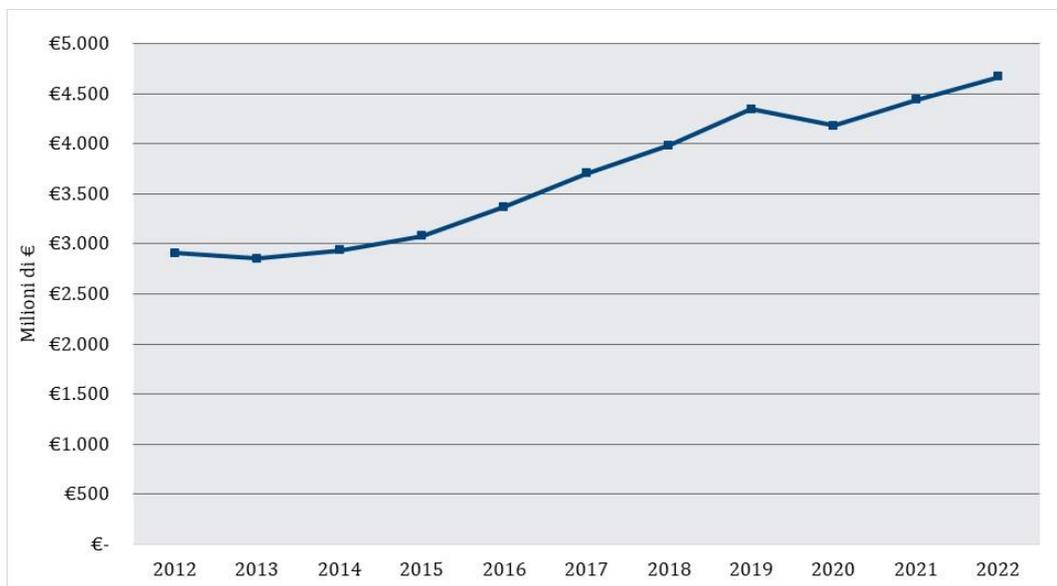


Figura 3.13. Trend spesa sanitaria intermediata 2012-2022 (dati ISTAT-SHA)

3.3. Benchmark internazionali

Utilizzando il database *OECD.Stat*⁴⁹ con i dati aggiornati al 2022 (o anno più recente disponibile) relativi alla spesa sanitaria sia in percentuale del PIL, che in \$ pro-capite a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto, sono stati effettuati i benchmark tra i paesi dell'area OCSE relativi a: spesa totale, spesa pubblica, spesa privata (totale, out-of-pocket e intermediata). I dati dell'Italia, oltre che con i singoli paesi dell'area OCSE, sono stati confrontati con la media OCSE e con la media dei paesi europei dell'area OCSE, che – rispetto all'Europa geografica – escludono Bulgaria, Croazia, Cipro, Malta e Romania.

3.3.1. Spesa sanitaria totale

In Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale è inferiore alla media OCSE (9,0% vs 9,3%) e siamo ormai fanalino di coda tra i paesi dell'Europa settentrionale e occidentale. Infatti Germania, Francia, Svizzera, Austria, Regno Unito, Olanda, Belgio, Svezia, Portogallo, Spagna, Finlandia, Danimarca, Repubblica Ceca destinano alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra (figura 3.14).

⁴⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD.Stat. Last updated July 2023. Disponibile a: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

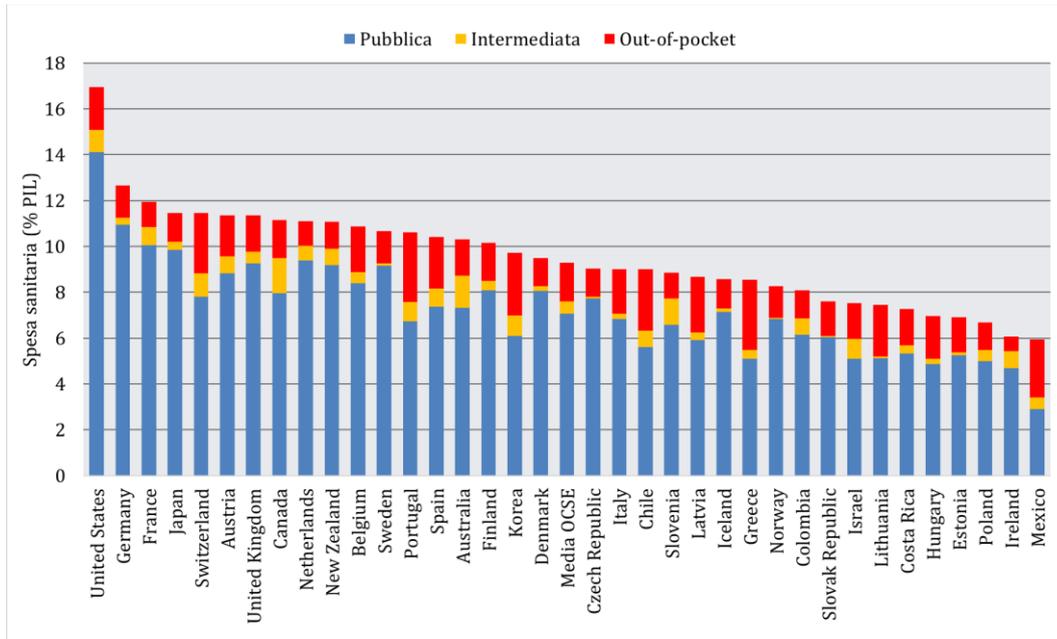


Figura 3.14. Spesa sanitaria nei paesi OCSE in percentuale del PIL
(dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

La posizione del nostro Paese peggiora ulteriormente prendendo in considerazione la spesa sanitaria pro-capite totale in \$ pro-capite a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto che, inferiore alla media OCSE (\$4.291 vs \$ 4.954), colloca l'Italia tra i paesi poveri dell'Europa: spendono meno di noi solo Portogallo, Slovenia, Lituania, Lettonia, Estonia, Polonia, Ungheria, Grecia, Repubblica Slovacca (figura 3.15).

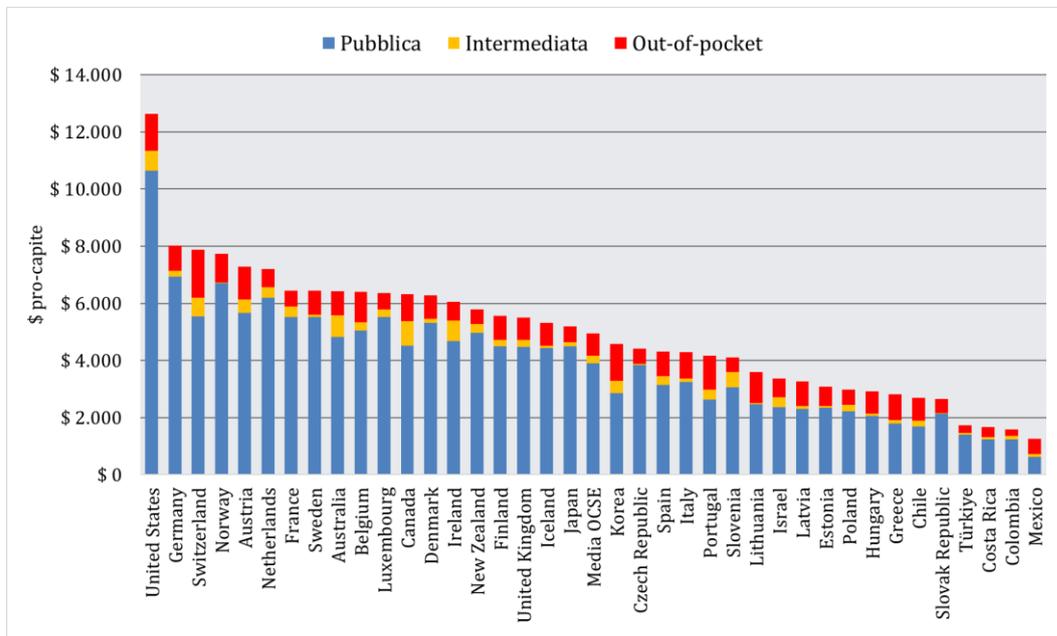


Figura 3.15. Spesa sanitaria in \$ pro-capite nei paesi OCSE
(dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

3.3.2. Spesa sanitaria pubblica

La spesa sanitaria pubblica sul database *OECD.Stat* include per ciascun paese diversi schemi di finanziamento, di cui uno solitamente prevalente: fiscalità generale (es. Italia, Regno Unito), assicurazione sociale obbligatoria (es. Germania, Francia), assicurazione privata obbligatoria (es. USA, Svizzera).

La spesa sanitaria pubblica del nostro Paese nel 2022 si attesta al 6,8% del PIL, sotto di 0,3 punti percentuali sia rispetto alla media OCSE (7,1%) che alla media europea (7,1%). Sono 13 i Paesi dell'Europa che in percentuale del PIL investono più dell'Italia, con un gap che va dai +4,1 punti percentuali della Germania (10,9% del PIL) ai +0,3 punti percentuali dell'Islanda (7,1% del PIL) (figura 3.16).

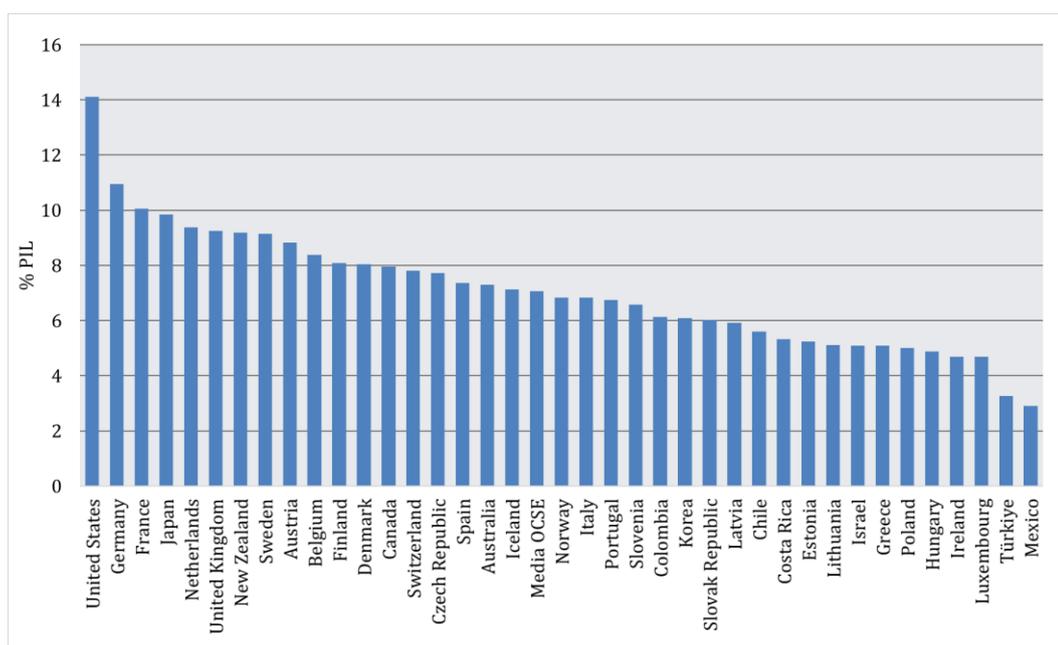


Figura 3.16. Spesa sanitaria pubblica nei paesi OCSE in percentuale del PIL (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

In Italia anche la spesa sanitaria pubblica pro-capite nel 2022, pari a \$ 3.255, rimane al di sotto sia della media OCSE (\$ 3.899) con una differenza di \$ 644, sia della media dei paesi europei (\$ 4.128) con una differenza di \$ 873. E in Europa sono ben 15 i paesi che investono più di noi in sanità, con un gap che va dai +\$ 583 della Repubblica Ceca (\$ 3.838) ai +\$ 3.675 della Germania (\$ 6.930) (figura 3.17).

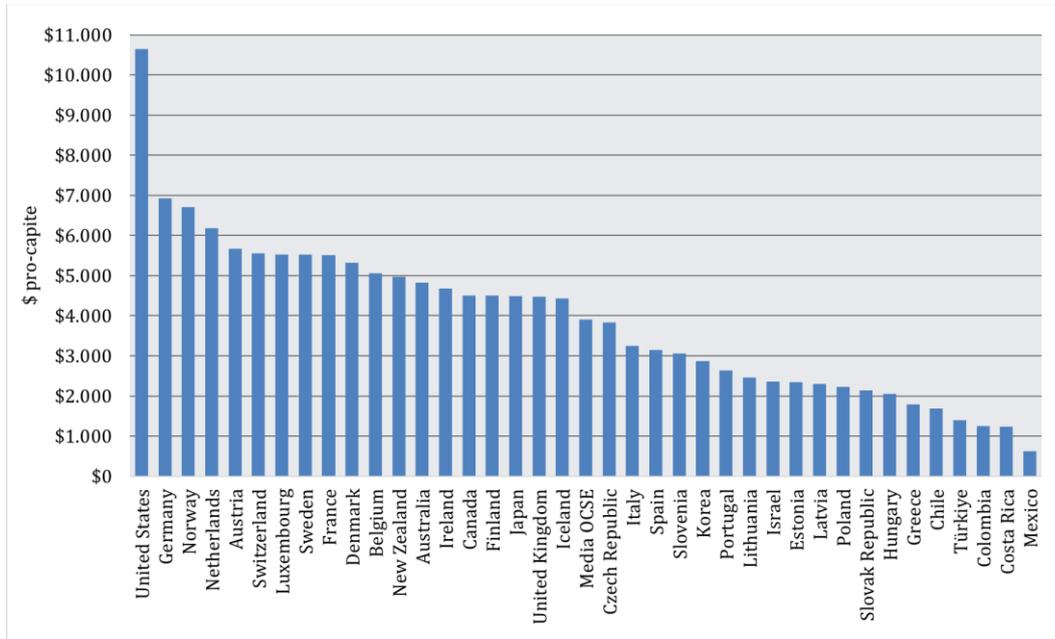


Figura 3.17. Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

Confrontando il trend della spesa pubblica pro-capite nel periodo 2008-2022 con gli altri paesi del G7 (figura 3.18), emergono alcuni dati di particolare rilievo. Innanzitutto, negli altri paesi del G7 (ad eccezione del Regno Unito) la crisi finanziaria del 2008 non ha minimamente scalfito la spesa pubblica pro-capite per la sanità: infatti dopo il 2008 il trend di crescita si è mantenuto o ha addirittura subito un'impennata. Nel 2008 tutti i Paesi del G7 – ad eccezione degli USA – destinavano alla spesa pubblica pro-capite una cifra compresa tra \$ 2.500 e \$ 3.000, tranne l'Italia (\$ 2.278) e il Giappone (\$ 2.272). Dal 2009 il nostro Paese è sempre rimasto in ultima posizione, ma a differenza degli altri Paesi il trend si è sostanzialmente appiattito: infatti se nel 2009 la Germania (primo paese per spesa pubblica pro-capite) investiva \$ 1.165 (+50,6%) in più dell'Italia (\$ 3.465 vs \$ 2.300), nel 2022 la differenza è più che raddoppiata (+112,9%): la spesa sanitaria in Germania è di \$ 6.930, rispetto ai \$ 3.255 dell'Italia.

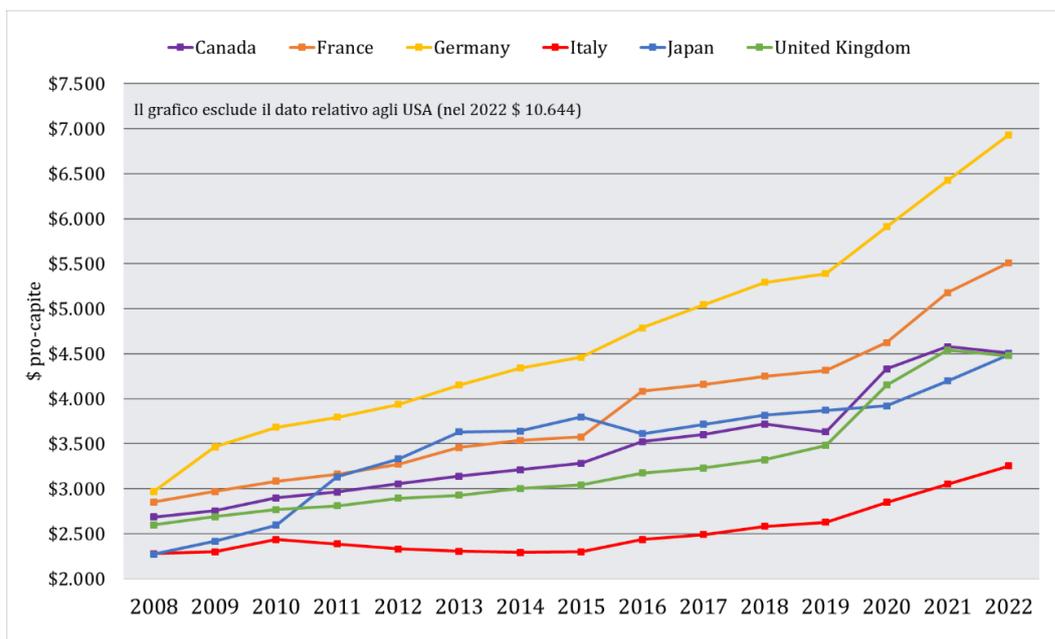


Figura 3.18. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2022: paesi del G7 (dati OCSE)

Infine, se per fronteggiare la pandemia tutti i Paesi del G7 dal 2019 al 2022 hanno aumentato la spesa pubblica pro-capite, l'Italia si colloca in penultima posizione poco sopra il Giappone, ma soprattutto, dopo l'emergenza COVID-19 il gap con gli altri paesi europei del G7 continua a crescere: infatti, nel nostro Paese la spesa sanitaria pubblica nel 2022, rispetto al 2019, è aumentata di \$ 625, quasi la metà di quella francese (\$ 1.197) e 2,5 volte in meno di quella tedesca (\$ 1.540) (tabella 3.3).

Paese	\$
Stati Uniti	1.666
Germania	1.540
Francia	1.197
Regno Unito	999
Canada	876
Italia	625
Giappone	618

Tabella 3.3. Incremento della spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi del G7: 2022 vs 2019 (dati OCSE)

Il gap con i paesi europei si è ampliato progressivamente dal 2010 sino a raggiungere \$ 590 nel 2019; poi si è ulteriormente ampliato negli anni della pandemia quando, nonostante il netto incremento della spesa sanitaria in Italia, gli altri paesi europei hanno comunque investito più del nostro (figura 3.19). Il gap con la media dei paesi europei dell'area OCSE è di \$ 873 pro-capite che, parametrato a una popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2023 di oltre 58,8 milioni di abitanti, per l'anno 2022 corrisponde ad un gap di quasi \$ 51,4 miliardi.

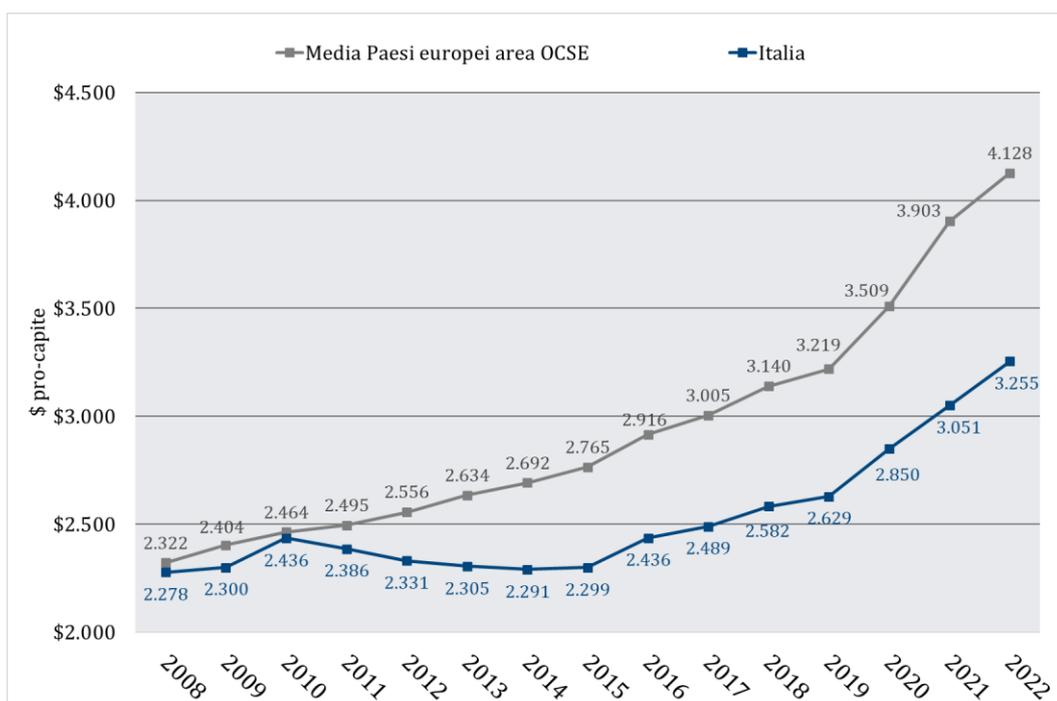


Figura 3.19. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2022: media paesi europei area OCSE vs Italia (dati OCSE)

Il progressivo aumento del gap della spesa sanitaria rispetto alla media dei paesi europei è perfettamente in linea con l'entità del definanziamento pubblico relativo al decennio 2010-2019 (§2.1), ma poi si è sorprendentemente ampliato nel triennio 2020-2022 durante l'emergenza pandemica. Complessivamente, rispetto alla media dei paesi europei, nel periodo 2010-2022 la spesa sanitaria italiana è stata inferiore di \$ 363 miliardi (figura 3.20).

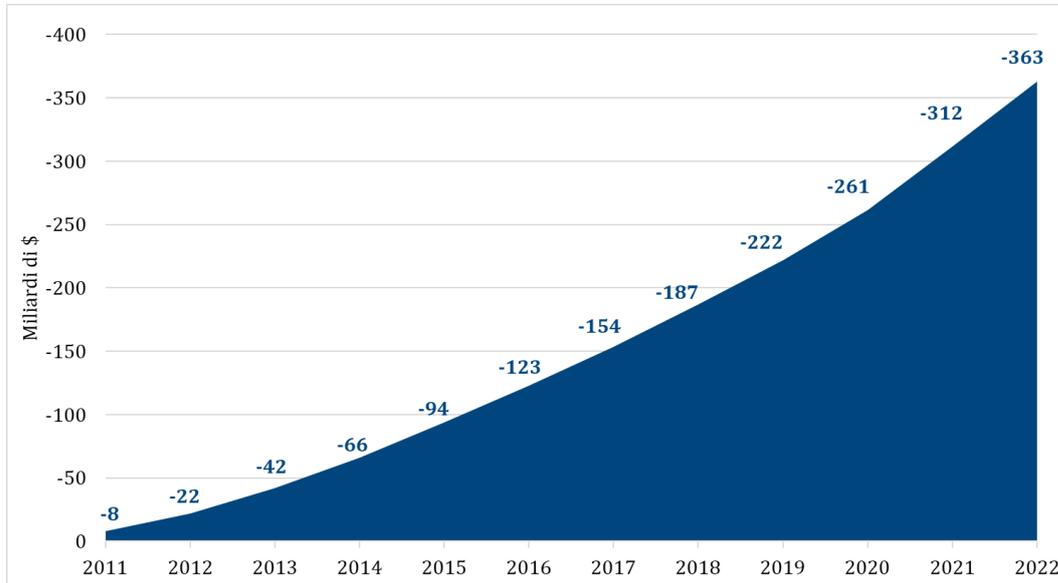


Figura 3.20. Gap cumulativo della spesa sanitaria pubblica totale 2011-2022 dell'Italia vs media dei Paesi europei area OCSE (elaborazione GIMBE su dati OCSE)

Tenendo conto di questo imponente gap e delle proposte di riallineare la spesa sanitaria alla media dei paesi europei, è stato stimato il potenziale impatto sulla finanza pubblica delle risorse necessarie per raggiungere questo obiettivo.

Ipotizzando una crescita della spesa sanitaria, sia dei paesi europei dell'area OCSE sia dell'Italia, analoga a quella del periodo pre-pandemico 2011-2019 (rispettivamente pari al +3,2% e al +0,9% medio annuo), nel 2030 la media dei paesi europei dell'area OCSE raggiungerebbe \$ 5.328 pro-capite e quella dell'Italia \$3.493: di conseguenza, il gap dal 2022 al 2030 aumenterebbe di \$ 962 pro-capite (da \$ 873 a \$ 1.835) (figura 3.21).

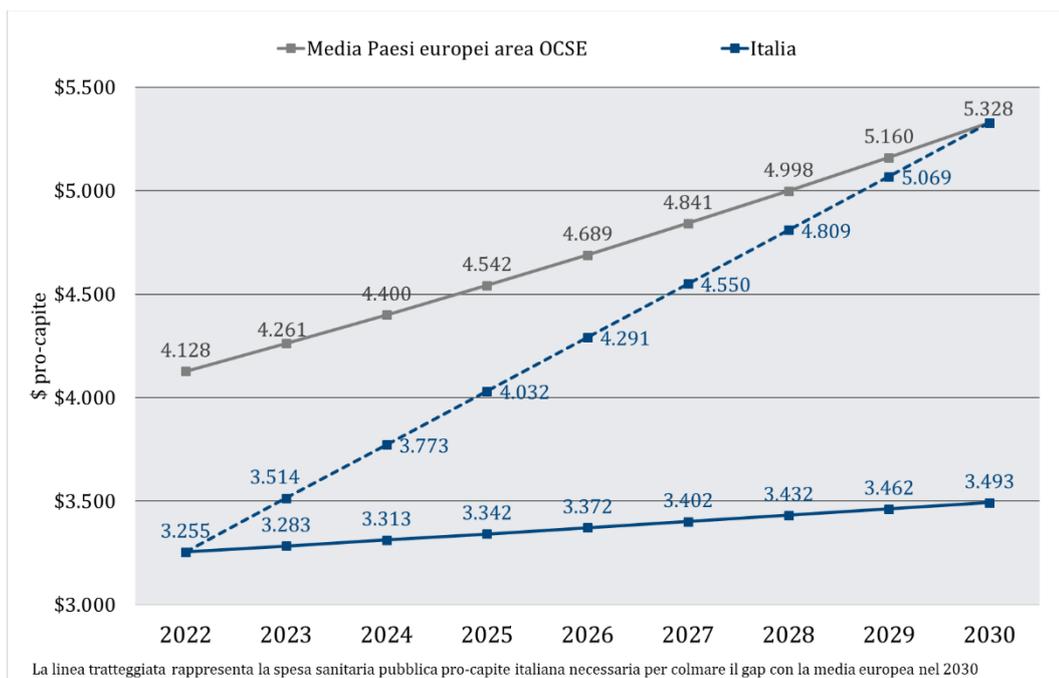


Figura 3.21. Spesa sanitaria pro-capite: Italia vs media paesi europei area OCSE (dati OCSE)

In termini di spesa totale, prendendo a riferimento la popolazione ISTAT al 1° gennaio 2023 e ipotizzandola invariata sino al 2030, per colmare il divario pro-capite con la media dei paesi europei la spesa sanitaria pubblica nel 2030 dovrebbe essere incrementata di \$122 miliardi, corrispondenti ad aumento costante di \$ 15,25 miliardi all'anno a partire dal 2023 (figura 3.22).

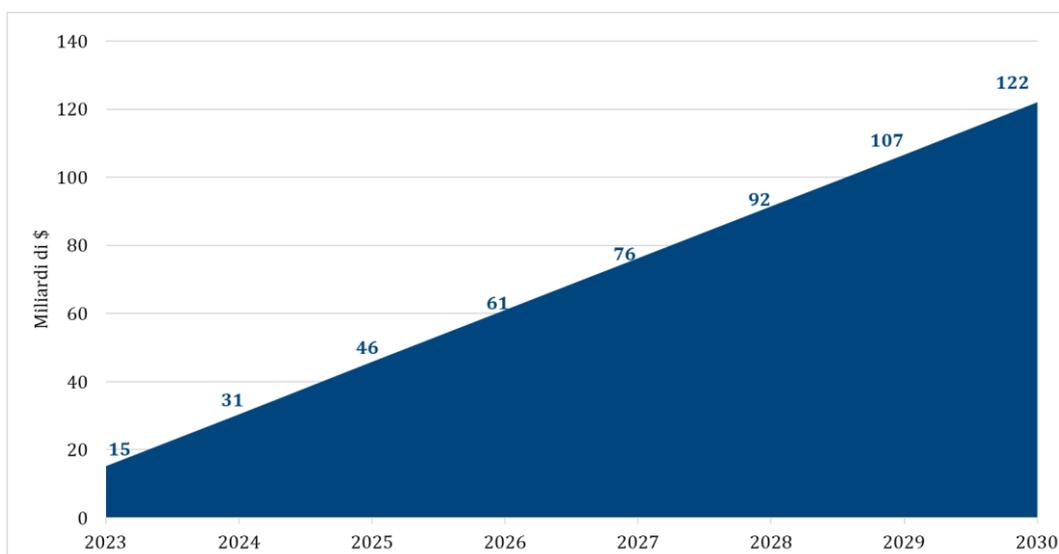


Figura 3.22. Spesa sanitaria pubblica totale necessaria per colmare il gap con la media dei Paesi europei OCSE nel 2030 (elaborazione GIMBE su dati OCSE)

3.3.3. Spesa sanitaria privata

Spesa privata totale pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria privata pro-capite nel 2022, pari a \$ 1.036, è di poco inferiore sia alla media OCSE (\$ 1.055,0) con una differenza di \$ 19, sia della media dei paesi europei (\$ 1.066) con una differenza di \$ 30 (figura 3.23).

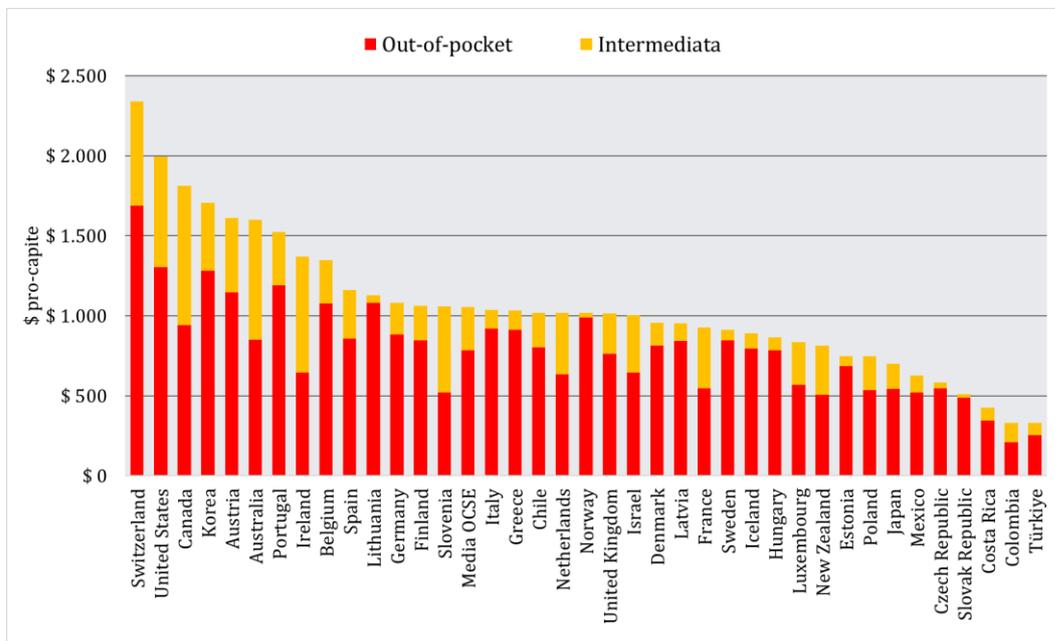


Figura 3.23. Spesa sanitaria privata totale pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

Spesa out-of-pocket pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite nel 2022, pari a \$ 920, è superiore sia alla media OCSE (\$ 785) con una differenza di \$ 135, sia della media dei paesi europei (\$ 831) con una differenza di \$ 89 (figura 3.24).

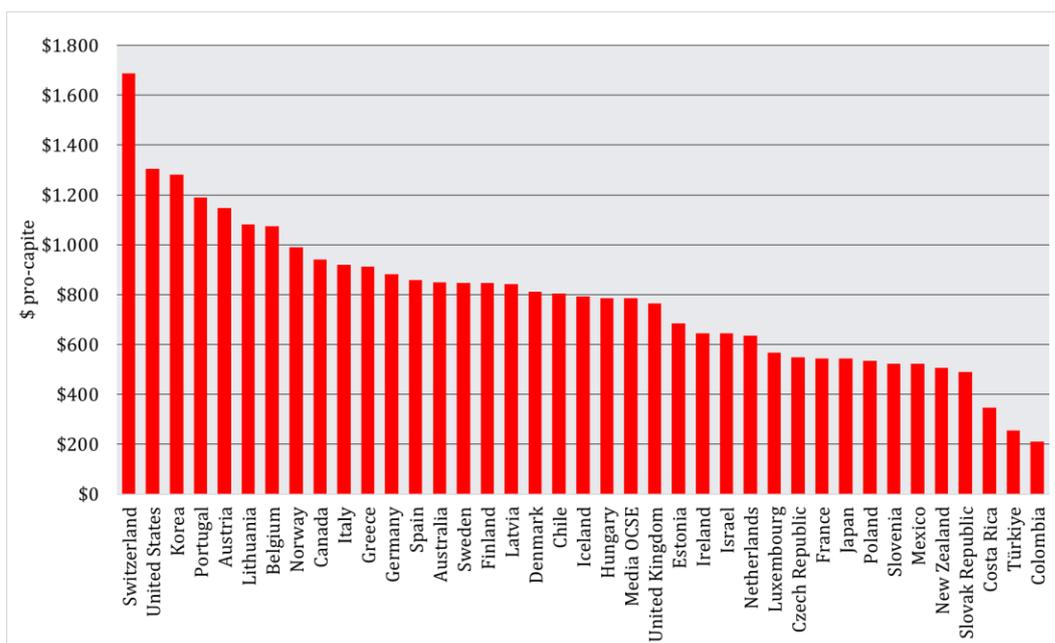


Figura 3.24. Spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

Spesa sanitaria intermediata pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria intermediata pro-capite nel 2022, pari a \$ 117, è inferiore sia alla media OCSE (\$ 271) con una differenza di \$ 154, sia della media dei paesi europei (\$ 235) con una differenza di \$ 118 (figura 3.25).

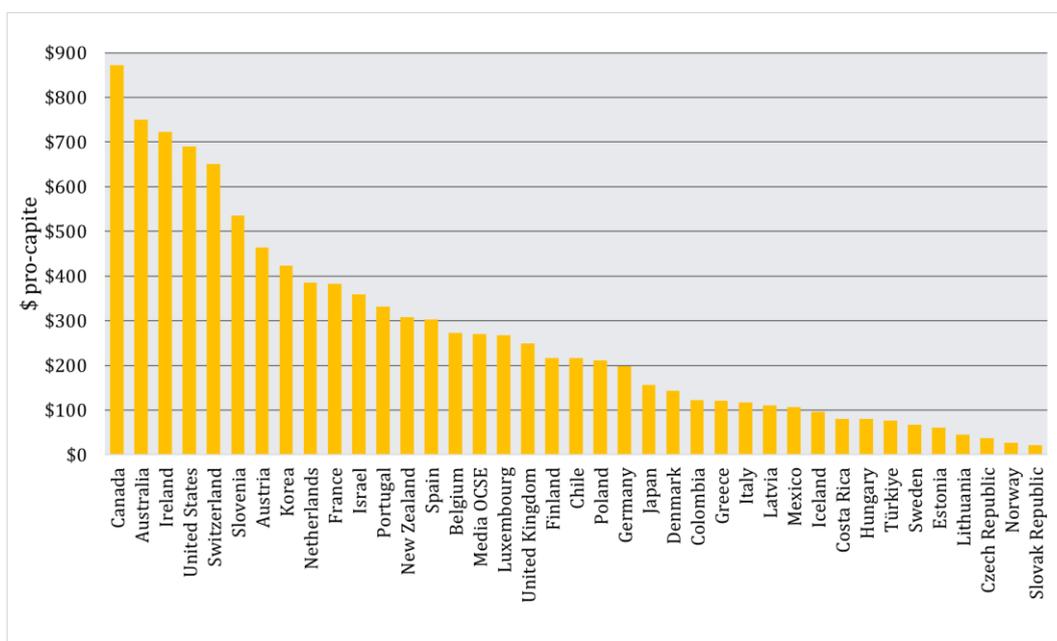


Figura 3.25. Spesa sanitaria intermediata pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

Questi dati rappresentano un inevitabile “cavallo di battaglia” dei fautori dell’espansione del secondo pilastro, che fanno leva sul fatto che in Italia quasi il 90% della spesa sanitaria privata è a carico dei cittadini. Nel paragrafo successivo viene dimostrato che le due componenti di spesa privata non sono regolamentate dal principio dei “vasi comunicanti”: ovvero, incrementando l’entità della spesa intermediata non si ottiene una corrispondente riduzione della spesa out-of-pocket.

3.4. Il *value* della spesa sanitaria

Gli approcci tradizionali per analizzare la spesa sanitaria tengono conto dei valori assoluti, del rapporto percentuale sul PIL e della spesa pro-capite, oltre che dei rapporti tra spesa pubblica e out-of-pocket e intermediata. Tali approcci, ineccepibili nei principi e indispensabili per benchmark internazionali e nazionali, si basano sul presupposto che l’intero ammontare della spesa sanitaria, nelle sue tre componenti (pubblica, out-of-pocket e intermediata), determini un miglioramento della salute individuale e collettiva. In realtà il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità può essere molto variabile.

Dopo i riferimenti culturali che hanno caratterizzato la sanità negli scorsi decenni (efficacia negli anni '70-'80, *evidence-based medicine* e costo-efficacia negli anni '90, qualità e sicurezza negli anni 2000), il driver della sanità del XXI secolo viene riconosciuto nel *value*, ovvero il rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente (esiti favorevoli *meno* effetti avversi) e

costi sostenuti dal sistema^{50,51}. Il *value* può essere stimato a livello del singolo intervento sanitario (farmaco, intervento chirurgico, etc.), di un intero percorso assistenziale, del tempo/uomo.

Considerato che in Italia il termine *value* viene ormai sistematicamente tradotto in “valore”^{52,53,54}, nel presente Rapporto *value* e valore vengono considerati sinonimi pur nella consapevolezza che, rispetto alla definizione originale di Porter⁵⁵, il termine valore può introdurre variabili soggettive di giudizio tra diverse categorie di stakeholder.

Il *value for money* in sanità, ovvero il ritorno in termini di salute delle risorse investite, è ridotto da tutte le «attività che consumano risorse senza generare *value*»⁵⁶, ovvero sprechi e inefficienze che erodono risorse senza migliorare gli outcome di salute:

- Sottrazione indebita di risorse: frodi e abusi
- Costi di acquisto superiori al valore del prodotto
- Complessità amministrative: eccesso di burocrazia, scarsa informatizzazione
- Inadeguato coordinamento tra vari setting di cura e bassa produttività
- Erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati, dal *value* basso o negativo
- Conseguenze della mancata erogazione di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*

In relazione all'impatto delle varie categorie di sprechi e inefficienze, la spesa sanitaria può essere stata classificata in quattro categorie (box 3.3).

Box 3.3. Il *value* della spesa sanitaria

- *No value*. Spesa che non si traduce in servizi e prestazioni sanitarie e, di conseguenza, non ha alcun impatto sugli esiti di salute.
- *Negative value*. Spesa per servizi e prestazioni sanitarie che, indipendentemente dal costo, peggiorano gli esiti di salute e, a cascata, generano ulteriori costi.
- *Low value*. Spesa per servizi e prestazioni sanitarie che, rispetto al costo, determinano benefici marginali o nulli sugli esiti di salute o hanno un profilo rischio-beneficio non noto.
- *High value*. Spesa per servizi e prestazioni sanitarie che, rispetto al costo, determinano benefici (più o meno) rilevanti in termini di salute.

Fatta eccezione per la spesa sanitaria *no value*, tra le altre categorie è impossibile tracciare confini netti e rigorosi, in quanto gli stessi servizi e prestazioni sanitarie possono avere un differente *value for money* tra diverse popolazioni e sottogruppi di pazienti, secondo criteri di

⁵⁰ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

⁵¹ Porter, ME, Lee, TH. From volume to value in health care: the work begins. JAMA 2016;316:1047-1048.

⁵² Ferroni E. Cosa intendiamo per valore in sanità? Recenti Prog Med 2016;Suppl Forward2;S7-S8. Disponibile a: http://forward.recentiproggressi.it/wp-content/uploads/2016/04/recprogrmed_2016_suppl2_ferroni.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁵³ Gray MJA, Ricciardi W. Per una sanità di valore: come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse. Roma: Iniziative sanitarie, 2008.

⁵⁴ Valore/valori. Supplemento a Recenti Progressi in Medicina Vol. 107, numero 04, aprile 2016. Disponibile a: <http://forward.recentiproggressi.it/valorevalori/indice>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁵⁵ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

⁵⁶ Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production. Productivity Press Inc, 1995.

appropriatezza basati su evidenze scientifiche o, in loro assenza, su processi di consenso formale tra esperti. Ad esempio, il *value* della risonanza magnetica (RM) nei pazienti con lombalgia acuta è elevato nei pazienti con segni di allarme (*red flags*) e in quelli senza tali segni se eseguita dopo 4-6 settimane dall'insorgenza dei sintomi, come raccomandato dalle linee guida; il *value* diminuisce invece se la RM viene eseguita a 2-3 settimane sino a diventare negativo se eseguita entro una settimana perché aumenta la probabilità di eventi avversi conseguenti a fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento (figura 3.26).

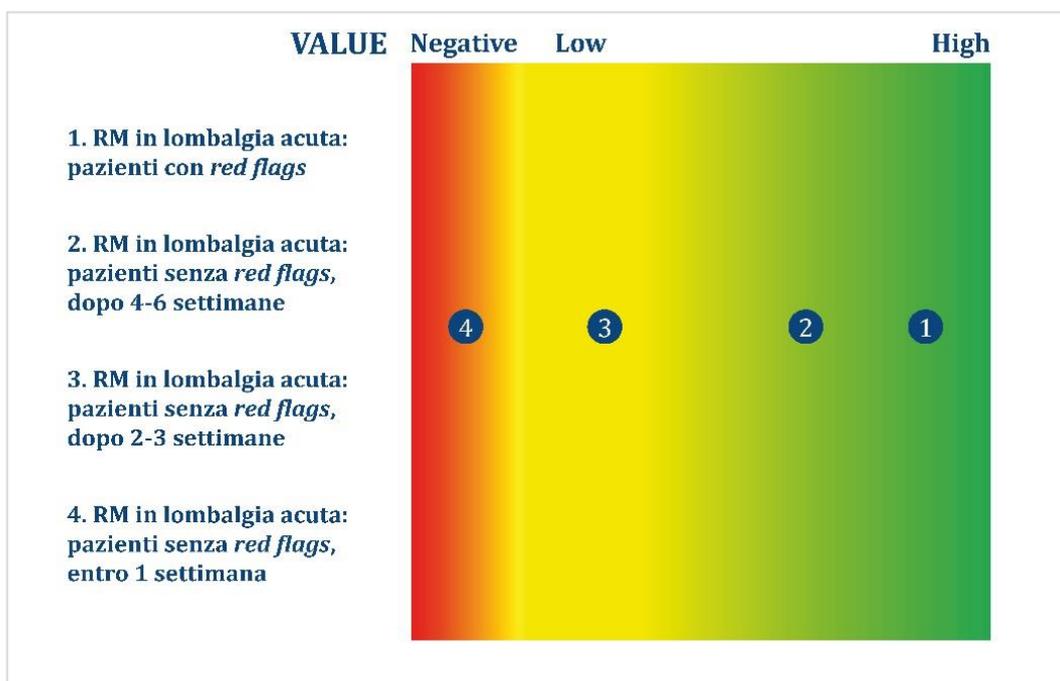


Figura 3.26. Value for money della risonanza magnetica nei pazienti con lombalgia acuta

Al fine di stimare il valore della spesa sanitaria nelle sue tre componenti (pubblica, out-of-pocket e intermediata) è necessario considerare alcuni presupposti generali:

- Ciascuna componente della spesa sanitaria (pubblica, out-of-pocket, intermediata), oltre ad essere influenzata da driver differenti, viene destinata a voci di spesa solo in parte sovrapponibili.
- Le dinamiche tra le componenti della spesa sanitaria non sono regolate dal principio dei vasi comunicanti, rendendo impossibili le compensazioni quantitative. Ad esempio, la riduzione della spesa pubblica non può essere interamente compensata con l'aumento di quella privata, in quanto sia la spesa out-of-pocket, sia quella intermediata possono essere destinate solo all'acquisto di beni e servizi e non, ad esempio, al personale sanitario piuttosto che all'informatizzazione dei servizi; al tempo stesso, nessuna forma di spesa intermediata può coprire tutti i bisogni di salute soddisfatti dalla spesa pubblica.
- Le tre componenti della spesa sanitaria sono variamente influenzate dalle varie categorie di sprechi che erodono risorse senza generare valore: di conseguenza, lo stesso importo di spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata hanno un valore differente, ovvero non generano lo stesso ritorno in termini di salute.
- La spesa sanitaria *low value* e *negative value* possono essere unificate in una sola categoria (*low/negative value*), perché qualsiasi intervento sanitario dai benefici marginali o nulli, quando ampiamente utilizzato, determina un peggioramento del profilo rischi/benefici a livello di popolazione, in conseguenza dell'incidenza di effetti avversi. In tal senso la

categoria *low/negative value* include la spesa necessaria per gestire i fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, oggi talmente frequenti^{57,58,59} da richiedere anche dei piani nazionali per la loro prevenzione⁶⁰.

- Le stime relative alla spesa privata (sia out-of-pocket, sia intermediata) hanno considerato *high value* solo il 50% della spesa per prodotti farmaceutici (al netto dei ticket per farmaci brand e acquisto di farmaci di fascia A) e per prestazioni diagnostiche e visite specialistiche.
- L'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie è disallineata rispetto ai bisogni di salute (figura 3.27): infatti, se da un lato una quota di bisogni non viene adeguatamente soddisfatta (sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate), dall'altro una parte della spesa sanitaria viene utilizzata per servizi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate (sovra-utilizzo), anche in conseguenza di un'aumentata domanda dei cittadini influenzata dalla medicalizzazione della società.



Figura 3.27. Relazione tra bisogni di salute ed erogazione di servizi e prestazioni

Considerato che il framework metodologico elaborato nel 4° Rapporto GIMBE rimane valido ancora oggi, viene di seguito riportato in termini percentuali il *value for money* (cfr. box 3.3) della spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata.

⁵⁷ Brodersen J, Kramer BS, Macdonald H, Schwartz LM, Woloshin S. Focusing on overdiagnosis as a driver of too much medicine. *BMJ* 2018 Aug 17;362:k3494.

⁵⁸ Davies L, Petitti DB, Martin L, Woo M, Lin JS. Defining, Estimating, and Communicating Overdiagnosis in Cancer Screening. *Ann Intern Med* 2018;169:36-43.

⁵⁹ Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *BMJ* 2017;358:j3879.

⁶⁰ Maher CG, McCaffery KJ, Scott IA, Moynihan R, Barratt AL, Buchbinder R, Carter SM, Dakin T, Donovan J, Elshaug AG, Glasziou PP. Australia is responding to the complex challenge of overdiagnosis. *Med J Aust* 2018;209:332-334.

Spesa pubblica (figura 3.28). L'81% viene utilizzato per servizi e prestazioni che migliorano gli esiti di salute (*high value expenditure*), mentre il rimanente 19% alimenta sprechi e inefficienze, di cui:

- Il 50% non si traduce in servizi (*no value expenditure*) in quanto eroso da frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza.
- Il 30% viene utilizzato per erogare servizi e prestazioni non necessari (sovra-utilizzo) e per gestire gli outcome di salute sfavorevoli conseguenti alla sovra-diagnosi e al sovra-trattamento (*low/negative value expenditure*).
- Il 20% viene utilizzato per gestire il peggioramento degli outcome di salute conseguenti alla mancata erogazione (sotto-utilizzo) di prestazioni efficaci e appropriate (*low/negative value expenditure*).

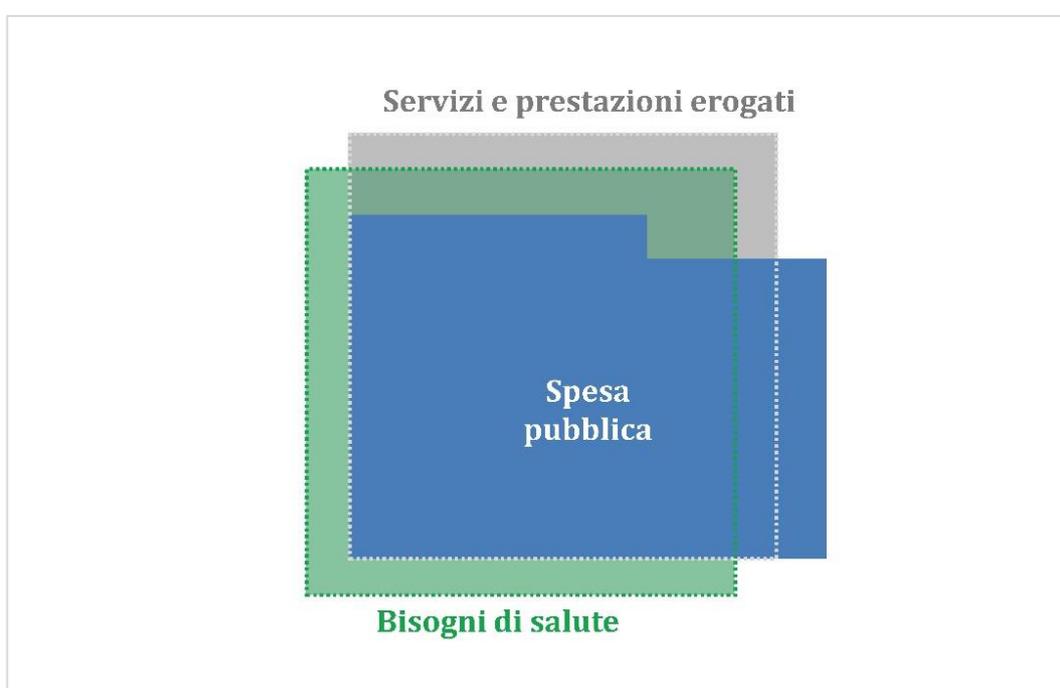


Figura 3.28. Value for money della spesa pubblica

Spesa out-of-pocket. Relativamente alla spesa out-of-pocket (figura 3.29) si stima che:

- Circa il 60% è impiegato per beni e servizi che soddisfano reali bisogni di salute (*high value expenditure*): in particolare, servizi e prestazioni non inclusi nei LEA (odontoiatria, LTC), servizi di prevenzione, prodotti farmaceutici, oltre al 50% della spesa sostenuta per prodotti medicali, attrezzature ed apparecchi terapeutici; servizi medici e paramedici appropriati che, pur essendo inclusi nei LEA, non vengono erogati dal SSN con modalità e tempistiche tali da migliorare gli outcome di salute.
- Circa il 40% viene speso per acquistare beni e servizi che non determinano alcun miglioramento degli esiti di salute o addirittura li peggiorano (*low/negative value expenditure*): ticket per farmaci brand, acquisto di farmaci di fascia A; prodotti farmaceutici; spese per servizi ospedalieri erogati dal SSN, ma fruiti a condizioni migliorative (es. stanze singole, servizi alberghieri) che non migliorano gli outcome di salute; prestazioni sanitarie escluse dai LEA (es. chirurgia estetica). A questi si somma il 50% della spesa per prodotti medicali, attrezzature ed apparecchi terapeutici; servizi

medici e paramedici inappropriati o appropriati erogati anche dal SSN, ma fruiti a condizioni migliorative (es. setting, tempi di attesa) che non migliorano migliorare gli outcome di salute.

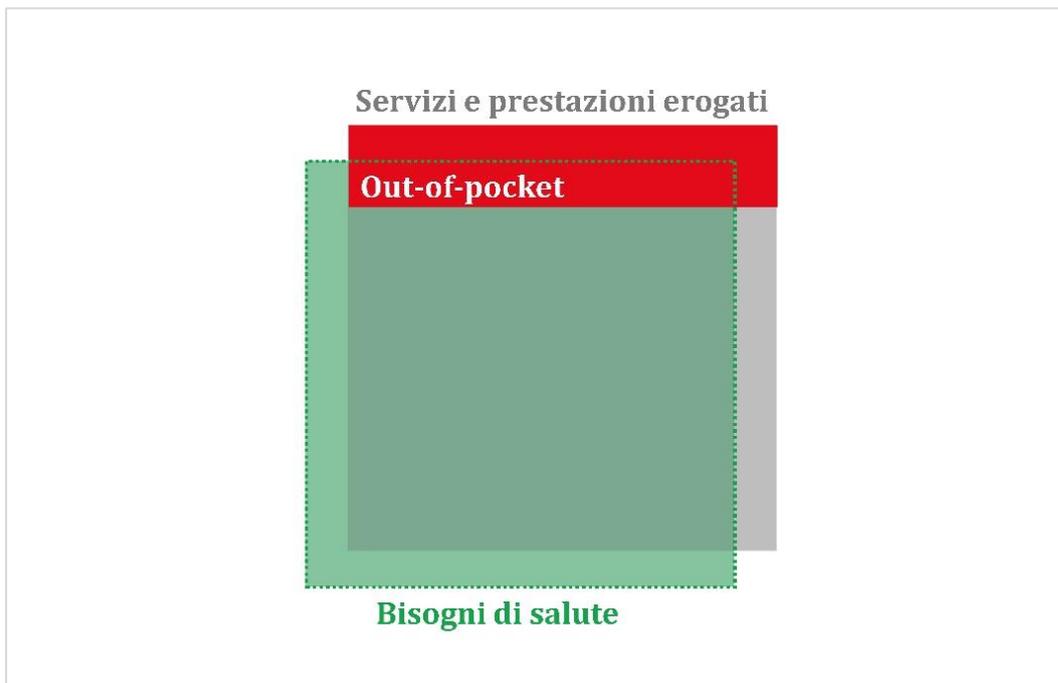


Figura 3.29. Value for money della spesa out-of-pocket

Spesa intermediata. Rispetto alla spesa intermediata dai terzi paganti (fondi sanitari, polizze individuali) (figura 3.30), dalle stime effettuate risulta che del totale dei premi versati dagli iscritti:

- Il 40% non si traduce in servizi (*no value expenditure*) perché eroso da *expense ratio*, ovvero costi di gestione (secondo i dati ANIA nel 2022 l'*expense ratio* per i rami danni è del 28,2%)⁶¹ che include gli utili delle compagnie assicurative, oltre agli oneri di riassicurazione o mantenimento del fondo di garanzia.
- Secondo i dati di Itinerari previdenziali⁶², il 32,8% viene destinato a servizi e prestazioni extra-LEA (es. odontoiatria, LTC) che soddisfano reali bisogni di salute non coperti dalla spesa pubblica (*high value expenditure*).
- Il 28% è destinato a prestazioni sostitutive, in particolare di specialistica e diagnostica ambulatoriale, di cui si stima che il 50% sia appropriato (*high value expenditure*) e il 50% inappropriato (*low/negative value expenditure*).

⁶¹ Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici. L'assicurazione italiana 2022-2023. Roma, luglio 2023. Disponibile a: www.ania.it/documents/35135/0/LAssicurazioneItaliana-2023+WEBVER.pdf/68ffb7ef-d05a-ffe-0ee5-d3c43987829c?version=1.0&t=1688648107342. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁶² Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali. Decimo Report Annuale "Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2022". Anno 2023. Disponibile a: www.itinerariprevidenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/decimo-report-sugli-investitori-istituzionali-italiani.html. Ultimo accesso: 29 settembre 2023



Figura 3.30. *Value for money* della spesa intermedia

In sintesi è possibile trarre alcune considerazioni rispetto al *value* della spesa sanitaria, seppur con inevitabili margini di incertezza (tabella 3.4):

- **Spesa pubblica.** Una quota rilevante risulta dalla sommatoria della spesa sanitaria *no value* e *low/negative value*.
- **Spesa out-of-pocket.** La percentuale *high value* si colloca intorno al 60% e riguarda sia prestazioni extra-LEA, sia prestazioni offerte dal SSN. Il rimanente 40% della spesa out-of-pocket è *low/negative value* in quanto utilizzata per l'acquisto di beni irrilevanti per la salute (prodotti farmaceutici e medicali) e di servizi inappropriati (specialistica e diagnostica ambulatoriale), oppure esigibili dal cittadino secondo modalità e tempi del SSN senza conseguenze in termini di salute.
- **Spesa intermedia.** Almeno il 40% non si traduce in servizi (*no value expenditure*); il rimanente si distribuisce equamente tra prestazioni extra-LEA e servizi di specialistica e diagnostica ambulatoriale di cui una metà dal *low/negative value*.

Spesa sanitaria	<i>No value</i>	<i>Low/negative value</i>	<i>High value</i>
Pubblica	10%	9%	81%
Out-of-pocket	0%	40%	60%
Intermediata	40%	14%	46%

Tabella 3.4. Stime sul *value for money* della spesa sanitaria

Di conseguenza, accanto ad una variabile sovrapposizione tra le componenti di spesa (figura 3.31), numerosi reali bisogni di salute non vengono soddisfatti determinando sia il peggioramento degli esiti di salute, sia l'aumento della spesa sanitaria conseguente al sotto-utilizzo di prestazioni efficaci e appropriate.

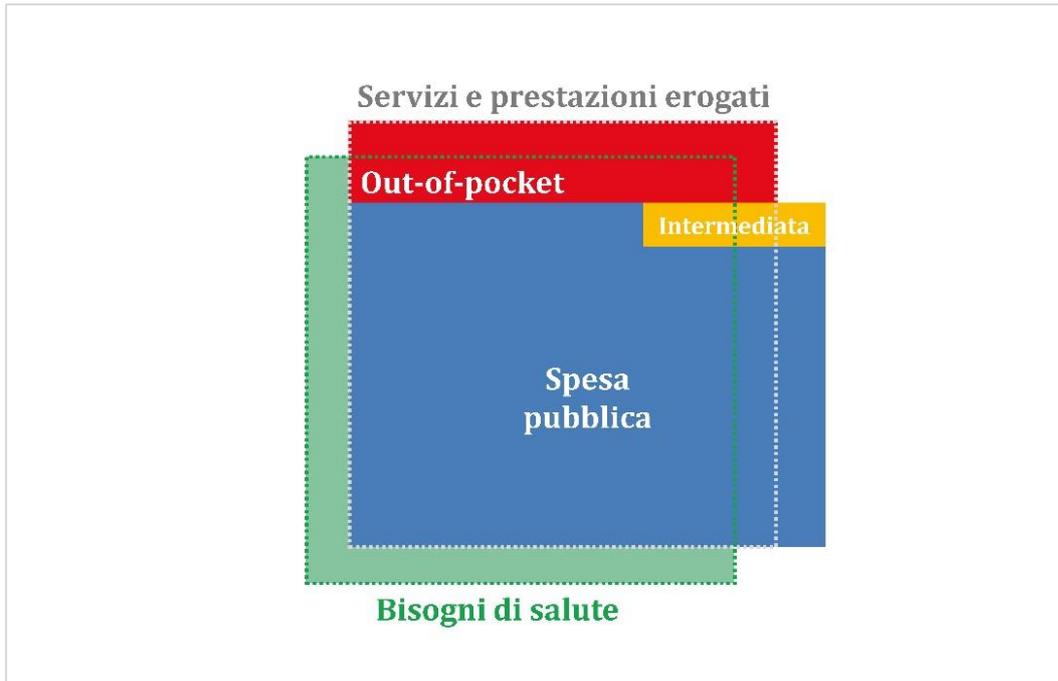


Figura 3.31. *Value for money* attuale delle tre tipologie di spesa sanitaria

La stima del valore della spesa sanitaria dimostra da un lato la necessità di abbandonare la logica dei “vasi comunicanti” tra le tre componenti, dall’altro che è indispensabile avviare riforme sanitarie e fiscali, oltre che azioni di governance a tutti i livelli per raggiungere due irrinunciabili obiettivi:

- ridurre al minimo i fenomeni di sovra-utilizzo di servizi e prestazioni inefficaci e appropriate e di sotto-utilizzo di quelli efficaci e appropriati;
- aumentare il *value for money* di tutte le forme di spesa sanitaria al fine di pervenire ad una distribuzione ottimale delle tre componenti (figura 3.32).

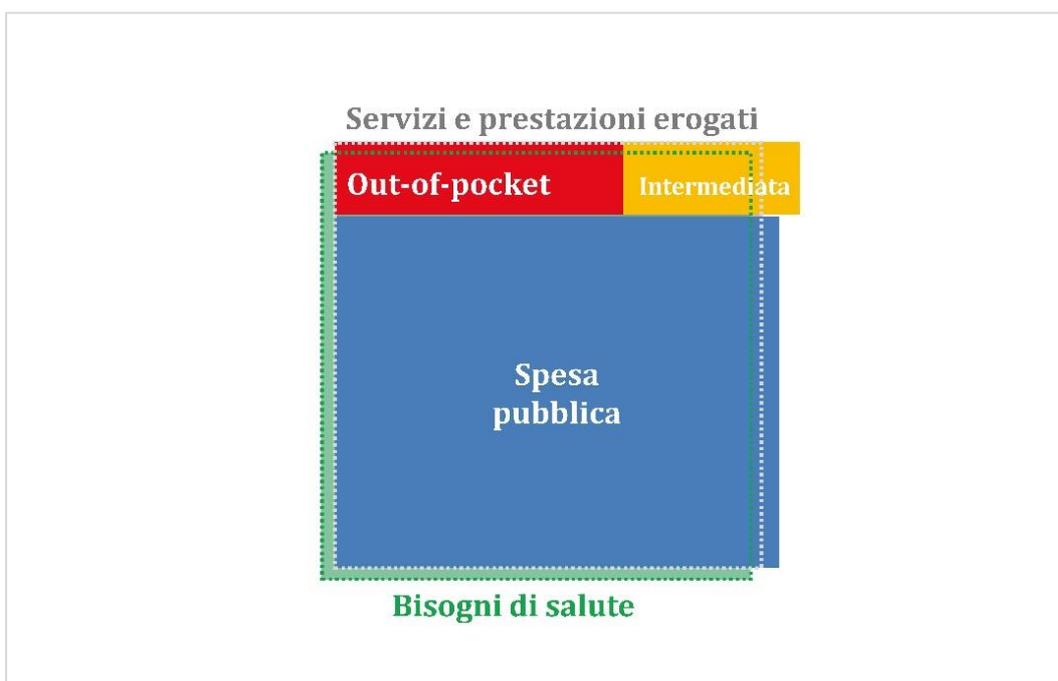


Figura 3.32. *Value for money* ideale delle tre tipologie di spesa sanitaria

Inoltre, come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità⁶³, la spesa out-of-pocket dovrebbe idealmente essere ridotta al 15% della spesa totale per evitare di intaccare uguaglianza e accessibilità alle cure. Questo obiettivo tuttavia, lungi dal poter essere raggiunto in maniera semplicistica attraverso l'espansione del secondo pilastro, richiede tre azioni: un consistente rilancio del finanziamento pubblico, un'adeguata opera di sensibilizzazione per ridurre gli eccessi di medicalizzazione e una riforma in grado di restituire alla sanità integrativa il suo reale ruolo, ovvero quello di coprire prevalentemente prestazioni extra-LEA o, in ogni caso, bisogni di salute non soddisfatti dal SSN.

⁶³ World Health Organization. Regional Office for Europe. European Health Report 2018. More than numbers — evidence for all. Disponibile a: www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

CAPITOLO 4

I Livelli Essenziali di Assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Il DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, lascia invariati i tre macro-livelli di assistenza⁶⁴:

- **Prevenzione collettiva e sanità pubblica.** Comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli, ed in particolare: sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; salute animale e igiene urbana veterinaria; sicurezza alimentare; sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività medico-legali per finalità pubbliche.
- **Assistenza distrettuale.** Include le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari erogati in ambito territoriale: assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, protesica, termale, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale e assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
- **Assistenza ospedaliera.** Include attività di pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza post acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto di cellule, organi e tessuti, centri antiveleni.

I LEA dovrebbero essere integralmente coperti dalla spesa pubblica (e da quella privata solo per le compartecipazioni), ma due forme di assistenza (socio-sanitaria domiciliare e territoriale e socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale) sono finanziate anche dalla spesa sociale di interesse sanitario, erogata prevalentemente tramite prestazioni in denaro (figura 4.1). In altre parole, accanto ai vari “silos” dell’assistenza sanitaria ne esiste uno parallelo che contiene varie tipologie di spesa sociale di interesse sanitario, in larga parte erogata dall’INPS tramite provvidenze in denaro e per una parte consistente a carico delle famiglie, che finanziano i servizi assistenziali destinati alla *long term care* (LTC).

⁶⁴ Ministero della Salute. Cosa sono i LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

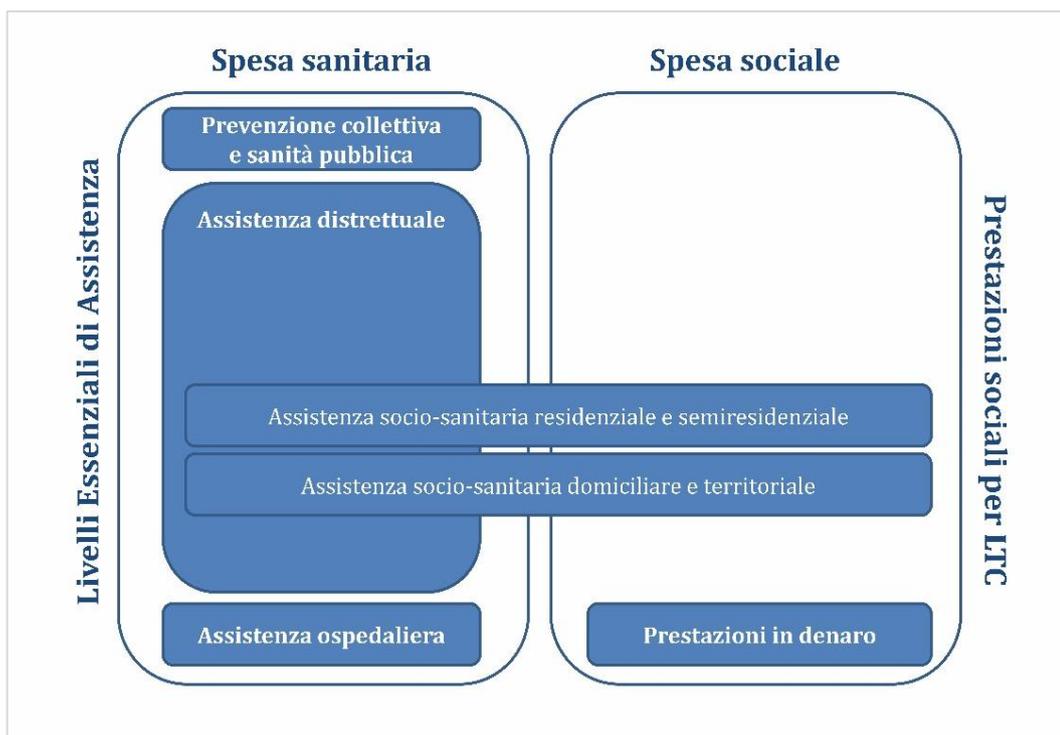


Figura 4.1. Il finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria (modificata da⁶⁵)

4.1. Modalità di erogazione dei LEA

Considerato che il centro del dibattito è spesso occupato da modelli regionali, strategie di management aziendale e buone pratiche non sempre applicabili a contesti differenti, il presente Rapporto riparte dalla semplificazione delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria. Un denominatore comune, "sterilizzato" dalla variabilità dei modelli regionali e aziendali, per consentire a tutti gli stakeholder di riconoscere le criticità che oggi condizionano le attuali modalità di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione dell'assistenza sanitaria e sociale (figura 4.2).

Questo tentativo di estrema semplificazione nasce da presupposti generali che poggiano sia sul modello di Donabedian⁶⁶, secondo cui la qualità di un servizio sanitario può essere misurata a tre livelli (struttura, processi, esiti), sia sui principi della *value-based healthcare*⁶⁷ secondo i quali il ritorno in termini di salute (*value for money*) del denaro investito in sanità è molto variabile:

- L'assistenza sanitaria e sociale viene erogata in setting differenti: generalmente identificati in "ospedale" e "territorio", che include varie articolazioni (ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semi-residenziale, etc.), oltre che nuovi modelli organizzativi (case di comunità, ospedale di comunità, etc.).
- Ciascun setting è caratterizzato da differenti requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali ("patrimonio STOP") in grado di condizionare la qualità dell'assistenza, sia in termini di processi che di esiti di salute.

⁶⁵ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018. Disponibile a: www.creasanita.it/wp-content/uploads/2023/05/CREASanita_RapportoSanita_XIV_2018_Volume.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁶⁶ Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

⁶⁷ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

- L'erogazione dei LEA può avvenire con varie modalità:
 - singole prestazioni: preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, assistenziali, educazionali, palliative, etc.;
 - episodi di cura all'interno dei quali vengono erogate differenti prestazioni (es. ricovero per acuti, accesso domiciliare);
 - percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) nello stesso setting assistenziale o integrati tra setting differenti.
- Indipendentemente dalle modalità di erogazione dei processi clinico-assistenziali-organizzativi, i risultati possono essere valutati in termini di:
 - Output: misurano la capacità dell'organizzazione di produrre in maniera efficiente servizi e prestazioni sanitarie.
 - Outcome: forniscono evidenze dal *real world* sul miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita.

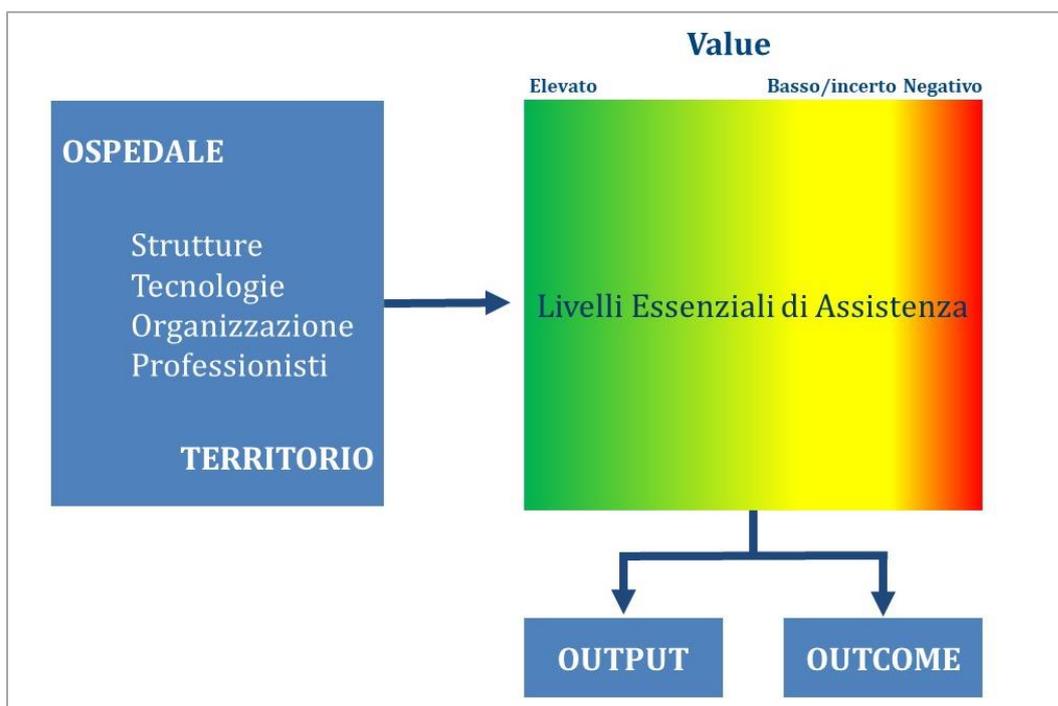


Figura 4.2. Modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria e sociale

Sulla base di questi presupposti è possibile delineare alcune macro-criticità che, oltre a condizionare la qualità di strutture, processi ed esiti, rendono molto complesso, se non impossibile, attuare azioni di governance e innovazioni organizzative senza ripensare profondamente l'attuale modello di finanziamento, organizzazione e valutazione del SSN.

- Il tentativo di uniformare il "patrimonio STOP" delle organizzazioni sanitarie è stato demandato alle Regioni attraverso la definizione dei requisiti minimi di accreditamento delle strutture sanitarie. In assenza di una governance nazionale questa scelta ha generato enormi variabilità regionali su tre aspetti: innanzitutto, i requisiti minimi definiti e il loro livello di dettaglio; in secondo luogo l'opportunità (o meno) di accreditare anche le strutture pubbliche; infine, il completamento (o meno) di almeno due verifiche da parte degli auditor regionali per verificare la conformità dei requisiti minimi.
- L'appropriatezza dei processi è stata presa in considerazione quasi esclusivamente nella sua dimensione organizzativa, grazie a *policy* mirate ad erogare le stesse prestazioni in setting assistenziali a minor consumo di risorse: dal ricovero ordinario al day hospital/day

surgery e da questo all'assistenza ambulatoriale, sino a setting territoriali ove adeguatamente potenziati. Gli indicatori di appropriatezza professionale, invece, più difficili da misurare e da sempre "indigesti" ai professionisti, sono rimasti sostanzialmente esclusi dal dibattito sulla sostenibilità del SSN. Di conseguenza, una quota consistente di denaro pubblico viene sprecata sia per l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate, dal *value* basso o addirittura negativo (*overuse*), sia per curare le conseguenze della mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate dal *value* elevato.

- Budget e sistemi premianti a tutti i livelli sono prevalentemente guidati dagli output e, in parte, dall'appropriatezza organizzativa, ma tengono conto solo in minima parte degli esiti di salute e quasi mai dell'appropriatezza professionale. Di conseguenza i modelli organizzativi regionali e, a cascata, quelli aziendali sono stati inevitabilmente plasmati su queste regole, di cui qualsiasi innovazione organizzativa (anche se basata su robuste evidenze scientifiche) non può non tenere conto.
- Le differenti modalità di erogazione dei processi vengono rimborsate secondo specifici nomenclatori tariffari (DRG, specialistica ambulatoriale, protesica, etc.) e/o devono rispettare specifici tetti di spesa (farmaci, dispositivi), con strutture rigide che ostacolano sia i processi di disinvestimento e riallocazione, sia la definizione di budget per PDTA interaziendali e reti per patologia.
- Le differenti modalità di finanziamento (es. rimborso vs quota capitolaria) per la stessa prestazione (es. ricovero per acuti) generano inevitabilmente comportamenti opportunistici.
- Le modalità di riparto del fabbisogno sanitario nazionale (FSN), oltre ad essere cristallizzate sul criterio della popolazione residente pesata per età e sulle tre macro-aree definite dai LEA, continuano ad essere per la quasi totalità indistinte.

Dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del DPCM 12 gennaio 2017, la Fondazione GIMBE ha avviato un monitoraggio continuo delle criticità che ostacolano l'attuazione dei nuovi LEA, relativamente a tre aspetti interdipendenti: aggiornamento, esigibilità e monitoraggio.

4.2. Aggiornamento dei LEA

Sin dalla pubblicazione della Legge di Stabilità 2016, che annunciava l'aggiornamento del DPCM "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", la Fondazione GIMBE rilevava che l'intervento della politica nella complessa normativa dei LEA puntava esclusivamente ad aggiornare le prestazioni in relazione al progresso scientifico e tecnologico, senza considerare le implicazioni economiche (sostenibilità), né quelle professionali e sociali (medicalizzazione della società) ⁶⁸. I nuovi LEA rappresentano per questo un "sorvegliato speciale" dell'Osservatorio GIMBE sin da quando, in occasione di un'audizione in 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato⁶⁹, veniva ribadita la loro non sostenibilità finanziaria in assenza di

⁶⁸ Cartabellotta A. Livelli Essenziali di Assistenza 15 anni dopo. Evidence 2016;8(2): e1000133.

⁶⁹ Fondazione GIMBE. Audizione su schema DPCM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)" in 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato. Roma, 30 novembre 2016. Disponibile a: www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/004/592/GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

una esplicita metodologia per inserire/escludere le prestazioni⁷⁰.

Commissione nazionale aggiornamento LEA. La Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208 - art. 1, comma 556) ha istituito la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN (cd. Commissione LEA), nominata e presieduta dal Ministro della Salute, con la partecipazione di Regioni, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Agenzia italiana del Farmaco (AIFA), Ministero dell'Economia e Finanza e Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali (Agenas). I compiti della Commissione sono stati definiti dall'art. 2 dell'Intesa Stato-Regioni di approvazione dello schema di aggiornamento dei LEA. La Commissione LEA dura in carica tre anni a decorrere dalla data di insediamento, è supportata da una segreteria tecnico-scientifica e prevede, su richiesta del presidente, la partecipazione alle riunioni di esperti esterni⁷¹. La prima Commissione LEA, costituita con il DM 16 giugno 2016, si è insediata l'11 ottobre 2016 con l'obiettivo di aggiornare continuamente i LEA, proponendo l'esclusione di prestazioni, servizi o attività divenuti obsoleti e suggerendo l'inclusione di prestazioni innovative ed efficaci, al fine di mantenere allineati i LEA all'evoluzione delle conoscenze scientifiche. Il 25 gennaio 2017, la Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome puntualizzava che la Commissione LEA aveva già iniziato a lavorare tramite tre gruppi di lavoro: adroterapia, modifica dei 108 DRG potenzialmente inappropriati, *delisting* delle prestazioni⁷². L'Intesa impegnava la Commissione a formulare entro il 28 febbraio 2017 la proposta di aggiornamento dei LEA per il 2017 e la conseguente adozione del provvedimento di revisione entro il 15 marzo 2017: tuttavia non è stato effettuato alcun aggiornamento. L'ultima Commissione LEA, costituita con il DM 5 maggio 2020 e insediatasi il 28 luglio 2020 ha recentemente concluso il suo mandato triennale. Alla data di pubblicazione del presente Rapporto è in corso di definizione la nuova commissione LEA⁷³ con l'obiettivo di provvedere all'aggiornamento continuo dei LEA e di mantenere il SSN sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini.

Procedura di aggiornamento dei LEA. La Commissione LEA esamina tutte le richieste di aggiornamento dei LEA, classificate in quattro categorie⁷⁴:

- inclusione nei LEA di nuove prestazioni e/o servizi;
- modifica di prestazioni e/o servizi già inclusi nei LEA (es. estensione dell'indicazione di una prestazione/servizio; introduzione o modifica di condizioni di erogabilità; trasferimento di prestazioni da un setting assistenziale a un altro, etc.);
- esclusione di prestazioni e/o servizi inclusi nei LEA;
- nuova esenzione per patologia o modifica delle prestazioni erogabili in esenzione.

⁷⁰ GIMBE: nuovi Lea non sostenibili senza un metodo rigoroso sulle prestazioni sanitarie. Sanità 24, 1° dicembre 2016. Disponibile a: www.sanita24.ilsolo24ore.com/art/in-parlamento/2016-12-01/gimbe-nuovi-lea-non-sostenibili-senza-metodo-rigoroso-prestazioni-sanitarie-123857.php?uuid=ADv1cU5B. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁷¹ Ministero della Salute. Commissione Nazionale Aggiornamento LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4772&area=Lea&menu=aggLea. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁷² Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Scadenze – Intesa DPCM LEA. Disponibile a: www.camera.it/temiap/allegati/2017/01/31/OCD177-2714.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁷³ Lea. Via libera delle Regioni ai propri componenti della Commissione nazionale per l'aggiornamento. Quotidiano Sanità, 26 luglio 2023. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=115825. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁷⁴ Ministero della Salute. Aggiornamento dei LEA. Richiesta di aggiornamento dei LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5158&area=Lea&menu=aggLea. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Le richieste di aggiornamento possono essere avanzate, tramite moduli specifici, da tre categorie di stakeholder:

- Cittadini e associazioni di pazienti;
- Ministero della Salute, Enti vigilati (AIFA, Agenas, ISS), Aziende sanitarie, Aziende ospedaliere, Società scientifiche, IRCCS, Policlinici universitari, professionisti del SSN e loro associazioni, etc.;
- Aziende produttrici e loro associazioni.

Per ciascuna richiesta la Commissione LEA, con il supporto della segreteria tecnico-scientifica, verifica la completezza della richiesta e l'eshaustività delle evidenze scientifiche e definisce l'ordine di priorità per la valutazione delle richieste. In particolare, vengono ritenuti prioritari prestazioni e/o servizi:

- con un potenziale elevato impatto sulla salute della popolazione e/o destinati a soddisfare un bisogno sanitario non soddisfatto;
- rilevanti rispetto alle priorità sanitarie definite a livello nazionale e/o regionale;
- supportati da robuste prove di efficacia.

Vengono quindi definiti calendario e percorso di valutazione per le richieste ritenute prioritarie. La Commissione LEA, prima di assumere una decisione su attività di modifica dei LEA, può predisporre incontri con i diversi stakeholder. Sulla base delle valutazioni effettuate riguardo l'inclusione, l'esclusione o l'aggiornamento delle prestazioni e dei servizi inclusi nei LEA, la Commissione LEA può assumere tre differenti decisioni (box 4.1) il cui esito viene in ogni caso comunicato al proponente.

Box 4.1. Esito delle decisioni della Commissione LEA

Aggiornamento dei LEA

- Attivazione delle procedure previste per LEA iso-risorse e LEA con incremento di oneri

Necessità di ulteriore ricerca

- Proposta di inserimento della prestazione/servizio nel Programma di Generazione di Evidenze avviato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- Proposta di inserimento della prestazione/servizio nei programmi di ricerca finanziati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Nessuna modifica dei LEA

- Per documentata inefficacia della prestazione o assenza di prove di efficacia
- Per mancanza di risorse economiche

In caso di proposta di aggiornamento da parte della Commissione LEA, secondo quanto stabilito dall'articolo 1 della L. 208/2015, il Ministero della Salute avvia le procedure relative all'aggiornamento iso-risorse (comma 559) o con maggiori oneri (comma 554) (figura 4.3).

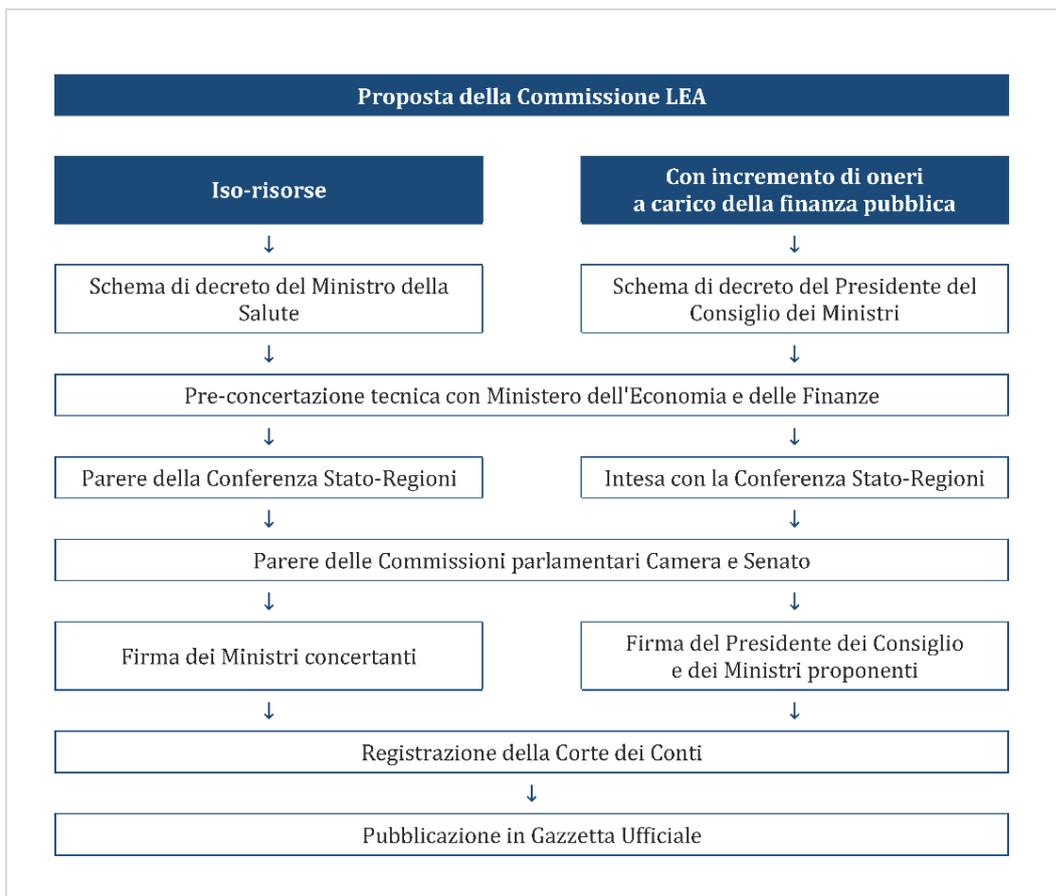


Figura 4.3. Procedure per l'aggiornamento dei LEA

Gli ultimi dati disponibili riguardano richieste di aggiornamento pervenute al Ministero della Salute sino all'anno 2022. Secondo quanto riportato dalla relazione illustrativa al disegno di Legge di Bilancio 2022-2024⁷⁵ e dalla Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021 del Ministero della Salute⁷⁶:

- nel triennio 2016-2018 risultano pervenute 9 richieste di aggiornamento (1 nel 2016, 2 nel 2017, 6 nel 2018), 56 nel 2019, 122 nel 2020, 66 nel 2021 e 47 nel 2022;
- due richieste su tre sono state avanzate da associazioni di pazienti o da singoli cittadini. Poco più di un quinto da Amministrazioni regionali, aziende erogatrici di prestazioni sanitarie, strutture di ricerca o Società scientifiche. Circa il 10% è stato proposto da produttori di farmaci o dispositivi medici;
- nel 2021 le sotto-commissioni istituite in seno alla Commissione LEA (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) hanno concluso l'esame di 33 gruppi omogenei di richieste di aggiornamento dei LEA, corrispondenti a 62 singole richieste.

Rispetto ai requisiti di *accountability*, se la procedura online disponibile sul portale del Ministero della Salute descrive un iter strutturato e trasparente per tutti gli stakeholder sulle

⁷⁵ Ragioneria Generale dello Stato. Relazione illustrativa al Disegno di Legge di Bilancio 2022-2024. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/formazione_e_gestione_del_bilancio/bilancio_di_previsione/bilancio_finanziario/2022-2024/DLB/DLB_2022_DLB-01-Deliberativo_Relazione_e_Articolato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁷⁶ Ministero della Salute. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021. Roma, 2022. Disponibile a: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3270_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

modalità di attivazione del percorso di aggiornamento dei LEA, di fatto non risulta alcuna rendicontazione pubblica delle singole richieste di aggiornamento pervenute, né la relativa documentazione, né l'esito finale.

Le uniche informazioni disponibili provengono dalla Corte dei Conti che, nel giugno 2023, ha riportato che persistono ritardi nell'aggiornamento dei LEA. Infatti, Nonostante la Commissione LEA abbia accolto 29 delle complessive 83 nuove richieste, non si è potuto procedere a formalizzare la loro approvazione in attesa dell'emanazione del decreto interministeriale che definisce le tariffe massime, avvenuta solo nell'aprile 2023⁷⁷.

Criticità metodologiche nell'aggiornamento dei LEA. Il DPCM 12 gennaio 2017 non riporta esplicitamente né il metodo utilizzato per inserire, o meno, le prestazioni nei LEA, né quello per aggiornare gli elenchi delle prestazioni, in termini di inserimento, esclusione e *delisting*. In altre parole, se da un lato il "paniere" delle prestazioni è stato ampliato sottostimando la copertura finanziaria, dall'altro non è stata prevista alcuna metodologia per inserire le prestazioni, spesso sdoganate in assenza di prove di efficacia solo in ragione di un'elevata domanda sociale e/o professionale. Di conseguenza, senza un metodo rigoroso per favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella definizione e aggiornamento dei LEA, oggi una quota consistente di denaro pubblico viene sprecata sia per l'erogazione di prestazioni dal *value* basso o addirittura negativo (profilo rischio-beneficio sfavorevole) incluse nei LEA, sia per le conseguenze del mancato utilizzo di prestazioni dal *value* elevato non incluse nei LEA.

Considerato che la sostenibilità del SSN può essere garantita solo finanziando con il denaro pubblico prevalentemente interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*⁷⁸, la Fondazione GIMBE ha proposto un framework *evidence- & value-based*⁷⁹ per classificare le prestazioni sanitarie in quattro categorie (figura 4.4):

- **Value elevato.** Prestazioni efficaci, appropriate e dai costi adeguati rispetto alle alternative; tali prestazioni devono essere inserite nei LEA (liste positive) e finanziate con il denaro pubblico senza compartecipazione alla spesa.
- **Value basso.** Prestazioni inefficaci, efficaci ma inappropriate, efficaci e appropriate, ma dai costi eccessivi rispetto alle alternative. Queste prestazioni non devono essere rimborsate interamente con il denaro pubblico (compartecipazione inversamente proporzionale al *value*) e/o devono essere finanziate dalla spesa privata (intermediata o out-of-pocket).
- **Value incerto.** Prestazioni per le quali le evidenze scientifiche sono assenti e/o di scarsa qualità e/o discordanti e/o il profilo rischio-beneficio non è noto. Tali prestazioni non devono essere rimborsate interamente con il denaro pubblico (compartecipazione inversamente proporzionale al *value*) e/o devono essere finanziate dalla spesa privata (intermediata o out-of-pocket). Contemporaneamente deve essere finanziata la ricerca comparativa indipendente sulle aree grigie.

⁷⁷ Corte dei Conti. Relazione sul Rendiconto Generale dello Stato 2022. Sintesi. Roma, giugno 2022. Disponibile a: <https://www.corteconti.it/Download?id=09f62a14-ac30-484c-8b1c-619ebfda9881>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁷⁸ Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la tutela della salute. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/carta. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁷⁹ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Roma, 11 giugno 2019. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/4-rapporto-gimbe-it-it.html. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

- **Value negativo.** Prestazioni per le quali i rischi superano i benefici. Tali prestazioni devono essere rigorosamente escluse dai LEA (liste negative), impedendo la loro erogazione anche se finanziate dalla spesa privata.

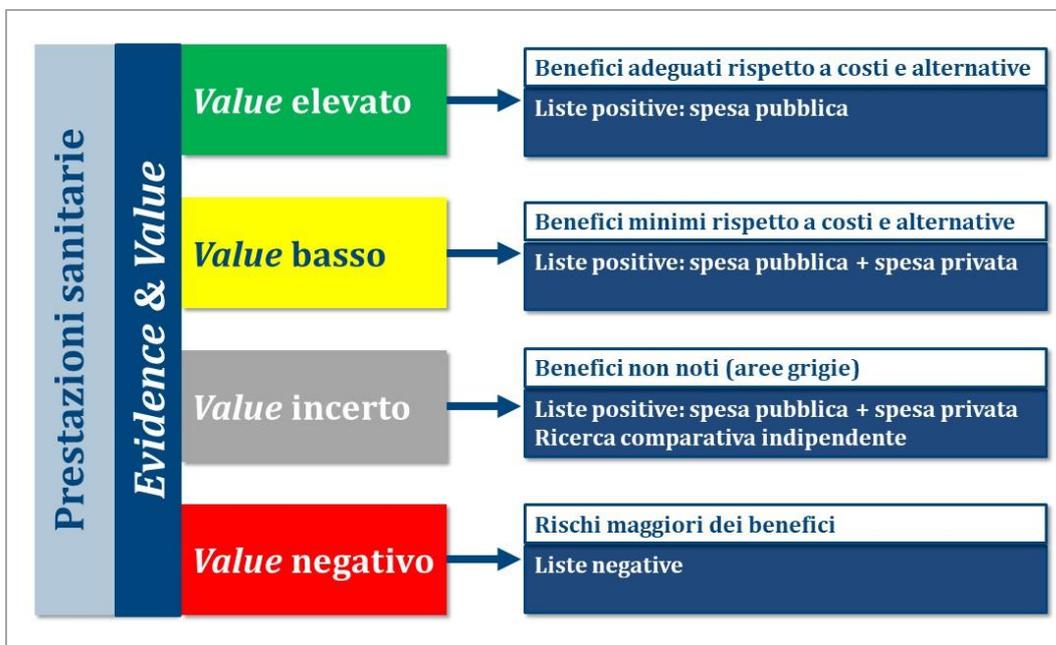


Figura 4.4. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

L'applicazione del framework GIMBE permetterebbe di ottenere una relazione ottimale tra LEA, *value* delle prestazioni e spesa sanitaria (figura 4.5).

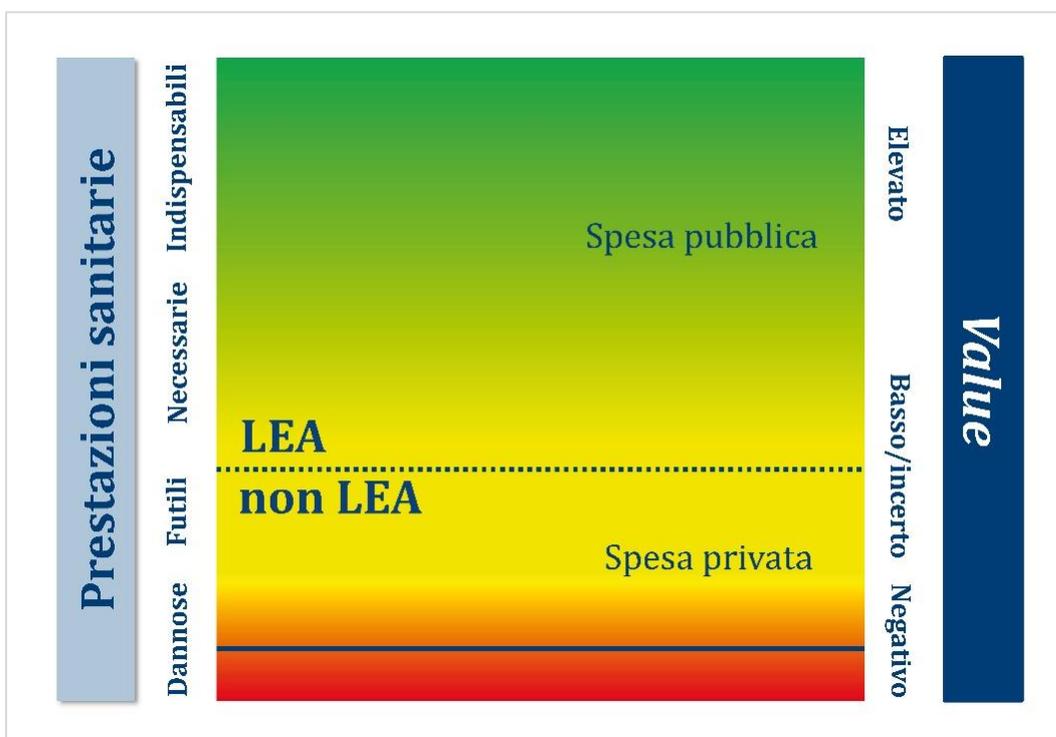


Figura 4.5. Relazione ottimale tra LEA, *value* delle prestazioni e spesa sanitaria

La vera sfida della Commissione LEA non consiste dunque tanto nell'aggiornamento dei LEA in quanto tale, bensì nella definizione e applicazione di un rigoroso metodo *evidence- & value-*

based, al fine di utilizzare il denaro pubblico per garantire ai cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato *value*, impedire l'erogazione di prestazioni dal *value* negativo, spostare sulla spesa privata (spesa out-of-pocket, spesa intermediata, compartecipazione) quelle dal *value* basso e avviare ricerca comparativa indipendente per le prestazioni dal *value* incerto.

Le criticità rilevate dalla Fondazione GIMBE nel processo di aggiornamento dei LEA possono essere così sintetizzate:

- La metodologia utilizzata dalla Commissione LEA per l'aggiornamento delle prestazioni non è mai stata resa esplicita, né pubblicamente disponibile. Il sito del Ministero della Salute si limita a riportare che la Commissione LEA valuta l'eshaustività e la robustezza delle evidenze scientifiche inoltrate dal richiedente, senza fornire ulteriori dettagli.
- L'assenza di una rendicontazione pubblica del processo di aggiornamento dei LEA non permette di comprendere quanto sia prevalentemente "reattivo" (ovvero indotto dalle richieste degli stakeholder) e quanto "proattivo" (ovvero proposto dalle Istituzioni).
- Le ultime informazioni disponibili sulle richieste di aggiornamento pervenute al Ministero della Salute coprono fino all'anno 2022, ma solo grazie alla relazione della Corte dei Conti,
- Le procedure istituzionali per l'aggiornamento dei LEA, sia iso-risorse, sia in particolare con incremento di oneri per la finanza pubblica, contrastano con l'obiettivo di "*un SSN sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini*" in quanto i tempi richiesti dalle procedure, che si aggiungono a quelli di valutazione tecnica della Commissione LEA, rallentano enormemente l'introduzione di innovazioni nel SSN.
- In assenza di un consistente *delisting* dai LEA di prestazioni obsolete e dal *value* basso o negativo è impossibile liberare risorse da re-investire in prestazioni innovative da rendere universalmente disponibili.
- Il ritardo di oltre 6 anni nell'approvazione del Decreto Tariffe ha reso impossibile attuare gli aggiornamenti proposti dalla Commissione LEA e l'esigibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica inserite nei "nuovi LEA".

In sostanza, l'obiettivo dichiarato di "*continuo aggiornamento dei LEA, con proposta di esclusione di prestazioni, servizi o attività divenuti obsoleti e di inclusione di prestazioni innovative ed efficaci, al fine di mantenere allineati i LEA all'evoluzione delle conoscenze scientifiche*" di fatto non è mai stato raggiunto.

4.3. Esigibilità dei nuovi LEA

Se il DPCM 12 gennaio 2017 rimandava ad ulteriori atti legislativi da concordare con Regioni e Province autonome, la mancata copertura economica ha condizionato, attraverso quattro Governi, la fruibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme sul territorio nazionale. In particolare, se per i nuovi LEA era già prevista un'entrata in vigore progressiva e legata ad una verifica della sostenibilità economica da parte delle Regioni, con il ritardo pluriennale nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari il traguardo politico dei nuovi LEA si è di fatto trasformato in un'illusione collettiva⁸⁰.

⁸⁰ Cartabellotta A. Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva? Sanità 24, 27 gennaio 2017. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2017-01-27/nuovi-lea-grande-traguardo-politico-rischio-illusione-collettiva-165343.php?uuid=AEZgiOJ. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Decreto Tariffe. I nomenclatori per la specialistica ambulatoriale e protesica sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale senza le corrispondenti tariffe. Infatti, il DPCM 12 gennaio 2017 non utilizza mai il termine “nomenclatori tariffari” e i commi 2 e 3 dell’art. 64 precisano che l’entrata in vigore dei nomenclatori dell’assistenza specialistica e protesica è subordinata all’operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime delle prestazioni attraverso un «decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, sentita l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome», il cd. “Decreto Tariffe” che doveva essere emanato entro il 28 febbraio 2018 come previsto dalla Legge di Bilancio 2018 (art. 1, comma 420, della legge 205/2017). La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale di nomenclatori “orfani” di tariffe ha dunque concretizzato una lacuna normativa disposta dal comma 5 dell’art. 64: infatti, se il DPCM sui nuovi LEA sostituisce integralmente il precedente DPCM 29 novembre 2001, di fatto le nuove tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica sono state definite solo dopo oltre sei anni e mezzo dalla sua entrata in vigore.

La “gestazione” del Decreto Tariffe è stata molto lunga e travagliata. Dopo una fase di silenzio istituzionale durata quasi quattro anni, il 29 dicembre 2021 il Ministero della Salute ha inviato alle Regioni lo schema del “Decreto Tariffe” in attuazione del DPCM sui nuovi LEA del 2017⁸¹, ma la bozza è stata respinta in Conferenza Stato-Regioni: sulle motivazioni del respingimento non è reperibile alcun documento ufficiale. Il 19 settembre 2022 una nuova bozza è stata inviata alla Conferenza Stato-Regioni unitamente ai relativi allegati: relazione illustrativa e metodologica, relazione tecnica, schema delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, schema delle tariffe di assistenza protesica⁸². Nel report della Conferenza Stato-Regioni del 28 settembre 2022⁸³, il punto 6 “Intesa [...] sullo schema di decreto concernente la definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica” viene riportato come “espunto”⁸⁴, ovvero ritirato dall’ordine del giorno per un’ulteriore ridefinizione del testo. Solo dopo ulteriori sette mesi, il 19 aprile 2023 viene espressa l’intesa sul provvedimento in Conferenza Stato-Regioni. E il 4 agosto 2023 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto del Ministero della Salute del 23 giugno 2023 (cd. Decreto Tariffe) che aggiorna le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell’assistenza protesica e definisce le tariffe per le nuove prestazioni introdotte con i LEA nel 2017. Le disposizioni entrano in vigore dal 1° gennaio 2024 per quanto concerne le tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e dal 1° aprile 2024 per quanto concerne le tariffe dell’assistenza protesica. Sino a quelle date gran parte delle nuove prestazioni ambulatoriali e protesiche non saranno ancora esigibili sull’intero territorio nazionale, ma potranno continuare ad essere erogate solo dalle Regioni non in Piano di rientro in regime extra-LEA,

⁸¹ Lea. Aggiornamento tariffe per visite specialistiche e protesi. Impatto da 400 milioni. Il Decreto in Conferenza Stato-Regioni. Quotidiano Sanità, 14 gennaio 2022. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=101441. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁸² Maragò E. Lea. Arriva sul tavolo delle Regioni il nuovo Dm Tariffe. Ma resta il rischio bocciatura. Il testo. Quotidiano Sanità, 19 settembre 2022. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=107337. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁸³ Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Report seduta del 28 settembre 2022. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/5245/report-csr-28set2022-signed.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁸⁴ Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Report del 28/09/2022. Disponibile a: www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2022/seduta-del-28092022/report/. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

facendo riferimento ai nomenclatori in vigore ante-DPCM 12 gennaio 2017, che risalgono al 1996 per la specialistica ambulatoriale e al 1999 per l'assistenza protesica.

Finanziamento dei “nuovi LEA”. La Relazione Tecnica del Ministero della Salute sulla valutazione di impatto dello schema di DPCM sulla revisione dei LEA ha stimato un impatto economico di € 771,8 milioni⁸⁵. Sulla base di tale valutazione, la Legge di Bilancio 2016 (art. 1 comma 555), ha stanziato € 800 milioni a valere sulla quota indistinta del FSN standard. Successivamente, la Legge di Bilancio 2022 (art. 1, comma 288) ha finalizzato, a decorrere dal 2022, l'importo annuo di € 200 milioni per l'aggiornamento dei LEA, a valere sulla quota indistinta del FSN standard.

Le criticità rilevate dalla Fondazione GIMBE nel processo di esigibilità dei nuovi LEA possono essere così sintetizzate:

- Nel DPCM 12 gennaio 2017 i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e della protesica sono stati pubblicati senza tariffe.
- In assenza di copertura economica e di conseguente intesa tra Governo e Regioni il Decreto Tariffe è stato pubblicato dopo oltre 6 anni e mezzo, compromettendo l'esigibilità dei nuovi LEA e introducendo un ulteriore elemento di disuguaglianza. Infatti, le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica inserite nei “nuovi LEA” sono attualmente esigibili solo nelle Regioni non in Piano di rientro finanziate con fondi extra-LEA, ovvero non a carico del SSN.
- Nonostante la pubblicazione del Decreto Tariffe il 4 agosto 2023, le disposizioni entreranno in vigore dal 1° gennaio 2024 per la specialistica ambulatoriale e dal 1° aprile 2024 per l'assistenza protesica. Sino a quelle date persiste la mancata esigibilità sopra descritta.

4.4. Monitoraggio dei LEA

4.4.1. Verifica adempimenti LEA: il questionario LEA

Per accedere al maggior finanziamento del SSN – quota premiale delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del FSN al netto delle entrate proprie – le Regioni sono tenute ad una serie di adempimenti, secondo quanto disposto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Sono sottoposte alla verifica di tali adempimenti tutte le Regioni ordinarie e la Sicilia⁸⁶, mentre sono escluse la Valle d'Aosta, le due Province autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna. La verifica degli adempimenti è a cura del Comitato LEA⁸⁷, al quale è affidato il compito di monitorare l'erogazione dei LEA in condizioni di

⁸⁵ Senato della Repubblica e Camera dei Deputati. Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, novembre 2016. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/00994183.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁸⁶ Ministero della Salute. Verifica adempimenti LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4746&area=Lea&menu=monitoraggioLea. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁸⁷ Ministero della Salute. Comitato LEA: istituzione e compiti. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1301&area=Lea&menu=monitoraggioLea. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, al fine di promuovere e garantire l'effettiva erogazione e l'uniformità sul territorio⁸⁸.

Per la valutazione annuale degli adempimenti, il Comitato predispone un questionario⁸⁹ con relative note esplicative per la compilazione⁹⁰ e relativi allegati^{91,92}, trasmesso alle Regioni tramite il Tavolo adempimenti presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze. A partire dalla documentazione prodotta dalle Regioni, si tengono riunioni tecniche ai fini della certificazione degli adempimenti.

A supporto delle attività di affiancamento, verifica e monitoraggio, nonché per razionalizzare l'invio della documentazione pervenuta dalle Regioni o prodotta in fase d'istruttoria, è reso disponibile dal Ministero della Salute il sistema di gestione documentale dedicato "Si.Ve.A.S. – Gestione documenti dei Piani di rientro e del Comitato LEA".

Alla data di pubblicazione del presente Rapporto, secondo quanto riportato nel sito del Ministero della Salute⁹³, i risultati della verifica degli adempimenti LEA per l'anno 2020 sono in fase di consolidamento e quelli per l'anno 2021 in corso di verifica. Di conseguenza gli ultimi adempimenti LEA disponibili sono relativi all'anno 2019, quando sono stati certificati 42 adempimenti, di cui alcuni articolati in più sezioni, per un totale di 98 valutazioni. Le attività di verifica si sono concluse positivamente per le Regioni Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto. In alcuni casi, l'adempimento viene assegnato con richiesta di assolvere ad uno specifico impegno, il cui superamento viene accertato in occasione della verifica dell'annualità successiva. Per le Regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Molise e Sicilia, che presentano ancora criticità negli adempimenti 2019, la verifica prosegue nell'ambito delle riunioni di monitoraggio dei Piani di rientro effettuate ogni tre mesi.

Nell'archivio del Ministero della Salute il documento esteso degli adempimenti LEA è disponibile sino all'anno 2014, mentre a partire dal 2015 viene fornita solo la tabella di riepilogo nazionale che, rispetto a ciascun adempimento, identifica ciascuna Regione come:

- Adempiente
- Adempiente con richiesta di assolvere ad uno specifico impegno
- Inadempiente
- In attesa di documentazione integrativa

La tabella 4.1 riporta per ciascuna Regione la composizione percentuale del livello di adempimento per l'anno 2019.

⁸⁸ Ministero della Salute. Mantenimento dell'erogazione dei LEA - Griglia LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4747&area=Lea&menu=monitoraggioLea. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁸⁹ Ministero della Salute. Questionario LEA 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1301_4_file.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁹⁰ Ministero della Salute. Note per la compilazione del questionario LEA 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1301_5_file.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁹¹ Ministero della Salute. Allegato 1 al questionario LEA 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1301_6_file.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁹² Ministero della Salute. Allegato 2 al questionario LEA 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1301_7_file.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁹³ Ministero della Salute. Verifica adempimenti LEA - Griglia LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4746&area=Lea&menu=monitoraggioLea. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Regione	Sì	Sì con impegno	No	In attesa di integrazioni
Emilia-Romagna	95,2%	4,8%	0,0%	0,0%
Lombardia	95,2%	4,8%	0,0%	0,0%
Marche	95,2%	4,8%	0,0%	0,0%
Toscana	95,2%	4,8%	0,0%	0,0%
Umbria	95,2%	4,8%	0,0%	0,0%
Veneto	95,2%	4,8%	0,0%	0,0%
Liguria	90,5%	9,5%	0,0%	0,0%
Piemonte	88,1%	11,9%	0,0%	0,0%
Basilicata	78,6%	21,4%	0,0%	0,0%
Lazio*	78,6%	21,4%	0,0%	0,0%
Puglia*	78,6%	21,4%	0,0%	0,0%
Abruzzo*	73,8%	19,0%	7,1%	0,0%
Molise*	71,4%	2,4%	23,8%	2,4%
Sicilia*	69,0%	21,4%	9,5%	0,0%
Campania*	64,3%	21,4%	14,3%	0,0%
Calabria*	45,2%	19,0%	35,7%	0,0%
*Regione in Piano di rientro				

Tabella 4.1. Composizione percentuale del livello di adempimento LEA (elaborazione GIMBE su dati MdS, anno 2019)

4.4.2. Adempimento del mantenimento dell'erogazione dei LEA

Ogni anno il Ministero della Salute pubblica un report che raccoglie i risultati della valutazione dell'adempimento "Mantenimento nell'erogazione dei LEA" che dal 2017 rende noti i punteggi di tutte le Regioni, incluse quelle non sottoposte a formale verifica degli adempimenti. Per valutare il "Mantenimento nell'erogazione dei LEA" dal 2008 al 2019 è stata utilizzata la cd. "Griglia LEA", sostituita dal 1° gennaio 2020 dal sottoinsieme di indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) come previsto dal DM 12 marzo 2019.

Il DM 12 dicembre 2001 e, successivamente, il DM 12 marzo 2019 hanno disposto che la pubblicazione del report avvenga entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento. Tuttavia, come già rilevato dall'Osservatorio GIMBE nel 2019⁹⁴, tale scadenza non è mai stata rispettata (tabella 4.2), rappresentando un ostacolo rilevante per la programmazione sanitaria regionale, per l'allineamento dei sistemi premianti a livello di aziende sanitarie, unità organizzative e professionisti sanitari, oltre che per la rendicontazione pubblica.

⁹⁴ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Anno di rilevazione	Data report	Data di pubblicazione	Mesi di ritardo*
2013	Luglio 2015	12 novembre 2015 ⁹⁵	10
2014	Giugno 2016	13 marzo 2017 ⁹⁶	14
2015	Luglio 2017	12 ottobre 2017 ⁹⁷	9
2016	Luglio 2018	29 settembre 2018 ⁹⁸	9
2017	Febbraio 2019	3 aprile 2019 ⁹⁹	3
2018	Luglio 2020	5 novembre 2020 ¹⁰⁰	10
2019	Maggio 2021	6 settembre 2021 ¹⁰¹	8
2020	Dicembre 2022	7 gennaio 2023 ¹⁰²	12
2021	Maggio 2023	29 maggio 2023 ¹⁰³	5

*Calcolati dal 31 dicembre successivo all'anno di rilevazione

Tabella 4.2. Ritardi nella pubblicazione del report sull'adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA"

⁹⁵ Ministero della Salute. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2013. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, luglio 2015. Disponibile a www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2397_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁹⁶ Ministero della Salute. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2014. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA 2014. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, giugno 2016. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2581_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁹⁷ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2015. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, luglio 2017. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁹⁸ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2016. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, settembre 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2783_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

⁹⁹ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2017. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, aprile 2019. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁰⁰ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2018. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, luglio 2020. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2970_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁰¹ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2019. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, maggio 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3111_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁰² Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2020. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, gennaio 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3288_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁰³ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2021. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, maggio 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3288_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

4.4.2.1. Monitoraggio con la griglia LEA: anni 2010-2019

Gli adempimenti LEA includono il “Mantenimento nell’erogazione dei LEA”, valutato dal 2008 al 2019 tramite la cd. “Griglia LEA” che, nell’ultima versione, conteneva 34 indicatori ripartiti tra attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

Nel dicembre 2022 la Fondazione GIMBE ha pubblicato un report¹⁰⁴ che, previa analisi di 10 monitoraggi annuali del Ministero della Salute, ha valutato gli adempimenti al mantenimento dell’erogazione dei LEA nel decennio 2010-2019. La tabella 4.3 riporta i punteggi LEA ottenuti nel decennio 2010-2019 da ciascuna Regione e Provincia autonoma. I punteggi riportati in corsivo, non disponibili nei report del Ministero della Salute, sono stati ricalcolati utilizzando la metodologia ufficiale. I colori delle celle indicano la variazione rispetto all’anno precedente del punteggio LEA: in aumento (verde), invariato (giallo), in diminuzione (rosso).

Regione	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Emilia-Romagna	208	205	210	204	204	205	205	218	221	221
Toscana	185	168	193	214	217	212	208	216	220	222
Veneto	178	182	193	190	189	202	209	218	222	222
Piemonte	174	170	186	201	200	205	207	221	218	188
Lombardia	171	195	184	187	193	196	198	212	215	215
Umbria	191	184	171	179	190	189	199	208	210	211
Marche	180	164	165	191	192	190	192	201	206	212
Liguria	137	166	176	187	194	194	196	195	211	206
Friuli Venezia Giulia*	171	172	167	168	163	185	203	193	206	205
Prov. Aut. Trento*	145	153	163	186	184	185	200	185	185	187
Abruzzo	133	145	145	152	163	182	189	202	209	204
Basilicata	164	167	169	146	177	170	173	189	191	172
Lazio	122	152	167	152	168	176	179	180	190	203
Sicilia	108	147	157	165	170	153	163	160	171	173
Molise	126	142	146	140	159	156	164	167	180	150
Puglia	74	123	140	134	162	155	169	179	189	193
Valle d’Aosta*	162	153	135	129	120	132	137	149	159	160
Calabria	99	128	133	136	137	147	144	136	162	125
Campania	95	101	117	136	139	106	124	153	170	168
Prov. Aut. Bolzano*	120	131	126	113	113	121	153	120	142	157
Sardegna*	88	130	115	166	124	118	130	140	145	111

*Regioni e Province autonome non sottoposte a verifica degli adempimenti. In corsivo i punteggi non disponibili nei monitoraggi annuali del Ministero della Salute e calcolati da GIMBE, sia per le Regioni non sottoposte a verifica degli adempimenti per gli anni 2010-2016, sia per tutte le Regioni per gli anni 2010-2011.

Tabella 4.3. Griglia LEA: trend 2010-2019 (elaborazione GIMBE su dati Mds)

¹⁰⁴ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. Livelli Essenziali di Assistenza: le disuguaglianze regionali in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, dicembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/LEA_2010-2019. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Nel decennio 2010-2019 i trend documentano una situazione molto eterogenea sia tra le varie Regioni, sia tra i diversi anni: in particolare, il numero di Regioni con punteggi LEA in calo rispetto all'anno precedente è minimo (1-2) nel 2016 e nel 2018, intermedio (6-8) per gli anni 2011-2014 e 2017, massimo (9) nel 2015 e nel 2019. Da rilevare che alcune performance nettamente peggiorative nel 2019 di alcune Regioni conseguono all'invio al Ministero della Salute di un flusso dati insufficiente per qualità e/o copertura.

La Fondazione GIMBE ha, inoltre, calcolato l'adempimento cumulativo 2010-2019 ed elaborato una classifica di Regioni e Province autonome per quartili. Rinviando al report originale¹⁰⁵ per i dettagli sulla metodologia, le "percentuali cumulative di adempimento" sono state calcolate come rapporto tra il punteggio totale ottenuto nel periodo 2010-2019 e il punteggio massimo (2.250) raggiungibile nei 10 anni analizzati (tabella 4.4, figura 4.6).

Regione	Adempimento cumulativo 2010-2019 (%)	Totale punti ottenuti 2010-2019
Emilia-Romagna	93,4%	2.101
Toscana	91,3%	2.055
Veneto	89,1%	2.005
Piemonte	87,6%	1.970
Lombardia	87,4%	1.966
Umbria	85,9%	1.932
Marche	84,1%	1.893
Liguria	82,8%	1.862
Friuli Venezia Giulia*	81,5%	1.833
Prov. Aut. Trento*	78,8%	1.773
Abruzzo	76,6%	1.724
Basilicata	76,4%	1.718
Lazio	75,1%	1.689
Sicilia	69,6%	1.567
Molise	68,0%	1.530
Puglia	67,5%	1.518
Valle d'Aosta*	63,8%	1.436
Calabria	59,9%	1.347
Campania	58,2%	1.309
Prov. Aut. Bolzano*	57,6%	1.296
Sardegna*	56,3%	1.267

*Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti LEA.

Quartili delle percentuali di adempimento	93,4 – 86,0	85,9 – 76,7	76,6 – 67,6	67,5 – 56,3
---	-------------	-------------	-------------	-------------

Tabella 4.4. Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulativo 2010-2019 e totale dei punti ottenuti (dati Mds)

¹⁰⁵ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. Livelli Essenziali di Assistenza: le disuguaglianze regionali in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, dicembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/LEA_2010-2019. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

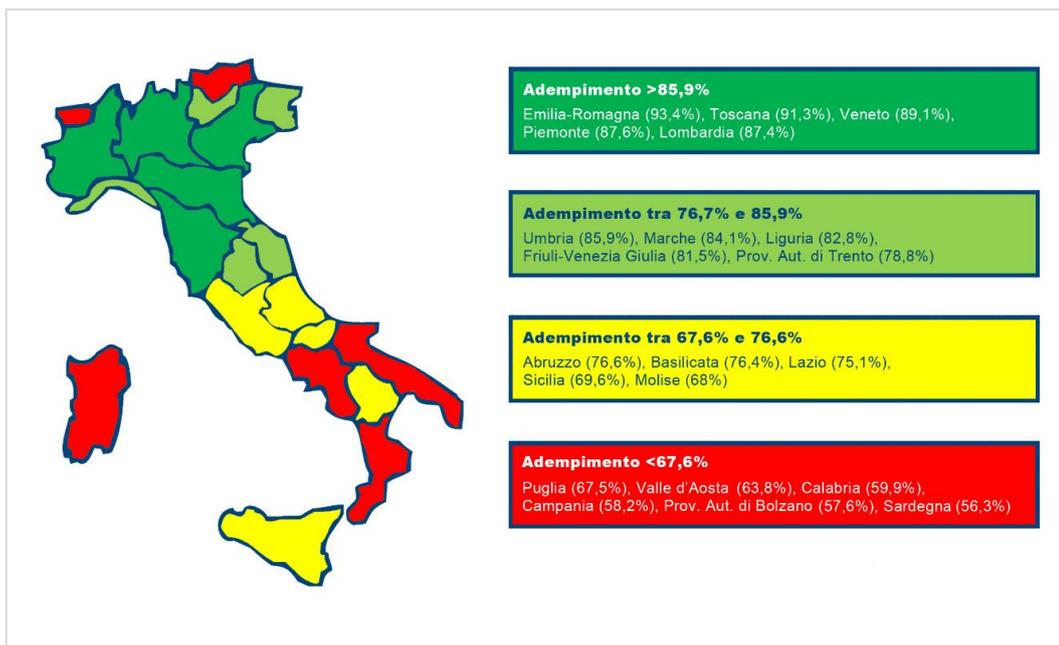


Figura 4.6. Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulativo 2010-2019

Infine, per ciascuno degli anni 2010-2019, è stato calcolato il punteggio LEA cumulativo nazionale sommando i punti ottenuti da ciascuna Regione e Provincia autonoma e la relativa percentuale totale di adempimento. La figura 4.7 mostra nel decennio un trend in costante incremento con un'evidente flessione nel 2019, anche a causa del già citato flusso dati di alcune Regioni insufficiente per qualità e/o copertura. Infatti, la percentuale totale di adempimento è passata dal 64,1% del 2010 ad un massimo dell'85,1% nel 2018, per poi scendere all'82,6% nel 2019.

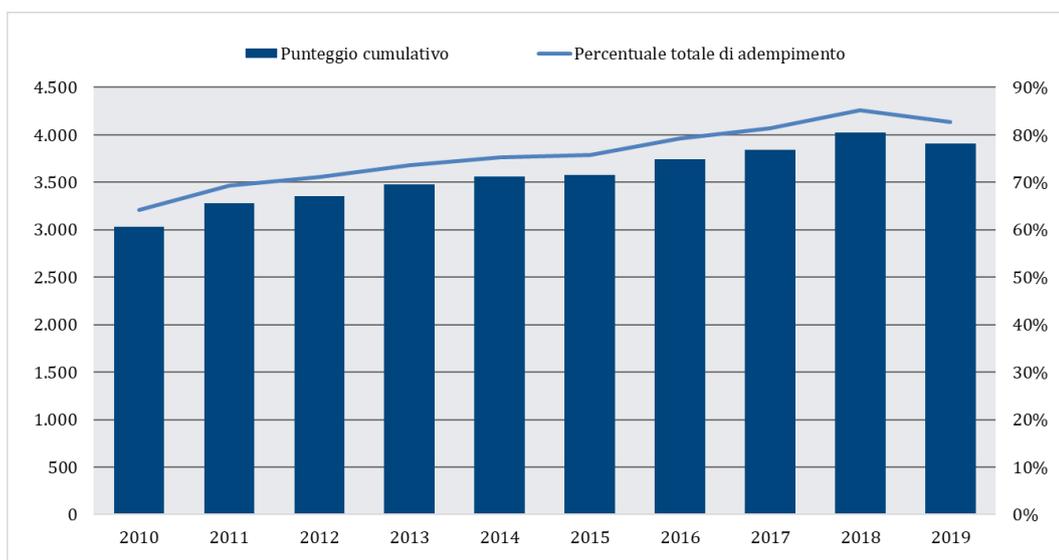


Figura 4.7. Griglia LEA 2010-2019: punteggio cumulativo e percentuale totale di adempimento

Considerato che nel decennio 2010-2019 gli indicatori sono rimasti pressoché invariati e la modalità di attribuzione dei punteggi identica, è possibile trarre alcune considerazioni generali sul monitoraggio tramite la griglia LEA:

- Nel decennio 2010-2019 la percentuale cumulativa totale di adempimento delle Regioni è del 75,7% (range tra Regioni 56,3%-93,4%). In altri termini, se a fronte delle risorse ripartite alle Regioni la Griglia LEA è lo strumento utilizzato dal Governo per monitorare l'erogazione delle prestazioni essenziali, il 24,3% delle risorse assegnate nel periodo 2010-2019 non ha prodotto servizi per i cittadini, con un range tra le Regioni che varia dal 6,6% dell'Emilia-Romagna al 43,7% della Sardegna.
- La percentuale cumulativa di adempimento annuale è aumentata dal 64,1% del 2010 all'82,6% del 2019, un miglioramento in parte reale, in parte sovrastimato per il progressivo "appiattimento" della Griglia LEA: la sua capacità di "catturare" gli inadempimenti, infatti, si è progressivamente ridotta nel corso degli anni per la sostanziale stabilità degli indicatori nell'ultimo decennio.
- Nei primi due quartili (adempimento cumulativo $\geq 76,6\%$) non si posiziona nessuna Regione meridionale, confermando la "frattura strutturale" Nord-Sud.
- Regioni e Province autonome non sottoposte a verifica degli adempimenti hanno performance molto diverse. Da un lato Friuli Venezia Giulia e Provincia autonoma di Trento raggiungono percentuali di adempimento cumulative rispettivamente dell'81,5% e 78,8% collocandosi nel secondo quartile; dall'altro Valle D'Aosta, Sardegna e Provincia autonoma di Bolzano si collocano - insieme a Calabria e Campania - nel quartile con le peggiori performance.

4.4.2.2. Monitoraggio con il Nuovo Sistema di Garanzia: anni 2020-2021

Il NSG è lo strumento che consente, grazie ai dati oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza le prestazioni erogate che rientrano nei LEA erogati da tutte le Regioni. Il NSG, introdotto dal DM 12 marzo 2019, è operativo dal 1° gennaio 2020¹⁰⁶. La finalità prioritaria del NSG è mettere in relazione i LEA erogati con una valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza (sicurezza, efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza), tramite 88 indicatori relativi a:

- Macro-livelli di assistenza:
 - prevenzione collettiva e sanità pubblica (n. 16)
 - assistenza distrettuale (n. 33)
 - assistenza ospedaliera (n. 24)
- Contesto per la stima del bisogno sanitario (n. 4)
- Equità sociale (n. 1)
- Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) (n. 10), relativi alle seguenti patologie: bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, diabete, tumore operato della mammella nella donna, tumore operato del colon-retto.

¹⁰⁶ Ministero della Salute. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

La circolare del 27 ottobre 2020 contiene le schede tecniche degli indicatori NSG¹⁰⁷ e la metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA¹⁰⁸. Nell'ambito del Comitato LEA è stato istituito un tavolo tecnico per sperimentare la metodologia di monitoraggio dei LEA tramite il NSG: in particolare, la sperimentazione è stata effettuata dal 2016 al 2019 su un sottoinsieme di 22 indicatori, definiti CORE (box 4.2) che ha sostituito la griglia LEA dall'anno 2020. Sul sito del Ministero della Salute sono disponibili i risultati della sperimentazione 2016-2019¹⁰⁹.

Box 4.2. Indicatori CORE del NSG

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

- **P01C.** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).
- **P02C.** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).
- **P10Z.** Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.
- **P12Z.** Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.
- **P14C.** Indicatore composito sugli stili di vita.
- **P15C.** Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto.

Area distrettuale

- **D03C*.** Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.
- **D04C*.** Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.
- **D09Z.** Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.
- **D10Z.** Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
- **D14C.** Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.
- **D22Z.** Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3).
- **D27C.** Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
- **D30Z.** Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore.
- **D33Z.** Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

*Indicatori D03C e D04C inseriti nel CORE ad anni alterni: nell'anno 2020 è stato inserito nel CORE l'indicatore D03C e nell'anno 2021 l'indicatore D04C.

¹⁰⁷ Ministero della Salute. Schede tecniche degli indicatori NSG. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁰⁸ Ministero della Salute. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali. Metodologia per il calcolo degli indicatori. Aggiornato al 1° giugno 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_4_file.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁰⁹ Ministero della Salute. NSG. Risultati della sperimentazione 2016-2019. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_0_file.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Area ospedaliera

- **H01Z.** Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.
- **H02Z.** Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.
- **H04Z.** Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.
- **H05Z.** Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
- **H013C.** Percentuale di pazienti (età ≥ 65 anni) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.
- **H17C/H18C*.** Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti (H17C) o in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti (H18C).

*Indicatori H17C e H18C valutati in maniera congiunta

I restanti 66 indicatori¹¹⁰ sono definiti “NO CORE” e, al momento, non vengono utilizzati per assegnare i punteggi LEA alle Regioni. Tuttavia, considerato che forniscono un quadro informativo analitico sulle performance dei servizi sanitari regionali, possono essere utilizzati da ciascuna Regione per benchmark, attività di miglioramento e definizione di obiettivi per le Aziende sanitarie.

Nel NSG il punteggio complessivo per ciascuna area è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori CORE dell’area stessa, comprensivi di tutti i premi/penalità, ed è compreso tra 0 e 100. Per essere considerata adempiente, una Regione deve ottenere un punteggio ≥ 60 in tutte le tre aree; ovvero, con un punteggio < 60 anche in una sola area la Regione viene classificata come inadempiente. In altre parole, a differenza della griglia LEA, il NSG non sintetizza la valutazione dei tre macro-livelli in un unico punteggio, ma misura in maniera indipendente la garanzia di ciascuno di essi, fissando a 60 punti la soglia minima di adempimento.

Vengono di seguito riportati gli adempimenti al mantenimento dell’erogazione dei LEA con il NSG relativi agli anni 2020 e 2021, pubblicati rispettivamente il 7 gennaio 2023¹¹¹ e il 29 maggio 2023¹¹². Per entrambi gli anni tali risultati hanno un valore esclusivamente informativo, a causa della situazione emergenziale dovuta alla pandemia di COVID-19.

Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia, anno 2020. Nel 2020 solo 11 Regioni risultano adempienti: Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Provincia autonoma di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto. Le altre 10 sono inadempienti: Abruzzo, Liguria, Molise e Sicilia con un punteggio insufficiente in una sola area; Basilicata, Campania, Provincia autonoma di Bolzano, Sardegna, Valle D’Aosta con un

¹¹⁰ Ministero della Salute. Elenco degli indicatori NO CORE. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_1_file.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹¹¹ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell’anno 2020. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, gennaio 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3288_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹¹² Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell’anno 2021. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, maggio 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3288_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

punteggio insufficiente in due aree; la Calabria insufficiente in tutte le tre aree. L'area della prevenzione e quella ospedaliera risultano quelle con il maggior numero di Regioni inadempienti (n. 6), rispetto all'area distrettuale (n. 5) (tabella 4.5).

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status			
Abruzzo	54,03	76,94	63,47	Inadempiente			
Basilicata	57,07	62,85	51,90	Inadempiente			
Calabria	32,73	48,18	48,44	Inadempiente			
Campania	61,53	57,14	59,08	Inadempiente			
Emilia-Romagna	89,08	95,16	89,52	Adempiente			
Friuli Venezia Giulia	75,63	80,35	74,06	Adempiente			
Lazio	74,46	80,19	71,76	Adempiente			
Liguria	50,85	83,12	65,50	Inadempiente			
Lombardia	62,02	95,02	75,59	Adempiente			
Marche	79,01	91,68	75,05	Adempiente			
Molise	64,21	67,12	41,94	Inadempiente			
Piemonte	76,08	91,26	75,05	Adempiente			
Prov. Aut. Bolzano	51,90	57,43	66,89	Inadempiente			
Prov. Aut. Trento	88,42	78,07	93,07	Adempiente			
Puglia	66,83	68,13	71,73	Adempiente			
Sardegna	70,79	48,95	59,26	Inadempiente			
Sicilia	43,44	62,06	69,26	Inadempiente			
Toscana	88,13	92,94	80,00	Adempiente			
Umbria	89,64	68,55	71,61	Adempiente			
Valle d'Aosta	74,06	56,58	59,71	Inadempiente			
Veneto	80,74	98,37	79,67	Adempiente			
<table border="1"> <tr> <td>Punteggio</td> <td>≥ 60</td> <td>< 60</td> </tr> </table>					Punteggio	≥ 60	< 60
Punteggio	≥ 60	< 60					

Tabella 4.5. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi per area (dati MdS, anno 2020)

Anche se il NSG non prevede il calcolo di un punteggio totale per valutare gli adempimenti, è stata elaborata una classifica di Regioni e Province autonome sommando i punteggi ottenuti nelle varie aree e riportando i risultati in quartili (tabella 4.6, figura 4.8). Il punteggio totale enfatizza ulteriormente il gap Nord-Sud: infatti, nei primi due quartili non compare nessuna Regione del Sud e il punteggio della Puglia è il più basso tra le 11 Regioni adempienti. Viceversa, nell'ultimo quartile si trovano solo Regioni del Sud, fatta eccezione per la Provincia autonoma di Bolzano.

Regione	Punteggio totale 2020
Emilia-Romagna	273,8
Toscana	261,1
Prov. Aut. Trento	259,6
Veneto	258,8
Marche	245,7
Piemonte	242,4
Lombardia	232,6
Friuli Venezia Giulia	230,0
Umbria	229,8
Lazio	226,4
Puglia	206,7
Liguria*	199,5
Abruzzo*	194,4
Valle d'Aosta*	190,4
Sardegna*	179,0
Campania*	177,8
Prov. Aut. Bolzano*	176,2
Sicilia*	174,8
Molise*	173,3
Basilicata*	171,8
Calabria*	129,4

Quartili	129,4 – 177,8	177,9 – 206,7	206,8 – 242,4	242,5 – 273,8
----------	---------------	---------------	---------------	---------------

*Regioni inadempienti

Tabella 4.6. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali (dati MdS, anno 2020)

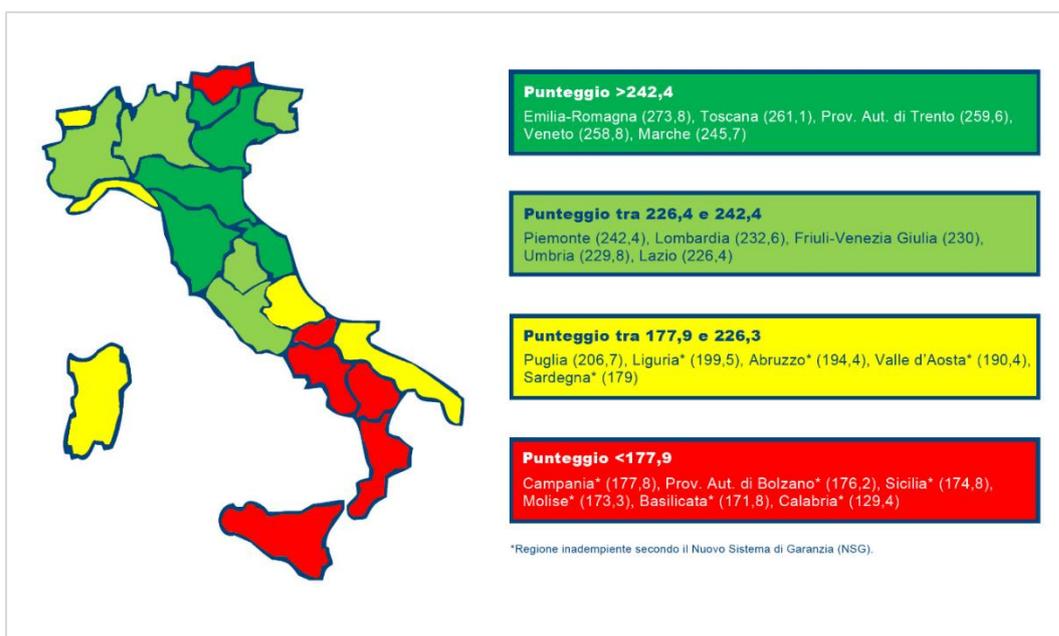


Figura 4.8. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali anno 2020

Gap 2019-2020. Considerato che il NSG è soggetto a sperimentazione dal 2016, sono state analizzate le differenze tra gli adempimenti 2020 e quelli 2019, al fine di valutare l'impatto della pandemia sui punteggi totali delle Regioni. Punteggi che nel 2020, rispetto al 2019, sono peggiorati in tutte le Regioni (ad eccezione della Provincia autonoma di Trento e della Valle d'Aosta), dimostrando che la pandemia ha rappresentato un forte "stress test" per la sanità italiana. Tuttavia, tra le Regioni che hanno sperimentato una prima ondata molto violenta, il gap 2019-2020 è molto contenuto (<10 punti) nella Provincia autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Emilia-Romagna; intermedio (10-25 punti) per Veneto e Piemonte; elevato per Lombardia e Liguria (>35 punti). D'altro canto, 7 delle 11 Regioni con gap superiore a 20 punti si trovano al Sud, di fatto risparmiato dalla prima ondata (tabella 4.7). Questi dati confermano che la resilienza alla pandemia dei servizi sanitari regionali e la capacità di erogare le prestazioni essenziali nel 2020 sono state condizionate (in positivo) più dalle performance 2019 che (in negativo) dall'impatto della prima ondata.

Regione	GAP 2020 vs 2019
Prov. Aut. Trento	8,89
Valle d'Aosta	7,51
Prov. Aut. Bolzano	-1,24
Lazio	-5,77
Friuli Venezia Giulia	-9,32
Toscana	-9,49
Emilia-Romagna	-9,82
Marche	-12,08
Molise	-19,62
Veneto	-19,65
Umbria	-23,11
Puglia	-23,65
Piemonte	-23,94
Campania	-24,57
Sardegna	-27,21
Sicilia	-29,09
Basilicata	-32,86
Calabria	-33,48
Lombardia	-35,31
Abruzzo	-40,83
Liguria	-44,09
TOTALE	-408,73

Tabella 4.7. Nuovo Sistema di Garanzia: gap punteggi 2020 vs 2019

Relativamente all'impatto della pandemia sui tre macro-livelli assistenziali, considerando tutto il territorio nazionale, il gap massimo tra il 2020 e il 2019 si registra nell'area della prevenzione (-263 punti), quindi in quella ospedaliera (-150 punti). Al contrario, l'area distrettuale nel 2020 fa rilevare un lieve miglioramento (+5 punti) di difficile interpretazione (tabella 4.8). Il crollo della prevenzione è l'inevitabile conseguenza sia degli esigui investimenti in quest'area, sia del fatto che il personale già limitato in forza ai dipartimenti di prevenzione è stato impiegato in prima linea nella gestione dell'emergenza pandemica.

Area	2020	2019	Gap 2020 vs 2019
Prevenzione	1.431	1.694	-263
Distrettuale	1.560	1.555	5
Ospedaliera	1.443	1.593	-151
Totale	4.433	4.842	-409

Tabella 4.8. Nuovo Sistema di Garanzia: gap 2020 vs 2019 per aree

Se l'avvio del NSG nell'anno della pandemia restituisce risultati inevitabilmente condizionati dalla gestione dell'emergenza COVID-19, dalle analisi effettuate emergono tre elementi fondamentali. Innanzitutto, il gap Nord-Sud non si è ridotto nonostante molte Regioni del Nord siano state colpite in maniera drammatica dalla prima ondata e, al tempo stesso, quelle del Sud siano state risparmiate grazie al lockdown; in secondo luogo, le Regioni settentrionali più colpite dalla pandemia hanno mostrato una variabile resilienza, inevitabilmente condizionata dalla qualità pre-pandemia del servizio sanitario regionale; infine, la "sorella povera" della sanità, ovvero la prevenzione, ha pagato il conto più salato, in termini di erogazione di prestazioni essenziali.

Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia, anno 2021. Rispetto al 2020 le Regioni adempienti nel 2021 salgono da 11 a 14: Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto. In particolare, dal 2020 al 2021 tre Regioni diventano adempienti: Abruzzo, Basilicata e Liguria. Rimangono inadempienti 7 Regioni: Campania, Molise, Provincia autonoma di Bolzano e Sicilia con un punteggio insufficiente in una sola area; Sardegna con un punteggio insufficiente in due aree; Calabria e Valle D'Aosta insufficienti in tutte le tre aree (tabella 4.9).

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Abruzzo	77,74	68,46	69,25	Adempiente
Basilicata	79,63	64,22	63,69	Adempiente
Calabria	52,96	48,51	58,52	Inadempiente
Campania	78,37	57,52	62,68	Inadempiente
Emilia-Romagna	90,73	95,96	94,5	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	85,32	79,42	78,22	Adempiente
Lazio	80,78	77,61	77,12	Adempiente
Liguria	73,05	85,92	73,6	Adempiente
Lombardia	86,84	93,09	85,33	Adempiente
Marche	82,62	89,38	85,9	Adempiente
Molise	82,99	65,40	48,55	Inadempiente
Prov. Aut. Bolzano	51,97	68,05	80,75	Inadempiente
Prov. Aut. Trento	92,55	79,33	96,52	Adempiente
Piemonte	86,05	84,47	81,36	Adempiente
Puglia	67,85	61,66	79,83	Adempiente
Sardegna	61,63	49,34	58,71	Inadempiente
Sicilia	45,53	62,19	75,29	Inadempiente
Toscana	91,37	95,02	88,07	Adempiente
Umbria	91,97	73,64	82,31	Adempiente
Valle d'Aosta	45,31	49,31	52,59	Inadempiente
Veneto	84,63	95,6	84,65	Adempiente

Punteggio	≥ 60	< 60
-----------	------	------

Tabella 4.9. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi per area anno 2021

Il calcolo del punteggio totale, ottenuto sommando i punteggi ottenuti nelle varie aree e riportando i risultati in quartili, conferma anche per il 2021 il rilevante gap Nord-Sud (tabella 4.10, figura 4.9). Solo Abruzzo, Puglia e Basilicata si collocano tra le 14 Regioni adempienti, peraltro con i punteggi più bassi tra quelle “promosse”. Viceversa, fatta eccezione per la Valle D’Aosta, nell’ultimo quartile si trovano solo Regioni meridionali.

Regione	Punteggio totale 2021
Emilia-Romagna	281,2
Toscana	274,5
Prov. Aut. Trento	268,4
Lombardia	265,3
Veneto	264,9
Marche	257,9
Piemonte	251,9
Umbria	247,9
Friuli Venezia Giulia	243,0
Lazio	235,5
Liguria	232,6
Abruzzo	215,5
Puglia	209,3
Basilicata	207,5
Prov. Aut. Bolzano*	200,8
Campania*	198,6
Molise*	196,9
Sicilia*	183,0
Sardegna*	169,7
Calabria*	160,0
Valle d'Aosta*	147,2

Quartili	≤198,6	>198,6 e ≤232,6	>232,6 e ≤257,9	>257,9
----------	--------	-----------------	-----------------	--------

*Regioni inadempienti

Tabella 4.10. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali (dati MdS, anno 2021)

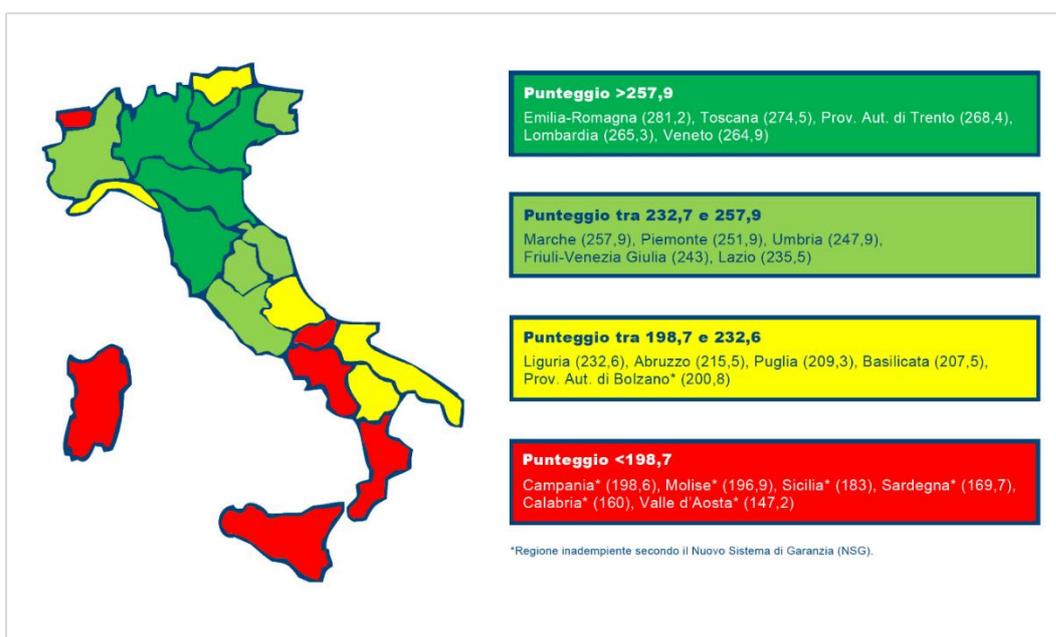


Figura 4.9. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali anno 2021

Gap 2020-2021. Al fine di valutare la graduale ripresa dell'erogazione dei LEA dopo lo scoppio della pandemia, sono state analizzate le differenze tra gli adempimenti 2020 e quelli 2021, misurando i punteggi totali delle Regioni e le performance nazionali sui tre macro-livelli assistenziali. Fatta eccezione per Sardegna e Valle d'Aosta che nel 2021 hanno peggiorato le proprie performance, dopo lo "stress test" del 2020 in tutte le altre Regioni i punteggi LEA sono aumentati, seppur in maniera variabile. In Basilicata, Liguria, Lombardia e Calabria di oltre 30 punti; nella Provincia autonoma di Bolzano, Molise, Abruzzo, Campania tra 20 e 30 punti; in Umbria, Toscana, Friuli Venezia Giulia e Marche tra 10 e 19 punti; in Piemonte, Lazio, Provincia Autonoma di Trento, Sicilia, Emilia-Romagna, Veneto e Puglia di meno di 10 punti (tabella 4.11).

Regione	Gap 2021 vs 2020
Basilicata	35,7
Liguria	33,1
Lombardia	32,6
Calabria	30,6
Prov. Aut. Bolzano	24,6
Molise	23,7
Abruzzo	21,0
Campania	20,8
Umbria	18,1
Toscana	13,4
Friuli Venezia Giulia	12,9
Marche	12,2
Piemonte	9,5
Lazio	9,1
Prov. Aut. Trento	8,8
Sicilia	8,3
Emilia-Romagna	7,4
Veneto	6,1
Puglia	2,6
Sardegna	-9,3
Valle d'Aosta	-43,1

Tabella 4.11. Punteggio totale adempimenti LEA: gap 2021 vs 2020
(elaborazione GIMBE su dati MdS)

Questi dati documentano da un lato la netta ripresa di alcune Regioni, colpite nel 2020 in maniera molto violenta dalla prima ondata (Lombardia, Liguria); dall'altro, il parziale recupero di numerose Regioni inadempienti nel 2020, quasi tutte al Centro-Sud (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Provincia Autonoma di Bolzano), di cui tuttavia solo l'Abruzzo e la Basilicata risultano adempienti nel 2021.

Relativamente all'impatto della pandemia sui tre macro-livelli assistenziali, considerando tutto il territorio nazionale, nel 2021 si registra una ripresa nell'area della prevenzione (+159

punti) e nell'area ospedaliera (+135 punti); al contrario l'area distrettuale nel 2021 fa rilevare un lieve peggioramento (-16 punti), di difficile interpretazione (tabella 4.12). Tuttavia, il miglioramento nell'area della prevenzione non è sufficiente a colmare il crollo (-263 punti) registrato tra il 2019 e il 2020 sia per gli esigui investimenti, sia perché il personale in forza ai dipartimenti di prevenzione è stato impiegato in prima linea nella campagna vaccinale anti-COVID-19.

Area	2021	2020	Gap 2021 vs 2020
Prevenzione	1.590	1.431	+159
Distrettuale	1.544	1.560	-16
Ospedaliera	1.577	1.443	+135
Totale	4.711	4.433	+278

Tabella 4.12. Punteggio totale nazionale adempimenti LEA: gap 2021 vs 2020
(elaborazione GIMBE su dati Mds)

4.4.2.3. Piani di rientro e commissariamenti

Piani di rientro. I programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Regionale (di seguito denominati Piani di rientro) nascono con la Legge finanziaria del 2005 e sono allegati ad accordi stipulati dal Ministro della Salute e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze con le singole Regioni. A partire dal 2007 le Regioni con un disavanzo nel conto economico vengono sottoposte ai Piani di rientro, finalizzati sia a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario, sia a garantire l'erogazione dei LEA. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, i Piani di rientro proseguono secondo Programmi Operativi di durata triennale. A partire dal 28 febbraio 2007 iniziano ad essere siglati i Piani di rientro che hanno progressivamente coinvolto dieci Regioni: Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia, Sardegna, Calabria, Piemonte e Puglia. Liguria e Sardegna hanno concluso il loro Piano di rientro al termine del triennio 2007-2009; la Regione Piemonte al termine del triennio 2013-2015. Le altre sette Regioni (Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Sicilia, Calabria, Puglia) sono tuttora sottoposte alla disciplina dei Piani di rientro.

Commissariamento. La procedura di commissariamento di una Regione viene avviata dal Consiglio dei Ministri quando, nel corso delle periodiche verifiche, i Tavoli di monitoraggio del Piano di rientro (Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze e Comitato LEA) rilevino inadempienze negli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, tali da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei LEA.

Il Commissario, eventualmente affiancato da uno o più sub-commissari, adotta tutte le misure indicate dal Piano nonché ogni ulteriore atto o provvedimento normativo, amministrativo, organizzativo e gestionale correlato alla sua completa attuazione. Inoltre, con la nomina del Commissario vengono attivate varie misure sanzionatorie, tra cui l'incremento, in via automatica, delle aliquote fiscali IRAP e IRPEF a carico dei cittadini.

Le procedure di commissariamento sono state finora attivate per cinque Regioni: Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria e Molise. Ad oggi, sono uscite dal commissariamento Abruzzo, Campania e Lazio, mentre rimangono ancora commissariate Calabria e Molise.

La figura 4.10 riporta le Regioni solo in Piano di rientro (giallo) e quelle commissariate (rosso): le date all'interno delle celle identificano l'inizio/fine del Piano di rientro/commissariamento.

Regione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Lazio	28/02	11/07												22/07			
Abruzzo	06/03	11/09								15/09							
Liguria	06/03			10/04													
Campania	13/03		28/07											24/01			
Molise	27/03		24/7														
Sicilia	31/07																
Sardegna	31/07			31/12													
Calabria			17/12	30/07													
Piemonte				29/07							21/03						
Puglia				29/11													

In giallo sono riportate le Regioni in Piano di rientro, in rosso le Regioni in Piano di rientro e commissariamento.
Le date all'interno delle celle identificano l'inizio/fine del Piano di rientro/commissariamento.

Tabella 4.13. Regioni in Piano di rientro e commissariate

Le criticità rilevate dalla Fondazione GIMBE nel processo di monitoraggio dei LEA possono essere così sintetizzate:

- La quota premiale a cui accedono le Regioni adempienti ai LEA è compresa tra l'1% e il 3% del FSN, una percentuale esigua rispetto all'impatto sanitario, sociale ed economico di una insufficiente erogazione dei LEA.
- Il set completo degli 88 indicatori del NSG è potenzialmente in grado di offrire una valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza collegata all'erogazione dei LEA da parte delle Regioni. Tuttavia, gli indicatori CORE utilizzati per valutare l'adempimento dei LEA sono solo 22, un numero addirittura inferiore a quelli contenuti nella griglia LEA (n. 33), costituendo di fatto uno strumento inadeguato a "catturare" in maniera analitica gli inadempimenti LEA e a valutare in maniera multidimensionale la qualità dell'assistenza.
- I criteri di selezione degli indicatori CORE non sono mai stati resi noti, ma si rileva una notevole sovrapposizione con quelli della griglia LEA.
- La sperimentazione pluriennale (dal 2016 al 2019) con il nuovo strumento che dal 2020 viene utilizzato per monitorare l'adempimento al mantenimento dei LEA ha permesso alle Regioni di concentrarsi solo sugli indicatori CORE, migliorando progressivamente le proprie performance. Ad esempio, nella sperimentazione del 2016 le Regioni con punteggi <60 erano 7 nell'area della prevenzione, 10 in quella distrettuale e 6 in quella ospedaliera: nel 2019 si sono ridotte rispettivamente a 3, 4 e 2.
- L'assenza di una rotazione programmata tra gli indicatori CORE (ad eccezione di un solo indicatore per l'assistenza distrettuale) rischia di determinare in tempi brevi una "cristallizzazione" dello strumento di valutazione, come già accaduto per la griglia LEA.
- L'attuale modalità di aggiornamento degli indicatori, disposta dal DM 12 marzo 2019, è molto rigida e non consente al NSG la flessibilità necessaria per adattarsi rapidamente alle priorità di salute (es. conseguenze della pandemia), alle innovazioni tecnologiche e all'evoluzione delle politiche sanitarie (es. attuazione del PNRR).
- La soglia di adempimento (≥ 60) è molto bassa, legittimando sia un livello inaccettabile di mancata erogazione di prestazioni sanitarie al mero fine di "promuovere" le Regioni, sia un "appiattimento" delle performance regionali a dispetto di marcate eterogeneità nell'erogazione dei LEA.

- L'efficacia di Piani di rientro e commissariamenti è limitata al risanamento dell'equilibrio economico-finanziario delle Regioni; ma questi strumenti, di fatto, non hanno raggiunto l'obiettivo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi sanitari regionali, anche al fine di migliorare l'erogazione dei LEA.

In definitiva, pur riconoscendo gli aspetti positivi nell'evoluzione dello strumento per valutare l'adempimento delle Regioni al "mantenimento dell'erogazione dei LEA", i numerosi limiti segnalati rendono il NSG limitato agli indicatori CORE più uno strumento di *political agreement* tra Governo e Regioni che un fedele specchio in grado di valutare in maniera tempestiva, sistematica e multidimensionale la qualità dell'assistenza erogata e garantire ai cittadini il diritto alla tutela della salute.

4.4.2.4. Mobilità sanitaria

I cittadini italiani hanno il diritto di essere assistiti in strutture sanitarie di Regioni differenti da quella di residenza, un diritto che si traduce nel cosiddetto fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. Tecnicamente viene distinta in mobilità attiva (una voce di credito della Regione che identifica l'indice di attrazione) e mobilità passiva (una voce di debito che rappresenta l'indice di fuga da una Regione). Annualmente vengono effettuate compensazioni finanziarie tra Regioni su 7 flussi finanziari: ricoveri ospedalieri e day hospital (differenziati per pubblico e privato accreditato), medicina generale, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza ed elisoccorso. Circa il 75% delle compensazioni è relativo a prestazioni di ricovero ospedaliero e day hospital.

Dall'analisi della mobilità attiva e passiva emerge la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord, cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud (figura 4.10). In particolare, un recente report della Corte dei Conti¹¹³ ha documentato che nel decennio 2010-2019 (corrispondente al riparto del FSN per gli anni dal 2012 al 2021) 13 Regioni, quasi tutte del Centro Sud, hanno accumulato un saldo negativo pari a € 14 miliardi, mentre tre dei primi quattro posti per saldo positivo sono occupati dalle Regioni del Nord che hanno richiesto le maggiori autonomie (§ 5.2): Lombardia (€ 6,18 miliardi), Emilia-Romagna (€ 3,35 miliardi), Toscana (€ 1,34 miliardi), Veneto (€ 1,14 miliardi). Al contrario, le cinque Regioni con saldi negativi superiori a € 1 miliardo sono tutte al Centro-Sud: Campania (-€ 2,94 miliardi), Calabria (-€ 2,71 miliardi), Lazio (-€ 2,19 miliardi), Sicilia (-€ 2 miliardi) e Puglia (-€ 1,84 miliardi). La Corte dei Conti ribadisce che «*Non è un caso che le Regioni con maggiore capacità attrattive siano posizionate nei primi posti nel punteggio complessivo assegnati per la valutazione*».

¹¹³ Corte dei Conti. Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2020-2021. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=f3537856-4e2f-47c4-9ba4-443f812313f5. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

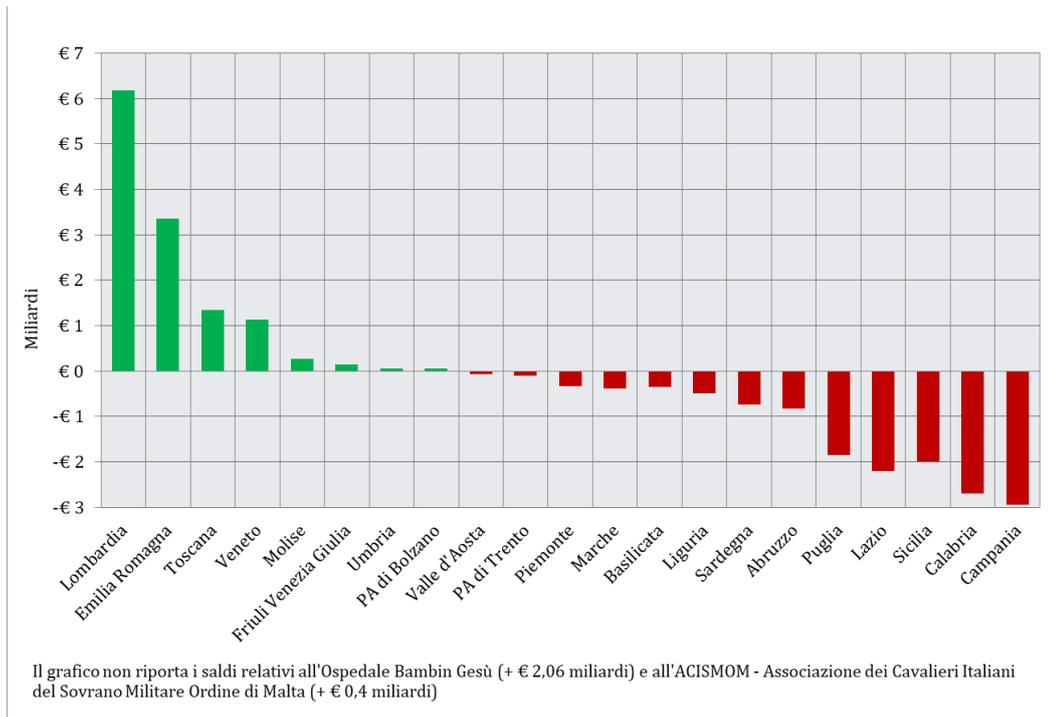


Figura 4.10. Saldi mobilità interregionale 2010-2019 (riparto FSN 2012-2021)

Nel 2020 il report GIMBE¹¹⁴ ha riportato che il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 3.330,47 milioni, una cifra inferiore a quella degli anni precedenti (figura 4.11) sia per l'emergenza pandemica che ha ridotto gli spostamenti delle persone e l'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, sia per l'esclusione nel 2020 del valore della mobilità della Regione Calabria, che ammonta a circa € 250 milioni.

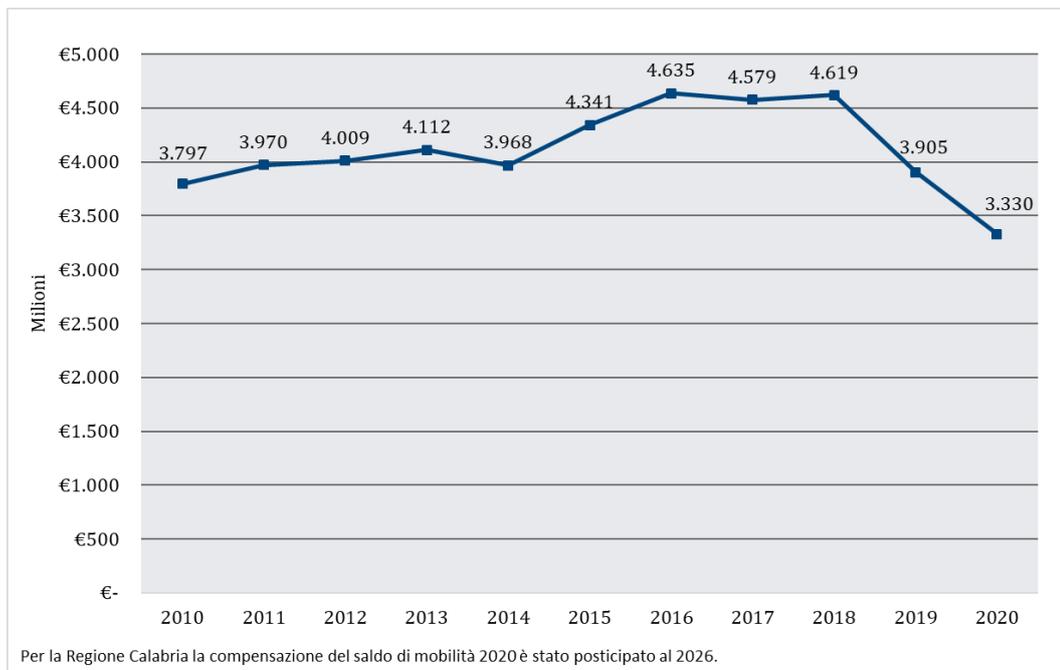


Figura 4.11. Valore della mobilità sanitaria: trend 2010-2020

¹¹⁴ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020. Fondazione GIMBE: Bologna, 16 marzo 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2020. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Anche nel 2020 i dati documentano che le Regioni con saldo positivo superiore a € 100 milioni sono tutte del Nord, mentre quelle con saldo negativo maggiore di € 100 milioni tutte del Centro-Sud. Più in generale si conferma che i flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, in particolare verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi con il Governo per la richiesta di maggiori autonomie. Infatti, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto “cubano” complessivamente quasi la metà della mobilità attiva e il 94,1% del saldo di mobilità attiva, valori peraltro sottostimati dal mancato computo dei dati relativi alla Regione Calabria (figura 4.12).

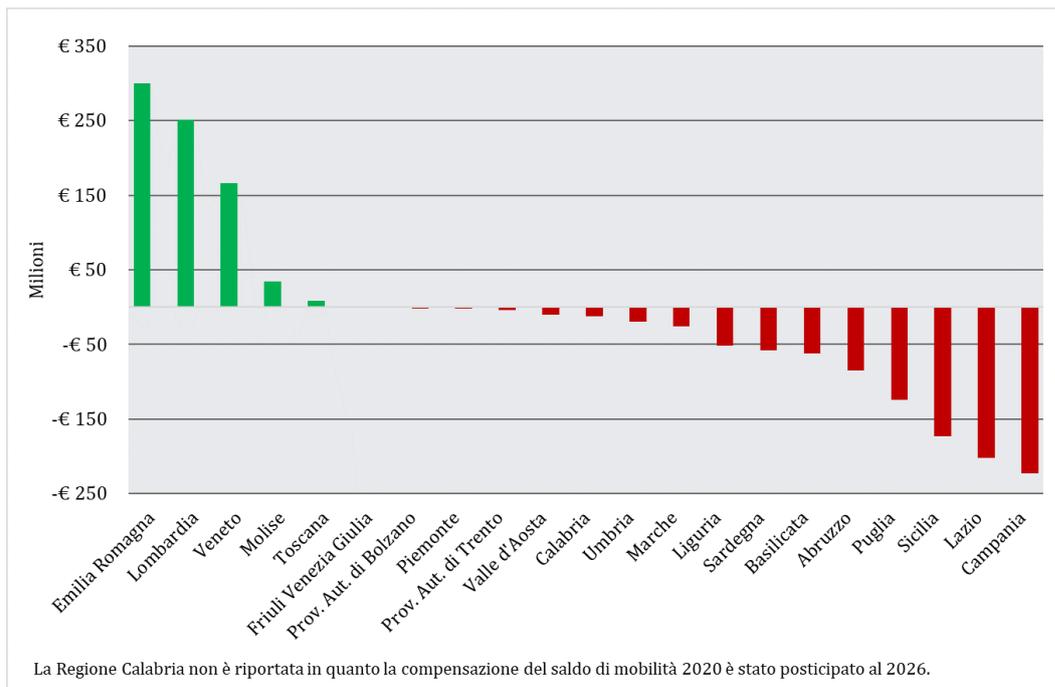


Figura 4.12. Saldo della mobilità sanitaria: anno 2020 (dati in milioni di €)

CAPITOLO 5

L'autonomia differenziata

L'art. 116, terzo comma, della Costituzione prevede la possibilità di attribuire alle Regioni a statuto ordinario "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" (cd. "regionalismo differenziato" o "regionalismo asimmetrico") sulla base di un'intesa tra lo Stato e le Regioni che ne facciano richiesta. Firmata l'intesa, al Governo spetta formulare il relativo DdL di ratifica che dovrà essere quindi approvato dalle Camere con maggioranza assoluta.

Gli ambiti su cui sono attivabili le ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia riguardano alcune materie riconducibili alla competenza legislativa esclusiva dello Stato (organizzazione della giustizia di pace, norme generali sull'istruzione, tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali) e tutte le materie che l'articolo 117 della Costituzione attribuisce alla competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni: rapporti internazionali e con l'Unione Europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione dell'istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale.

Nel presente capitolo vengono analizzate esclusivamente le maggiori autonomie richieste dalle Regioni in materia di tutela della salute. Tuttavia, secondo il principio *Health in all policies*¹¹⁵ e il più recente approccio *One Health*¹¹⁶, esistono numerosi ambiti su cui le Regioni possono richiedere forme di autonomia che possono avere un impatto, più o meno rilevante, sulla salute pubblica. In dettaglio, sia tra le materie di esclusiva competenza statale (tutela dell'ambiente e dell'ecosistema), che di competenza concorrente tra Stato e Regioni (tutela e sicurezza del lavoro, ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi, alimentazione, ordinamento sportivo, governo del territorio, grandi reti di trasporto e di navigazione, previdenza complementare e integrativa).

¹¹⁵ World Health Organization. What you need to know about Health in All Policies: key messages. Giugno 2015. Disponibile a: www.who.int/publications/m/item/what-you-need-to-know-about-health-in-all-policies--key-messages. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹¹⁶ World Health Organization. One Health. Disponibile a: www.who.int/europe/initiatives/one-health. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

5.1. Tappe dell'autonomia differenziata

Il processo di attuazione dell'autonomia differenziata in Italia è iniziato nell'ottobre 2017, attraversando ad oggi tre legislature e cinque Governi¹¹⁷:

- **Ottobre 2017.** Nel corso della XVII Legislatura Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto avviano un negoziato con il Governo Gentiloni per il riconoscimento dell'autonomia differenziata. L'Emilia-Romagna dopo l'approvazione di una risoluzione dell'Assemblea regionale per l'avvio del procedimento; Lombardia e Veneto a seguito di referendum consultivi sull'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia.
- **21 novembre 2017.** La Commissione parlamentare per le questioni regionali avvia un'indagine conoscitiva¹¹⁸ che si conclude con l'elaborazione di un documento¹¹⁹.
- **28 febbraio 2018.** Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto sottoscrivono 3 differenti accordi preliminari sul regionalismo differenziato con il Governo Gentiloni¹²⁰. Le tre Regioni indicano le stesse materie di prioritario interesse oggetto del negoziato (tutela dell'ambiente e dell'ecosistema; tutela della salute; istruzione; tutela del lavoro; rapporti internazionali e con l'Unione Europea), riservandosi la possibilità di estendere successivamente il negoziato ad altre materie.
- **17 maggio 2018.** Il Contratto per il Governo del Cambiamento, sottoscritto da Lega e Movimento 5 Stelle, ribadisce come «*questione prioritaria [...] l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116 della Costituzione, portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte*».
- **Febbraio 2019.** All'inizio della XVIII Legislatura (Governo Conte I) le Regioni firmatarie richiedono un ampliamento del novero di materie su cui attivare il regionalismo asimmetrico, mentre altre Regioni (Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Marche) formalizzano la richiesta di avvio di negoziati.
- **21 marzo 2019.** La Commissione parlamentare per le questioni regionali avvia lo svolgimento di un'indagine conoscitiva sul processo di attuazione del regionalismo differenziato¹²¹.
- **25 giugno 2021.** Con il DM 25 giugno 2021, il Ministro per gli affari regionali e le autonomie istituisce una Commissione con compiti di studio, supporto e consulenza in materia di autonomia differenziata, presieduta dal compianto Prof. Beniamino Caravita.
- **28 aprile 2022.** Il Ministero per gli affari regionali e le autonomie predispone una bozza di DdL sull'attuazione dell'autonomia differenziata, mai presentata in Parlamento.

¹¹⁷ Camera dei Deputati. Servizio Studi XVIII Legislatura. L'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario. 28 settembre 2022. Disponibile a: www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104705.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹¹⁸ Commissione parlamentare per le questioni regionali. Indagine conoscitiva sull'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna. Deliberazione: martedì 21 novembre 2017. Disponibile a: www.camera.it/leg17/1135?breve=c23_Regioni&scheda=true. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹¹⁹ Documento approvato dalla Commissione parlamentare per le questioni regionali nella seduta del 6 febbraio 2018, a conclusione dell'Indagine conoscitiva deliberata nella seduta del 21 novembre 2017. Deliberazione: 6 febbraio 2018. Disponibile a: www.camera.it/leg17/1135?id_commissione=23&shadow_organico_parlamentare=2290&sezione=commissioni&tipoDoc=elencoResoconti&idLegislatura=17&tipoElenco=indaginiConoscitiveCronologico&calendario=false&breve=c23_Regioni&scheda=true. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹²⁰ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie. Autonomia differenziata: Accordi preliminari con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Disponibile a: www.affari regionali.it/comunicazione/notizie/2018/giugno/autonomia-differenziata-accordi-preliminari-con-le-regioni-emilia-romagna-lombardia-e-veneto. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹²¹ Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale. Parlamento Italiano, Roma. Elenco delle audizioni. Disponibile a: https://parlamento18.camera.it/193?shadow_organico_parlamentare=3035&id_commissione=62. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

- **12 luglio 2022.** La Commissione parlamentare per le questioni regionali approva un documento definitivo sul processo di attuazione del «regionalismo differenziato», a cui si rimanda per un’analisi cronologica dettagliata delle varie tappe¹²².
- **Settembre 2022.** Il programma della coalizione di centro-destra, uscita vincente dalle ultime consultazioni elettorali, prevede di «attuare il percorso già avviato per il riconoscimento delle Autonomie ai sensi dell’art. 116, comma 3 della Costituzione, garantendo tutti i meccanismi di perequazione previsti dall’art. 119 della Costituzione», oltre che la «Piena attuazione della legge sul federalismo fiscale [...]».
- **17 novembre 2022.** Il Ministro per gli affari regionali e le autonomie presenta alle Regioni una bozza di DdL: «Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata di cui all’articolo 116, terzo comma, della Costituzione»¹²³.
- **29 dicembre 2022.** Il Ministro per gli affari regionali e le autonomie trasmette alla Presidenza del Consiglio il DdL sull’autonomia¹²⁴.
- **11 gennaio 2023.** Il Ministro per gli affari regionali e le autonomie accoglie tutte le richieste di modifica della bozza di DdL inviata il 17 novembre 2022 avanzate dalle Regioni¹²⁵.
- **2 febbraio 2023.** Il Consiglio dei Ministri approva il DdL «Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario»^{126,127}.
- **2 marzo 2023.** La Conferenza delle Regioni approva a maggioranza il DdL sull’Autonomia differenziata, con il voto contrario delle Regioni Campania, Emilia-Romagna, Puglia e Toscana¹²⁸.
- **16 marzo 2023.** Il Consiglio dei Ministri approva in esame definitivo il DdL sull’Autonomia differenziata¹²⁹.
- **24 marzo 2023.** Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella firma le Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario¹³⁰.
- **23 marzo 2023.** Si istituisce il Comitato per l’individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (CLEP), da garantire su tutto il territorio nazionale e presieduto dal prof. Sabino Cassese¹³¹ e si presenta in Senato il testo definitivo del DdL¹³².

¹²² Commissione parlamentare per le questioni regionali. Parlamento Italiano, Roma. Indagine conoscitiva. Disponibile a: <http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2022/07/12/leg.18.bol0830.data20220712.com23.pdf>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹²³Bozza di Disegno di Legge «Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata di cui all’articolo 116, terzo comma, della Costituzione». Disponibile a: https://www.gimbe.org/files/20221117-Bozza_lavoro_DdL.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹²⁴Regione Veneto. Autonomia. Zaia. Dal Governo promesse mantenute, avanti con rapidità nella riforma. Disponibile a: www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=13707812. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹²⁵Regioni.it. Autonomia: Calderoli, accolte richieste Conferenza Regioni. Disponibile a: www.regioni.it/newsletter/n-4433/del-11-01-2023/autonomia-calderoli-accolte-richieste-conferenza-regioni-25118/. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹²⁶Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comunicato stampa. Disponibile a: www.governo.it/sites/governo.it/files/Cdm_19-2023.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹²⁷Ministero per gli Affari Regionali. Testo del DdL «Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario». Disponibile a: www.affariregionali.it/media/508869/del-autonomia-differenziata-schema-2-febbraio-2023.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹²⁸Conferenza Stato-Regioni. Verbale della Seduta del 02/03/2023. Disponibile a: www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2023/seduta-del-02032023/verbale-della-seduta-del-02032023/. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹²⁹Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comunicato stampa. Disponibile a: www.governo.it/it/articolo/comunicato-stampa-del-consiglio-dei-ministri-n-25/22114. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹³⁰Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Autonomia differenziata: Mattarella firma Disposizioni per l’attuazione. Disponibile a: www.regioni.it/newsletter/n-4483/del-23-03-2023/autonomia-differenziata-mattarella-firma-disposizioni-per-attuazione-25430/. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹³¹ Dipartimento per gli Affari regionali e le autonomie. Comunicato stampa. Disponibile a: www.affariregionali.it/il-ministro/comunicati/2023/marzo/ministro-roberto-calderoli-annuncia-61-esperti-comitato-lep-al-lavoro-con-cabina-regia-per-individuare-e-garantire-diritti-di-tutti/. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹³² Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615- XIX Legislatura. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56845.htm. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

- **26 aprile 2023.** Il DdL sull'Autonomia è assegnato alla 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato in sede referente (atto S615)¹⁵.
- **3 maggio 2023.** La 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato inizia l'esame DdL (A.S. 615), al quale sono stati abbinati altri due progetti di legge di iniziativa parlamentare e una petizione popolare¹³³.
- **17 maggio 2023.** Il Servizio del Bilancio del Senato pubblica un dossier, definito come "bozza provvisoria non verificata", in cui segnala alcune criticità: una forte crescita del bilancio regionale ed un ridimensionamento di quello statale, con il rischio di non riuscire a conservare i livelli essenziali delle prestazioni presso le Regioni non differenziate. Le Regioni più povere, oppure quelle con bassi livelli di tributi erariali maturati nel proprio territorio, potrebbero avere maggiori difficoltà a finanziare, e dunque ad acquisire, le funzioni aggiuntive¹³⁴.
- **23 maggio 2023.** Prendono il via le Audizioni del DdL sull'Autonomia presso la 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato¹³⁵.
- **24 maggio 2023.** La Commissione UE, all'interno della relazione che accompagna le raccomandazioni specifiche per l'Italia, segnala che «*le proposte per aumentare l'autonomia regionale rischiano di aumentare la complessità del sistema fiscale*» e che «*senza risorse aggiuntive, potrebbe essere difficile fornire gli stessi livelli essenziali di servizi nelle Regioni con una spesa storica bassa. [...] Nel complesso, la riforma rischia di mettere a repentaglio la capacità di governo di guidare la spesa pubblica. Questo potrebbe avere un impatto negativo sulla qualità della finanza pubblica italiana e sulle disuguaglianze regionali*»¹³⁶.
- **6 giugno 2023.** La 1^a Commissione permanente Affari Costituzionali del Senato adotta il DdL del Governo come testo base per il proseguimento dell'esame¹³⁷.
- **26 giugno 2023.** Gli ex Presidenti della Corte Costituzionale Giuliano Amato e Franco Gallo, l'ex Presidente del Consiglio di Stato Alessandro Pajno e l'ex Ministro della Funzione pubblica Franco Bassanini comunicano al Ministro Roberto Calderoli e al Presidente Sabino Cassese le proprie dimissioni dal CLEP¹³⁸.
- **6 luglio 2023.** Si conclude la discussione generale sul DdL S615 in 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato¹³⁹.
- **3 agosto 2023.** Vengono presentati in 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato alcuni emendamenti dei relatori finalizzati a recepire le condizioni formulate dalla 5^a Commissione Bilancio del Senato e iniziano le votazioni sugli ordini del giorno¹⁴⁰.

¹³³Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615- XIX Legislatura. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56845.htm. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹³⁴Servizio del Bilancio del Senato della Repubblica. Nota di lettura A.S. 615: "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione". Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01376329.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹³⁵Senato della Repubblica. Legislatura 19^a - 1^a Commissione Affari Costituzionali - Documenti acquisiti in Commissione. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/documenti/56845_documenti.htm. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹³⁶European Commission. Commission staff working document. 2023 Country Report – Italy. Accompanying the document Recommendation for a Council Recommendation on the 2023 National Reform Programme of Italy and delivering a Council opinion on the 2023 Stability Programme of Italy. Disponibile a: https://economy-finance.ec.europa.eu/system/files/2023-05/IT_SWD_2023_612_en.pdf#page=17. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹³⁷Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615- XIX Legislatura. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56845.htm. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹³⁸Sito personale di Franco Bassanini. Lettera. Disponibile a: www.bassanini.it/wp-content/uploads/2023/07/Lettera-a-Calderoli-e-Cassese.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹³⁹Senato della Repubblica. Legislatura 19^a - 1^a Commissione Affari Costituzionali. Resoconto sommario n. 83 del 05/07/2023. Disponibile a: www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=19&id=1381762&part=doc_dc. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁴⁰Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615- XIX Legislatura. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56845.htm. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Il documento approvato dalla Commissione parlamentare per le questioni regionali nel corso della XVIII Legislatura ha offerto numerosi elementi di approfondimento, auspicando la conclusione del processo di attuazione del regionalismo differenziato tenendo conto di alcuni elementi fondamentali:

- Procedere all'approvazione di una legge-quadro per disciplinare il procedimento di attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.
- Proseguire il negoziato in corso con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto.
- Prevedere nell'ambito della legge-quadro e fermo restando il rispetto dell'autonomia regolamentare delle Camere, modalità adeguate di coinvolgimento del Parlamento nel processo di stipula delle intese.
- Compiere uno sforzo per giungere alla completa definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) nelle materie concernenti l'esercizio dei diritti civili e sociali, il cui perdurante ritardo è stato valutato negativamente dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 220/2021). Considerato che tale obiettivo è previsto anche dal PNRR, la Commissione auspica che il processo di definizione si concluda prima della scadenza prevista (marzo 2026).
- Giungere alla definizione dei LEP in tempi certi, ad esempio entro 12 mesi dall'entrata in vigore della legge-quadro. Rimane da approfondire quali possano essere le soluzioni alternative transitorie per consentire l'avvio del regionalismo differenziato in caso di ritardi nella definizione dei LEP.

Il dibattito istituzionale è proseguito all'inizio della XIX legislatura con la presentazione di una bozza di DdL da parte del Ministro per gli Affari regionali e le autonomie alle Regioni che il Consiglio dei Ministri approva in esame definitivo il 16 marzo 2023. L'iter normativo ha preso inizio in Senato e la discussione generale si è conclusa il 6 luglio 2023.

La Fondazione GIMBE¹⁴¹ ha già effettuato un'analisi del DdL presentato il 3 maggio 2023 in 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato rilevando le seguenti criticità:

- Il testo non entra nel merito delle motivazioni che portano le Regioni a richiedere maggiore autonomia sulle 23 materie.
- Le intese saranno definite di concerto tra il Presidente del Consiglio o il Ministro degli Affari regionali e le Regioni. Sulle intese il Parlamento è chiamato esclusivamente ad esprimere un parere non vincolante entro 60 giorni, di cui il Governo potrà tenere conto a sua discrezione, quindi approvando o rigettando ogni singola intesa senza possibilità di apporre emendamenti. Dopo l'approvazione delle intese, tutte le disposizioni concrete relative al trasferimento di risorse umane e finanziarie alle Regioni saranno determinate da commissioni paritetiche Stato-Regioni disciplinate dalle Intese fra Stato e Regioni sulle quali il Parlamento non avrà alcun potere di intervento. Infine, il contenuto delle intese, una volta firmate, potrà essere modificato solo con il consenso della Regione interessata. In altre parole, il ruolo del Parlamento rimane marginale su questioni decise nell'ambito delle trattative tra Governo e Regioni.
- I LEP saranno definiti attraverso DPCM sulla base delle ipotesi formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard istituita con la Legge di Bilancio 2023 (commi 791-801) e non dal Parlamento. I DPCM, in quanto atti amministrativi e non leggi ordinarie, potranno essere impugnati solo davanti al TAR, ma non davanti alla Corte costituzionale.

¹⁴¹ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2023. Il regionalismo differenziato in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/regionalismo-differenziato-report. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

- I LEP, che dovrebbero essere garantiti a tutti i cittadini italiani, restano al momento orfani di risorse, fondamentali per allineare la qualità dei servizi delle Regioni del Centro-Sud a quelle del Nord. L'esame degli atti di iniziativa delle Regioni già presentati al Governo, di cui sia stato avviato il confronto congiunto tra il Governo e la Regione interessata prima della data di entrata in vigore della legge sull'autonomia differenziata, prosegue secondo quanto previsto dalle disposizioni dello stesso testo di legge.
- Il trasferimento delle funzioni alle Regioni potrà essere effettuato dopo la definizione dei LEP. Qualora dalla determinazione dei LEP derivino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, si può procedere al trasferimento delle funzioni solo successivamente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi di stanziamento delle risorse finanziarie coerenti con gli obiettivi programmati di finanza pubblica e con gli equilibri di bilancio.
- Il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) verificherà le relazioni tecniche predisposte dalle amministrazioni competenti per stimare i costi delle intese, visto che legge-quadro e singole intese non dovranno comportare oneri a carico della finanza pubblica. Inoltre, il MEF dovrà essere rappresentato nelle Commissioni paritetiche Stato-Regioni.

5.2. Maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto

Le richieste già avanzate da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto nel 2018 per l'ambito "tutela della salute"¹⁴² sono riportate nei box successivi. Per la tabella sinottica si rimanda all'Appendice 1 del Report GIMBE "Il regionalismo differenziato in sanità"¹⁴³.

Vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale

- **Descrizione:** Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** rispetto dei vincoli di bilancio.
- **Note:** Emilia-Romagna e Veneto identificano nell'autonomia in questione una misura essenziale per un'efficiente organizzazione delle strutture sanitarie, tesa anche a perseguire una valorizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Accesso alle scuole di specializzazione

- **Descrizione:** Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione, incluse la programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi e l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale.
- **Differenze tra Regioni:**
 - **Emilia-Romagna, Veneto:** nessuna.
 - **Lombardia:** estensione dell'autonomia alla determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i medici di medicina generale.
- **Vincolo:** rispetto dei vincoli di bilancio.

¹⁴² Senato della Repubblica. XVIII legislatura. Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Dossier n. 16, maggio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01067303.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁴³ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2023. Il regionalismo differenziato in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/regionalismo-differenziato-report. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Contratti di specializzazione-lavoro per i medici

- **Descrizione:** Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di “specializzazione lavoro” come strumento alternativo all’accesso alle scuole di specializzazione.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** nessuno.

Stipulare accordi con le Università

- **Descrizione:** Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio.
- **Differenze tra Regioni:**
 - **Emilia-Romagna, Veneto:** autonomia finalizzata all’integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale e a rendere possibile l’accesso dei medici titolari del contratto di “specializzazione lavoro” alle scuole di specializzazione, nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole di specializzazione.
 - **Lombardia:** autonomia finalizzata all’avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di “specializzazione lavoro”, fermo il rispetto delle esigenze delle strutture sanitarie e della loro organizzazione logistica.
- **Vincoli:** nessuno.

Sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione

- **Descrizione:** Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** rispetto dei LEA, rispetto dei vincoli di bilancio e dell’equilibrio economico-finanziario, applicabilità dei nuovi sistemi limitata agli assistiti residenti nella Regione.

Sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN

- **Descrizione:** maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN.
- **Differenze tra Regioni:**
 - **Emilia-Romagna:** autonomia finalizzata ad assicurare un’organizzazione efficiente della rete ospedaliera e dei servizi territoriali e di supporto, nonché delle relative forme di integrazione, anche con riguardo alle modalità di erogazione.
 - **Lombardia, Veneto:** autonomia finalizzata a rendere maggiormente coerenti con le esigenze specifiche delle singole Regioni l’organizzazione della rete ospedaliera, dei servizi territoriali e le relative forme di integrazione e di modalità di erogazione.
- **Vincoli:** rispetto dei LEA, rispetto delle disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria.
- **Note:** in Lombardia, dove l’autonomia in questione si riferisce in particolare agli organi e alla direzione strategica, si prevede la valutazione degli esiti del monitoraggio secondo la legge regionale n. 23 del 2015.

Richiesta all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) di valutazioni sull'equivalenza terapeutica

- **Descrizione:** Possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci. Entro 180 giorni dal ricevimento delle valutazioni regionali l'AIFA adotta un parere motivato, obbligatorio e vincolante per l'intero territorio nazionale; in alternativa, se l'AIFA non si pronuncia, la Regione, sulla base delle proprie valutazioni, può assumere determinazioni in materia di equivalenza terapeutica.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** l'AIFA può intervenire con motivate e documentate valutazioni, ex art. 15, comma 11-ter, del decreto-legge n. 95 del 2012. Nell'adottare eventuali decisioni basate sull'equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi, le Regioni devono attenersi alle motivate e documentate valutazioni espresse dall'AIFA.

Interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN

- **Descrizione:** Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** nessuno.

Fondi sanitari integrativi

- **Descrizione:** Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** rispetto dei LEA, rispetto dei vincoli di bilancio.

Gestione del personale

- **Descrizione:** Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale. Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere per i dipendenti del SSN incentivi e misure di sostegno, anche avvalendosi di risorse aggiuntive regionali, da destinare prioritariamente al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate.
- **Differenze tra Regioni:** richiesta solo dal Veneto.
- **Vincoli:** rispetto dei LEA, rispetto dei vincoli di bilancio.

Distribuzione ed erogazione dei farmaci

- **Descrizione:** Con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale:
 - Competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti. Nell'esercizio della competenza e nel monitoraggio dell'uso corretto dei farmaci, la Regione si avvale delle farmacie di comunità.
 - Competenza a garantire che le Aziende sanitarie eroghino direttamente i medicinali per i pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale.
 - Competenza ad adottare direttive che impongono alla struttura pubblica di fornire direttamente i farmaci ai pazienti nel periodo immediatamente successivo al ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.
- **Differenze tra Regioni:** richiesta solo dall'Emilia-Romagna.
- **Vincoli:** restano ferme le funzioni istituzionali attribuite all'AIFA dalla normativa vigente.

Dall'analisi delle richieste di autonomia avanzate dalle tre Regioni emergono alcune considerazioni generali:

- Alcune istanze sono strumenti fondamentali per fronteggiare la grave carenza di personale sanitario e dovrebbero essere estese a tutte le Regioni: in particolare, l'abolizione dei tetti di spesa per il personale sanitario e l'istituzione di contratti di formazione-lavoro (strettamente legati agli accordi con le Università), che andrebbero a sostituire le attuali borse di studio al fine di anticipare l'ingresso nel mondo del lavoro di specialisti e medici di medicina generale.
- Altre forme di autonomia rischiano di sovvertire totalmente gli strumenti di governance nazionale aumentando le diseguaglianze regionali, proprio in un momento storico in cui la riorganizzazione dei servizi sanitari legata alle risorse del PNRR impone di ridurle: dal sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione al sistema di governance delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale all'autonomia nella determinazione del numero di borse di studio per la scuola di specializzazione e al corso di formazione specifica in medicina generale.
- Alcune istanze risultano francamente "eversive" rispetto all'impianto del SSN¹⁴⁴. Una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via a sistemi assicurativo-mutualistici regionali sganciati dalla, seppur frammentata, normativa nazionale. Inoltre, la richiesta del Veneto di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del SSN, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professionale, rischia di concretizzare una concorrenza tra Regioni con trasferimento di personale dal Sud al Nord, ponendo, peraltro, una pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sugli stessi sindacati¹⁴⁵.
- La richiesta all'AIFA di valutazioni sull'equivalenza terapeutica e le autonomie su distribuzione ed erogazione dei farmaci appaiono ragionevoli, vista anche la supremazia decisionale riconosciuta all'ente regolatore: tuttavia tali istanze risultano oggi condizionate anche dalla recente riforma dell'AIFA, ai sensi della legge di conversione del DL 169/22 i cui aspetti operativi al momento non sono affatto chiari.

¹⁴⁴ Geddes Da Filicaia M. L'autonomia differenziata in sanità. Disponibile a: www.saluteinternazionale.info/2022/07/1/autonomia-differenziata-in-sanita. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁴⁵ No all'autonomia differenziata che di fatto uccide il SSN. L'Anaa si appella al Governo. Quotidiano Sanità, 22 febbraio 2022. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=102600. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

- La richiesta di maggiori autonomie per programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN è di difficile interpretazione visto che fa riferimento ad “un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse”, senza ulteriori declinazioni.

Più in generale, l'opportunità per le Regioni di richiedere maggiori autonomie su qualsiasi ambito relativo alla programmazione ed erogazione dei servizi sanitari rende impossibile valutarne le eventuali conseguenze, non solo in termini di tutela della salute, ma anche di comparabilità delle performance regionali visto che questo comporterà un inevitabile disallineamento dei sistemi informativi e la conseguente impossibilità di effettuare benchmark.

5.3. Survey GIMBE sul regionalismo differenziato

Il 6 febbraio 2019, in pieno dibattito politico sul regionalismo differenziato, la Fondazione GIMBE ha lanciato la consultazione pubblica “Maggiori autonomie in termini di tutela della salute richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ai sensi dell’art. 116 della Costituzione Italiana” per far luce sui potenziali rischi del regionalismo differenziato sulla tutela della salute e alimentare la discussione pubblica su un tema le cui conseguenze rischiano di compromettere i diritti civili delle persone.

Agli stakeholder si chiedeva di stimare l'impatto di ciascuna autonomia in sanità sulle diseguaglianze regionali, assegnando uno score da 1 (minimo) a 4 (massimo), con possibilità di astenersi, oltre che di aggiungere commenti. Hanno completato la consultazione 3.920 persone, un campione rappresentativo della popolazione con un margine di errore inferiore all'1,6%. Sono stati inviati 5.610 commenti, pari a 1,43 per partecipante. Per ciascuna delle autonomie vengono riportati i risultati in termini di score medio (\pm deviazione standard), percentuale di “Non so” e numero di commenti (tabella 5.1). Dai dati della survey GIMBE, ad oggi l'unica condotta sul tema del regionalismo differenziato, e dall'analisi dei commenti sono emerse alcune ragionevoli certezze:

- L'esigua percentuale di “Non so” (range 2,0-8,2%) e l'elevato numero di commenti riflette un campione composto prevalentemente da stakeholder della sanità.
- L'impatto delle maggiori autonomie in sanità sulle diseguaglianze regionali viene percepito come rilevante (media da 3,0 a 3,4), con deviazioni standard omogenee tra le diverse autonomie (da 0,9 a 1,1).
- Tra le preoccupazioni più frequenti si segnalano: l'irreversibilità del processo, l'imprevedibilità delle conseguenze, l'ulteriore spaccatura Nord-Sud, l'aumento del divario tra Regioni ricche e povere, la differenziazione del diritto costituzionale alla tutela della salute.
- Le numerose proposte per “mitigare” i possibili effetti collaterali delle maggiori autonomie in sanità possono essere ricondotte a tre contromisure: il contestuale aumento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, la messa in atto di meccanismi di solidarietà tra Regioni, un consistente aumento della quota di deprivazione da destinare alle Regioni del Centro-Sud.

Questi risultati suggeriscono che, relativamente alla sanità, il regionalismo differenziato deve essere “maneggiato con cura” con l'irrinunciabile obiettivo di rispettare gli equilibri previsti dalla Costituzione e garantire il diritto alla tutela della salute sull'intero territorio nazionale.

Autonomie richieste	Media (\pm DS)	Non so	Commenti (n.)
Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale	3,4 (\pm 0,9)	4,3%	640
Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione [...]	3,3 (\pm 0,9)	3,3%	540
Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" [...]	3,2 (\pm 1,0)	7,9%	510
Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio: per l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale [<i>Emilia-Romagna e Veneto</i>], per rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione [<i>Emilia-Romagna e Veneto</i>], per l'avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" [<i>Lombardia</i>]	3,2 (\pm 1,0)	6,4%	470
Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione	3,4 (\pm 1,0)	2%	490
Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN	3,4 (\pm 1,0)	4,1%	440
Possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci [...]	3,2 (\pm 1,0)	6,1%	510
Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN [...]	3,1 (\pm 1,0)	4,8%	360
Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi	3,1 (\pm 0,9)	3,6%	440
Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale [<i>solo Veneto</i>]	3,4 (\pm 0,9)	7,4%	360
Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno [...] [<i>solo Veneto</i>]	3,0 (\pm 1,1)	8,2%	390
In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci: competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti [...] [<i>solo Emilia-Romagna</i>]	3,0 (\pm 1,1)	10,5%	460

Tabella 5.1. Risultati della consultazione pubblica "Maggiori autonomie in termini di tutela della salute richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ai sensi dell'art. 116 della Costituzione Italiana"

5.4. Considerazioni conclusive

Le analisi e le valutazioni della Fondazione GIMBE rilevano che l'imprevedibile impatto delle maggiori autonomie in sanità si inserirebbe in un contesto caratterizzato, oltre che dalla grave crisi di sostenibilità del SSN, da enormi diseguaglianze regionali in termini di adempimenti ai LEA (§ 4.4.1) e di conseguente mobilità sanitaria (§ 4.4.2.4). In sintesi, secondo le analisi sopra riportate:

- Dagli adempimenti LEA relativi al decennio 2010-2019 tramite la griglia LEA emerge che nelle prime 10 posizioni non c'è nessuna Regione del Sud e che le tre Regioni che hanno richiesto maggiori autonomie si collocano nei primi 5 posti della classifica. Inoltre, secondo il Nuovo Sistema di Garanzia che ha sostituito la griglia LEA, nel 2020 delle 11 Regioni adempienti l'unica del Sud è la Puglia, a cui nel 2021 si aggiungono l'Abruzzo e la Basilicata. E sia nel 2020 che nel 2021 le Regioni del Sud sono ultime tra quelle adempienti.
- L'analisi della mobilità sanitaria conferma la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord e la fuga dalle Regioni del Centro-Sud: infatti, nel decennio 2010-2019 13 Regioni, quasi tutte del Centro-Sud, hanno accumulato un saldo negativo pari a € 14 miliardi e tra i primi quattro posti per saldo positivo si trovano le tre Regioni che hanno richiesto le maggiori autonomie. Nel 2020 su € 3,33 miliardi di valore della mobilità sanitaria, il 94,1% della mobilità attiva si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, mentre l'83,4% del saldo passivo grava su Campania, Lazio, Sicilia, Puglia, Abruzzo e Basilicata, peraltro con la Calabria non contabilizzata.

Questi dati confermano che nonostante la definizione dei LEA nel 2001, il loro monitoraggio annuale e l'utilizzo da parte dello Stato di strumenti quali Piani di rientro e commissariamenti, persistono inaccettabili diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali. In particolare, non siamo più di fronte ad un semplice gap Nord-Sud, ma ad una vera e propria "frattura strutturale" che compromette l'equità di accesso ai servizi sanitari e gli esiti di salute, alimentando un imponente flusso di mobilità sanitaria dalle Regioni meridionali a quelle settentrionali. Di conseguenza, l'attuazione di maggiori autonomie in sanità, richieste proprio dalle Regioni con le migliori performance sanitarie e maggior capacità di attrazione, non potrà che amplificare le diseguaglianze registrate già con la semplice competenza regionale concorrente in tema di tutela della salute. Peraltro, il Comitato LEP ha ritenuto che in materia di salute non sia necessario definire i LEP, vista l'attuale esistenza dei LEA¹⁴⁶: questa proposta lascia intravedere per le maggiori autonomie in sanità una pericolosa scorciatoia, visto che il DdL Calderoli rimane molto vago sul finanziamento oltreché sulla garanzia dei LEP secondo quanto previsto dalla Carta Costituzionale. Ed è evidente che senza definire, finanziare e garantire i LEP è sostanzialmente impossibile ridurre progressivamente le diseguaglianze regionali e sanare la frattura strutturale Nord-Sud.

Per tali ragioni la Fondazione GIMBE nell'ambito della campagna #SalviamoSSN ha mantenuto sotto i riflettori l'autonomia differenziata con diverse attività di sensibilizzazione pubblica, a partire dalla survey del 2019 (§ 5.3).

¹⁴⁶ Lettera del Comitato tecnico-scientifico con funzioni istruttorie per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni al Ministro Calderoli. Il Sole 24 Ore, 4 settembre 2023. Disponibile a: https://i2.res.24o.it/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANI_VERTICALI/Online/Oggetti_Embedded/Documenti/2023/09/04/Relazioni%20sottogruppi%202%208%2023.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Innanzitutto, in occasione della pubblicazione del 4° Rapporto sul SSN nel 2019, ha invitato l'Esecutivo da poco insediato a mettere da parte posizioni sbrigative e a non utilizzare l'autonomia differenziata come "merce di scambio" per conciliare gli obiettivi di un partito nazionalista con quelli di una forza politica che da tempo spinge sulle autonomie regionali e sul federalismo fiscale.

Successivamente, con il Report "Il regionalismo differenziato in Sanità"¹⁴⁷ ha raccomandato di gestire con grande equilibrio l'eventuale attuazione dell'autonomia differenziata in sanità, colmando innanzitutto il gap strutturale tra Nord e Sud del Paese. Perché i principi ispiratori del federalismo, volti alla piena applicazione del principio di sussidiarietà e a migliorare l'efficienza amministrativa, devono salvaguardare la capacità di redistribuzione del reddito per consentire a tutte le persone l'esercizio dei diritti costituzionali fondamentali, in particolare il diritto alla tutela della salute. In caso contrario, nel contesto attuale l'autonomia differenziata finirebbe per rendere le Regioni del Centro-Sud – che avranno sempre meno risorse per riqualificare i loro servizi – "clienti" dei servizi prodotti dalle Regioni del Nord. Ovvero la sanità rischia di diventare un bene pubblico per i residenti nelle Regioni più ricche e un bene di consumo in quelle più povere, proprio quando il Paese ha sottoscritto con l'Europa il PNRR, il cui obiettivo trasversale è quello di ridurre le disuguaglianze regionali e territoriali.

Infine, nel corso di un'audizione in 1ª Commissione Affari Costituzionali del Senato della Repubblica¹⁴⁸, la Fondazione GIMBE – tenendo conto della grave crisi di sostenibilità del SSN, delle inaccettabili disuguaglianze regionali e dell'impatto delle maggiori autonomie – ha proposto di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere il trasferimento delle funzioni da parte dello Stato, perché la loro attuazione finirebbe per assestare il colpo di grazia al SSN. Ovvero, l'autonomia differenziata in sanità legittimerà normativamente il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute.

¹⁴⁷ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2023. Il regionalismo differenziato in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/regionalismo-differenziato-report. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁴⁸ Senato della Repubblica - 1ª Commissione Affari Costituzionali. Audizione informale del Presidente Nino Cartabellotta – Fondazione GIMBE: "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario". Disponibile a: www.senato.it/application/xmanager/projects/leg19/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/426/743/Fondazione_GIMBE_memoria.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

CAPITOLO 6

Il personale sanitario

Le analisi sul personale sanitario sono rese difficoltose dalla disponibilità di numerose fonti nazionali e internazionali che riportano dati in parte sovrapponibili e in parte complementari e presentano diversi livelli di dettaglio. Di conseguenza, nel presente capitolo vengono innanzitutto analizzati contenuti e difformità tra le fonti istituzionali nazionali, successivamente confrontate con il database dell'OCSE, il riferimento per i benchmark internazionali. Viene quindi effettuata una "fotografia statica" sulla distribuzione del personale dipendente, con focus su medici e infermieri analizzando le differenze tra Regioni e paesi OCSE. Infine, vengono effettuate valutazioni di dettaglio su medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), in particolare la stima di carenze e fabbisogni. Per tutte le analisi effettuate, l'anno di riferimento è il 2021.

Esulano dagli obiettivi del presente capitolo la valutazione delle dinamiche del personale dipendente (pensionamenti, licenziamenti volontari, ingressi di nuovo personale, etc.) al fine di stimare carenze e fabbisogni futuri.

6.1. Fonti dati

6.1.1. Fonti nazionali

Conto Annuale Ragioneria Generale dello Stato (RGS)¹⁴⁹. Include solo il personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni a cui si applica il CCNL del comparto sanità, indipendentemente dal tipo di ente in cui prestano servizio. Per l'anno 2021 riporta 670.566 unità di personale dipendente¹⁵⁰, così ripartite per macro-categoria (tabella 6.1).

Macro-categoria	N°
Personale non dirigente	537.450
Dirigenti sanitari*	127.424
Dirigenti Professionali, Tecnici e Amministrativi	4.835
Altro personale	857
Totale	670.566
*Medici, odontoiatri, veterinari	

Tabella 6.1. Personale dipendente per macro-categoria (dati RGS, anno 2021)

¹⁴⁹ Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Conto annuale 2021. Disponibile a: <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/web/sicosito/occupazione>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁵⁰ Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Focus "Andamento dell'occupazione". Disponibile a: <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/ext/Documents/ANDAMENTO%20DELL'OCCUPAZIONE.pdf>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

In quanto legato al CCNL del comparto sanità il Conto Annuale (CA) della RGS include dipendenti che lavorano prevalentemente nelle strutture del SSN, ma anche in altri enti (tabella 6.2).

Tipologia Istituzione	N°
Aziende Sanitarie	608.013
Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	30.644
Policlinici Universitari	13.921
Agenzie per la Protezione dell'Ambiente	8.234
Istituti Zooprofilattici Sperimentali	3.665
Ex IPAB*	3.169
Altri Enti	1.583
Altri Enti regionali	1.058
Consorzi, associazioni, comprensori	154
Agenzie	125
Totale	670.566
*Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza	

Tabella 6.2. Personale dipendente per tipologia di istituzione (dati RGS, anno 2021)

Il CA della RGS permette inoltre di estrarre i dati per categoria professionale (tabella 6.3).

Categoria professionale	N°
Personale infermieristico	279.837
Profili ruolo tecnico	123.143
Medici	108.250
Profili ruolo amministrativo	63.744
Personale tecnico sanitario	37.423
Personale funzioni riabilitative	20.923
Personale vigilanza e ispezione	10.752
Psicologi	5.081
Veterinari	4.925
Biologi	4.039
Farmacisti	3.162
Dir. ruolo amministrativo	2.546
Profili ruolo ricerca sanitaria	1.366
Dir. ruolo professionale	1.360
Dir. ruolo tecnico	929
Fisici	788
Direttori generali	762
Dirigenti professioni sanitarie	638
Chimici	404
Profili ruolo professionale	262
Odontoiatri	137
Personale contrattista	95
Totale	670.566

Tabella 6.3. Personale dipendente per categoria professionale (dati RGS, anno 2021)

Infine, il CA della RGS permette di analizzare la distribuzione dei dipendenti per Regione, qui riportati in valore assoluto (tabella 6.4) e come numero per 1.000 abitanti, prendendo a riferimento la popolazione ISTAT al 1° gennaio 2022 (figura 6.1)

Regioni	Personale
Lombardia	103.604
Emilia-Romagna	66.848
Veneto	63.033
Toscana	55.044
Piemonte	54.314
Lazio	47.340
Campania	44.295
Sicilia	42.384
Puglia	38.909
Liguria	22.885
Friuli Venezia Giulia	19.994
Marche	19.693
Sardegna	19.688
Calabria	17.900
Abruzzo	14.051
Umbria	11.867
Prov. Aut. Bolzano	8.915
Prov. Aut. Trento	8.357
Basilicata	6.536
Molise	2.710
Valle D'Aosta	2.199

Tabella 6.4. Personale dipendente per Regione (dati RGS, anno 2021)

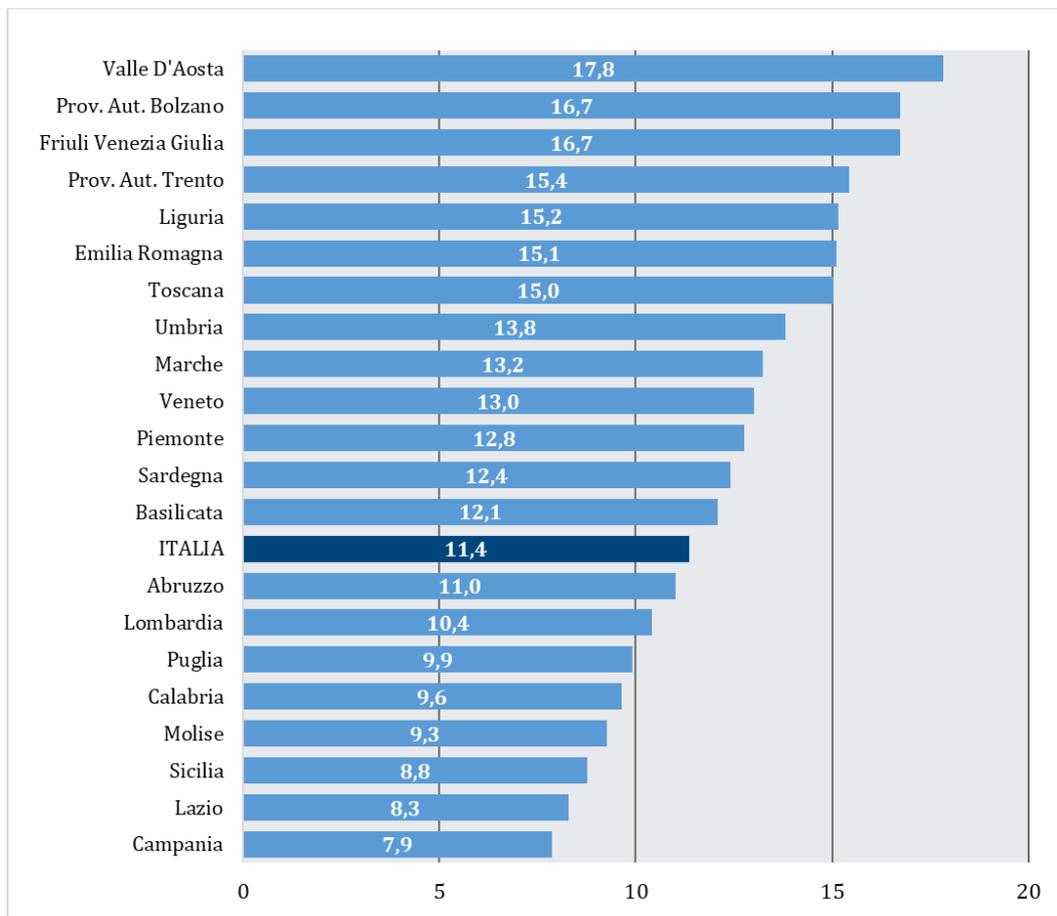


Figura 6.1. Personale dipendente per 1.000 abitanti per Regione (dati RGS, anno 2021)

Ministero della Salute (Mds). Si è fatto riferimento al report pubblicato il 28 agosto 2023 dalla Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e delle Statistica, riferito all'anno 2021 (di seguito Report Mds)¹⁵¹. Il Ministero della Salute pubblica anche il rapporto "Il personale del sistema sanitario italiano"¹⁵² che contiene maggiori elementi di dettaglio: tuttavia, considerato che l'ultima edizione disponibile pubblicata nel 2022 contiene dati relativi al 2020, non è stata utilizzata per le analisi del presente Rapporto.

Il report del Mds include due macro-categorie di personale sanitario classificate in relazione alla tipologia di struttura in cui prestano servizio.

- Personale dipendente del SSN e dall'Università che opera nelle aziende e nelle strutture pubbliche: Aziende Sanitarie Locali, Ospedali a gestione diretta, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie.
- Personale dipendente o con rapporto professionale continuativo in servizio presso le strutture di ricovero equiparate alle pubbliche: Policlinici Universitari privati, Istituti di Ricovero e Cura di Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidi delle ASL, Enti di Ricerca.

¹⁵¹ Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e delle Statistica. Ufficio di Statistica. Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati. Anno 2021. Roma, 28 agosto 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3348_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁵² Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e delle Statistica. Ufficio di Statistica. Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse Umane del SSN. Il personale del sistema sanitario italiano, anno 2020. Roma, agosto 2022. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3273_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Il report del MdS viene elaborato grazie ad un incrocio tra la piattaforma del CA della RGS e le anagrafiche di riferimento sia di ASL e strutture di ricovero pubbliche, sia delle altre strutture di ricovero equiparate a quelle pubbliche. Di conseguenza, include unità di personale non presenti nel CA della RGS perché non contrattualizzate con il CCNL del comparto sanità.

Le unità di personale in servizio sono suddivise per Regione, ruoli (sanitario, tecnico, professionale, amministrativo) e figure professionali (medici, personale infermieristico, veterinari, farmacisti, profili di riabilitazione, etc.).

In assenza di *open data*, sono state ricostruite le unità di personale afferenti alle varie tipologie di strutture, secondo la classificazione del MdS, e per tipologia contrattuale: dipendenti del SSN, dipendenti delle strutture equiparate alle pubbliche, personale universitario e personale contrattualizzato con “altro rapporto” (tabella 6.5).

Cod.	Struttura	Totale	Dipendenti SSN	Dipendenti strutture equiparate	Universitari	Altro rapporto di lavoro
S1	Aziende sanitarie locali (ASL)	407.659	407.238	-	421	-
A	Strutture di ricovero pubbliche ed equiparate					
A.1	Aziende Ospedaliere	140.343	139.008	-	1.335	-
A.2	Ospedali a gestione diretta delle ASL ^a	-	-	-	-	-
A.3	Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU) e policlinici universitari privati					
A.3.1	AOU integrate con il SSN	22.398	16.148	-	6.250	-
A.3.2	AO integrate con l'Università	56.824	54.852	-	1.972	-
A.3.3	Policlinici universitari privati	6.075	-	5.897	-	178
A.4	Strutture di ricovero equiparate alle pubbliche					
A.4.1.1	IRCCS ^b privati	30.623	-	25.426	-	5.197
A.4.1.2	IRCCS ^b pubblici	29.988	-	29.366	-	622
A.4.2	Ospedali classificati	16.588	-	14.879	-	1.709
A.4.3	Istituti qualificati presidi delle ASL	4.379	-	4.023	-	356
A.4.4	Enti di ricerca	1.082	-	1.024	-	58
Totale		715.959	617.246	80.615	9.978	8.120
^a Le 248.862 unità di personale sono ricomprese nella voce S1 “Aziende sanitarie locali”						
^b Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico						

Tabella 6.5. Unità di personale secondo la classificazione del Ministero della Salute (anno 2021)

Complessivamente il report del MdS riporta 715.959 unità di personale (figura 6.2) di cui 617.246 dipendenti del SSN (86,2%), 80.615 dipendenti delle strutture equiparate a quelle pubbliche (11,3%), 9.978 universitari (1,4%) e 8.120 con altro rapporto di lavoro (1,1%).

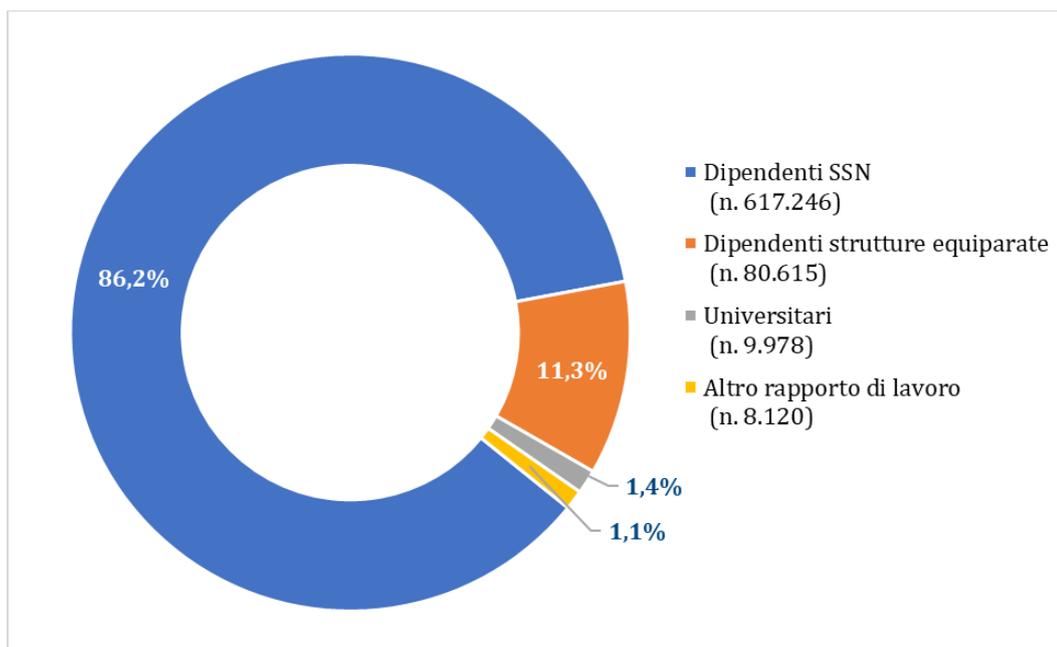


Figura 6.2. Unità di personale secondo la classificazione del Ministero della Salute (anno 2021)

Rispetto al personale dipendente del SSN il report del MdS riporta 53.320 unità in meno del CA della RGS. Indipendentemente dalla differenza quantitativa, il CA della RGS e il report del MdS fanno riferimento a unità di personale in parte sovrapponibili, in parte complementari.

ISTAT¹⁵³. Riporta il personale in attività nel sistema sanitario pubblico e privato per professione e specialità, identificando il numero di MMG e PLS. I dati ISTAT vengono forniti annualmente agli organismi internazionali (Eurostat, OECD, WHO) nell'ambito *del Joint Questionnaire on non-monetary health data* (tabella 6.6).

Professione	N°
Medici	242.721
Medici specialisti ^a	194.142
Medici generalisti	48.579
Medici di medicina generale (MMG)	40.250
Altri medici generalisti (esclusi MMG)	8.329
Odontoiatri	49.721
Ostetriche	16.907
Professioni infermieristiche	367.378
Farmacisti	75.910
^a Di cui 7.022 PLS	

Tabella 6.6. Personale in attività nel sistema sanitario pubblico e privato per professione e specialità (dati ISTAT, anno 2021)

¹⁵³ Istituto Nazionale di Statistica. Personale sanitario 2021. Disponibile a: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=31546>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC). Per il personale convenzionato si è fatto riferimento ai dati ISTAT e agli aggiornamenti SISAC¹⁵⁴ relativi a MMG, PLS e specialisti ambulatoriali.

Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP). Per il personale che lavora nelle strutture sanitarie private accreditate si è fatto riferimento al Rapporto AIOP 2022¹⁵⁵.

6.1.2. Fonti internazionali

Il database *OECD.Stat*¹⁵⁶ classifica il personale sanitario, in particolare medici e infermieri, secondo i dati trasferiti da ISTAT che, non tengono conto né della tipologia di contratto (es. CA della RGS), né della tipologia di struttura in cui lavorano (es. report del MdS). Di conseguenza, i benchmark internazionali che utilizzano questo database devono tener conto di questi limiti, in particolare del rilevante gap tra il numero di medici e infermieri riportato dall'OCSE e quello di coloro che lavorano nel SSN e nelle strutture equiparate. Infatti, a fronte dei 242.721 medici riportati dall'OCSE, il CA della RGS ne riporta rispettivamente 108.250 (44,6%) e il report del MdS 124.506 (51,3%), di cui 102.491 dipendenti del SSN. Per gli infermieri, a fronte dei 367.378 riportati dall'OCSE, il CA della RGS ne riporta 279.837 (76,2%) e il report del MdS 298.597 (81,3%), di cui 264.768 dipendenti del SSN. Questi gap inevitabilmente si riflettono sul rapporto infermieri/medici. Le tabelle 6.7 e 6.8 confrontano per medici e infermieri i valori riportati dalle varie fonti nazionali rispetto ai dati OCSE:

Medici	OCSE	MdS	RGS	ISTAT	SISAC	AIOP
Medici specialisti ^a	194.142	-	-	194.142	-	-
Medici di Medicina Generale (MMG)	40.250	-	-	40.250	39.270	-
Altri medici generalisti	8.329	-	-	8.329	-	-
Dipendenti con CCNL sanità	-	-	108.250	-	-	-
Dipendenti del SSN	-	102.491	-	-	-	-
Dipendenti delle strutture equiparate al SSN	-	22.015	-	-	-	-
Specialisti convenzionati con il SSN	-	-	-	-	14.424	-
Pediatri di libera scelta (PLS) ^b	-	-	-	-	6.921	-
Dipendenti strutture associate AIOP	-	-	-	-	-	4.788
Personale non dipendente strutture associate AIOP	-	-	-	-	-	7.534
TOTALE	242.721	124.506	108.250	242.721	60.615	12.322

^adi cui 7.022 Pediatri di Libera Scelta; i medici iscritti alle scuole di specializzazione sono inclusi tra gli specialisti - ^b7.022 PLS sono inclusi da OCSE e ISTAT tra i Medici specialisti

Tabella 6.7. Medici: confronto tra le fonti analizzate (anno 2021)

¹⁵⁴ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Numero medici al 1° gennaio 2022. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso. 29 settembre 2023.

¹⁵⁵ Associazione Italiana Ospedalità Privata - AIOP. Roma, marzo 2023. Disponibile a: <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/945/797/5420>. Ultimo accesso. 29 settembre 2023.

¹⁵⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD.Stat. Last updated July 2023. Disponibile a: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Infermieri	OCSE	MdS	RGS	ISTAT	AIOP
Infermieri	367.378	-	-	367.378	-
Dipendenti con CCNL sanità	-	-	279.837	-	-
Dipendenti del SSN	-	264.768	-	-	-
Dipendenti delle strutture equiparate al SSN	-	33.829	-	-	-
Dipendenti di strutture associate AIOP	-	-	-	-	21.218
Personale non dipendente strutture associate AIOP ^a	-	-	-	-	4.956
TOTALE	367.378	298.597	279.837	367.378	26.174
^a Il dato include tutto il personale non medico					

Tabella 6.8. Infermieri: confronto tra le fonti analizzate (anno 2021)

Questi dati permettono di identificare un gap rilevante tra il numero dei medici riportato dall'OCSE (n. 242.721) e la "forza lavoro" del SSN (n. 197.443): medici dipendenti, convenzionati e che lavorano nelle strutture private accreditate. La differenza di 52.812 medici (21,8%) è da ascrivere prevalentemente a medici iscritti alle scuole di specializzazione, che l'OCSE include tra gli specialisti. Gli altri sono giovani medici non ancora iscritti alle scuole di specializzazione e liberi professionisti (privato non convenzionato, cooperative, studi individuali, altro). Relativamente agli infermieri il gap tra il dato OCSE (n. 367.378) e i dipendenti del SSN e delle strutture private convenzionate (n. 319.815) è pari a 47.563 professionisti (12,9% del totale).

6.2. Personale dipendente

Per analizzare i dati sul personale sanitario il presente Rapporto fa riferimento ai dati del Ministero della Salute¹⁵⁷ per le analisi a livello nazionale e al database *OECD Stat*¹⁵⁸ per i benchmark internazionali.

Il report annuale del MdS distingue i dati relativi al personale dipendente del SSN e al personale dipendente o con rapporto professionale continuativo in servizio presso le strutture di ricovero equiparate a quelle pubbliche (§ 6.1.1). Queste due categorie sono state analizzate in maniera congiunta e definite di seguito "personale dipendente".

Per l'anno 2021 secondo la classificazione del MdS il personale dipendente ammonta a 715.959 unità, con una composizione così strutturata: il 72,2% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,4%, dal ruolo tecnico (analisti, statistici, sociologi, assistenti sociali, etc.), il 9,9% dal ruolo amministrativo, lo 0,2% dal ruolo professionale (avvocati, ingegneri, architetti, etc.) e lo 0,3% da qualifiche atipiche (figura 6.3).

¹⁵⁷ Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e delle Statistica. Ufficio di Statistica. Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati. Anno 2021. Roma, 28 agosto 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3348_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁵⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD.Stat. Last updated July 2023. Disponibile a: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

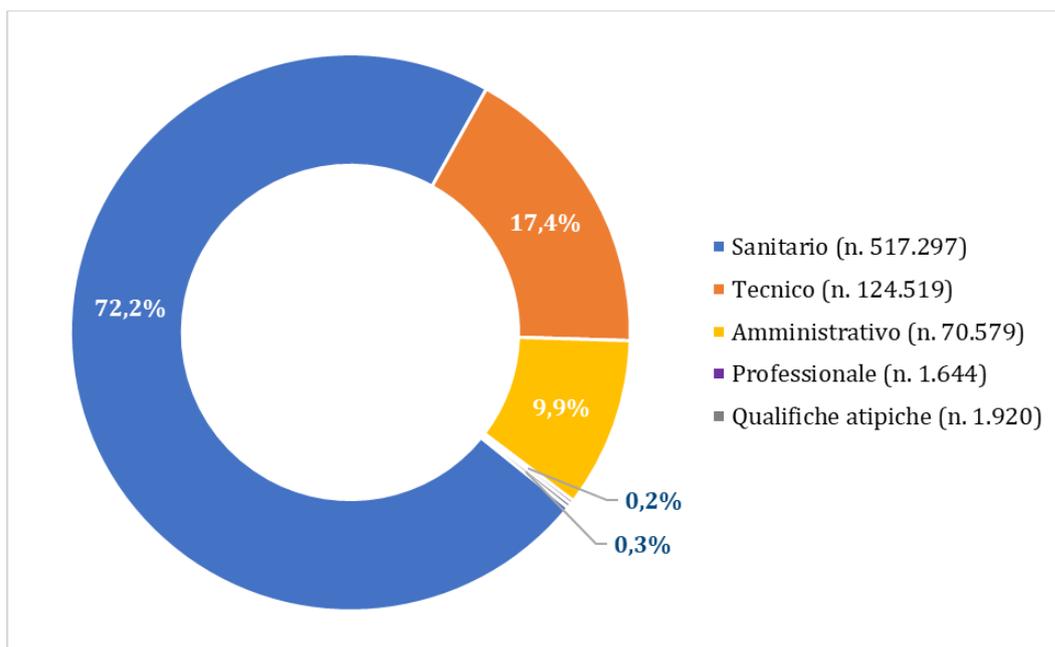


Figura 6.3. Personale dipendente per ruolo (dati MdS, anno 2021)

Nel ruolo sanitario il 57,7% è costituito da personale infermieristico, il 24,1% da medici (inclusi 367 odontoiatri) e il 18,2% da altri professionisti sanitari: dirigenti delle professioni sanitarie, personale tecnico-sanitario, personale con funzioni riabilitative, personale di vigilanza e ispezione (figura 6.4).

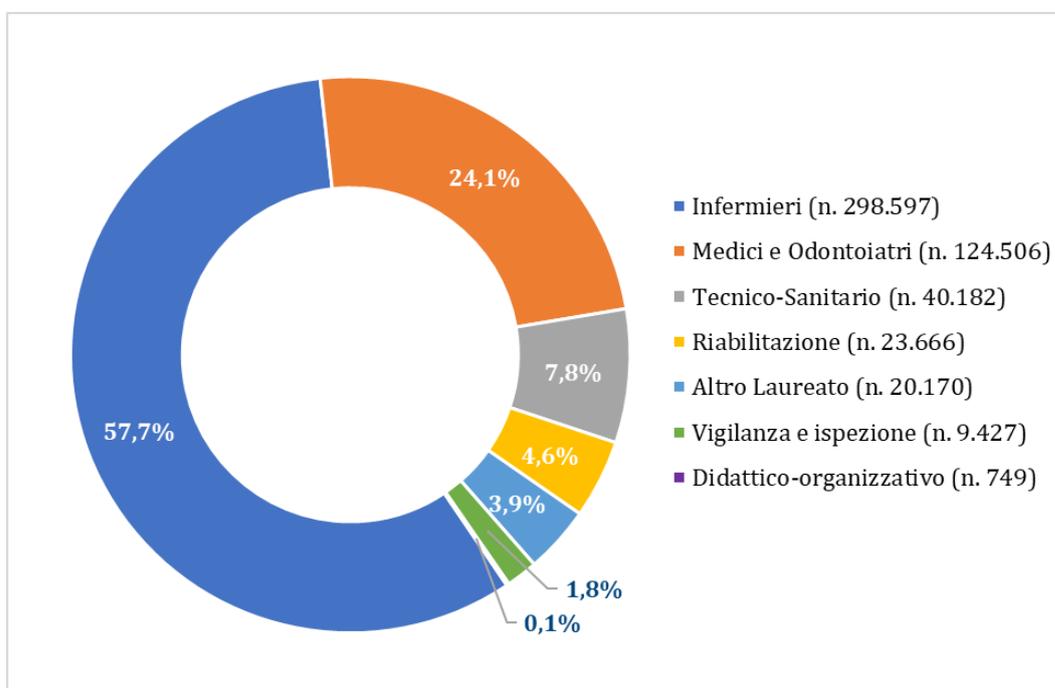


Figura 6.4. Personale dipendente per ruolo sanitario (dati MdS, anno 2021)

6.2.1. Trend 2012-2021

Il Ministero della Salute non rende disponibili i report relativi agli anni 2014 e 2015: di conseguenza non è ricostruibile il trend per stimare le dinamiche del personale nel decennio 2012-2021, per le quali si è fatto riferimento esclusivamente al CA della RGS¹⁵⁹.

Dal 2012 al 2016 la sanità ha registrato un calo costante di personale, perdendo quasi 25.000 addetti, per restare stazionaria negli anni 2016-2019, poco al di sotto dei 650.000 dipendenti. Una dinamica che riflette le misure di contenimento della spesa di personale che si sono succedute a partire dal triennio 2005-2007 (L. 30/12/2004, n. 311, art.1, comma 98). Al riguardo si evidenzia che gli enti del SSN, a differenza di altri settori del pubblico impiego, non sono sottoposti ad un limite assunzionale da turn over, ma ad un vincolo di spesa. Nel periodo 2019-2021 si osserva un aumento degli occupati, conseguente sia all'introduzione di una nuova disciplina assunzionale (DL n. 35/2019, art. 11, comma 1), sia ai decreti per l'emergenza COVID-19 (DL 18/2020, DL 34/2020 e DL 104/2020) che hanno introdotto misure straordinarie di reclutamento del personale per fronteggiare l'emergenza pandemica. Di conseguenza, nel 2021 il comparto della sanità è tornato quasi al valore del 2012 (-0,4%) (figura 6.5).

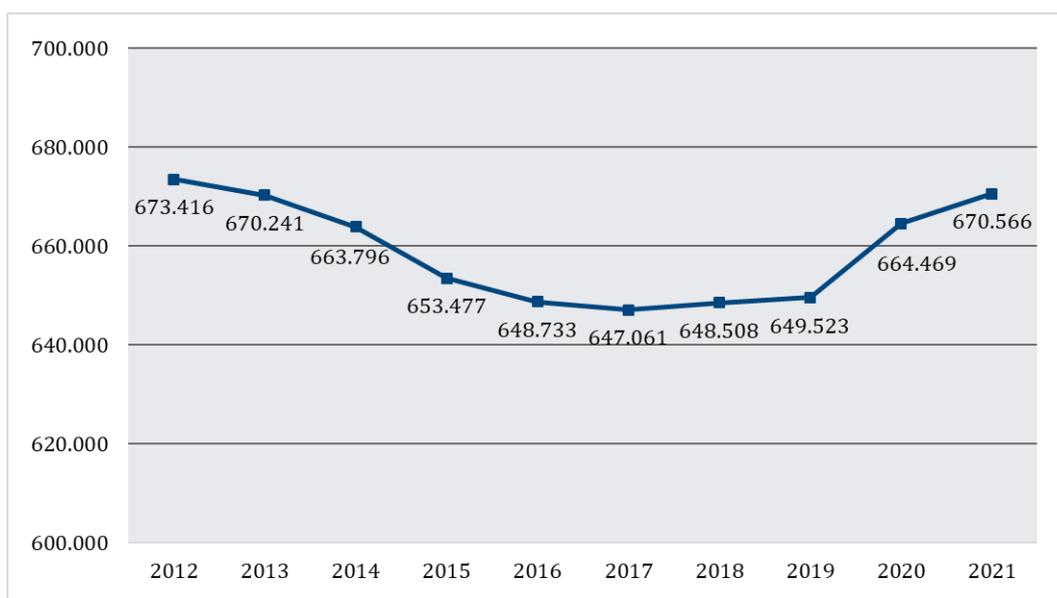


Figura 6.5. Personale dipendente con CCNL sanità (dati RGS, anno 2021)

La RGS segnala anche che sino al 2019 la riduzione del personale nel comparto sanità è avvenuta prevalentemente a carico delle Regioni sottoposte alla disciplina dei Piani di rientro. E anche nel 2020-2021 gli aumenti percentuali restano inferiori nelle Regioni soggette ai Piani di rientro.

¹⁵⁹ Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Focus "Andamento dell'occupazione". Disponibile a: <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/ext/Documents/ANDAMENTO%20DELL'OCCUPAZIONE.pdf>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

6.2.2. Medici e infermieri dipendenti

Medici. Secondo il Ministero della Salute, nel 2021 sono complessivamente 124.506 i medici che lavorano nelle strutture sanitarie: 102.491 dipendenti del SSN e 22.015 dipendenti delle strutture equiparate al SSN. Prendendo a riferimento la popolazione ISTAT al 1° gennaio 2022, la media nazionale è di 2,11 medici per 1.000 abitanti, con un range che varia dagli 1,84 di Campania e Veneto a 2,56 della Toscana con un gap del 39,1% (figura 6.6).

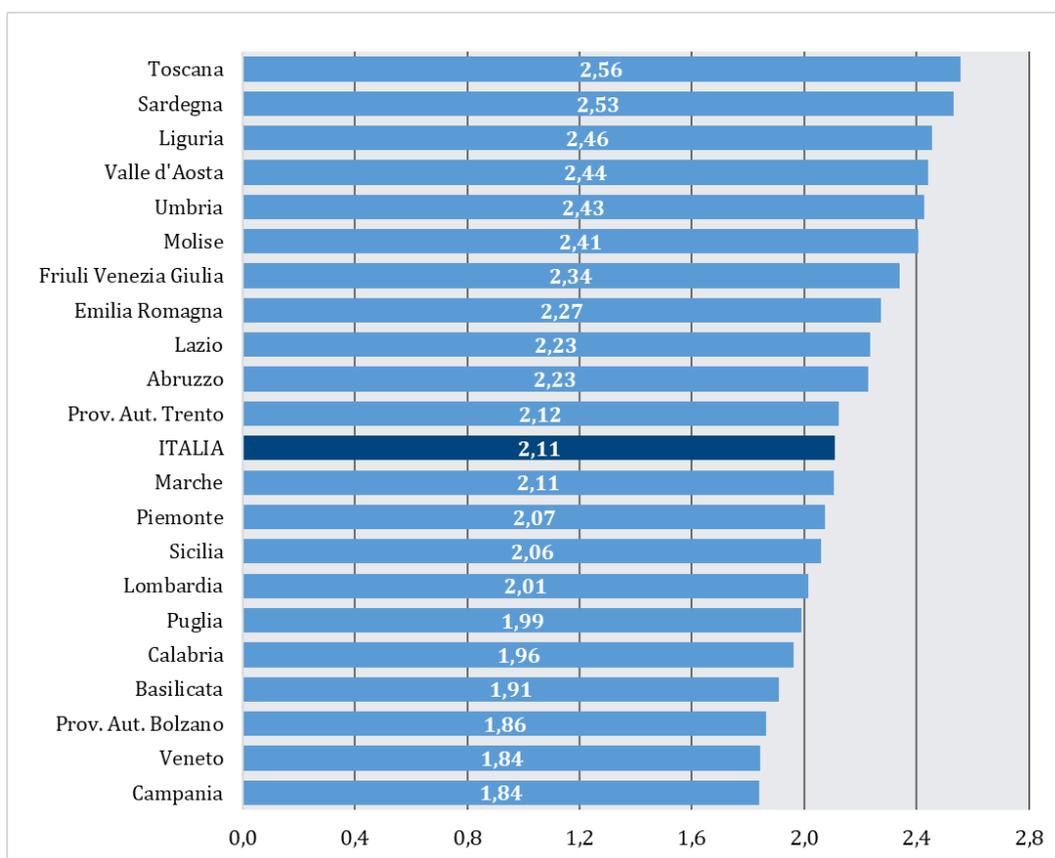


Figura 6.6. Medici dipendenti per 1.000 abitanti per Regione (dati MdS, anno 2021)

Infermieri. Secondo il Ministero della Salute, nel 2021 sono complessivamente 298.597 gli infermieri che lavorano nelle strutture sanitarie: 264.768 dipendenti del SSN e 33.829 dipendenti delle strutture equiparate al SSN. Prendendo a riferimento la popolazione ISTAT al 1° gennaio 2022, la media nazionale è di 5,06 per 1.000 abitanti, con un range che varia dai 3,59 della Campania ai 6,72 del Friuli Venezia Giulia con un gap dell'87,2% (figura 6.7).

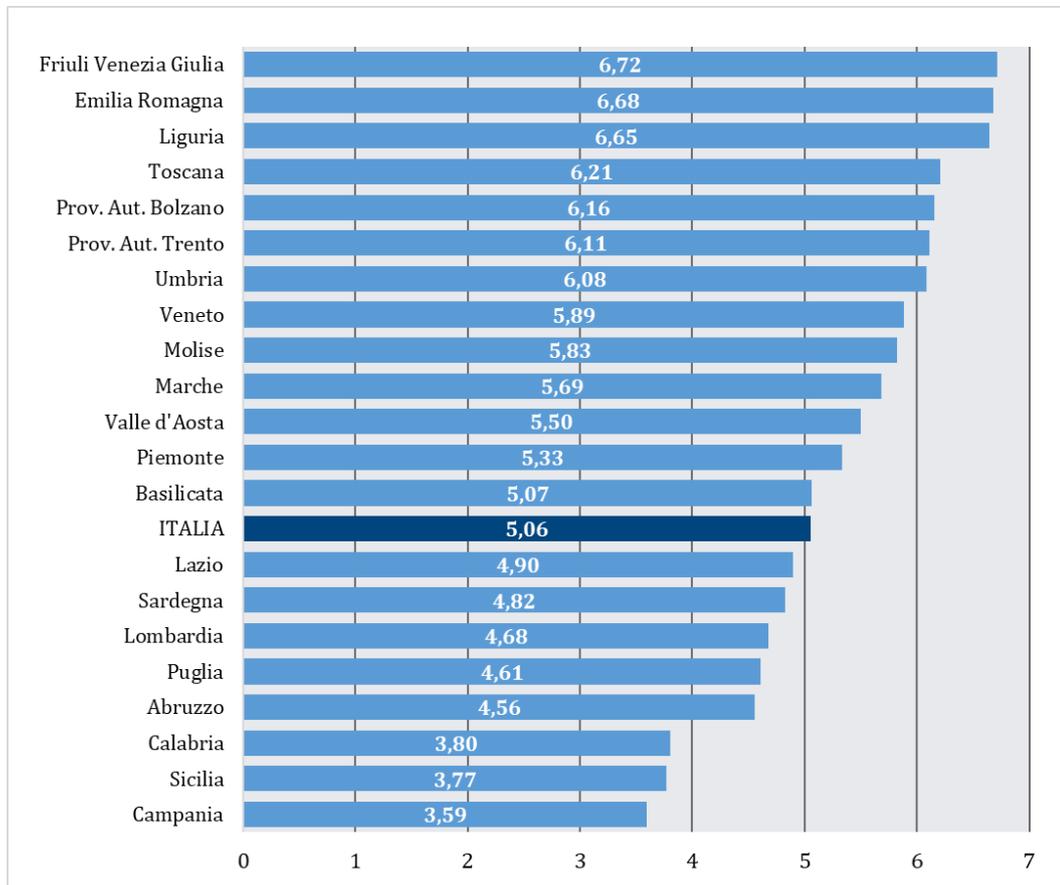


Figura 6.7. Infermieri dipendenti per 1.000 abitanti per Regione (dati MdS, anno 2021)

Rapporto infermieri/medici. Secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2021 il rapporto nazionale infermieri/medici tra il personale dipendente è di 2,4, con un range che varia da 1,83 della Sicilia ai 3,3 della Provincia autonoma di Bolzano con un gap dell'80,3% (figura 6.8). Fatta eccezione per il Molise, le Regioni in Piano di rientro si trovano tutte sotto la media nazionale, dimostrando che le restrizioni di personale hanno colpito più il personale infermieristico che quello medico.

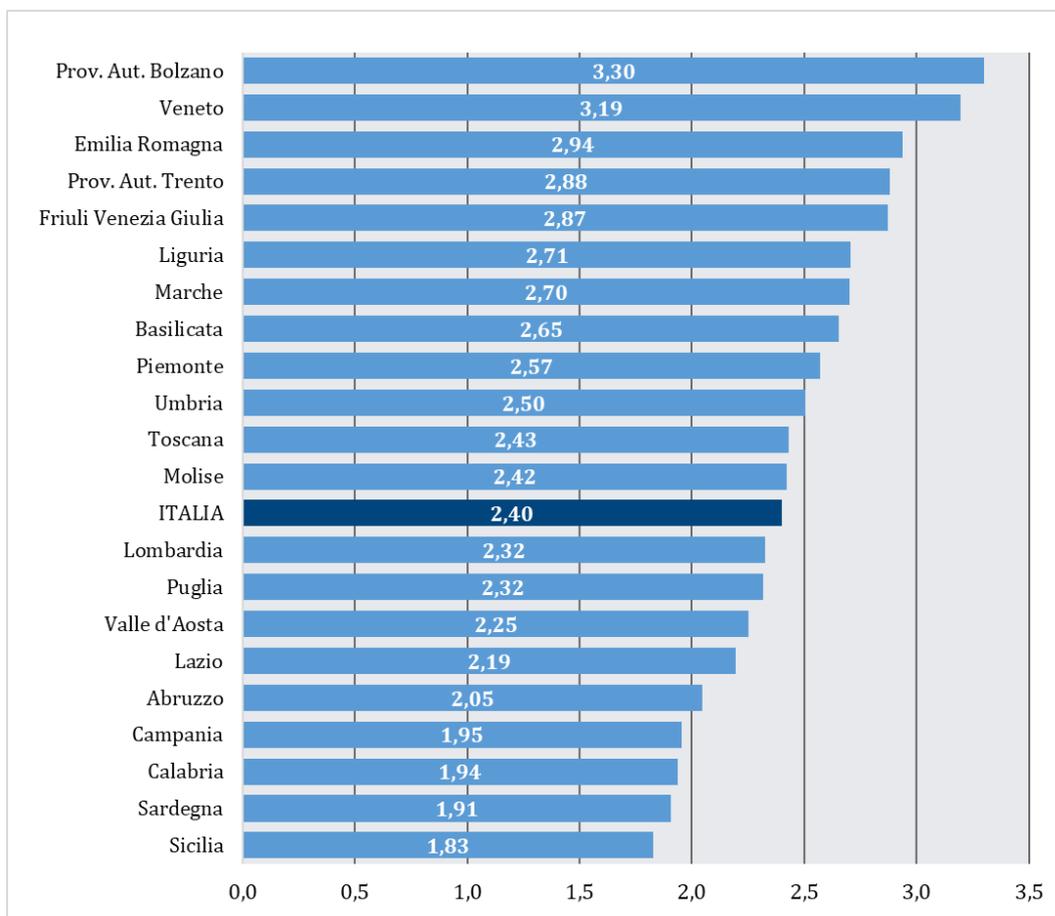


Figura 6.8. Rapporto infermieri/medici dipendenti per Regione (dati Mds, anno 2021)

Se nel calcolo del rapporto nazionale infermieri/medici vengono integrati ai medici dipendenti (n. 124.506) i 60.615 medici convenzionati, questo scende da 2,4 a 1,6 allineandosi sostanzialmente con il dato OCSE (§ 6.2.3).

6.2.3. Benchmark internazionali

L'OCSE include tutti i medici e gli infermieri in attività, indipendentemente dal contratto di lavoro e dalla struttura in cui operano. Di conseguenza, i benchmark internazionali restituiscono un confronto relativo solo al numero totale dei professionisti.

Medici. In Italia i medici per 1.000 abitanti sono 4,1, un dato di poco superiore alla media OCSE di 3,7 (figura 6.9), che colloca l'Italia in 11 posizione sui 32 paesi OCSE che forniscono il dato.

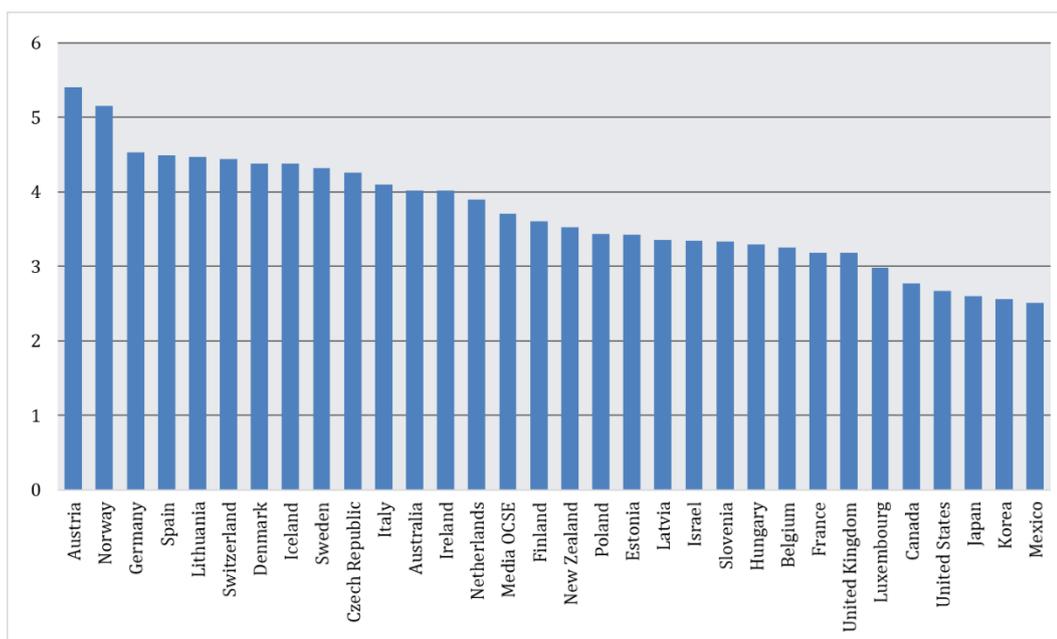


Figura 6.9. Medici per 1.000 abitanti (dati OCSE, anno 2021 o più recente disponibile)

Infermieri. In Italia gli infermieri per 1.000 abitanti sono 6,2, un dato nettamente inferiore alla media OCSE di 9,9 (figura 6.10). In Europa dopo il nostro Paese si collocano solo Polonia (5,7), Ungheria (5,3), Lettonia (4,2) e Grecia (3,8). La Germania (12) dispone di quasi il doppio degli infermieri dell'Italia e alcuni paesi del nord Europa il triplo: Finlandia (18,9), Norvegia (18,3).

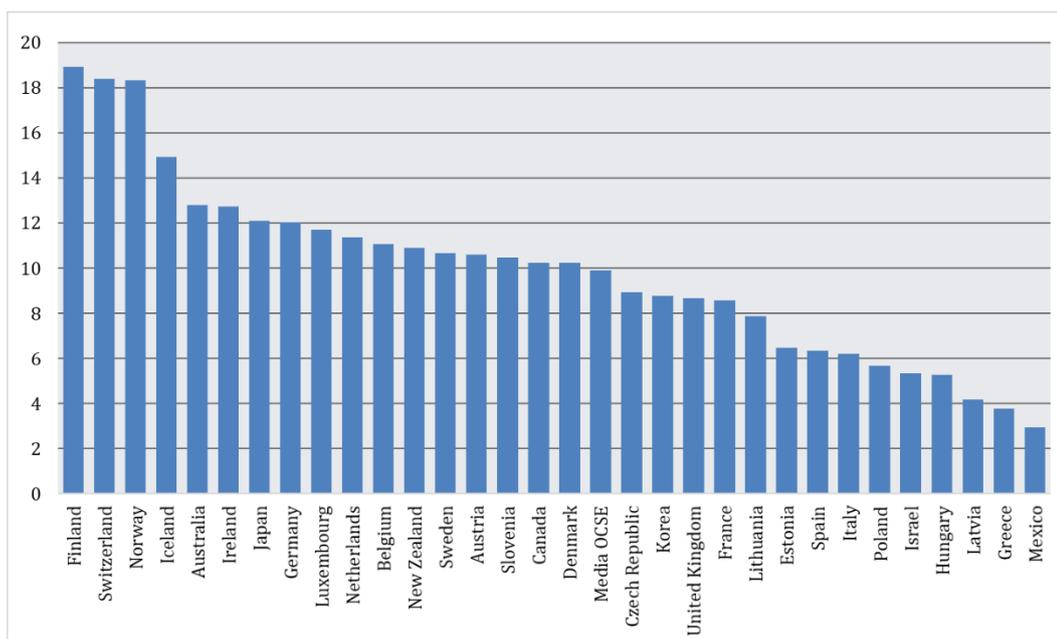


Figura 6.10. Infermieri per 1.000 abitanti (dati OCSE, anno 2021 o più recente disponibile)

Rapporto infermieri/medici. Il rapporto infermieri/medici in Italia è di 1,5 (figura 6.11), un dato ben al di sotto della media OCSE (2,7) che in Europa ci colloca solo davanti Spagna (1,4) e Lettonia (1,2).

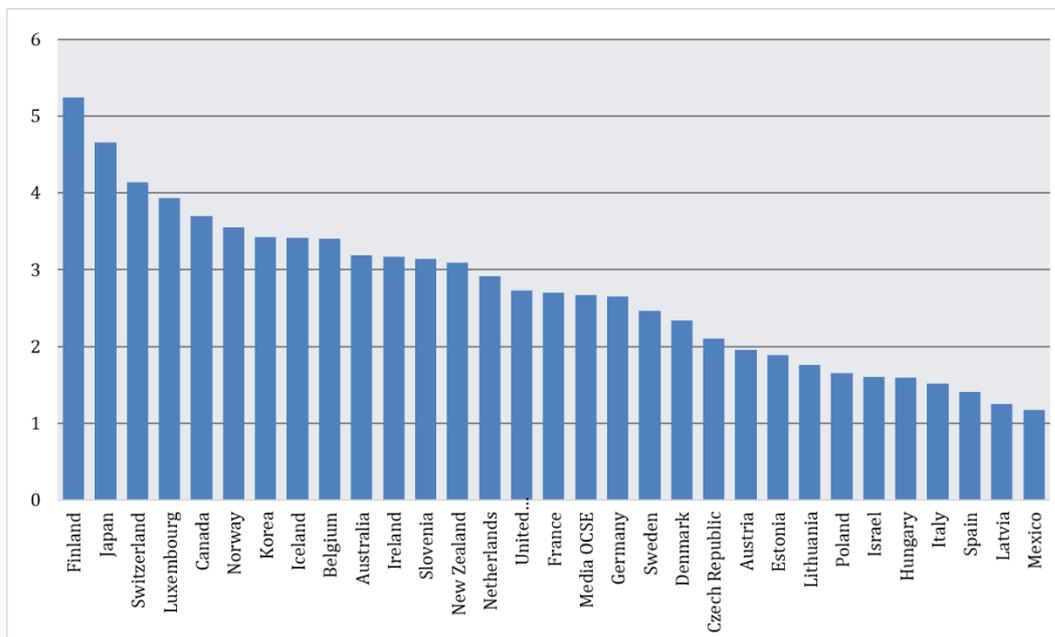


Figura 6.11. Rapporto infermieri/medici anno 2021 (o più recente disponibile)

Retribuzioni dei medici specialisti. Il dato relativo all'Italia nel database OCSE è disponibile solo per i medici specialisti dipendenti (non per i MMG) espresso in termini di retribuzione lorda. A parità di potere di acquisto per i consumi privati il valore per l'Italia è di \$ 105.746 (figura 6.12), un dato inferiore alla media OCSE (\$ 116.033), simile a quello della Francia (\$ 105.603) e vicino a quello della Spagna (\$ 107.515). Ma ben al di sotto di altri paesi europei come l'Olanda (\$ 192.264), la Germania (\$ 188.149), oltre al Regno Unito (\$ 155.419). Da rilevare che i dati non sono disponibili per tutti i Paesi OCSE.

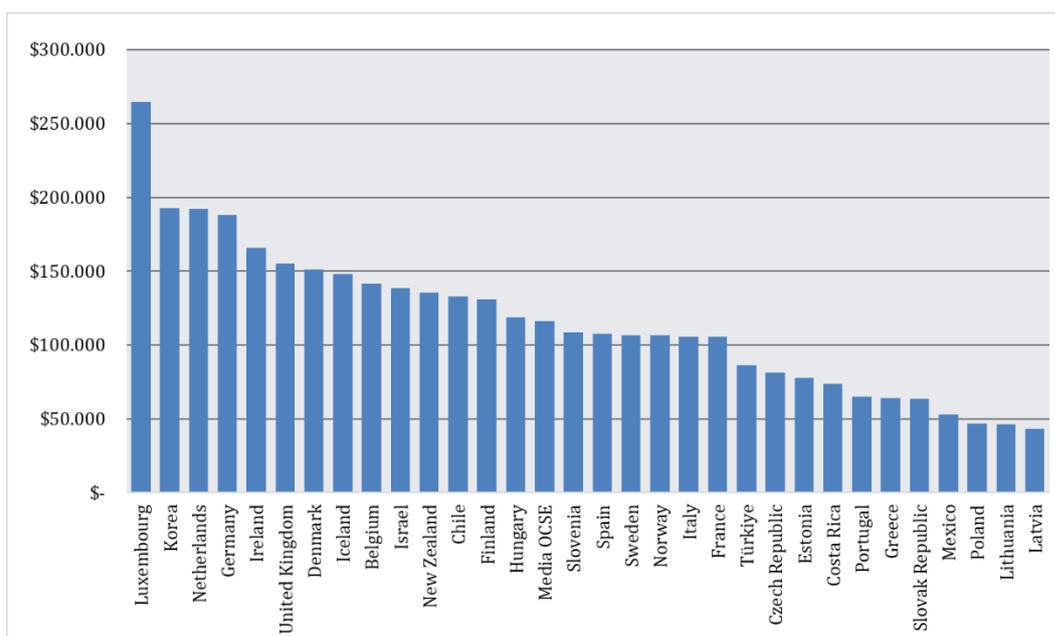


Figura 6.12. Retribuzione dei medici specialisti in \$ a parità di potere di acquisto per consumi privati (dati OCSE, anno 2021 o più recente disponibile)

Retribuzioni degli infermieri ospedalieri. Per quanto riguarda la retribuzione il dato relativo all'Italia nel database OCSE è disponibile solo per gli infermieri dipendenti dalle strutture ospedaliere, espresso in termini retribuzione lorda. A parità di potere di acquisto per i consumi privati il valore per l'Italia è di \$ 39.674 (figura 6.13), un dato inferiore alla media OCSE (\$ 50.116) e ben al di sotto di altri paesi europei quali Germania (\$ 59.988), Spagna (\$ 54.162) e Francia (\$ 45.781). Da rilevare che i dati non sono disponibili per tutti i Paesi OCSE.

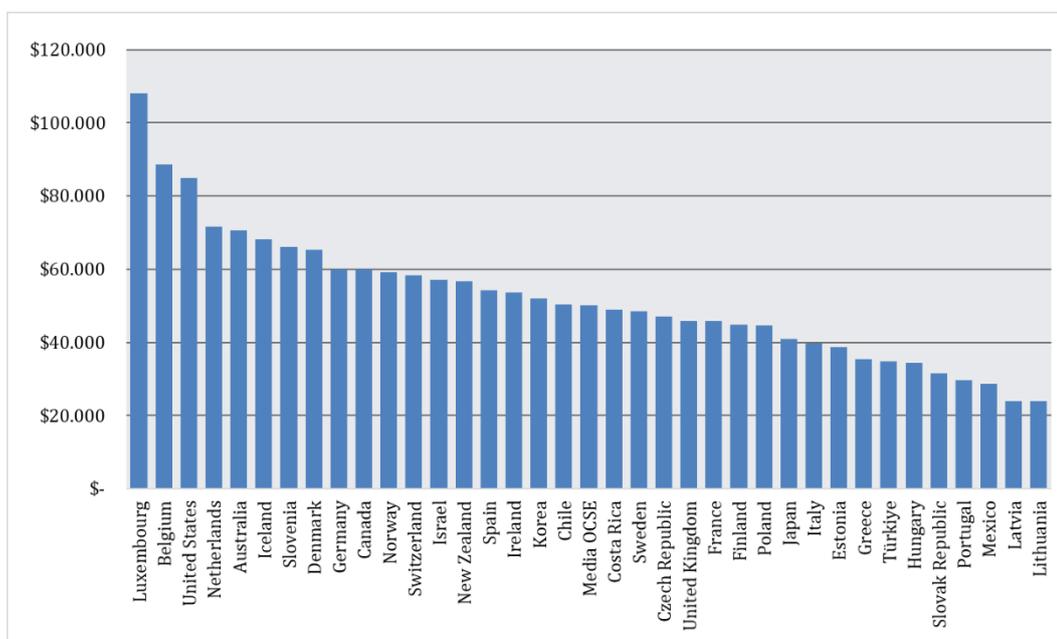


Figura 6.13. Retribuzione degli infermieri dipendenti ospedalieri in \$ a parità di potere di acquisto per consumi privati (dati OCSE, anno 2021 o più recente disponibile)

6.2.4. Considerazioni conclusive

Dalle analisi effettuate sul personale dipendente si possono trarre alcune considerazioni generali:

- Le fonti disponibili non permettono di analizzare in maniera univoca, sistematica e tempestivamente aggiornata la reale “forza lavoro” del SSN impegnata nell’erogazione dei LEA: ovvero il personale dipendente delle strutture pubbliche e assimilate, quello convenzionato e il personale delle strutture private accreditate.
- Negli ultimi due anni le narrative riportano situazioni di lavoro fortemente condizionate dalla carenza di personale, in particolare in alcuni contesti (es. pronto soccorso). Inoltre, i dati raccolti da organizzazioni sindacali e di categoria documentano un progressivo abbandono del SSN, in particolare da parte dei medici: ad esempio, l’ONAOSI riporta che negli anni 2019-2022 il SSN ha perso oltre 11 mila medici per licenziamento o termine del contratto a tempo determinato, con un trend in crescita dal 2020 al 2022¹⁶⁰. Di conseguenza, i dati aggiornati al 2021, verosimilmente sottostimano la carenza di personale.
- In assenza di uno standard definito di fabbisogno di personale, l’unica “unità” di misura che è possibile prendere in considerazione è il numero di professionisti sanitari per 1.000

¹⁶⁰ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale: pag. 6. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/personale/PersonaleSSN_marzo_2023.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

abitanti. Al di là del dato nazionale (2,11 medici e 5,06 infermieri), le differenze regionali sono molto rilevanti, in particolare per il personale infermieristico, quello maggiormente sacrificato nelle Regioni in Piano di rientro.

- I benchmark internazionali relativi a medici e infermieri sulla base dei dati OCSE riflettono esclusivamente il numero totale di professionisti indipendentemente dalla loro appartenenza o meno al SSN e collocano il nostro Paese poco sopra la media OCSE per i medici e molto al di sotto per il personale infermieristico, restituendo di conseguenza un rapporto infermieri/medici tra i più bassi d'Europa.
- Benchmark internazionali e analisi dei dati nazionali confermano una grave carenza di personale infermieristico e un gap rilevante tra i medici attivi e quelli della “forza lavoro” del SSN.

6.3. Medici di Medicina Generale

Ogni cittadino iscritto al SSN ha diritto a un medico di medicina generale (MMG) – cd. medico di famiglia – attraverso il quale può accedere a tutti i servizi e prestazioni inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)¹⁶¹. Il MMG non è un medico dipendente del SSN, ma lavora in convenzione con l'Azienda Sanitaria Locale (ASL): il suo rapporto di lavoro è regolamentato dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), dagli Accordi Integrativi Regionali e dagli Accordi Attuativi Aziendali a livello delle singole ASL.

L'allarme sulla carenza dei MMG oggi riguarda tutte le Regioni e riconosce ragioni diverse: mancata programmazione, pensionamenti anticipati, medici con numeri esorbitanti di assistiti e desertificazione nelle aree disagiate che finiscono per comportare l'impossibilità di trovare un MMG nelle vicinanze del domicilio, con conseguenti disagi e rischi per la salute.

Al fine di comprendere meglio le cause e le dimensioni del fenomeno, sono state analizzate le criticità insite nelle norme che regolano l'inserimento dei MMG nel SSN ed è stata stimata l'entità della carenza attuale e futura di MMG nelle Regioni italiane. Le analisi condotte hanno incontrato tre ostacoli principali. Innanzitutto, i 21 differenti Accordi Integrativi Regionali introducono una grande variabilità nel massimale di assistiti per MMG; in secondo luogo, su carenze e fabbisogni è possibile effettuare solo una stima media regionale, perché la reale necessità di MMG viene determinata da ciascuna ASL sugli ambiti territoriali di competenza; infine, la distribuzione non uniforme degli assistiti in carico ai MMG può sovra- o sotto-stimare il loro reale fabbisogno in relazione alla situazione locale.

6.3.1. Criticità

Massimale di assistiti. Secondo quanto previsto dall'ACN, il numero massimo di assistiti di un MMG è fissato a 1.500: in particolari casi può essere incrementato fino a 1.800, ma molto spesso questo numero viene superato attraverso deroghe disposte dagli Accordi Integrativi Regionali (es. fino a 2.000 nella Provincia autonoma di Bolzano), deroghe locali per indisponibilità di MMG e scelte temporanee del medico (es. extracomunitari senza permesso di soggiorno, non residenti). Parallelamente, altre motivazioni possono determinare un

¹⁶¹ Ministero della Salute. Assistenza Sanitaria di Base. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=4697&lingua=italiano&menu=distrettuale#tab-3. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

numero inferiore di assistiti: autolimitazione delle scelte, MMG con doppio incarico che ne limita le scelte, MMG nel periodo iniziale di attività, esercizio della professione in zone disagiate. Per ciascun MMG il carico potenziale di assistiti rispetto a quello reale restituisce un quadro molto eterogeneo, dove accanto a troppi MMG “ultra-massimalisti” ci sono colleghi con un numero molto basso di assistiti. Il Rapporto Agenas sui MMG relativo all’anno 2021¹⁶² documenta infatti che su 40.250 MMG il 42,1% ha più di 1.500 assistiti; il 36,7% tra 1.001 e 1.500 assistiti; il 13,6% da 501 a 1.000; il 6,2% tra 51 e 500 e l’1,4% meno di 51 (figura 6.14).

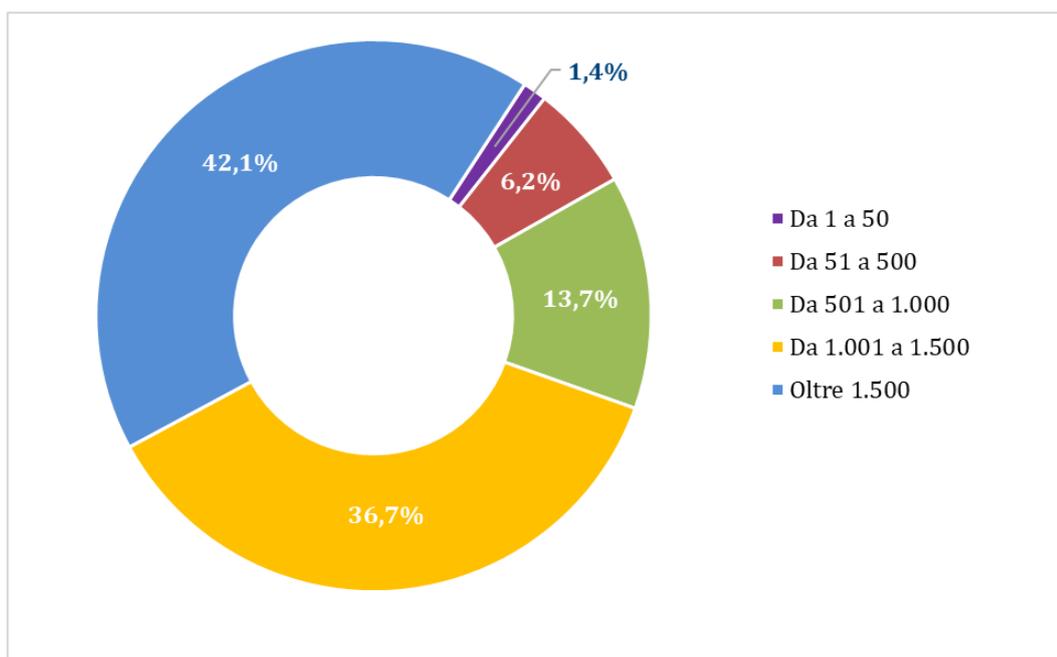


Figura 6.14. MMG per numero di assistiti: percentuale sul totale (dati Agenas, anno 2021)

In particolare, il massimale di 1.500 assistiti viene superato da più di un MMG su due in Campania (52,7%), Valle d’Aosta (58,2%), Veneto (59,8%) e da quasi due su tre nella Provincia autonoma di Bolzano (63,7%), in Lombardia (65,4%) e nella Provincia autonoma di Trento (65,5%) (figura 6.15), con evidente riduzione della qualità dell’assistenza, accendendo “spie rosse” su varie Regioni in relazione a tre criticità: la reale disponibilità di MMG in relazione alla densità abitativa, la capillare distribuzione territoriale e la reale possibilità per i cittadini di esercitare il diritto della libera scelta.

¹⁶² Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Rapporto sui Medici di medicina generale (MMG). Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/mmg/Dati_MMG_Revisione_4.0_full.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

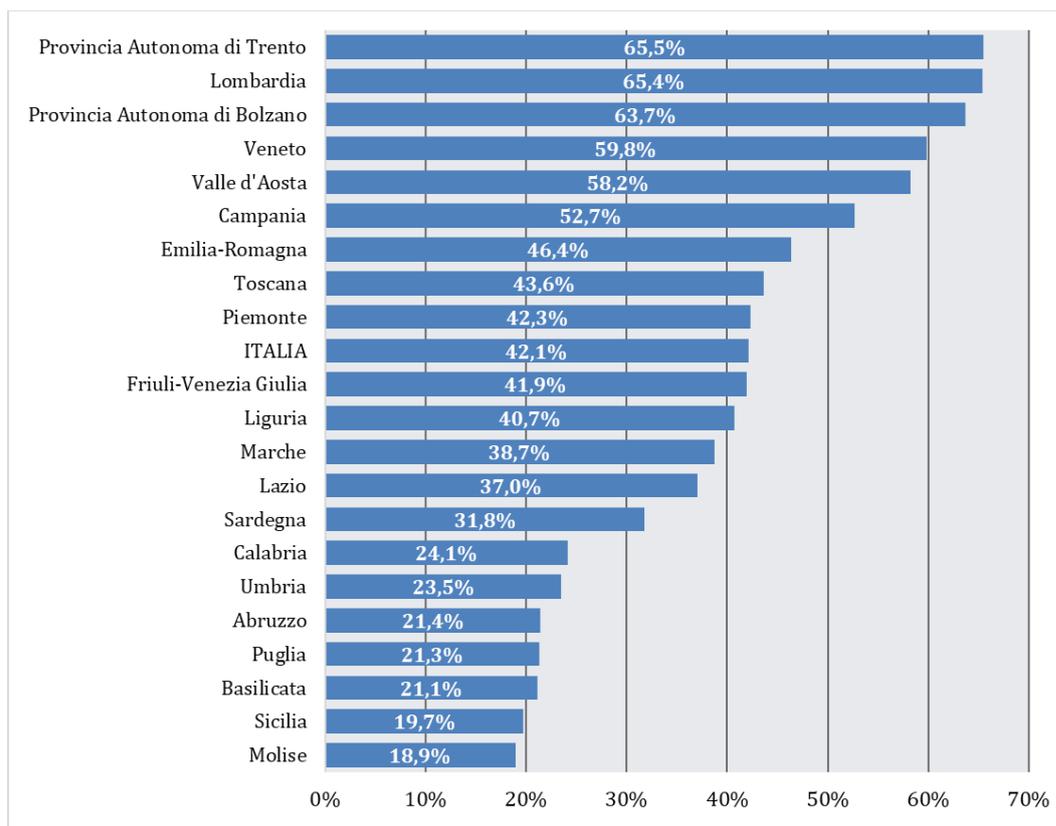


Figura 6.15. MMG con oltre 1.500 assistiti: percentuale sul totale (dati Agenas, anno 2021)

Ambiti territoriali carenti. I nuovi MMG vengono inseriti nel SSN previa identificazione da parte della Regione (o soggetto da questa individuato) delle cosiddette “zone carenti”, ovvero gli ambiti territoriali dove è necessario colmare il fabbisogno e garantire una diffusione capillare dei MMG. Secondo l’ACN per ciascun ambito territoriale può essere iscritto un medico ogni 1.000 residenti o frazione di 1.000 superiore a 500 di età ≥ 14 anni (cd. rapporto ottimale); è inoltre consentita, tramite gli Accordi Integrativi Regionali, una variazione di tale rapporto fino a 1.300 residenti per medico (+30%).

Pensionamenti. Secondo le stime dell’ENPAM¹⁶³, al 31 dicembre 2021 più del 50% dei MMG aveva oltre 60 anni di età ed è, quindi, atteso un pensionamento massivo nei prossimi anni: considerando un’età di pensionamento di 70 anni, entro il 2031 dovrebbero andare in pensione circa 20 mila MMG

Nuovi MMG. Il numero di borse di studio ministeriali destinate al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, dopo un periodo di sostanziale stabilità intorno a 1.000 borse annue (2014-2017), è aumentato, in particolare nel 2021 (n. 3.406) e nel 2022 (n. 3.675) grazie alle risorse dedicate del PNRR (figura 6.16). Tuttavia i nuovi MMG non saranno sufficienti per colmare il ricambio generazionale: in particolare, l’ENPAM stima che il numero dei giovani formati o avviati alla formazione in medicina generale occuperebbe solo il 50% dei posti di MMG lasciati scoperti dai pensionamenti.

¹⁶³ Fondazione ENPAM. Via libera alla norma tampone, medici convenzionati in servizio fino a 72 anni. Disponibile a: www.enpam.it/2023/via-libera-alla-norma-tampone-medici-convenzionati-in-servizio-fino-a-72-anni. Ultimo accesso, 29 settembre 2023

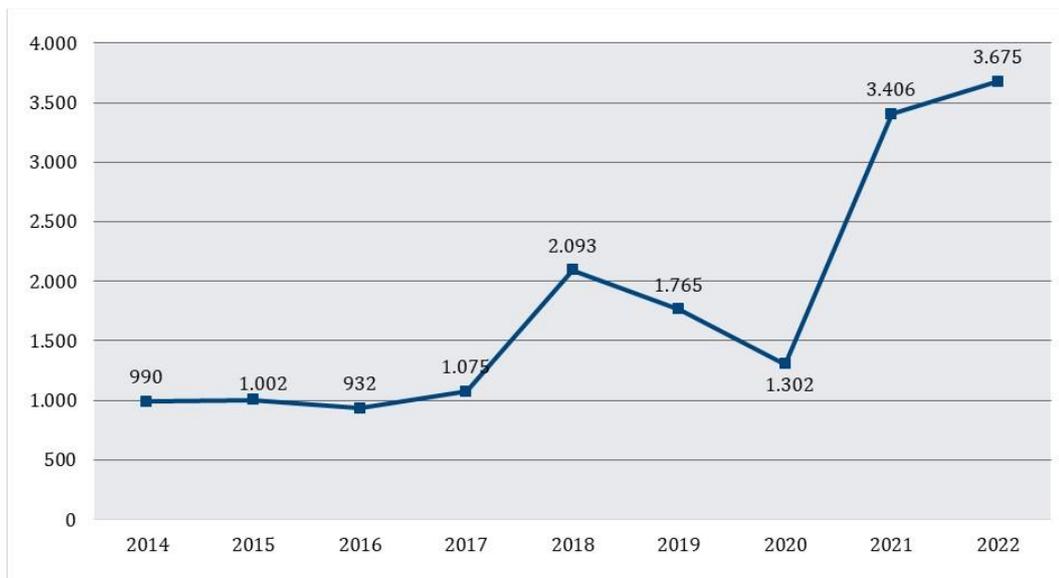


Figura 6.16. Numero di borse di studio ministeriali per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (dati Agenas)

6.3.2. Stima delle carenze attuali e future

Trend 2019-2021 e anzianità di laurea. Dal Rapporto Agenas sui MMG emerge innanzitutto una progressiva diminuzione di quelli in attività: nel 2021 erano 40.250, ovvero 2.178 in meno rispetto al 2019 (-5,4%) con notevoli variabilità regionali (figura 6.17).

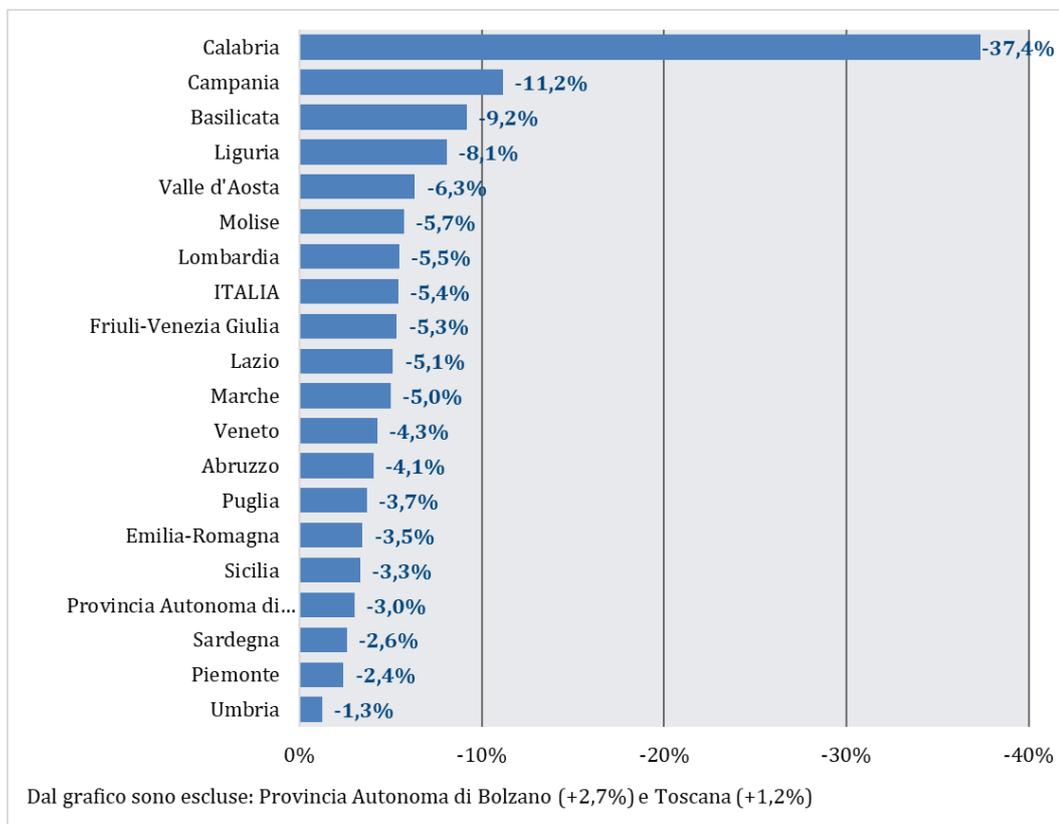


Figura 6.17. Riduzione percentuale del numero di MMG nel 2021 rispetto al 2019 (elaborazione GIMBE su dati Agenas)

Ma è soprattutto il quadro anagrafico a preoccupare, visto che nel 2021 il 75,3% dei MMG in attività aveva oltre 27 anni di anzianità di laurea, con quasi tutte le Regioni del Centro-Sud sopra la media nazionale, anche in conseguenza di politiche sindacali locali che non sempre hanno favorito il ricambio generazionale. In alcune Regioni meridionali la fascia dei MMG più anziani arriva a superare l'80%: Calabria (88,3%), Molise (83,2%), Campania (82,7%), Sicilia (82,6%), Basilicata (82,1%) (figura 6.18).

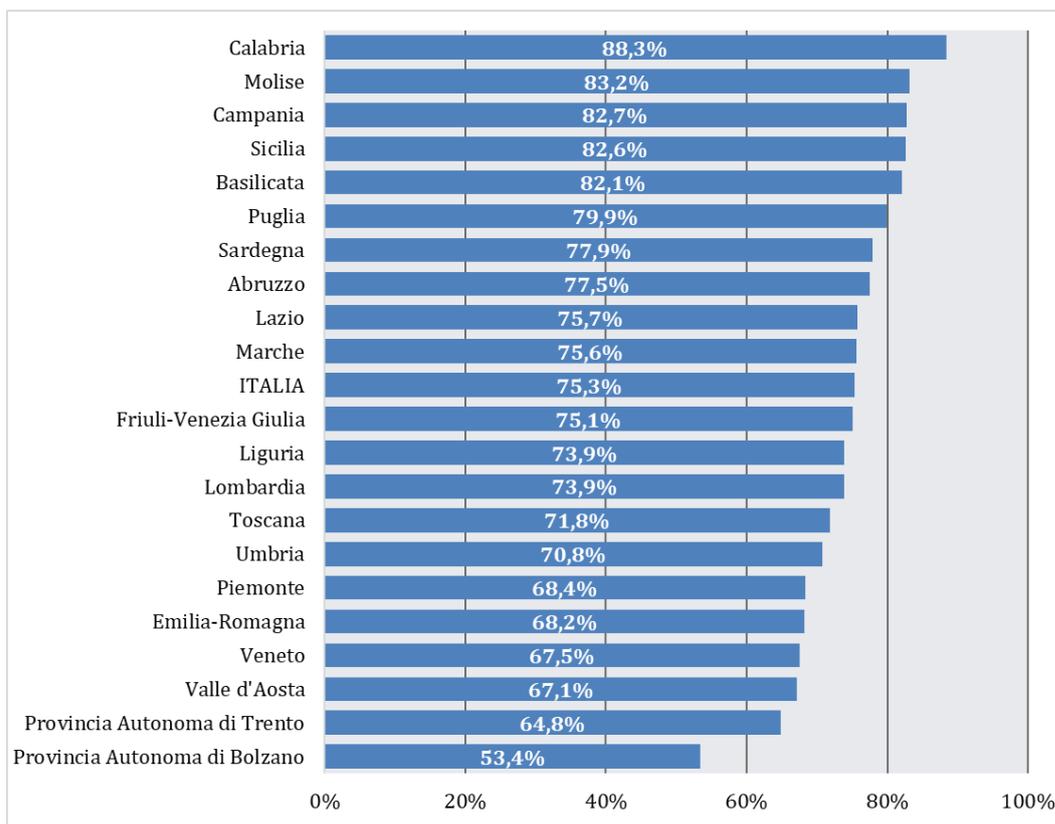


Figura 6.18. MMG con oltre 27 anni di laurea (dati Agenas, percentuale sul totale)

Numero di assistiti per MMG. Secondo le rilevazioni della SISAC¹⁶⁴, al 1° gennaio 2022 39.270 MMG avevano in carico oltre 51,3 milioni di assistiti. In termini assoluti, la media nazionale è di 1.307 assistiti per MMG: dai 1.073 della Sicilia ai 1.461 del Veneto, ai 1.466 della Lombardia, fino ai 1.545 della Provincia autonoma di Bolzano (figura 6.19).

¹⁶⁴ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Numero medici al 1° gennaio 2022. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 29 settembre 2023

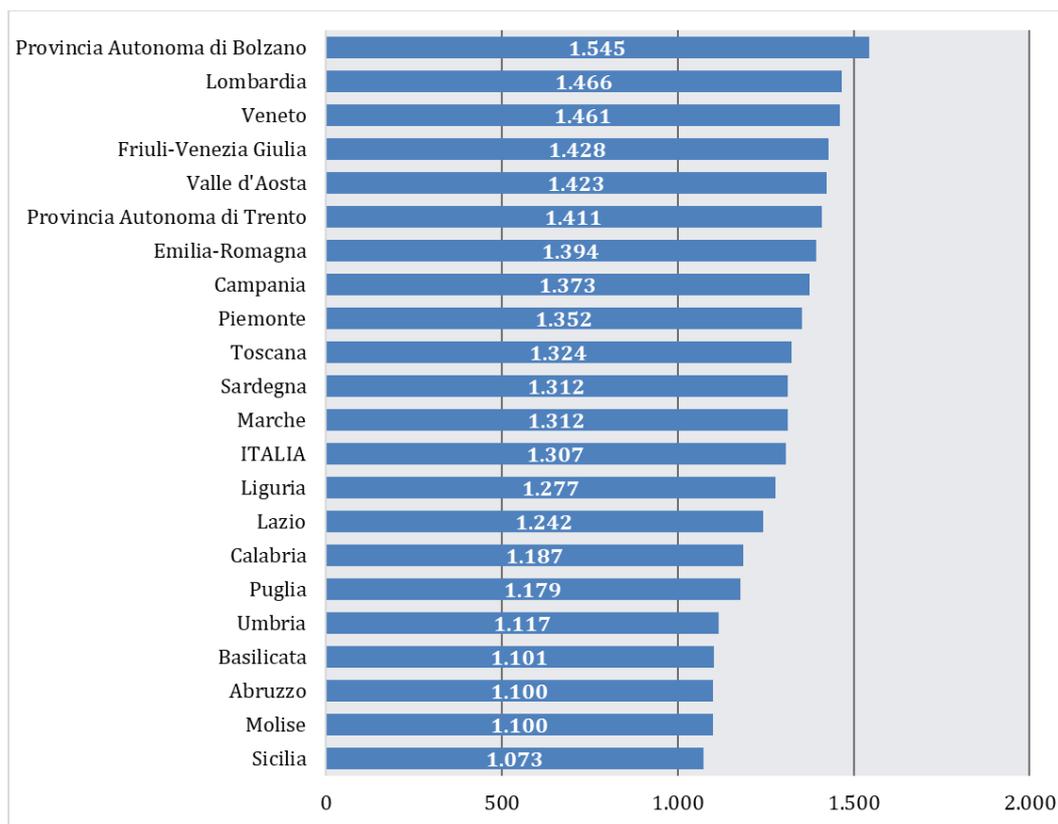


Figura 6.19. Numero medio di assistiti per MMG al 1° gennaio 2022 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Tuttavia lo scenario è molto più critico di quanto lascino trasparire i numeri: infatti, con l'attuale livello di saturazione vengono meno il principio della libera scelta e la distribuzione capillare dei MMG in relazione alla densità abitativa. Di conseguenza, è spesso impossibile trovare disponibilità di un MMG vicino casa, non solo nelle cosiddette aree desertificate (zone a bassa densità abitativa, con condizioni geografiche disagiate, rurali e periferiche) dove i bandi per gli ambiti territoriali carenti vanno spesso deserti, ma anche nelle grandi città.

Fabbisogno di MMG al 1° gennaio 2022. Le criticità sopra rilevate permettono solo di stimare il fabbisogno medio regionale di MMG in relazione al numero di assistiti, in quanto la necessità di ciascun ambito territoriale carente viene identificato dalle ASL secondo variabili locali. Se l'obiettivo è garantire la qualità dell'assistenza, la distribuzione capillare in relazione alla densità abitativa, la prossimità degli ambulatori e l'esercizio della libera scelta, non si può far riferimento al massimale delle scelte per stimare il fabbisogno di MMG. Di conseguenza la Fondazione GIMBE, ritenendo accettabile un rapporto di 1 MMG ogni 1.250 assistiti (valore medio tra il massimale di 1.500 e l'attuale rapporto ottimale di 1.000) e utilizzando le rilevazioni SISAC al 1° gennaio 2022, stima una carenza di 2.876 MMG, con situazioni più critiche nelle grandi Regioni del Nord: Lombardia (-1.003), Veneto (-482), Emilia-Romagna (-320), Piemonte (-229), oltre che in Campania (-349) (figura 6.20).

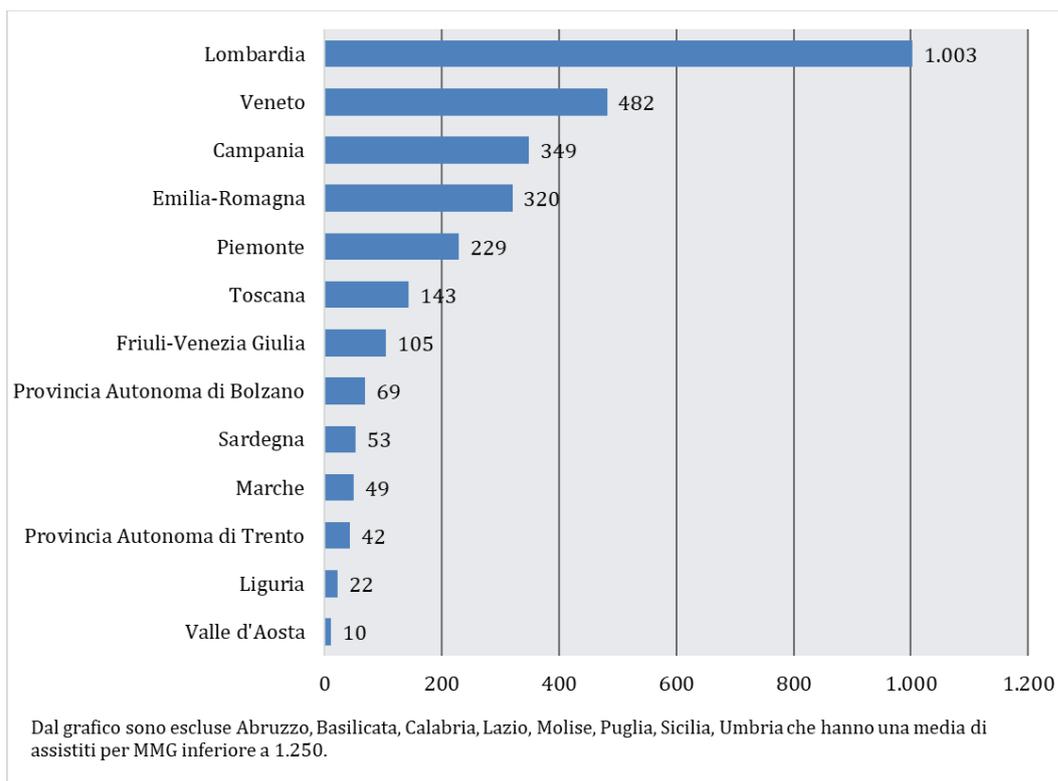


Figura 6.20. Stima del numero di MMG mancanti al 1° gennaio 2022 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Proiezione MMG al 2025. Tenendo conto dei pensionamenti attesi e delle borse di studio per il Corso di Formazione in Medicina Generale, i dati Agenas (dove mancano le stime per la Provincia autonoma di Bolzano) dimostrano che nel 2025 il numero dei MMG diminuirà di 3.452 unità rispetto al 2021, con nette differenze regionali (figura 6.21).

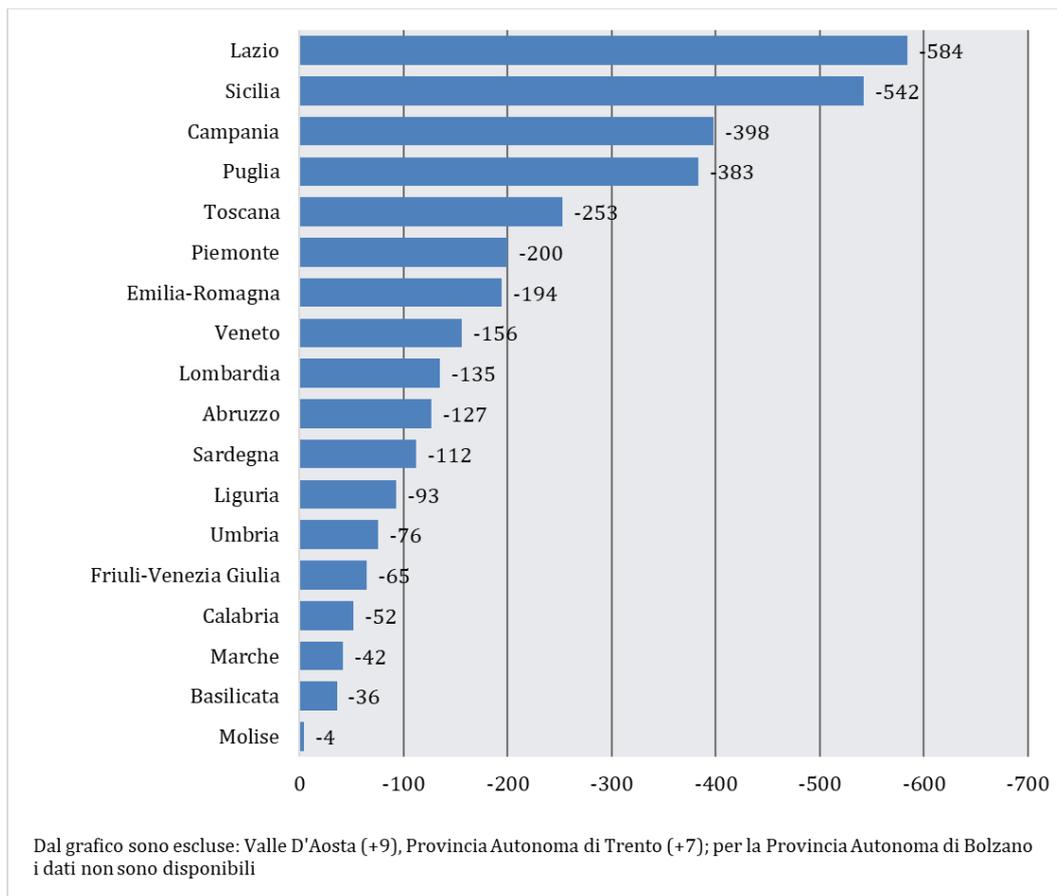


Figura 6.21. Stima riduzione del numero di MMG nel 2025 vs 2021 (elaborazione GIMBE su dati Agenas)

In particolare, nel 2025 saranno alcune Regioni del Centro-Sud a scontare la maggior riduzione di MMG: Lazio (-584), Sicilia (-542), Campania (-398), Puglia (-383). L'entità della riduzione stimata da Agenas è peraltro sottostimata per almeno due ragioni: innanzitutto, non tiene conto che i medici attualmente iscritti al Corso di Formazione in Medicina Generale possono acquisire già durante la frequenza del corso sino a 1.000 scelte; in secondo luogo perché molti MMG vanno in pensione prima dei 70 anni.

In conclusione, la progressiva carenza di MMG consegue sia ad errori di programmazione per garantire il ricambio generazionale, in particolare la mancata sincronia nel bilanciare pensionamenti attesi e finanziamento delle borse di studio, sia a politiche sindacali non sempre lineari. È evidente che le soluzioni "tampone" attuate dal Governo con il Decreto Milleproroghe (innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni) e dalle Regioni (aumento del massimale) non risolvono certo il problema.

Per contrastare attivamente la progressiva carenza di MMG è necessario mettere in atto una strategia multifattoriale: adeguata programmazione del fabbisogno, tempestiva pubblicazione da parte delle Regioni dei bandi per le borse di studio, attuazione di modelli organizzativi che valorizzino il lavoro in team, piena implementazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina), allineamento degli accordi sindacali ai reali bisogni della popolazione. Guardando ai numeri, infatti, le previsioni dimostrano che i MMG saranno sempre meno nei prossimi anni: una "desertificazione" che lascerà scoperte milioni di persone con conseguenze sempre più rilevanti per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e soprattutto per la salute della popolazione, in particolare gli anziani e i fragili.

6.4. Pediatri di Libera Scelta

Il Pediatra di Libera Scelta (PLS) – cd. pediatra di famiglia – è il medico preposto alla tutela della salute di bambini e ragazzi tra 0 e 14 anni. Ad ogni bambino, sin dalla nascita, deve essere assegnato un PLS per accedere a servizi e prestazioni inclusi nei LEA e garantiti dal SSN¹⁶⁵. L'allarme sulla carenza dei PLS oggi riguarda tutte le Regioni, da Nord a Sud, con narrative dove s'intrecciano questioni burocratiche, mancanza di risposte da parte delle ASL, pediatri con numeri esorbitanti di assistiti, sino all'impossibilità di esercitare il diritto d'iscrivere i propri figli al PLS con potenziali rischi per la salute, in particolare dei più piccoli e dei più fragili.

Al fine di comprendere meglio le cause e le dimensioni del fenomeno, sono state analizzate le criticità insite nelle norme che regolano l'inserimento dei PLS nel SSN ed è stata stimata l'entità della carenza di PLS nelle diverse Regioni italiane. È bene precisare tre aspetti fondamentali. Innanzitutto le regole sulle fasce di età di assistenza esclusiva dei minori, quelle per definire il "massimale" degli assistiti e quelle per identificare le aree carenti di pediatri, sono frutto di compromessi con i MMG, oltre che delle politiche sindacali degli stessi PLS. In secondo luogo, su carenze e fabbisogno è possibile solo fare stime a livello regionale, perché la reale necessità di PLS viene stimata dalle singole ASL. Infine, sui numeri relativi ai nuovi specialisti in pediatria che intraprendono la carriera di PLS e su quelli che vanno in pensione possono solo essere fatte delle stime indicative.

6.4.1. Criticità attuali

Fasce di età. Sino al compimento del 6° anno di età i bambini devono essere assistiti per legge da un PLS, mentre tra i 6 e 14 anni i genitori possono scegliere tra PLS e MMG. Al compimento dei 14 anni la revoca del PLS è automatica, tranne per pazienti con documentate patologie croniche o disabilità per i quali può essere richiesta una proroga fino al compimento del 16° anno. Queste regole, se da un lato contrastano con la definizione di PLS come medico preposto alla tutela della salute di bambini e ragazzi tra 0 e 14 anni, dall'altro rappresentano un enorme ostacolo per un'accurata programmazione del fabbisogno di PLS. Infatti, secondo i dati ISTAT al 1° gennaio 2022, la fascia 0-5 anni (iscrizione obbligatoria al PLS) include più di 2,6 milioni di bambini e quella 6-13 anni (iscrizione facoltativa al PLS) quasi 4,3 milioni: ovvero oltre il 62% della fascia 0-13 anni potrebbe iscriversi ad un MMG in base alle preferenze dei genitori.

Massimale di assistiti. Secondo quanto previsto dal Ministero della Salute, il numero massimo di assistiti di un PLS è fissato a 800, ma esistono varie deroghe nazionali, regionali e locali che portano spesso a superare i 1.000 iscritti: indisponibilità di altri pediatri del territorio, fratelli di bambini già in carico ad un PLS, scelte temporanee (es. extracomunitari senza permesso di soggiorno, non residenti). In tal senso le politiche sindacali locali hanno sempre mirato ad innalzare il massimale dei PLS già in attività, piuttosto che favorire l'inserimento di nuovi colleghi.

Zone carenti. I nuovi PLS vengono inseriti nel SSN previa identificazione da parte della Regione (o soggetto da questa individuato) delle cosiddette "zone carenti", ovvero gli ambiti territoriali in cui occorre colmare un fabbisogno assistenziale e garantire una diffusione

¹⁶⁵ Ministero della Salute. Assistenza sanitaria di base. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=4697&lingua=italiano&menu=distrettuale#tab-3. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

capillare di PLS. Attualmente, tuttavia, la necessità della zona carente viene calcolata solo sulla fascia di età 0-6 anni sulla base di un rapporto ottimale di 1 PLS ogni 600 bambini. È del tutto evidente che questo metodo di calcolo sottostima il fabbisogno di PLS: paradossalmente, facendo riferimento alle regole vigenti, i PLS sarebbero addirittura in esubero perché il loro fabbisogno viene stimato solo per i piccoli sino al compimento dei 6 anni, mentre di fatto assistono oltre l'80% di quelli della fascia 6-13 anni. Va segnalato che l'Atto di indirizzo inerente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG e i PLS¹⁶⁶ propone di rivedere il calcolo del rapporto ottimale tenendo conto degli assistibili di età 0-14 anni, decurtati dagli assistiti di età >6 anni in carico ai MMG e di innalzare il massimale da 800 a 1.000 assistiti.

Pensionamenti. Secondo le stime dell'ENPAM al 31 dicembre 2021 più del 50% dei PLS aveva oltre 60 anni di età ed è quindi atteso un pensionamento massivo nei prossimi anni: ovvero, considerando una età di pensionamento di 70 anni, entro il 2031 dovrebbero andare in pensione circa 3.500 PLS¹⁶⁷.

Nuovi pediatri. Il numero di borse di studio ministeriali per la scuola di specializzazione in pediatria, dopo un decennio di sostanziale stabilità, è nettamente aumentato negli ultimi 5 anni: dai 440 nell'anno accademico 2016-2017 a 841 nel 2021-2022, con un picco di 973 nell'anno accademico 2020-2021 (figura 6.22).

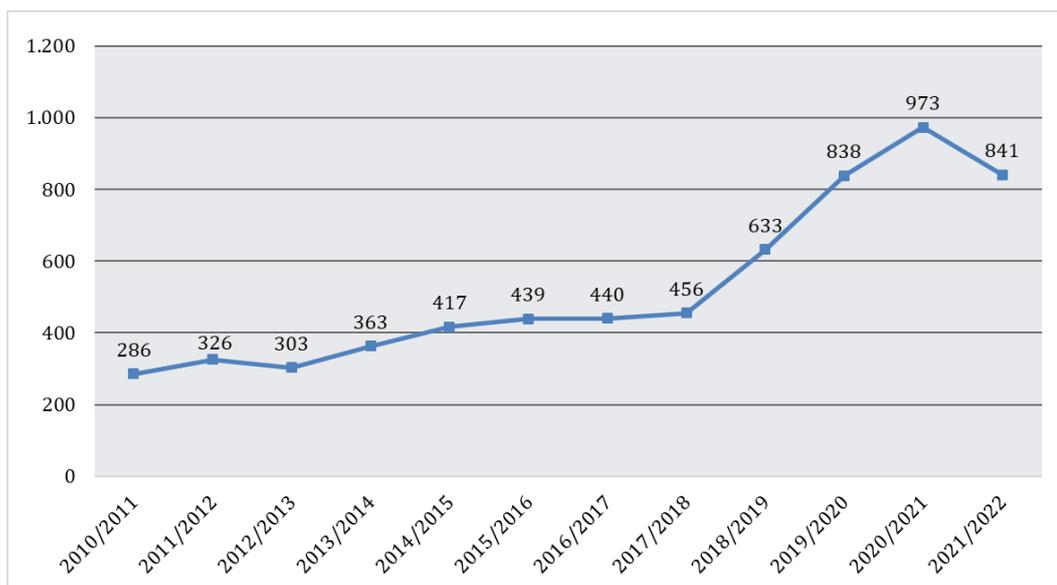


Figura 6.22. Numero di borse di studio ministeriali per la specializzazione in pediatria per anno accademico (dati Ministero dell'Università e della Ricerca)

Tuttavia se da un lato è impossibile sapere quanti specializzandi in pediatria sceglieranno la carriera di PLS e quanti quella ospedaliera, dall'altro è certo che i nuovi pediatri non saranno comunque sufficienti per colmare il ricambio generazionale. In particolare, l'ENPAM stima che

¹⁶⁶ Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Atto di indirizzo inerente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1675182200.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁶⁷ Fondazione ENPAM. Via libera alla norma tampone, medici convenzionati in servizio fino a 72 anni. Disponibile a: www.enpam.it/2023/via-libera-alla-norma-tampone-medici-convenzionati-in-servizio-fino-a-72-anni. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

il numero dei giovani formati o avviati alla formazione specialistica coprirebbe solo il 50% dei posti di PLS necessari.

6.4.2. Carenze e fabbisogno di pediatri

Trend 2019-2021. Secondo l'ultimo aggiornamento del report Agenas¹⁶⁸, nel 2021 in Italia i PLS in attività erano 7.022, ovvero 386 in meno rispetto al 2019 (-5,5%). Inoltre, secondo quanto riportato dall'Annuario Statistico del SSN 2021¹⁶⁹, i PLS con oltre 23 anni di specializzazione sono passati dal 39% nel 2009 all'80% nel 2021 (figura 6.23). Un dato che aggiunge alla carenza di PLS il mancato ricambio generazionale, che con i pensionamenti dei prossimi anni rischia di creare un vero e proprio "baratro" dell'assistenza pediatrica.

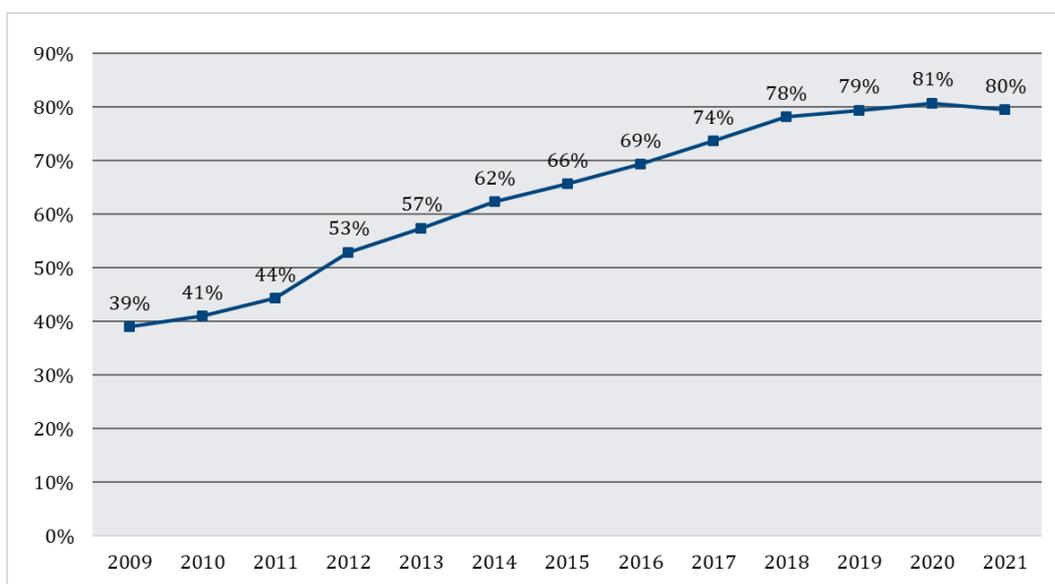


Figura 6.23. PLS con oltre 23 anni di specializzazione (percentuale sul totale) per anno (dati Mds)

Numero di assistiti per PLS. Secondo le rilevazioni della SISAC¹⁷⁰, al 1° gennaio 2022 6.921 PLS avevano in carico quasi 6,2 milioni di iscritti, di cui il 42,3% (2,62 milioni) della fascia 0-5 anni e il 57,7% (3,58 milioni) della fascia 6-13 anni (pari all'83,3% della popolazione ISTAT al 1° gennaio 2022 di questa fascia di età). In termini assoluti, la media nazionale è di 896 assistiti per PLS e a livello regionale solo Umbria (784), Sardegna (788), Sicilia (792) e Molise (798) rimangono al di sotto del massimale senza deroghe; 17 Regioni superano invece la media di 800 assistiti per PLS, di cui Piemonte (1.092), Provincia autonoma di Bolzano (1.060) e Toscana (1.057) vanno oltre la media di 1.000 assistiti per PLS (figura 6.24).

¹⁶⁸ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/personale/PersonaleSSN_marzo_2023.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁶⁹ Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3299_allegato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁷⁰ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Numero medici al 1° gennaio 2022. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 29 settembre 2023

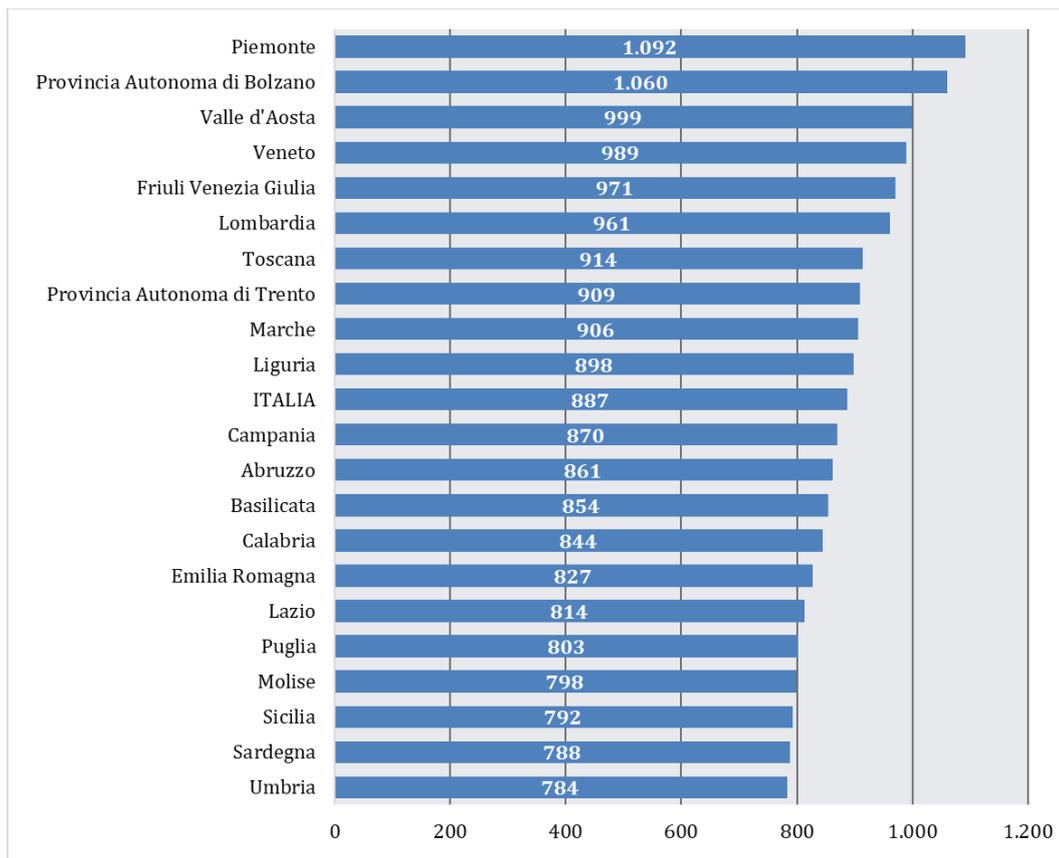


Figura 6.24. Numero medio di assistiti per PLS al 1° gennaio 2022 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Lo scenario, analogamente a quello dei MMG, è molto più critico di quanto lasciano trasparire i numeri: infatti, con un tale livello di saturazione non solo viene meno il principio della libera scelta, ma in alcune Regioni diventa impossibile trovare disponibilità di PLS, in particolare nelle aree interne o disagiate dove i bandi per le zone carenti vanno spesso deserti.

Fabbisogno di PLS. Le criticità sopra rilevate permettono solo di stimare il fabbisogno di PLS in base al numero di assistiti attuali a livello regionale, in quanto la necessità di ciascuna zona carente viene identificata dalle ASL in relazione a numerose variabili locali, previa consultazione con i sindacati. Utilizzando i dati SISAC al 1° gennaio 2022 e ipotizzando una media di 800 assistiti a PLS (pari all'attuale tetto massimo), si stima a livello nazionale una carenza di 840 PLS, con notevoli differenze regionali (figura 6.25). Tuttavia, sulla base di una media di 700 assistiti per PLS, realmente adeguata a garantire un reale esercizio della libera scelta, ne mancherebbero addirittura 1.935.

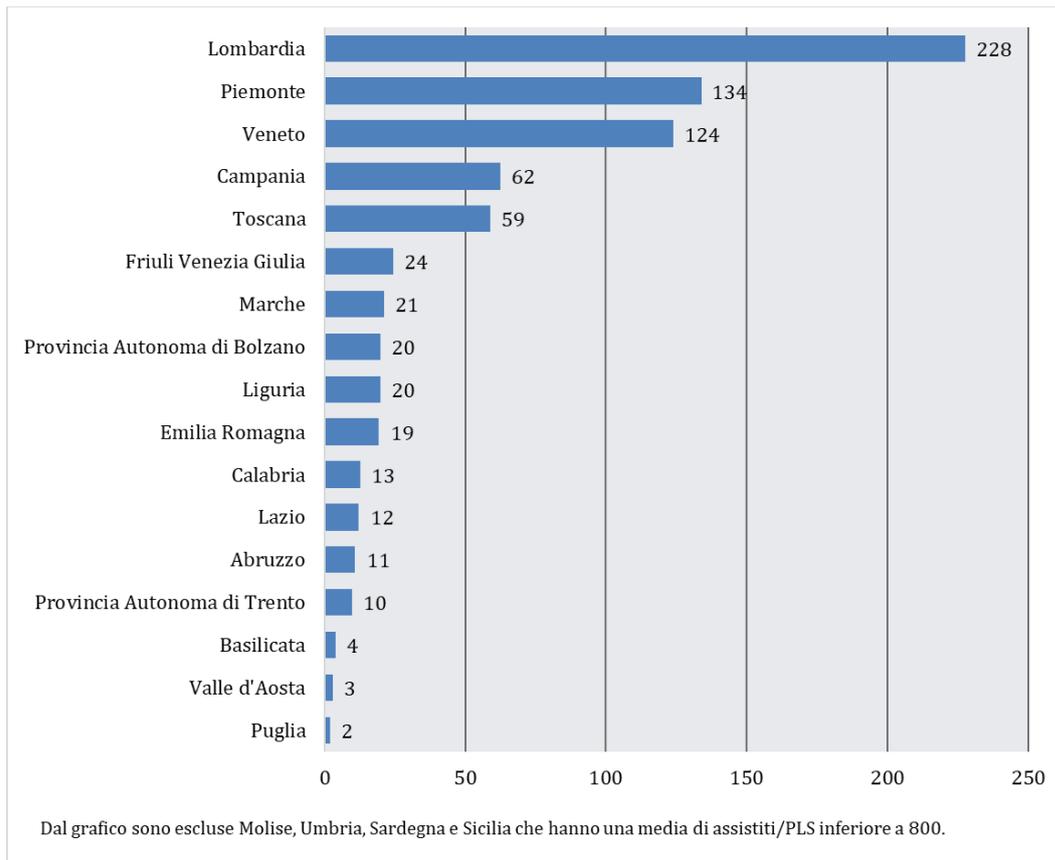


Figura 6.25. Stima del numero PLS mancanti al 1° gennaio 2022 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

In conclusione, la carenza di PLS deriva anzitutto da errori di programmazione del fabbisogno, in particolare la mancata sincronia nel bilanciare pensionamenti attesi e borse di studio per la scuola di specializzazione, ma rimane anche fortemente condizionata sia da miopi politiche sindacali, sia da variabili locali non sempre prevedibili che rendono difficile calcolarne il fabbisogno. È evidente che le soluzioni “tamponate” attuate dal Governo con il Decreto Milleproroghe (innalzamento dell’età pensionabile a 72 anni) e dalle Regioni (aumento del massimale) non risolvono certo il problema.

In tal senso servono un’adeguata programmazione, modelli organizzativi che puntino sul lavoro di team, grazie anche alle Case della Comunità e alla telemedicina, oltre che accordi sindacali in linea con i reali bisogni della popolazione: perché guardando ai numeri di pensionamenti attesi e dei nuovi pediatri è ragionevolmente certo che nei prossimi anni la carenza non potrà che acuirsi ulteriormente.

CAPITOLO 7

La Missione Salute del PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si articola in sedici componenti, raggruppate in sei Missioni. Presentato alla Commissione Europea il 30 aprile 2021, il PNRR (denominato “Italia Domani”) è stato formalmente approvato il 13 luglio 2021. L’Italia si colloca tra gli Stati dell’Unione Europea che più beneficeranno del PNRR con un finanziamento di € 191,5 miliardi, tra sovvenzioni e prestiti e, di questi, l’8,16% è destinato alla Missione 6 Salute.

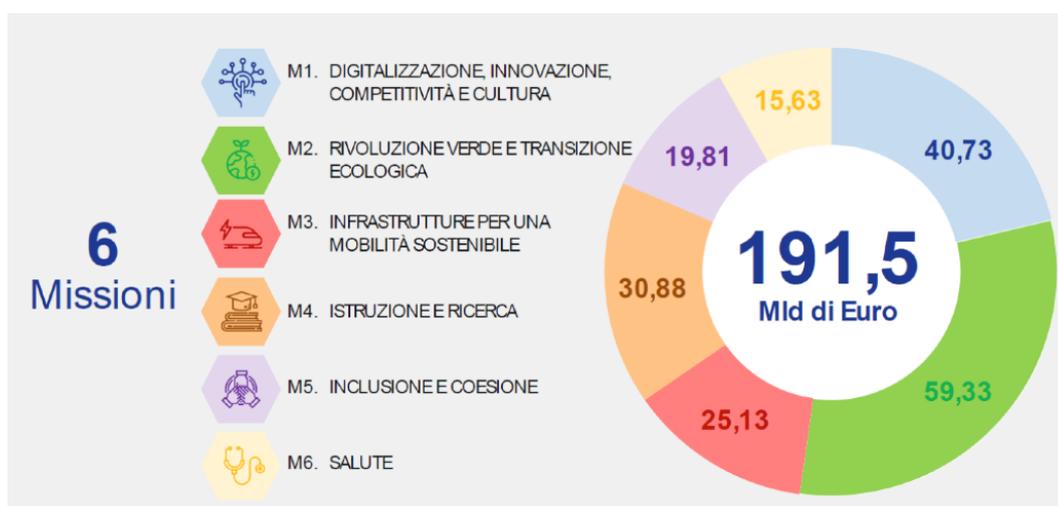


Figura 7.1. Missioni e risorse del PNRR¹⁷¹

Alla Missione Salute sono stati assegnati dal PNRR € 15,63 miliardi ai quali si aggiungono altre risorse per un totale di € 20,9 miliardi (tabella 7.1). In dettaglio:

- € 2,89 miliardi del Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC) istituito dal Governo per integrare e potenziare i contenuti del PNRR. Di questi € 2,39 miliardi sono assegnati al Ministero della Salute¹⁷² con le seguenti destinazioni:
 - € 500 milioni per il capitolo “Salute, ambiente, biodiversità e clima”
 - € 1,45 miliardi per il programma “Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile”
 - € 437 milioni per l’Ecosistema innovativo della salute
- Gli altri € 500 milioni sono destinati al Ministero dell’Università per Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale¹⁷³.

¹⁷¹ Governo Italiano. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza “Italia Domani”. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/dam/soegi-ng/documenti/PNRR%20Aggiornato.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023

¹⁷² Ministero della Salute. Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cos’è la Missione Salute. Aprile 2022. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁷³ Ministero dell’Università e della Ricerca. Piano nazionale complementare. Disponibile a: www.mur.gov.it/it/aree-tematiche/ricerca/pnc-piano-nazionale-complementare. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

- € 1,71 miliardi del *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* (REACT-EU)¹⁷⁴, linea di finanziamento dell'Unione Europea per sostenere la ripresa negli Stati membri dopo la pandemia da COVID-19, di cui:
 - € 1,1 miliardi per le spese straordinarie relative all'assunzione a tempo determinato di personale sanitario impegnato nel contrasto della pandemia
 - € 400 milioni per l'acquisto di vaccini anti-SARS-CoV-2 e di farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19
 - € 210 milioni per l'aumento dei contratti di formazione dei medici specializzandi
- € 625 milioni per il Programma Nazionale Equità nella Salute¹⁷⁴ finanziato attraverso il programma di coesione dell'UE destinato a potenziare la salute in sette Regioni del Mezzogiorno.

Investimento	Miliardi
Missione Salute	€ 15,63
Componente 1	€ 7,00
Componente 2	€ 8,63
Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC)	€ 2,89
Programma "Salute, ambiente, biodiversità e clima" ^a	€ 0,50
Programma "Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile" ^a	€ 1,45
Ecosistema innovativo della salute ^a	€ 0,44
Ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale ^b	€ 0,50
<i>Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe (REACT-EU)</i>	€ 1,71
Spese straordinarie relative all'assunzione a tempo determinato di personale sanitario impegnato nel contrasto della pandemia	€ 1,10
Acquisto di vaccini anti SARS-CoV-2 e di farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19	€ 0,40
Aumento dei contratti di formazione dei medici specializzandi	€ 0,21
Programma Nazionale Equità nella Salute destinato a potenziare la salute in sette Regioni del Mezzogiorno	€ 0,63
TOTALE	€ 20,90
^a Ministero della Salute – ^b Ministero dell'Università e della Ricerca	

Tabella 7.1. Risorse del PNRR e altri finanziamenti nazionali ed europei

Infine, altre tre missioni del PNRR prevedono interventi e investimenti destinati a digitalizzazione della sanità, ricerca biomedica, servizi socio-sanitari e welfare:

- **Missione 1:** € 500 milioni per la digitalizzazione della sanità, oltre a una quota parte di € 2,5 miliardi destinati a infrastrutture digitali, cloud e piena interoperabilità dei dati.
- **Missione 4:** € 1,81 miliardi per il Fondo per il Programma Nazionale della Ricerca e i Progetti PRIN per la ricerca biomedica¹⁷⁵.
- **Missione 5:** € 2,25 miliardi per servizi socio-sanitari e welfare.

¹⁷⁴ Ministero della Salute. Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cos'è la Missione Salute. Aprile 2022. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁷⁵ Ministero dell'Università e della Ricerca. Dalla ricerca all'impresa. Disponibile a: www.mur.gov.it/it/pnrr/misure-e-componenti/dalla-ricerca-allimpresa. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

7.1. Struttura, obiettivi e scadenze

La Missione 6 Salute include due componenti:

- M6C1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- M6C2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN

Per una più agevole rappresentazione descrittiva e grafica, nel presente Rapporto la componente 2 viene riportata separatamente per le due linee di investimento:

- 2a. Aggiornamento tecnologico e digitale
- 2b. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

Ciascuna componente include più investimenti, spesso articolati in sub-investimenti che, a loro volta, possono prevedere un ulteriore dettaglio di spesa qui non riportato.

7.1.1. Componente 1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

La Componente 1 si pone i seguenti obiettivi generali:

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
- Sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

Per il raggiungimento di tali obiettivi la Componente 1 prevede la "Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima" e tre investimenti per un totale di € 7 miliardi (figura 7.2):

- 1.1. Case della Comunità (CdC) e presa in carico della persona (€ 2 miliardi)
- 1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina (€ 4 miliardi), articolato in 3 sub-investimenti
- 1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture: Ospedali di Comunità (OdC) (€ 1 miliardo)

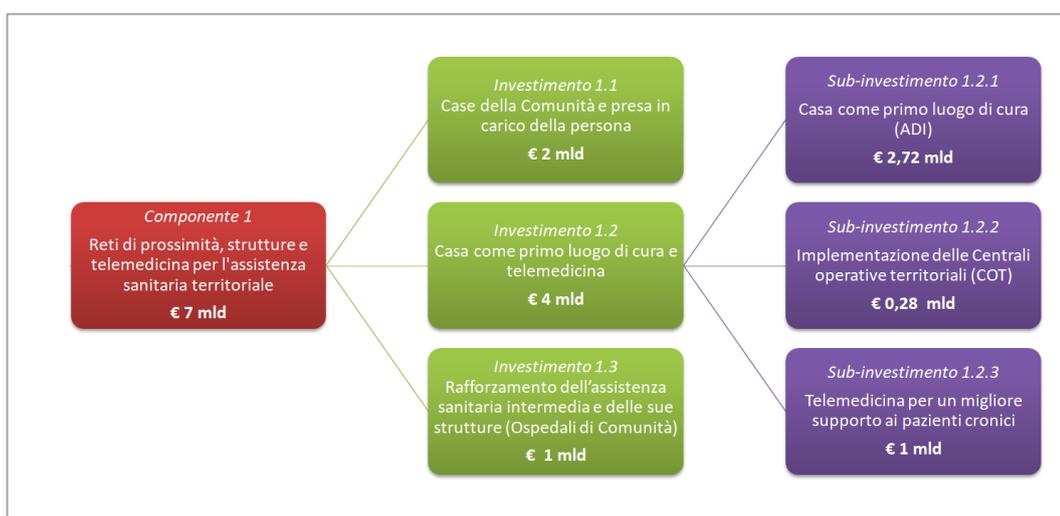


Figura 7.2. Missione Salute: Investimenti e sub-investimenti della Componente 1

Vengono riportati nella tabella 7.2 milestone (M) e target (T) della Componente 1 con le relative scadenze europee (in verde quelle già raggiunte).

Riforma 1. Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C1-1	M	Entrata in vigore del DM decreto ministeriale che prevede la riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria	30/06				
Investimento 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C1-2	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo	30/06				
M6C1-3	T	Almeno 1.350 Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche					30/06
Investimento 1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C1-4	M	Approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'implementazione dell'assistenza domiciliare	30/06				
M6C1-5	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo	30/06				
M6C1-8	M	Almeno un progetto di telemedicina per Regione (Progetti attuati nella singola Regione o nell'ambito di consorzi tra Regioni)		31/12			
M6C1-7	T	Almeno 600 Centrali operative territoriali (COT) pienamente funzionanti			30/06		
M6C1-9	T	Almeno 200.000 persone assistite con strumenti di telemedicina				31/12	
M6C1-6	T	Almeno 800.000 nuovi pazienti in più che ricevono assistenza domiciliare					30/06
Investimento 1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C1-10	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo	30/06				
M6C1-11	T	Almeno 381 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche					30/06

Tabella 7.2. Missione Salute: target, milestone e scadenze della Componente 1

7.1.2. Componente 2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

La Componente 2 si pone i seguenti obiettivi generali:

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

Per il raggiungimento di tali obiettivi la Componente 2 prevede la riforma "Revisione e aggiornamento dell'assetto regolamentare degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute" e cinque investimenti per un totale di € 8,62 miliardi.

Componente 2a. Tre investimenti sono relativi alla componente 2a. Aggiornamento tecnologico e digitale (figura 7.3):

- 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (€ 4,05 miliardi), articolato in tre sub-investimenti.
- 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile (€ 1,64 miliardi).
- 1.3 Rafforzamento infrastruttura tecnologica e strumenti per raccolta, elaborazione, analisi dati e simulazione (€ 1,67 miliardi), articolato in due sub-investimenti.

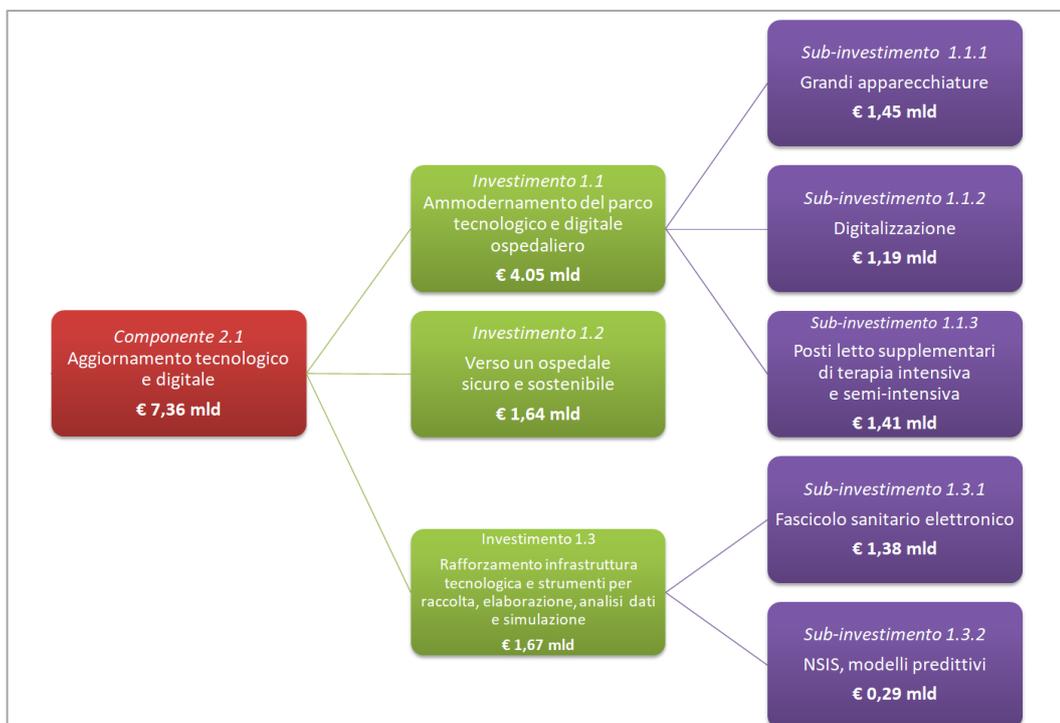


Figura 7.3. Missione Salute: Investimenti e sub-investimenti della Componente 2a

Vengono riportati nella tabella 7.3 milestone e target della Componente 2a con le relative scadenze europee (in verde quelle già raggiunte).

Riforma 1. Revisione e aggiornamento dell'assetto regolamentare degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C2-1	M	Entrata in vigore del decreto legislativo sul riordino della disciplina degli IRCCS	31/12				

Investimento 1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero								
N°	M/T	Descrizione	2021	2022	2023	2024	2025	2026
M6C2-4	M	Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni	31/12					
M6C2-5	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo		30/06				
M6C2-7	M	Aggiudicazione di tutti gli appalti pubblici		31/12				
M6C2-6	T	Operatività di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie				31/12		
M6C2-8	T	Digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello					31/12	
M6C2-9	T	Attivazione di almeno ulteriori 7.700 posti letto di terapia intensiva (stima 3.500) e semi-intensiva (stima 4.225)						30/06

Investimento 1.2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C2-10	T	Completamento di almeno 109 interventi antisismici nelle strutture ospedaliere					30/06

Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C2-11	T	Almeno l'85% dei medici di base alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)				31/12	
M6C2-12	M	Sistema della tessera di assicurazione malattia e infrastruttura per l'interoperabilità del FSE pienamente operativi					30/06
M6C2-13	T	Tutte le Regioni adottano e utilizzano il FSE					30/06

Tabella 7.3. Missione Salute: target, milestone e scadenze della Componente 2a

Componente 2b. La Componente 2b Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico prevede due investimenti (figura 7.4):

- 2.1. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN (€ 0,52 miliardi), articolato in tre sub-investimenti.
- 2.2. Sviluppo competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale SSN (€ 0,74 miliardi), articolato in tre sub-investimenti.

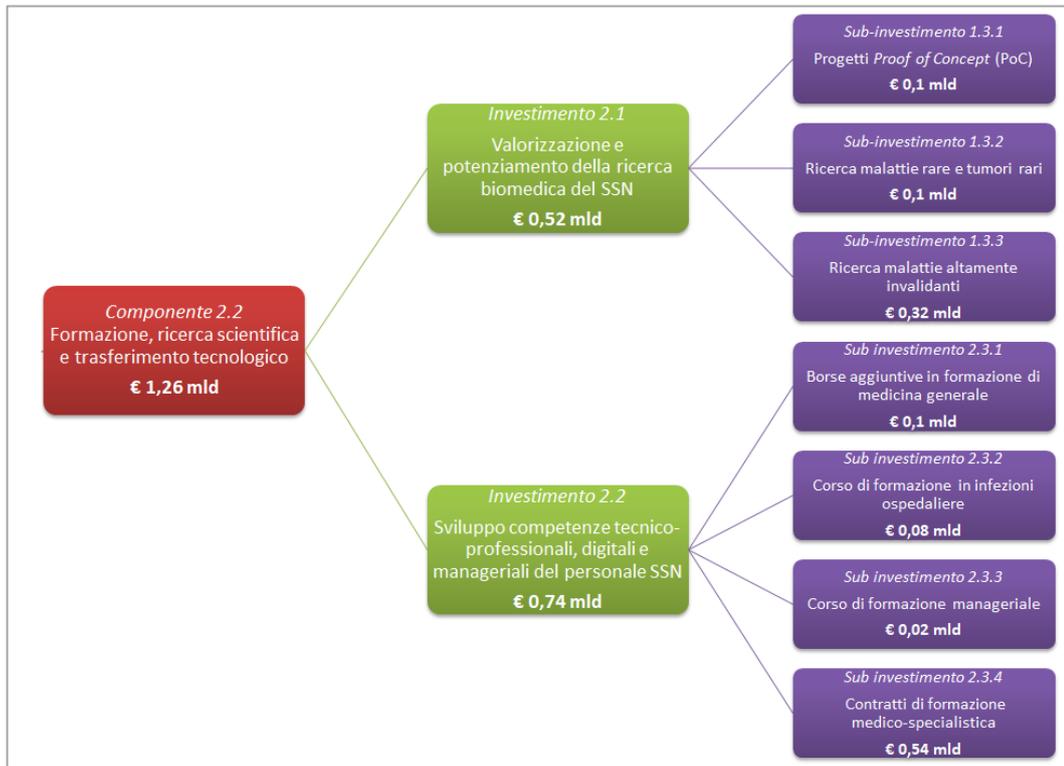


Figura 7.4. Missione 6: Investimenti e sub-investimenti della Componente 2b

Vengono riportati nella tabella 7.4 milestone e target della Componente 2b con le relative scadenze europee (in verde quelle già raggiunte).

Investimento 2.1. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C2-2	T	Assegnazione risorse ai 100 progetti di ricerca su tumori rari e malattie rare				31/12	
M6C2-3	T	Assegnazione risorse ai 324 progetti di ricerca sulle malattie altamente invalidanti				31/12	

Investimento 2.2. Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C2-14	T	Assegnazione di 1.800 borse di studio per corsi specifici di medicina generale		30/06			
M6C2-15	T	Assegnazione di ulteriori 900 borse di studio per corsi specifici di medicina generale			30/06		
M6C2-16	T	Formazione per l'acquisizione di competenze e abilità di management e digitali per 4.500 professionisti del SSN					30/06
M6C2-17	T	Finanziamento di 4.200 contratti di formazione medica specialistica					30/06

Tabella 7.4. Missione Salute: target, milestone e scadenze della Componente 2b

Rinviando a documenti normativi e analisi istituzionali per approfondire dei vari aspetti correlati alla Missione Salute del PNRR, il presente capitolo si concentra sugli aspetti monitorati dall'Osservatorio GIMBE: le criticità di implementazione della Missione Salute, lo stato di avanzamento della Missione Salute, la rimodulazione della Missione Salute.

7.2. Criticità di attuazione

Sin dall'autunno 2021 la Fondazione GIMBE è impegnata nel monitoraggio indipendente della Missione Salute del PNRR. In occasione di un meeting realizzato nell'autunno 2021 in collaborazione con FIASO e Federsanità¹⁷⁶, sono state identificate – e poi progressivamente estese grazie al confronto con varie categorie di stakeholder – le criticità di attuazione della Missione Salute, in larga parte relative alla Componente 1 e all'attuazione del DM 77/2022.

Differenze regionali. Le disuguaglianze regionali sull'erogazione dei LEA (§ 4.4.2) conseguono a rilevanti differenze di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo che condizionano l'offerta dei 21 servizi sanitari regionali. Di conseguenza, a fronte delle scadenze nazionali di milestone e target, le Regioni non si trovano sulla stessa linea di partenza.

¹⁷⁶ Fondazione GIMBE. Evento "PNRR Missione Salute: opportunità e criticità". Bologna, 23 novembre 2021. Disponibile a: www.gimbe.org/pagine/1248/it/pnrr-missione-salute-opportunit%25C3%25A0-e-criticita%25C3%25A0. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Innanzitutto, per i modelli organizzativi dell'assistenza territoriale: infatti, accanto a Regioni del Nord dove questa è ormai da oltre un decennio strutturata e organizzata con Case della Comunità variamente denominate, nella quasi totalità delle Regioni meridionali il territorio è desertificato e di fatto l'assistenza territoriale coincide con gli ambulatori dei medici di medicina generale. In tal senso utile ribadire che il DM 77 è stato disegnato principalmente sul modello dell'Emilia-Romagna, da cui la maggior parte delle Regioni sono distanti, sia in termini strutturali-organizzativi, sia in termini di accettazione da parte dei professionisti sanitari e di consapevolezza da parte della popolazione. Ad esempio, la prima ricognizione effettuata dal Servizio Studi Affari Sociali della Camera su Case di Comunità e Ospedali di Comunità dichiarati attivi nel 2020, documentava una situazione regionale molto eterogenea tra le Regioni¹⁷⁷ (tabella 7.5).

Regione	Case della Salute dichiarate attive (n.)	Ospedali di Comunità dichiarati attivi (n.)
Piemonte	71	5
Valle d'Aosta	-	-
Lombardia	-	20
Prov. Aut. Bolzano	-	-
Prov. Aut. Trento	-	-
Veneto	77	69
Friuli Venezia Giulia	-	-
Liguria	4	1
Emilia-Romagna	124	26
Toscana	76	20
Umbria	8	-
Marche	21	14
Lazio	22	-
Abruzzo	N.D.	5
Molise	6	2
Campania	-	1
Puglia	-	-
Basilicata	1	-
Calabria	13	-
Sicilia	55	-
Sardegna	15	-
Totale	493	163

Tabella 7.5. Case della Salute e Ospedali di Comunità dichiarati attivi dalle Regioni nel 2020

¹⁷⁷ Camera dei Deputati – Servizio Studi Affari Sociali. Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale. Roma, 1 marzo 2021. Disponibile a: <https://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

In secondo luogo, esistono nette differenze sulle performance dell'assistenza territoriale. Ad esempio, uno dei target più rilevanti della Missione 6 è assistere il 10% della popolazione over 65 in ADI, passando dai quasi 702 mila assistiti nel 2019 a oltre 1,5 milioni nel 2026, per un totale di oltre 808 mila persone in più a cui garantire l'assistenza in ADI. Ma se da un lato è realistico il raggiungimento del target nazionale, risulta poco verosimile ridurre le differenze regionali (tabella 7.6). Infatti, se Regioni come Emilia-Romagna, Toscana e Veneto già nel 2019 erano molto vicine al target e devono aumentare i pazienti assistiti in ADI rispettivamente del 32%, del 40% e del 44%, in alcune Regioni del Centro-Sud i gap sono di ordini di grandezza del tutto differenti: Campania e Puglia devono aumentarli quasi del 300%, il Lazio del 310% e la Calabria addirittura del 411%. Singolari gli incrementi necessari nella Provincia autonoma di Bolzano e in Valle d'Aosta, rispettivamente del 2.880% e del 1.209%.

Regione	Gap 2019-2026	Incremento %
Emilia-Romagna	31.685	32%
Toscana	32.044	40%
Veneto	43.894	44%
Molise	3.904	72%
Prov. Aut. Trento	5.922	81%
Friuli Venezia Giulia	16.997	96%
Piemonte	59.211	96%
Basilicata	7.938	119%
Lombardia	133.839	123%
Sicilia	65.245	127%
Umbria	12.557	129%
Abruzzo	19.678	130%
Marche	22.768	152%
Liguria	25.818	163%
Sardegna	28.450	182%
Campania	84.548	289%
Puglia	68.376	293%
Lazio	98.411	310%
Calabria	34.286	411%
Valle d'Aosta	2.745	1.209%
Prov. Aut. Bolzano	10.513	2.880%
ITALIA	808.829	115%

Tabella 7.6. Obiettivi regionali di incremento pazienti over 65 in ADI

Un ulteriore esempio riguarda l'attuazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) relativo ad un altro target rilevante, che prevede che almeno l'85% dei medici di medicina generale alimentino il FSE entro dicembre 2025. In particolare, le "Linee Guida per l'attuazione del

nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico”¹⁷⁸ rilevano che, oltre all’implementazione disomogenea nelle Regioni in termini di contenuti e di standard, il nucleo minimo dei documenti clinici non è pienamente implementato in tutte le Regioni: solo Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana e Piemonte hanno una percentuale di alimentazione del FSE superiore al 50%, mentre Campania, Liguria, Sicilia e Calabria non superano il 5%. In sintesi, l’entità del gap tra Regioni settentrionali e meridionali in sanità è tale che, oltre a configurare la già citata “frattura strutturale” Nord-Sud, rende poco realistico raggiungere l’obiettivo trasversale del PNRR di ridurre le disuguaglianze regionali e locali. E, inevitabilmente, il raggiungimento dei target nazionali sarà condizionato dalla capacità delle Regioni del Nord di trainare quelle meridionali.

Personale per il potenziamento dell’assistenza territoriale. La grave carenza di personale sanitario, che negli ultimi anni sta determinando grandi difficoltà nell’erogazione dei servizi sanitari, rappresenta una rilevante criticità per l’attuazione del DM 77. Infatti, occorre ricordare che le risorse erogate dal PNRR sono destinate agli investimenti infrastrutturali, ma le spese per il personale che dovrà rendere operative le nuove strutture (CdC, COT, OdC) e potenziare l’ADI rientrano nella spesa corrente. Relativamente alle risorse per il personale, nel percorso di progressiva implementazione e mantenimento (dal 2027) della riforma dell’assistenza territoriale disegnata dal PNRR, si identificano quattro linee di finanziamento:

- **Risorse stabili del FSN** assegnate dal DL 34/2020 che ha autorizzato, a partire dall’anno 2021, un finanziamento stabile di € 768,6 milioni così ripartiti: € 480 milioni (art. 1, c. 5) per il reclutamento di personale infermieristico, in particolare l’infermiere di famiglia e di comunità; € 265 milioni (art. 1, c. 4) per il potenziamento del personale destinato all’ADI; € 23,6 milioni (art. 1, c. 8) per l’operatività delle COT.
- **Risorse a valere sul FSN** determinate (ma non incrementate) dalla Legge di Bilancio 2022 che ha disposto la possibilità di utilizzarle per l’assunzione di personale dipendente anche in deroga al tetto di spesa previsto dalla legislazione vigente, oltre che per il personale convenzionato. Tali risorse, che aumentano progressivamente con l’attuazione del DM 77 negli anni 2022-2026 e poi rimangono a sostegno dal 2027, ammontano a € 90,9 milioni per il 2022, € 150,1 milioni per il 2023, € 328,3 milioni per il 2024, € 591,5 milioni per il 2025 e € 1.015,3 milioni a decorrere dal 2026.
- **Risorse provenienti dal piano di sostenibilità** contenuto nel PNRR, ovvero potenziali risparmi che dal 2027 dovrebbero essere ottenuti dalla riorganizzazione delle cure territoriali. In dettaglio: € 134,4 milioni dalla riduzione di ricoveri di pazienti con malattie croniche ad elevato rischio di inappropriately; € 719,3 milioni dalla riduzione di accessi inappropriati in pronto soccorso per codici bianchi e verdi; € 329 milioni dalla riduzione della spesa farmaceutica relativa a tre classi di farmaci ad elevato consumo e a rischio di inappropriately.
- **Aumento del FSN** di € 180 milioni annui dal 2027 previsto dal PNRR.

Dall’anno 2027 rispetto ai costi di personale stimati in € 2.084,5 milioni e ad un importo totale finanziato di € 768,6 milioni (tramite il DL 34/2022) il fabbisogno residuo di € 1.339,2 milioni, secondo il piano di sostenibilità del PNRR, dovrebbe essere coperto dall’esiguo incremento del FSN (€ 180 milioni) e dal disinvestimento di prestazioni inappropriate (€ 1.159,2 milioni) con

¹⁷⁸ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Serie Generale n.160 dell’11 luglio 2022. Decreto del Ministero della Salute del 20 maggio 2022, Allegato A. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=22A0396100100010110001&dgu=2022-07-11&art.dataPubblicazioneGazzetta=2022-07-11&art.codiceRedazionale=22A03961&art.num=1&art.tiposerie=SG. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

un surplus di € 23,5 milioni. Pur condividendo il processo di disinvestimento da servizi e prestazioni inappropriate e la successiva riallocazione delle risorse, è puramente illusorio sia stimare l'entità del disinvestimento a seguito della riorganizzazione territoriale, sia presumere che le risorse recuperate rimangano costanti nel tempo. Di conseguenza, la programmazione sanitaria non può affidarsi al disinvestimento da servizi e prestazioni inappropriate (costi variabili), prevedendo la riallocazione delle risorse nella spesa per il personale (costi fissi) che devono, invece, essere finanziati dalla spesa corrente.

Modalità di coinvolgimento di medici e pediatri di famiglia. Il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) nell'attuazione del DM 77 rende inderogabile una chiara regolamentazione di forme e modalità di coinvolgimento nelle nuove strutture, oltre che una revisione dei percorsi formativi per erogare al meglio le cure primarie. L'ipotesi di transitare dalla convenzione ad un rapporto di lavoro dipendente sembra al momento accantonata e l'Atto di indirizzo per la convenzione con i MMG 2019-2021 enfatizza il ruolo delle forme di aggregazione dei MMG più di quello delle Case della Comunità, limitandosi a presupporre che la riorganizzazione tracciata nei precedenti Accordi Collettivi Nazionali sia già coerente con le previsioni del PNRR e adattabile al DM 77. Più in generale, per l'attuazione del DM 77 continua a mancare l'intervento normativo per regolamentare l'attività dei medici che dovranno garantire il funzionamento delle Case della Comunità. La contrattazione nazionale, il cui rinnovo non ha tempi certi è infatti solo un accordo tra parte pubblica e controparte sindacale che da sola non potrà superare gli ostacoli esistenti per attuare il DM 77. Ovvero, in assenza di coraggiose riforme, non sarà sufficiente ad accelerare l'introduzione delle innovazioni organizzative richieste dal PNRR.

Carenza di personale infermieristico. Il DM 77 assegna un ruolo chiave all'infermiere di famiglia per il quale l'Agenas ha recentemente definito le linee guida¹⁷⁹. Lo standard minimo stimato è di 1 infermiere di famiglia o comunità ogni 3.000 abitanti, da intendersi come numero complessivo di professionisti impiegati nei diversi setting assistenziali previsti dalla riforma dell'assistenza territoriale. Secondo il recente report dell'Agenas¹⁸⁰ il fabbisogno minimo è di quasi 20 mila infermieri di famiglia (tabella 7.7).

Struttura / Prestazione	N° strutture	Standard per struttura		Fabbisogno totale	
		Min	Max	Min	Max
Case di comunità	1.350	7	11	9.450	14.850
Centrali Operative Territoriali	600	4*	6*	2.400§	3.600§
Ospedali di Comunità	400	7*	9*	2.800^	3.600^
Unità di Continuità Assistenziale	600	1		600	
Assistenza Domiciliare Integrata	-	0,9 per 1.000 abitanti over 65		4.200	
TOTALE				19.450	26.850
*di cui 1 coordinatore infermieristico - §di cui 600 coordinatori infermieristici - ^di cui 400 coordinatori infermieristici					

Tabella 7.7. Stime del fabbisogno di personale infermieristico per l'attuazione del DM 77 (elaborazione GIMBE su dati Agenas)

¹⁷⁹ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Linee di indirizzo: infermiere di famiglia o di comunità. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁸⁰ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Il personale del Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/personale/personale_ssn_2022.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Queste stime si scontrano con l'attuale carenza di personale infermieristico nel SSN che non ha permesso alle Regioni nemmeno di poter investire le risorse assegnate dal DL 34/2020. A questo si aggiunge un problema ancor più rilevante, ovvero il progressivo calo delle domande per i Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche. E se da un lato la carenza di infermieri riguarda tutte le attività assistenziali erogate nel SSN, dall'altro il rischio concreto è di non poter disporre di quelle figure professionali che, accanto ai MMG, rappresentano la colonna portante della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77.

Ostacoli all'attuazione della telemedicina. L'enfasi sulle grandi opportunità offerte dalla telemedicina nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria si sono concentrate soprattutto sui dispositivi tecnologici, e molto meno sulla necessità di risolvere due criticità fondamentali per evitare che la telemedicina introduca nuove disegualianze. Innanzitutto l'elevato livello di *digital illiteracy* che richiede un programma di alfabetizzazione digitale di professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregiver. In secondo luogo la necessità di digitalizzare le infrastrutture: infatti, la piena attuazione delle riforme previste dal PNRR è strettamente legata alla digitalizzazione del Paese (identità digitale, adozione del cloud, servizi pubblici digitali) e alla disponibilità su tutto il territorio nazionale di una connettività veloce e uniforme. In tal senso, è determinante conseguire gli obiettivi previsti dal piano "Italia digitale 2026"¹⁸¹ e dal piano "Banda ultra larga"¹⁸², dove una delle 7 linee di intervento è rappresentata dagli interventi per la "Sanità connessa"¹⁸³ che intende garantire la connettività per le strutture sanitarie, dagli ambulatori agli ospedali, con velocità simmetriche di almeno 1 Gbps e fino a 10 Gbps.

Carico amministrativo per Regioni e Aziende sanitarie. L'elaborazione del contratto istituzionale di sviluppo prima e, successivamente, il periodico monitoraggio delle scadenze, che richiede una continua rilevazione e trasmissione di dati dalle Aziende Sanitarie alle Regioni e da queste al Ministero della Salute comportano un carico amministrativo rilevante.

Economia di guerra. L'aumento dei costi energetici, oltre che delle materie prime e le difficoltà di approvvigionamento dei materiali sono tra le principali motivazioni addotte al piano di rimodulazione del PNRR presentato dal Governo lo scorso 27 luglio 2023 (§ 7.3).

Ostacoli in linea con quelli rilevati nel marzo 2023 dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio, secondo il quale *«Le incognite ora riguardano, oltre ai tempi di realizzazione delle opere - che dovrebbero essere molto rapidi per rispettare la tabella di marcia del PNRR - principalmente quattro aspetti: la capacità di assicurare un riequilibrio territoriale dei servizi, la disponibilità di risorse finanziarie e umane per far funzionare il nuovo sistema di assistenza territoriale, il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), l'adattamento della riforma ai diversi modelli regionali»*¹⁸⁴.

¹⁸¹ Governo Italiano, Dipartimento per la trasformazione digitale. Italia Digitale 2026. Disponibile a: <https://innovazione.gov.it/italia-digitale-2026>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁸² Governo Italiano, Dipartimento per la trasformazione digitale. Banda Ultra Larga. Agosto 2022. Disponibile a: <https://innovazione.gov.it/progetti/banda-ultra-larga>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁸³ Governo Italiano, Dipartimento per la trasformazione digitale. Piano Sanità connessa. Giugno 2022. Disponibile a: <https://innovazione.gov.it/dipartimento/focus/piano-sanita-connessa>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁸⁴ Ufficio Parlamentare di Bilancio. L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale. Focus tematico n° 2, 13 marzo 2023. Disponibile a: www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2023/03/Focus_2_2023_Ass.-san.-terr.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023

7.3. Stato di avanzamento

L'attuazione del PNRR viene monitorata attraverso milestone e target da raggiungere progressivamente entro il 2026, secondo scadenze definite. In particolare:

- Le **milestone** sono traguardi qualitativi da raggiungere tramite una riforma o investimento che si concretizzano con atti amministrativi e procedurali finalizzati all'attuazione delle varie misure.
- I **target** rappresentano obiettivi quantitativi da raggiungere tramite una riforma o investimento e indicano i risultati con indicatori misurabili.

A loro volta, milestone e target possono avere rilevanza europea (EU) o nazionale (IT): quelli EU identificano i traguardi da rendicontare periodicamente ai fini del pagamento delle rate (tabelle 7.2, 7.3, 7.4), quelli IT sono step intermedi per misurare il progressivo raggiungimento di quelli EU.

7.3.1. Monitoraggio del Ministero della Salute

Secondo quanto riportato dal portale del Ministero della Salute¹⁸⁵ che monitora lo stato di attuazione della Missione Salute del PNRR, alla data di pubblicazione del presente Rapporto:

- **Milestone e target EU:** sono stati tutti raggiunti entro le scadenze fissate per gli anni 2021, 2022 e 2023. Rimane da raggiungere a dicembre 2023 il target "Almeno un progetto di telemedicina per Regione".
- **Milestone e target IT:** sono stati raggiunti entro le scadenze fissate tutti quelli previsti nel 2021 e 2022. Relativamente all'anno 2023:
 - A dicembre è prevista la scadenza di 3 target:
 - Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità
 - Stipula di almeno 400 obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità
 - Progetti di ricerca finanziati su tumori e malattie rare
 - Per 1 milestone e 7 target non raggiunti entro marzo o giugno, le scadenze sono state differite (tabella 7.8).

¹⁸⁵ Ministero della Salute. PNRR Salute. Attuazione delle misure del PNRR. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/archivioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

M/T	Descrizione	Target raggiunto	Scadenza iniziale	Nuova scadenza	Gap (mesi)
T	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)	66%	31/03/23	31/03/24	+12
T	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	91%	31/03/23	30/09/23*	+6
T	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	97%	31/03/23	30/09/23*	+6
T	Stipula contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria	N.A.	30/06/23	31/12/23	+6
T	Stipula contratti per l'interconnessione aziendale	83%	30/06/23	30/09/23*	+3
T	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	84%	30/06/23	30/09/23*	+3
T	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale. Completamento del patrimonio informativo N° di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le Regioni	N.A.	30/06/23	30/09/23*	+3
M	Completamento della procedura di iscrizione ai corsi di formazione manageriale	N.A.	30/06/23	31/12/23	+6

*Alla data di pubblicazione del presente Rapporto non è noto il raggiungimento dei target con scadenza 30 settembre 2023, in quanto il Ministero della Salute garantisce l'aggiornamento del raggiungimento entro il 20 del mese successivo al periodo di riferimento.

Tabella 7.8. Missione Salute: target e milestone IT con scadenze differite (anno 2023)

Complessivamente in questa prima fase di attuazione della Missione Salute del PNRR sono stati raggiunti entro le scadenze previste 32/44 delle milestone EU e 17/44 target EU. Rispetto a milestone IT non si rilevano criticità rilevanti, fatta eccezione per il mancato raggiungimento del target IT “Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)”, verosimile conseguenza delle enormi differenze sulla attuale capacità delle singole Regioni nell'erogazione dell'ADI. In particolare, entro il marzo 2023 dovevano essere assistiti in ADI 296 mila pazienti over 65 e lo slittamento della scadenza di 12 mesi lascia intendere che i tempi per colmare il ritardo non sono affatto immediati.

7.3.2. Monitoraggio Agenas sull'attuazione del DM 77/2022

L'Agenas elabora una relazione sullo stato di implementazione nelle Regioni e Province autonome del DM 77. Ad oggi sono state elaborate due relazioni: quella relativa alla prima fase del monitoraggio, conclusa nel dicembre 2022 – che non risulta essere pubblica¹⁸⁶ – e quella relativa alla seconda fase, relativa al semestre gennaio-giugno 2023¹⁸⁷, inerente l'attivazione delle strutture (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità) sia previste nel Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo

¹⁸⁶ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Monitoraggio DM n. 77. Disponibile a: <https://data.agenas.it/web/index.php?r=site%2Fguest&q=10>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁸⁷ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2_finale.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

(CIS) nell'ambito del PNRR, sia quelle extra-POR aventi cioè fonti di finanziamento diverse dal PNRR.

Si riporta di seguito una sintesi della seconda fase del monitoraggio Agenas, rimandando al report integrale per approfondimenti specifici.

Case della Comunità. Rispetto alle 1.430 CdC da attivare entro il 2026 quale target PNRR – oltre alle 116 extra CIS/POR – ne sono state dichiarate funzionalmente attive 187, di cui: 92 in Lombardia, 43 in Emilia-Romagna, 38 in Piemonte, 6 in Toscana e Molise e 2 in Umbria.

Centrali Operative Territoriali. Delle 611 COT da attivare entro il 2024 quale target PNRR – oltre alle 43 extra CIS/POR – ne sono state dichiarate attive 77, di cui: 36 in Lombardia, 15 nel Lazio, 9 in Veneto, 7 in Piemonte, 5 in Emilia-Romagna, 4 nella Provincia autonoma di Bolzano e 1 in Umbria.

Ospedali di Comunità. Dei 434 OdC da attivare entro il 2026 quale target PNRR - oltre ai 106 extra CIS/POR - ne sono stati dichiarati attivi 76, di cui: 38 in Veneto, 17 in Lombardia, 6 in Puglia, 5 in Emilia-Romagna, 3 in Umbria, 2 in Abruzzo e in Molise, 1 in Campania, Lazio, Liguria. Complessivamente il numero dei posti letto attivati è pari a 1.378.

Complessivamente, il monitoraggio Agenas sullo stato di attivazione delle strutture (CdC, COT, OdC) conferma il netto ritardo delle Regioni del Sud (tabella 7.9).

Regione	Case di comunità	Centrali operative territoriali	Ospedali di comunità
Piemonte	38	7	-
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	92	36	17
Prov. Aut. Bolzano	-	4	-
Prov. Aut. Trento	-	-	-
Veneto	-	9	38
Friuli Venezia Giulia	-	-	-
Liguria	-	-	1
Emilia-Romagna	43	5	5
Toscana	6	-	-
Umbria	2	1	3
Marche	-	-	-
Lazio	-	15	1
Abruzzo	-	-	2
Molise	6	-	2
Campania	-	-	1
Puglia	-	-	6
Basilicata	-	-	-
Calabria	-	-	-
Sicilia	-	-	-
Sardegna	-	-	-
Italia	187	77	76

Tabella 7.9. Strutture funzionalmente attive (dati Agenas)

7.4. Proposta di rimodulazione

Il 27 luglio 2023 l'Italia ha inviato alla Commissione Europea una proposta di rimodulazione del PNRR¹⁸⁸. Relativamente alla Missione Salute, la maggior parte delle modifiche viene giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento e/o dei tempi di attuazione (ex art. 21 del regolamento UE 2021/241). Altre modifiche sono giustificate da ritardi nelle forniture e a difficoltà legate all'approvvigionamento delle materie prime. Si rileva che alla data di pubblicazione del presente Rapporto il Consiglio Europeo non ha ancora ratificato le modifiche proposte.

Nel presente Rapporto le modifiche richieste dal Governo sono state classificate in tre categorie: quantitative, ovvero che prevedono una rimodulazione al ribasso delle strutture/interventi da realizzare; temporali, ovvero che richiedono di dilazionare le scadenze; una terza categoria di modifiche che non rientrano nelle due precedenti.

7.4.1. Modifiche quantitative

La richiesta è ridurre il numero di opere edilizie (CdC, COT, OdC) oltre che di interventi di antisismica, relativi all'obiettivo "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (tabella 7.10).

Opere edilizie	Previsione	Rimodulazione	Delta
Case della Comunità	1.350	936	-414
Centrali operative territoriali	600	524	-76
Ospedali di Comunità	400	304	-96
Interventi di antisismica	109	87	-22

Tabella 7.10. Rimodulazione delle opere edilizie

La rimodulazione riguarderebbe prevalentemente i nuovi edifici da realizzare, che in realtà risultano di numero inferiore secondo l'analisi del Servizio Studi della Camera dei Deputati¹⁸⁹ (tabella 7.11). Di conseguenza, la rimodulazione prevedrebbe di espungere ulteriori 105 Case della Comunità, 87 Centrali Operative Territoriali e 2 Ospedali di Comunità rispetto a quelli da realizzare ex novo, con criteri e distribuzione regionale al momento non noti.

¹⁸⁸ Dipartimento per le Politiche Europee. Proposte di revisione PNRR e integrazione REPowerEU. 27 luglio 2023. Disponibile a: www.politicheeuropee.gov.it/it/ministro/comunicati-stampa/27-lug-23-pnrr/. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁸⁹ Camera dei Deputati. I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR. 20 marzo 2023. Disponibile a: <https://documenti.camera.it/Leg19/Dossier/Pdf/AS0001.Pdf>. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Regione	Case della Comunità	Centrali Operative Territoriali	Ospedali di Comunità	Totale
Piemonte	16	8	3	27
Valle d'Aosta	-	1	-	1
Lombardia	48	6	14	68
Prov. Aut. Bolzano	6	3	3	12
Prov. Aut. Trento	3	5	1	9
Veneto	24	8	2	34
Friuli Venezia Giulia	9	3	4	16
Liguria	2	3	2	7
Emilia-Romagna	24	5	13	42
Toscana	38	8	11	57
Umbria	-	7	-	7
Marche	6	12	3	21
Lazio	-	59	1	60
Abruzzo	7	2	2	11
Molise	1	-	-	1
Campania	47	14	18	79
Puglia	38	4	11	53
Basilicata	10	-	1	11
Calabria	5	7	1	13
Sicilia	13	4	3	20
Sardegna	12	4	1	17
TOTALE	309	163	94	566

Tabella 7.11. Strutture da edificare (dati Agenas)

Al di là del numero assoluto di strutture da edificare, correlato alla popolazione residente, per ciascuna Regione le figure successive riportano il numero totale di Case di comunità (figura 7.5), Centrali operative territoriali (figura 7.6) e Ospedali di comunità (figura 7.7) da edificare rispetto al totale previsto dal programma iniziale.

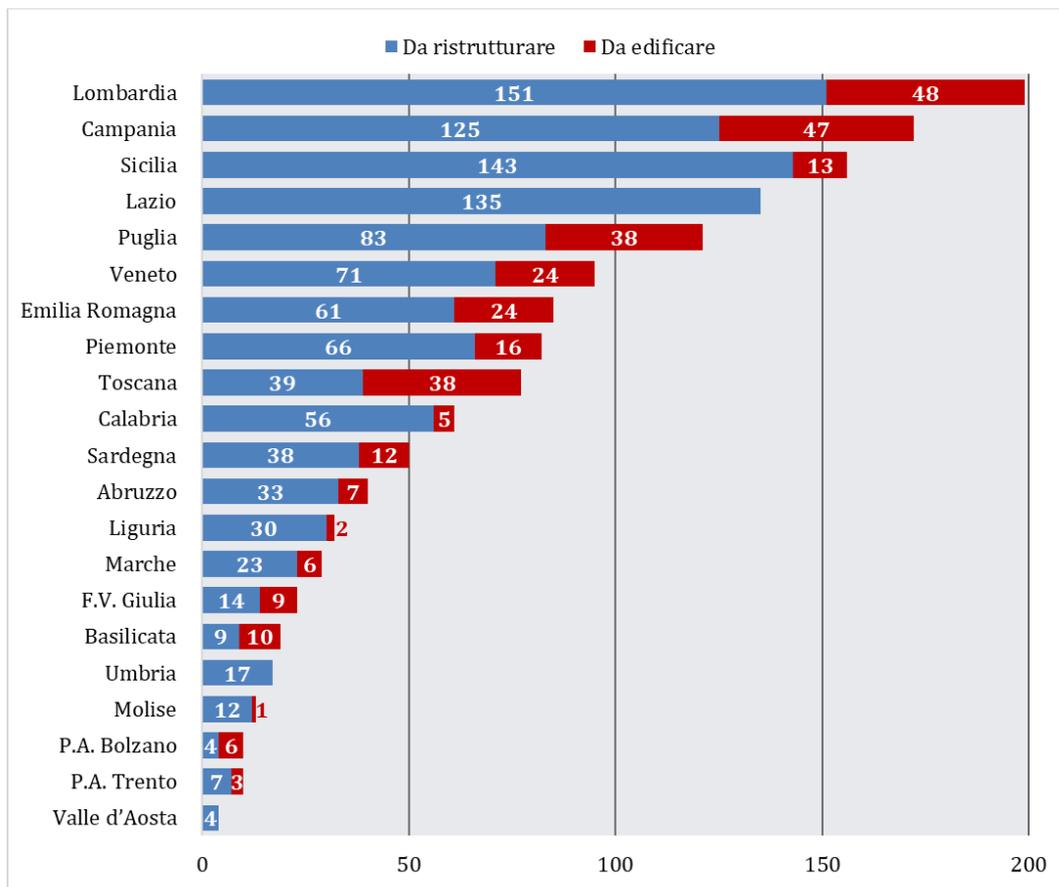


Figura 7.5 Case della comunità da edificare e da ristrutturare

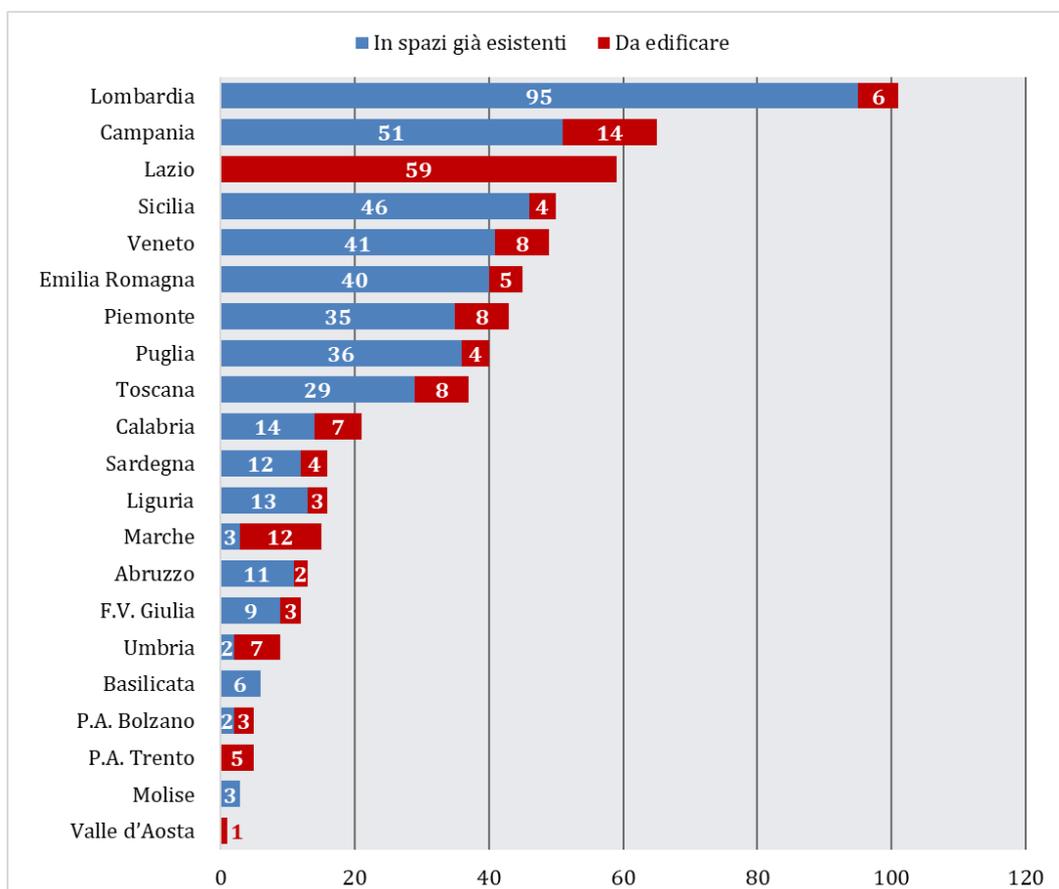


Figura 7.6. Centrali operative territoriali da edificare e che utilizzano spazi già esistenti

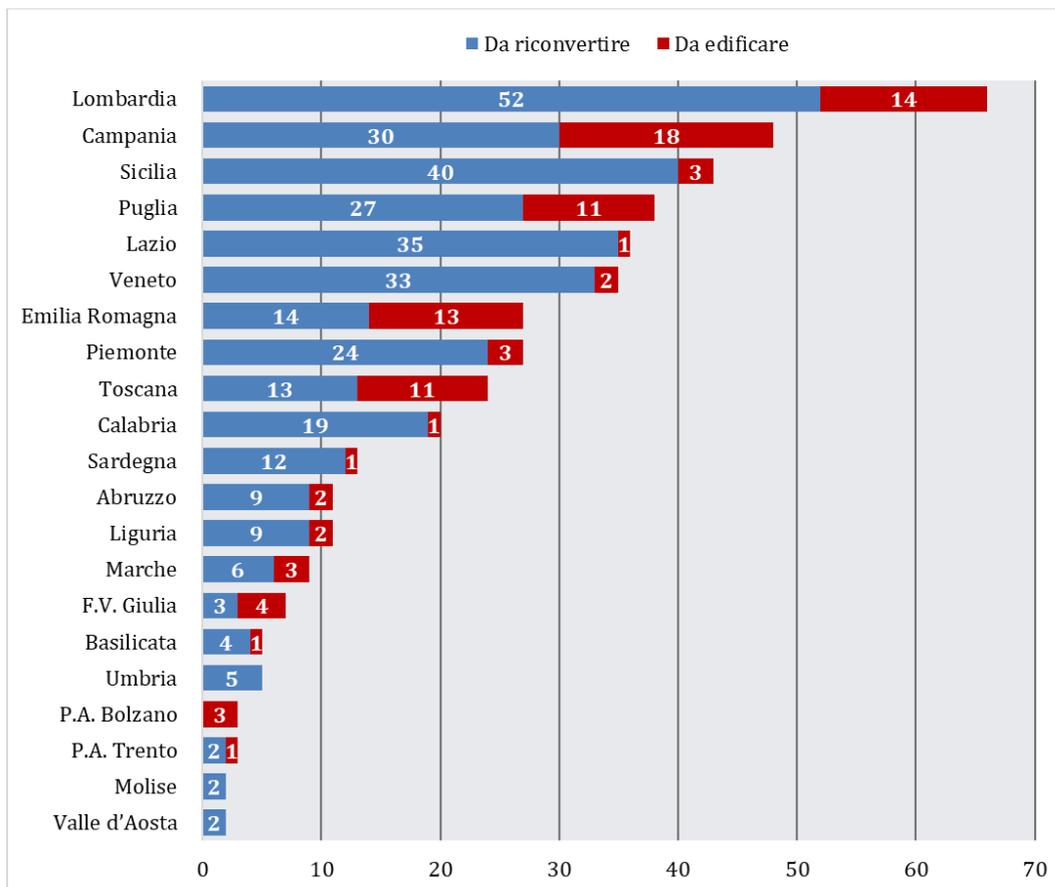


Figura 7.7. Ospedali di comunità da edificare e da riconvertire

Secondo quanto riportato nel piano di rimodulazione gli investimenti espunti dovrebbero comunque essere realizzati assicurando la copertura finanziaria grazie alle risorse del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (ex art. 20 L. 67/1988) non spese dalle Regioni e alla riprogrammazione dei fondi della politica di coesione.

Case della Comunità. La proposta di modifica prevede la rimodulazione del numero delle strutture realizzabili (da 1.350 a 936 interventi), oltre che ritardi nell'affidamento dei lavori contrattualizzati per correggere quanto pianificato nella fase di gara. Le maggiori ricadute negative riguardano le nuove costruzioni per via degli iter di approvazione lunghi e delle opere propedeutiche rispetto alle semplici ristrutturazioni di lavori già avviati. Per gli interventi parzialmente espunti dal Piano si propone, inoltre, la piena realizzazione attraverso risorse nazionali (programma di investimenti in edilizia sanitaria art. 20 L. n. 67/88) e secondo tempistiche che potranno essere successive alla metà del 2026. La revisione proposta indica l'introduzione di nuove linee di intervento, da finanziare con le disponibilità residue dopo la riduzione numerica del target, per rafforzare le dotazioni strumentali dei poliambulatori specialistici pubblici e garantire prestazioni specialistiche diagnostiche in stretto collegamento con le Case della Comunità realizzate, sostituendo e implementando apparecchiature di radiodiagnostica base e/o radiologia domiciliare e migliorando i processi di presa in carico dei pazienti, soprattutto cronici e fragili, con impatti anche sulla gestione delle urgenze e sulla riduzione delle liste di attesa.

Centrali Operative Territoriali. La proposta di modifica prevede la rimodulazione del target da 600 a 524 COT oltre al differimento di un semestre (da giugno 2024 a dicembre 2024), a causa dell'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione. Le COT escluse dal

target verranno realizzate con risorse a valere su fondi nazionali per l'edilizia sanitaria (art. 20 della Legge n. 67/1988).

Ospedali di Comunità. La proposta di modifica prevede la rimodulazione del target da 400 a 304 progetti, destinando le risorse ai progetti di ristrutturazione di edifici esistenti che non presentano complessità attuative, a causa dell'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione. I nuovi edifici a maggior rischio di mancata realizzazione entro il 2026 saranno invece finanziati con le risorse per l'edilizia sanitaria (art. 20 Legge n. 67/1988) ed economie di progetto e residui di accordi di programma ovvero, residualmente, dalle risorse della politica di coesione.

Ospedali sicuri e sostenibili. La proposta di modifica prevede la rimodulazione degli investimenti riducendo da 109 ad 87 gli interventi antisismici nelle strutture ospedaliere funzionali all'allineamento alle norme antisismiche. La proposta viene giustificata dall'incremento dei costi e del conseguente allungamento dei tempi di realizzazione di 22 interventi particolarmente complessi.

7.4.2. Differimento delle scadenze

Viene richiesta il differimento di tre target/milestone (tabella 7.12):

Target / Milestone	Scadenza	Differimento	Gap (mesi)
Centrali operative territoriali	30/06/24	31/12/24	+6
Persone assistite attraverso la telemedicina	31/12/25	31/12/26	+12
Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero	31/12/24	31/12/25	+12

Tabella 7.12. Scadenze per cui è stato chiesto il differimento

Centrali Operative territoriali. La proposta di modifica, oltre alla rimodulazione del target sopra descritta, prevede il differimento di un semestre del target (da giugno 2024 a dicembre 2024), a causa dell'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione.

Telemedicina. La proposta di modifica riguarda il target relativo alle persone assistite attraverso gli strumenti della telemedicina con la richiesta del differimento di un anno (da dicembre 2025 a dicembre 2026) per difficoltà di reperimento materie prime, quali metalli e materiali utilizzati nelle apparecchiature tecnologiche e dell'incremento generalizzato dei relativi prezzi e del costo dell'energia.

Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero. La proposta di modifica consiste nel differimento del conseguimento del target a T4-2025 da T4-2024 per consentire ai 108 soggetti attuatori di completare, per ritardi accumulati, tutte le attività necessarie per l'acquisto, l'installazione e la sostituzione delle apparecchiature obsolete o fuori uso. In particolare, si registra un aumento dei costi che incide sui lavori per l'adeguamento degli spazi destinati a ospitare le grandi apparecchiature e sull'effettiva disponibilità nei tempi previsti dalle procedure di acquisto delle grandi apparecchiature contrattualizzate, a cui si sommano ritardi nelle forniture e difficoltà legate all'approvvigionamento delle materie prime.

Per accelerare gli investimenti e ridurre i tempi, viene richiesto di ampliare la disponibilità di strumenti contrattuali per i soggetti attuatori, includendo sia gare CONSIP (attualmente l'unica centrale di committenza ammessa) sia MEPA/SDAPA per acquisti secondari. L'obiettivo è perfezionare gli accordi quadro CONSIP esistenti (es. acquisto di tablet per la sottoscrizione della cartella clinica digitale).

Con riferimento alle nuove linee di intervento, inoltre, utilizzando le economie di gara e di progetto, oltre che con le risorse per l'edilizia sanitaria già previste per progetti in essere ma non ancora rendicontate (art. 20 della Legge 67/1988) si intende investire sulla gestione dei farmaci mediante logistica del farmaco con il finanziamento di 100 progetti innovativi nel settore. Dalle economie di gara e di progetto oltre che con risorse di conto capitale per l'edilizia sanitaria si potrebbero introdurre apparecchiature più innovative o prevedere un upgrade di quelle esistenti. Tra le nuove linee di intervento così finanziate si prevede l'adeguamento di 100 sale operatorie e del rafforzamento tecnologico mediante l'introduzione di tecnologie innovative in ambito chirurgico con l'acquisto e/o noleggio di 80 robot chirurgici.

7.4.3. Altre modifiche

Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione. La proposta di modifica riguarda la previsione di una integrazione o inserimento di documenti nel FSE iniziando da documenti nativi digitali, escludendo la migrazione/trasposizione di documenti cartacei attuali o vecchi.

7.4.4. Analisi delle proposte di rimodulazione

Se le motivazioni addotte alla rimodulazione del PNRR sono condivisibili, l'analisi GIMBE rileva alcune criticità e incongruenze.

Innanzitutto, se da un lato le risorse vengono dichiarate insufficienti per completare le opere edilizie, in particolare quelle di nuova costruzione, il piano di rimodulazione fa riferimento a "nuove linee di intervento", da finanziare "con le disponibilità residue dopo la riduzione numerica del target" o grazie alle "economie di gara e di progetto". In particolare, la rimodulazione prevede:

- 100 progetti innovativi sulla gestione logistica dei farmaci;
- adeguamento di 100 sale operatorie;
- rafforzamento tecnologico mediante l'introduzione di tecnologie innovative con l'acquisto e/o noleggio di 80 robot chirurgici;
- rafforzamento delle dotazioni strumentali dei poliambulatori specialistici pubblici per garantire prestazioni specialistiche diagnostiche in stretto collegamento con le Case della Comunità realizzate, sostituendo e implementando apparecchiature di radiodiagnostica base e/o radiologia domiciliare.

In secondo luogo, le motivazioni addotte per differire di un anno il target "persone assistite in ADI con gli strumenti della telemedicina" non riportano la motivazione primaria: ovvero, il ritardo sul primo target IT relativo all'assistenza in ADI degli over 65 assistiti, che è stato differito da marzo 2023 a marzo 2024.

Infine, appare poco realistica l'ipotesi di realizzare gli investimenti espunti con le risorse del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (ex art. 20 L. 67/1988) non spese dalle Regioni che, infatti, hanno già espresso le loro perplessità in merito all'utilizzo dei fondi ex art. 20¹⁹⁰. Innanzitutto, molte di loro hanno già effettuato la programmazione di spesa di questi fondi e dovrebbero rinunciare ad una quota del triennio 2023-2025 per supportare la carenza di risorse del PNRR. In secondo luogo, si tratta di fondi destinati ad altre irrinunciabili priorità di ospedali vetusti (antisismica, problemi strutturali, sicurezza dei percorsi ospedalieri, consumo energetico, qualità degli ambienti, etc.) e, in ragioni di tali criticità, le risorse dell'ex art. 20 dovrebbero essere aumentate con nuovi finanziamenti e con procedura semplificata, piuttosto che decurtate. Infine, esistono contratti da rispettare, visto che molte Aziende Sanitarie Locali devono procedere nella prosecuzione delle opere già appaltate. Peraltro, appare poco realistico attuare un meccanismo compensatorio tra le Regioni, visto che l'entità dei fondi ex art. 20 non utilizzati non coincide con la distribuzione regionale delle strutture espunte dal PNRR perché da realizzare ex-novo.

7.5. Considerazioni conclusive

In conclusione, se da un lato è certo che la Missione Salute del PNRR rappresenta una grande opportunità per potenziare il SSN, dall'altro è evidente che per ottenere il massimo ritorno di salute delle risorse investite e per ridurre le diseguaglianze regionali e locali, la sua attuazione deve essere sostenuta da varie azioni politiche. Innanzitutto, per attuare il DM 77 bisogna mettere in campo coraggiose riforme di sistema, finalizzate in particolare a ridisegnare il ruolo e le responsabilità dei medici di famiglia e facilitare l'integrazione con l'infermiere di famiglia; in secondo luogo, servono investimenti certi e vincolati per il personale sanitario dal 2027, oltre che un'adeguata rivalutazione del fabbisogno di personale infermieristico, la cui carenza oggi rappresenta un grande ostacolo per attuare il DM 77; infine, occorre una rigorosa governance delle Regioni per colmare i gap esistenti che non può ripercorrere, come previsto dal contratto istituzionale di sviluppo, la fallimentare strategia dei Piani di rientro basata sull'attuazione dei poteri sostitutivi dello Stato nei confronti delle Regioni inadempienti.

Ma soprattutto la politica, oltre a credere nell'impianto della Missione Salute già avviato, deve inserirlo in un quadro di rafforzamento complessivo del SSN, la cui crisi di sostenibilità è prossima al punto di non ritorno. In assenza di queste misure finiremo per indebitare le future generazioni solo per finanziare solo un costoso "lifting" del SSN.

¹⁹⁰ Conferenza Regioni e Province autonome. Valutazioni in ordine alla proposta di revisione del PNRR e REPOWEREU presentata nell'ambito della Cabina di Regia PNRR del 27 luglio 2023. Disponibile a: www.regioni.it/download/conferenze/655871/. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

CAPITOLO 8

Il Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

Il rilancio del SSN è subordinato alla presa di coscienza politica, professionale e più in generale di tutti i cittadini, “azionisti di maggioranza” del SSN, di alcuni presupposti:

- La perdita, lenta e progressiva, di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, oltre a compromettere la salute delle persone, diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione, rischia di portare ad un disastro sociale ed economico senza precedenti nella storia della Repubblica.
- L'Italia ha una spesa sanitaria pubblica allineata a quella dei paesi dell'Europa meridionale e dell'Est: il un gap rispetto alla media dei paesi europei, che cresce ininterrottamente dal 2010, è diventato ormai incolmabile. Pertanto, seppur seduti al tavolo del G7, i mancati investimenti in sanità nel nostro Paese allontanano sempre più i pazienti dalle grandi innovazioni farmacologiche e tecnologiche conquistate dalla ricerca scientifica.
- Al di là di slogan e facili proclami, per rilanciare il SSN serve volontà politica, investimenti rilevanti, un piano di azioni a medio-lungo termine e riforme di rottura. Perché la manutenzione ordinaria rappresenta solo una “terapia palliativa” per mantenere in vita un “paziente cronico”, destinato a sviluppare sempre più di frequente “riesacerbazioni acute”, come quella gravissima che interessa il personale sanitario.
- Serve la convergenza di tutte le forze politiche perché il rilancio del SSN non può essere condizionato da ideologie partitiche, dalla scadenza dei mandati elettorali o da un anacronistico Patto per la Salute triennale (peraltro scaduto dal 2021), di fatto l'unico strumento di programmazione economica e sanitaria con cui Governo e Regioni pianificano la “manutenzione ordinaria” del SSN. In tal senso, già nel 2016 il 1° Rapporto GIMBE¹⁹¹ aveva indicato come adeguato un orizzonte temporale decennale (2016-2025): a sette anni di distanza le “condizioni di salute” del SSN sono peggiorate e la sanità, dopo la fiammata di interesse alimentata dalla pandemia, rimane ai margini dell'agenda politica.
- Tutti gli stakeholder della sanità devono essere pronti a rinunciare ad una parte dei privilegi acquisiti per tutelare il bene comune.
- Per aumentare il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità (*value for money*) è indispensabile agire in maniera integrata sulle quattro “patologie” del SSN, rilanciando il finanziamento pubblico, restringendo contestualmente il perimetro dei LEA in maniera *evidence-* e *value-based*, riducendo sprechi e inefficienze e attuando una riforma della sanità integrativa. E ovviamente occorre agire sui “fattori ambientali”, ovvero potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, piuttosto che legittimare normativamente le diseguaglianze regionali con l'autonomia differenziata, e avviare un programma di informazione scientifica della popolazione. Tutte queste azioni richiedono riforme di rottura nell'attuale sistema di finanziamento, pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari.

¹⁹¹ Fondazione GIMBE. Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Sin dalla pubblicazione del 2° Rapporto sul SSN¹⁹², la Fondazione GIMBE ha ribadito che da un lato non esiste un piano occulto di smantellamento e privatizzazione della sanità pubblica, dall'altro manca un esplicito programma politico per il suo salvataggio. Sulla base dei dati del 2° Rapporto integrati con commenti e suggerimenti raccolti grazie alla consultazione pubblica, nel 2018 la Fondazione GIMBE ha elaborato il "Piano di salvataggio del SSN"¹⁹³, la cui versione 2.0 è stata presentata il 4 marzo 2019, in occasione della 14ª Conferenza Nazionale¹⁹⁴. Il Piano di salvataggio, riferimento costante per l'Osservatorio GIMBE, è stato utilizzato come benchmark per il monitoraggio dei programmi elettorali dei partiti in occasione delle elezioni politiche del 2018¹⁹⁵ e del 2022¹⁹⁶, oltre che per l'analisi del "Contratto per il Governo del Cambiamento"¹⁹⁷.

Nella consapevolezza che per il SSN è ormai scaduto il tempo della "manutenzione ordinaria", che ha sgretolato i principi di equità e universalismo ed eroso il diritto costituzionale alla tutela della salute e a fronte della necessità di attuare coraggiose riforme per condurre il SSN nella direzione voluta, la Fondazione GIMBE ha quindi elaborato il Piano di Rilancio del SSN, integrando i feedback di una consultazione pubblica molto partecipata che ha coinvolto oltre 1.500 stakeholder. Il Piano è stato presentato in occasione della 15ª Conferenza Nazionale GIMBE (figura 8.1).



Figura 8.1. Il Piano di Rilancio del SSN

¹⁹² 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁹³ Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2018;10(8): e1000186. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000186. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁹⁴ Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/piano-di-salvataggio. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁹⁵ Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali su sanità e ricerca biomedica. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁹⁶ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2022. Elezioni Politiche 2022. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali: sanità e ricerca biomedica. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2022. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

¹⁹⁷ Fondazione GIMBE. Analisi delle proposte su sanità e ricerca biomedica del "Contratto per il Governo del Cambiamento". Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/contratto-governo. Ultimo accesso: 29 settembre 2023.

Il Piano si articola in 14 punti e rappresenta lo standard per il monitoraggio continuo da parte dell'Osservatorio GIMBE delle azioni di Governo e Regioni:

- **LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE.** Mettere la salute e il benessere delle persone al centro di tutte le decisioni politiche: non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali, oltre che di istruzione, formazione e ricerca (*Health in All Policies*).
- **PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.** Diffondere la cultura e potenziare gli investimenti per la prevenzione e la promozione della salute e attuare l'approccio integrato *One Health*, perché la salute delle persone, degli animali, delle piante e dell'ambiente sono strettamente interdipendenti.
- **GOVERNANCE STATO-REGIONI.** Potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto dei loro poteri, per ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale.
- **FINANZIAMENTO PUBBLICO.** Aumentare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera consistente e stabile, allineandolo entro il 2030 alla media dei paesi europei, al fine di garantire l'erogazione uniforme dei LEA, l'accesso equo alle innovazioni e il rilancio delle politiche del personale sanitario.
- **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA per rendere rapidamente accessibili le innovazioni e potenziare gli strumenti per monitorare le Regioni, al fine di ridurre le diseguaglianze e garantire l'uniforme esigibilità dei LEA in tutto il territorio nazionale.
- **PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI.** Programmare l'offerta di servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute e renderla disponibile tramite reti integrate, che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane, al fine di ridurre la frammentazione dell'assistenza, superare la dicotomia ospedale-territorio e integrare assistenza sanitaria e sociale.
- **PERSONALE SANITARIO.** Rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità al fine di valorizzare e (ri)motivare la colonna portante del SSN: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di tutti i professionisti sanitari, riformare i processi di formazione, valutazione e valorizzazione delle competenze secondo un approccio multi-professionale.
- **SPRECHI E INEFFICIENZE.** Ridurre sprechi e inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale e riallocare le risorse in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.
- **RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** Normare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e disciplinare la libera professione, al fine di ridurre le diseguaglianze d'accesso ai servizi sanitari e arginare l'espansione della sanità privata accreditata.
- **SANITÀ INTEGRATIVA.** Riordinare la normativa sui fondi sanitari al fine di renderli esclusivamente integrativi rispetto a quanto già incluso nei LEA, arginando diseguaglianze, fenomeni di privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.
- **TICKET E DETRAZIONI FISCALI.** Rimodulare ticket e detrazioni fiscali per le spese sanitarie, secondo principi di equità sociale ed evidenze scientifiche, al fine di ridurre lo spreco di denaro pubblico e il consumismo sanitario.
- **TRASFORMAZIONE DIGITALE.** Promuovere cultura e competenze digitali nella popolazione e tra professionisti della sanità e caregiver e rimuovere gli ostacoli infrastrutturali, tecnologici e organizzativi, al fine di minimizzare le diseguaglianze e migliorare l'accessibilità ai servizi e l'efficienza in sanità.

- **INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE.** Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria delle persone, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumismo sanitario e contrastare le fake news, oltre che aumentare la consapevolezza del valore del SSN.
- **RICERCA.** Destinare alla ricerca clinica indipendente e alla ricerca sui servizi sanitari almeno il 2% del finanziamento pubblico per la sanità, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org