

2024

7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Presentato a Roma, 8 ottobre 2024
Sala Capitolare di Palazzo della Minerva,
Senato della Repubblica



7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Presentato a Roma, 8 ottobre 2024
Sala Capitolare di Palazzo della Minerva,
Senato della Repubblica

L'indipendenza è la nostra forza, il tuo sostegno è indispensabile.
Aiutaci a realizzare nuovi report per difendere i tuoi diritti.
Dona su www.sostienigimbe.it



DONA ORA

AUTORI

Nino Cartabellotta, Marco Mosti, Elena Cottafava, Roberto Luceri

CITAZIONE

7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 8 ottobre 2024.
Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/7-rapporto. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

DISCLOSURE

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'editing del Rapporto è stato curato dalla Fondazione GIMBE. Eventuali refusi e inesattezze possono essere segnalati all'indirizzo e-mail info@gimbe.org.

L'ultimo aggiornamento di dati, fonti e normative è stato effettuato il 30 settembre 2024.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per i dati e i suggerimenti forniti: Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), Associazione Liberi Specializzandi (ALS)

© Fondazione GIMBE, ottobre 2024.

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 Rapporto che la Fondazione GIMBE pubblica periodicamente rappresenta un prezioso spaccato di analisi sulle condizioni e i problemi della sanità in Italia.

L'edizione di quest'anno, dedicata alle criticità del sistema sanitario, acquisisce un interesse particolare, ponendosi come sollecitazione all'applicazione dei principi di universalità e uguaglianza sanciti dalla Costituzione.

Il Servizio Sanitario Nazionale costituisce, infatti, una risorsa preziosa ed è un pilastro essenziale per la tutela del diritto alla salute, nella sua duplice accezione di fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

La sua efficienza è frutto, naturalmente, delle risorse dedicate e dei modelli organizzativi applicati, responsabilità, quest'ultima, affidata alle Regioni.

Per garantire livelli sempre più elevati di qualità nella prevenzione, nella cura e nell'assistenza, è necessaria la costante adozione di misure sinergiche da parte di tutti gli attori coinvolti.

Sergio Mattarella
Presidente della Repubblica
8 ottobre 2024

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY	I
PREMESSA	1
CAPITOLO 1 Introduzione	4
CAPITOLO 2 Il finanziamento pubblico	11
2.1. La stagione dei tagli: 2010-2019.....	12
2.2. Gli anni della pandemia: 2020-2022	13
2.3. Il periodo post-pandemico: 2023-2024	15
2.4. Il presente e il futuro prossimo: 2024-2027	18
CAPITOLO 3 La spesa sanitaria	24
3.1. Spesa sanitaria pubblica	27
3.2. Spesa sanitaria privata	34
3.3. Benchmark internazionali	45
CAPITOLO 4 Sprechi e inefficienze	52
CAPITOLO 5 I Livelli Essenziali di Assistenza	62
5.1. Modalità di erogazione dei LEA	63
5.2. Aggiornamento dei LEA	66
5.3. Esigibilità dei nuovi LEA.....	72
5.4. Monitoraggio dei LEA	75
5.5. Mobilità sanitaria.....	91
CAPITOLO 6 L'autonomia differenziata.....	96
6.1. Tappe dell'autonomia differenziata.....	98
6.2. Le criticità della legge sull'autonomia differenziata	102
6.3. Referendum abrogativo	103
6.4. Maggiori autonomie sulla tutela della salute	104
6.5. Considerazioni conclusive	108
CAPITOLO 7 Il personale sanitario	111

7.1. Fonti dati.....	111
7.2. Personale dipendente.....	119
7.3. Medici di Medicina Generale	130
7.4. Pediatri di Libera Scelta	138
7.5. Considerazioni conclusive.....	146
CAPITOLO 8 La Missione Salute del PNRR.....	149
8.1. Struttura, obiettivi e scadenze	151
8.2. Rimodulazione della Missione Salute	158
8.3. Stato di avanzamento	160
8.4. Criticità di attuazione	170
8.5. Considerazioni conclusive.....	177
CAPITOLO 9 Il Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale.....	178
Appendice 1 #SalviamoSSN: l'impegno della Fondazione GIMBE per la sanità pubblica	182

EXECUTIVE SUMMARY

Nel **CAPITOLO 1** viene analizzato “lo stato di salute” del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a partire dalle “patologie multiple” già identificate dal 4° Rapporto GIMBE nel 2019: definanziamento pubblico, ampliamento del “paniere” dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sprechi e inefficienze, espansione incontrollata del secondo pilastro. A queste si aggiungono i “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 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 2024 è aumentato complessivamente di € 28,4 miliardi, con una media € 2 miliardi all'anno, ma con trend molti diversi tra il periodo pre-pandemico (2010-2019), gli anni della pandemia (2020-2022) e il periodo post-pandemico (2023-2024). 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 cresciuto complessivamente di € 11,6 miliardi, con una media del 3,4% annuo, segnando formalmente la fine dei tagli. Inoltre, tra marzo 2020 e settembre 2022 sono stati emanati 13 decreti legge che hanno stanziato complessivamente € 11.584,3 milioni per la gestione dell’emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici: di questi, € 5.506 milioni hanno incrementato il FSN, mentre € 6,078,3 milioni sono stati destinati ad altre spese legate all’emergenza. Tuttavia, questo netto rilancio del finanziamento pubblico è stato assorbito dai costi della pandemia, senza consentire un rafforzamento strutturale del SSN e senza riuscire a mantenere in ordine i bilanci delle Regioni. Nel **periodo post-pandemico (2023-2024)** la Legge di Bilancio 2023 ha previsto un incremento del FSN di € 2.150 milioni nel 2023 (di cui € 1.400 milioni destinati alla copertura dei maggiori costi energetici), € 2.300 milioni nel 2024 e € 2.600 milioni nel 2025. La Legge di Bilancio 2024 ha incrementato il FSN di € 3.000 milioni per il 2024 (di cui € 2.431 destinati ai rinnovi contrattuali del personale), di € 4.000 milioni per il 2025 e di € 4.200 milioni per il 2026. Di conseguenza il FSN è stato fissato a € 134.000 milioni per il 2024, € 135.400 milioni per il 2025 e € 135.600 milioni per il 2026. Dal punto di vista previsionale, il Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (2025-2029), approvato il 27 settembre 2024, peggiora il quadro tendenziale della spesa sanitaria rispetto al DEF 2024: il rapporto spesa sanitaria/PIL scende, passando dal 6,3% del biennio 2024-2025 al 6,2% nel periodo 2026-2027.

Il **CAPITOLO 3** analizza la **spesa sanitaria** che, secondo i dati ISTAT del sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA) per il 2023 ammonta a € 176.153 milioni così ripartiti: € 130.291 milioni di spesa pubblica (74%); € 45.862 milioni di spesa privata, di cui € 40.641 milioni di spesa out-of-pocket (23%) e € 5.221 milioni (3%) di spesa intermediata da fondi sanitari e assicurazioni. Complessivamente, l’88,6% della spesa privata è a carico dei cittadini mentre l’11,4% è intermediata. Rispetto al 2022, l’aumento della spesa sanitaria totale (+2,5%) è stato sostenuto esclusivamente dalla spesa out-of-pocket (+10,3%) e da quella intermediata

(+11,8%). La **spesa sanitaria pubblica** 2023 di € 130.291 milioni è così ripartita **per funzioni di assistenza**: € 74.747 milioni per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, € 13.147 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine, € 12.124 milioni per servizi ausiliari, € 20.385 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, € 8.453 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie, € 1.435 milioni per governance, amministrazione e finanziamento del SSN. Rispetto al 2022, nel 2023 si registra un crollo dei "Servizi per la prevenzione delle malattie" (-18,6%). I dati ISTAT dei Conti economici consolidati della Protezione sociale (ISTAT-CN), utilizzati dalla Ragioneria Generale dello Stato, riportano una spesa sanitaria corrente 2023 di € 131.119 così suddivisa **per fattori produttivi**: € 40.073 per i redditi da lavoro dipendente, € 44.356 per i consumi intermedi (spesa farmaceutica diretta, dispositivi medici, etc.), € 7.563 per la farmaceutica convenzionata, € 6.759 per l'assistenza medico-generica da convenzione, € 28.075 per le prestazioni sociali in natura da privato e € 4.293 per altre componenti di spesa. La **spesa out-of-pocket** per il 2023 secondo ISTAT-SHA ammonta a € 40.641 milioni, così ripartiti per funzioni di assistenza: € 18.106 milioni per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, € 4.423 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine, € 3.062 milioni per servizi ausiliari, € 14.983 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, € 67 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie. Rispetto al periodo 2012-2022, quando la spesa out-of-pocket registrava un incremento medio annuo dell'1,6% (€ 5.326 in 10 anni), nel 2023 si osserva un'impennata significativa: +10,3%, pari a +€ 3.806 milioni rispetto al 2022. Un aumento peraltro arginato da vari fenomeni quali la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, la rinuncia alle cure; tutti fenomeni più frequenti nel Mezzogiorno. In particolare secondo indagini ISTAT: nel 2022 il 16,7% delle famiglie ha dichiarato di avere limitato in quantità e/o qualità le spese per la salute; il 5,1% delle famiglie ha riferito di non disporre di denaro in alcuni periodi dell'anno per affrontare spese sanitarie. E soprattutto nel 2023 oltre 4,48 milioni di persone (7,6%) di persone hanno rinunciato a prestazioni sanitarie, di cui quasi 2,5 milioni (4,2%) per motivi economici: quasi 600.000 persone in più rispetto all'anno precedente. Infine, l'impatto sulla salute deve anche considerare l'incidenza della povertà assoluta che tra il 2021 e il 2022 è salita dal 7,7% all'8,3%, coinvolgendo quasi 2,1 milioni di famiglie: le stime preliminari ISTAT per il 2023 indicano un incremento all'8,5%. Questo fenomeno contribuirà alla rinuncia alle cure, al peggioramento della salute e alla riduzione dell'aspettativa di vita delle persone più povere del Paese. Non a caso, le stime ISTAT per il 2023 mostrano che, a fronte di un'età media di 83,1 anni a livello nazionale, si registrano notevoli differenze regionali: dagli 84,6 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81,4 anni della Campania, con una differenza di ben 3,2 anni. In tutte le 8 Regioni del Mezzogiorno l'aspettativa di vita è inferiore alla media nazionale, un segnale indiretto sia delle criticità dei servizi sanitari regionali, sia dell'incidenza della povertà assoluta. 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 € 5.221milioni, escludendo esplicitamente i fondi sanitari integrativi, peraltro in parte ricompresi nelle assicurazioni volontarie tramite polizze collettive. Nel 2023, rispetto al 2022, si osserva un marcato incremento della spesa intermediata pari a € 553 milioni (+11,8%). Relativamente ai **benchmark internazionali**, nel 2023 la spesa sanitaria pubblica in Italia si attesta al 6,2% del PIL, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE del 6,9% sia alla media dell'Unione Europea del 6,8%. Anche la spesa sanitaria pubblica pro-capite, pari a \$ 3.574, rimane ben al di sotto sia della media OCSE (\$ 4.174), sia soprattutto della media dei paesi dell'UE (\$ 4.199). Il gap con la media dei paesi europei dell'area OCSE si è ampliato progressivamente dal 2010, sino a raggiungere nel 2023 \$ 995 pro-capite che, parametrato

alla popolazione residente al 1° gennaio 2024, corrisponde ad un gap complessivo di \$ 58,7 miliardi, pari a € 52,4 miliardi. La spesa out-of-pocket pro-capite in Italia nel 2023 ammonta a \$ 1.115, superiore sia alla media OCSE (\$ 899) sia alla media EU (\$ 902). La spesa intermediata pro-capite, pari a \$ 143, è inferiore sia alla media OCSE (\$ 301) sia alla media EU (\$ 268) con una differenza di \$ 125.

Il **CAPITOLO 4** delinea il perimetro e le macro-categorie di **sprechi e inefficienze** utilizzando la tassonomia GIMBE: sovra-utilizzo di interventi sanitari dal basso valore, sotto-utilizzo di interventi sanitari dal valore elevato, inadeguato coordinamento dell'assistenza, acquisti a costi eccessivi, frodi e abusi. Se ne conferma l'esistenza in misura variabile nei diversi contesti, senza fornire stime economiche. Si sottolinea che, se l'aumento del valore della spesa sanitaria rappresenta una strategia per contribuire alla sostenibilità del SSN, il recupero di risorse da sprechi e inefficienze è difficilmente monetizzabile, in quanto dipende da interventi di formazione dei professionisti sanitari, informazione della popolazione e coraggiose riforme strutturali.

Il **CAPITOLO 5** 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 il 4 agosto 2023 e che diventerà operativo dal 1° gennaio 2025. Sino a quella data anche l'**esigibilità** dei nuovi LEA relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica sarà garantita solo nelle Regioni non in Piano di rientro grazie a fondi extra-LEA. La sezione dedicata al **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 2020-2022. Tutte le analisi rilevano una vera e propria "frattura strutturale" tra Nord e Sud: negli adempimenti cumulativi 2010-2019 nessuna Regione del Mezzogiorno 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. Nel 2022 solo 13 Regioni sono adempienti, con un ulteriore aumento del divario Nord-Sud: soltanto Puglia e Basilicata al Sud. Nel 2022 quasi metà delle Regioni registra performance inferiori rispetto al 2021; l'area della prevenzione è quella con il maggior numero di Regioni inadempienti (n. 7), seguita dall'area distrettuale (n. 5) e da quella ospedaliera (n. 1). Il focus sulla **mobilità sanitaria** conferma questo gap ormai incolmabile, documentando flussi economici che scorrono prevalentemente da Sud a Nord. In particolare nel 2021, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto "cubano" complessivamente quasi la metà dei crediti della mobilità e il 93,3% del saldo di mobilità attiva, mentre le Regioni con saldo negativo maggiore di € 100 milioni sono tutte del Centro-Sud. Nel 2021 il 54,6% della mobilità per ricoveri e prestazioni specialistiche è stata erogata dalle strutture private accreditate rispetto al € 45,4% delle strutture pubbliche.

Il **CAPITOLO 6** affronta il tema dell'**autonomia differenziata** in sanità, analizzando le criticità della legge Calderoli e stimando l'impatto delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni in materia di tutela della salute. Si documenta come le imprevedibili conseguenze delle maggiori autonomie si inserirebbero in un contesto caratterizzato dalla grave crisi di sostenibilità del SSN e da profonde diseguaglianze regionali: adempimenti LEA, mobilità sanitaria, attuazione della Missione Salute del PNRR, aspettativa di vita alla nascita, etc. Il Rapporto riprende le motivazioni che hanno indotto la Fondazione GIMBE a richiedere in sede istituzionale di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori

autonomie. Perché non è ammissibile violare il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto alla tutela della salute, legittimando normativamente i divari tra Nord e Sud.

Il **CAPITOLO 7** 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 presentata una "fotografia statica" della distribuzione del personale sanitario dipendente, con focus specifico su medici e infermieri, mettendo in luce le differenze regionali e il confronto con la media OCSE. Infine, vengono effettuate analisi dettagliate sui medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), concentrandosi in particolare sulla stima delle carenze.

Personale dipendente. Per l'anno 2022 il report del Ministero della Salute riporta un totale di 727.169 unità di personale suddivise come segue: 625.282 dipendenti del SSN (86%), 84.452 dipendenti delle strutture equiparate a quelle pubbliche (11,5%), 8.839 universitari (1,2%) e 8.596 con altro rapporto di lavoro (1,2%). Di queste unità, il 72% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,6%, dal ruolo tecnico, il 9,9% dal ruolo amministrativo, lo 0,2% dal ruolo professionale e lo 0,3% da qualifiche atipiche.

Medici. Nel 2022 i medici che lavorano nelle strutture sanitarie erano 124.296: 101.827 come dipendenti del SSN e 22.469 come dipendenti delle strutture equiparate al SSN. La media nazionale è di 2,11 medici per 1.000 abitanti, con un range che varia da 1,80 della Campania a 2,64 della Sardegna. L'Italia si colloca sopra la media OCSE (4,2 vs 3,7 medici per 1.000 abitanti), ma con gap un rilevante tra i medici attivi e quelli in quota al SSN. Nel 2022, il numero di laureati in Medicina e Chirurgia è stato di 16,7 per 100.000 abitanti, un dato superiore alla media OCSE di 14,2.

Infermieri. Nel 2022 il numero di infermieri che lavorano nelle strutture sanitarie è di 302.841: 268.013 come dipendenti del SSN e 34.828 come dipendenti delle strutture equiparate al SSN. La media nazionale è di 5,13 per 1.000 abitanti, con un range che varia da 3,83 della Campania a 7,01 della Liguria. L'Italia si colloca notevolmente al di sotto della media OCSE (6,5 vs 9,8 per 1.000 abitanti). Nel 2022, il numero di laureati in Scienze Infermieristiche nel 2022 è stato di 16,4 per 100.000 abitanti, un dato significativamente inferiore alla media OCSE di 44,9.

Rapporto infermieri/medici. Nel 2022 il rapporto nazionale infermieri/medici tra il personale dipendente è di 2,44, con un range che varia da 1,84 della Sicilia a 3,42 della Provincia autonoma di Bolzano. L'Italia si colloca molto al di sotto della media OCSE per rapporto infermieri/medici (1,5 vs 2,6), posizionandosi in Europa davanti solo a Spagna (1,4) e Lettonia (1,2).

Retribuzioni dei medici specialisti. A parità di potere di acquisto per i consumi privati, la retribuzione media per l'Italia è di \$ 116.484, un dato inferiore sia alla media OCSE (\$ 127.137), sia soprattutto a quella di altri paesi europei come Olanda (\$ 210.730) e Germania (\$ 207.397).

Retribuzioni degli infermieri ospedalieri. A parità di potere di acquisto per i consumi privati, la retribuzione media in Italia è di \$ 48.931, un dato al di sotto della media OCSE (\$ 58.394) e nettamente inferiore rispetto ad altri paesi europei come Olanda (\$81.124), Germania (\$ 73.196) e Spagna (\$ 62.119).

Le analisi sul personale sanitario dimostrano che le fonti disponibili non permettono di ottenere una visione univoca, sistematica e costantemente aggiornata della reale "forza lavoro" del SSN impegnata nell'erogazione dei LEA. Inoltre, i dati relativi al 2022 verosimilmente

sottostimano la carenza di personale, in conseguenza di licenziamenti volontari e pensionamenti anticipati negli anni 2021-2024. 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 l'Italia poco sopra la media OCSE per i medici, ma ben al di sotto per il personale infermieristico, con un rapporto infermieri/medici tra i più bassi d'Europa.

Medici di Medicina Generale. Al 1° gennaio 2023 37.860 MMG avevano in carico oltre 51,2 milioni di assistiti. In termini assoluti, la media nazionale è di 1.353 assistiti per MMG con variazioni significative tra Regioni: dai 1.090 della Basilicata ai 1.646 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 a casa, non solo nelle cosiddette aree desertificate, ma anche nelle grandi città. Considerando accettabile un rapporto di 1 MMG ogni 1.250 assistiti, al 1° gennaio 2023 si stima una carenza di 3.114 MMG, con situazioni più critiche nelle grandi Regioni del Nord: Lombardia (-1.237), Veneto (-609), Emilia-Romagna (-418), Piemonte (-296), oltre che in Campania (-381). Tenendo conto di pensionamenti attesi e borse di studio per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, per il 2026 si prevede una diminuzione del numero dei MMG di 135 unità rispetto al 2022, con marcate differenze regionali.

Pediatri di Libera Scelta. Al 1° gennaio 2023, 6.681 PLS avevano in carico quasi 6 milioni di iscritti, di cui il 42,5% (2,55 milioni) appartenente alla fascia di età 0-5 anni e il 57,5% (3,45 milioni) alla fascia 6-13 anni. In termini assoluti, la media nazionale è di 898 assistiti per PLS, con 12 Regioni che superano la media di 880 assistiti; tra queste, quattro Regioni vanno oltre la media di 1.000 assistiti per PLS: Piemonte (1.108), Valle d'Aosta (1.047), Provincia autonoma di Bolzano (1.026) e Veneto (1.011). Con un tale livello di saturazione, non solo viene compromesso il principio della libera scelta, ma in alcune Regioni diventa impossibile trovare la disponibilità di PLS sia nelle aree interne o disagiate, sia vicino a casa nelle grandi città. Considerando accettabile un rapporto di 1 PLS ogni 800 assistiti, al 1° gennaio 2023 si stima una carenza di 827 PLS, con notevoli differenze regionali: il 62% delle carenze si concentra in Lombardia (244), Piemonte (136), Veneto (134). Tuttavia, tali carenze saranno in larga parte "assorbite" da quanto previsto dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale che dal 1° gennaio 2025 aumenta il rapporto ottimale dei PLS da 600 a 850 residenti, lasciando il massimale a 1.000 assistiti.

Il **CAPITOLO 8** affronta la **Missione Salute del PNRR**. Vengono illustrate le **rimodulazioni** approvate dalla Commissione Europea. La dotazione finanziaria della Missione 6 è rimasta invariata (€ 15,63 miliardi), redistribuendo € 750 milioni dalla Componente 2 alla Componente 1. Le rimodulazioni quantitative hanno previsto una riduzione di Case della Comunità (-312), Centrali Operative Territoriali (-120), Ospedali di Comunità (-93) e interventi di antisismica (-25), oltre che dei posti letto di terapia intensiva (-808) e semi-intensiva (-995). È stato aumentato il numero degli over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare (da almeno 800 mila a 842 mila) e dei pazienti assistiti in telemedicina (da almeno 200 mila a 300 mila). Per quanto riguarda le rimodulazioni delle scadenze, l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali è slittata dal 30 giugno 2024 al 31 dicembre 2024; quella delle grandi apparecchiature dal 31 dicembre 2024 al 30 giugno 2026. Vengono riportati i dati relativi allo **stato di avanzamento**: i target europei, che condizionano il pagamento delle rate, sono stati tutti raggiunti al 30 giugno 2024. I risultati preliminari del 4° monitoraggio Agenas sul DM 77/2022 documentano che, al 30 giugno 2024 sono state dichiarate attive dalle Regioni

268/1.421 Case di Comunità (19%), 362/611 Centrali Operative Territoriali (59%) e 56/429 Ospedali di Comunità (13%). Per tutte le strutture si rileva un netto ritardo delle Regioni del Mezzogiorno. Il target intermedio sulla percentuale di over 65 in assistenza domiciliare è stato raggiunto a livello nazionale, ma con risultati eterogenei tra le Regioni. Al 31 luglio 2024 sono stati realizzati il 52% dei posti letto di terapia intensiva e il 50% di quelli di terapia sub-intensiva, con impressionanti differenze regionali. Vengono infine analizzate le principali **criticità di implementazione** della Missione 6, in larga parte relative alla riorganizzazione prevista dal DM 77/2022: differenze regionali in termini di adempimenti LEA, modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, dotazione di partenza di Case di Comunità e Ospedali di Comunità, percentuale di over 65 in assistenza domiciliare, status di attuazione del fascicolo sanitario elettronico; personale per il potenziamento dell'assistenza territoriale; modalità di coinvolgimento di medici di famiglia; grave carenza di personale infermieristico; ostacoli all'attuazione della telemedicina.

Il **CAPITOLO 9** riporta il **Piano di rilancio del SSN** aggiornato dalla Fondazione GIMBE: 13 punti che rappresentano lo standard per il monitoraggio continuo delle azioni politiche di Governo e Regioni:

- **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 aumentare gli investimenti in prevenzione e promozione della salute e attuare l'approccio integrato *One Health*, perché la salute di persone, animali, piante e 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.
- **FINANZIAMENTO PUBBLICO.** Aumentare in maniera progressiva e consistente il finanziamento pubblico per la sanità per allinearla alla media dei paesi europei, al fine di garantire il rilancio delle politiche del personale sanitario, l'erogazione uniforme dei LEA e l'equità di accesso alle innovazioni.
- **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA per rendere rapidamente accessibili le vere innovazioni escludendo le prestazioni sanitarie obsolete e ridurre le diseguaglianze regionali nell'esigibilità dei LEA.
- **SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI.** Programmare l'offerta di servizi sanitari secondo i reali bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti integrate multiprofessionali, al fine di ridurre la frammentazione tra assistenza sanitaria e sociale e tra ospedale e territorio.
- **PERSONALE SANITARIO.** Rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica e rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN, innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze professionali.
- **SPRECHI E INEFFICIENZE.** Ridurre inappropriatezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.
- **RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** Favorire una sana integrazione pubblico-privato al fine di ridurre le diseguaglianze d'accesso ai servizi sanitari e arginare l'espansione incontrollata della sanità privata.

- **SANITÀ INTEGRATIVA.** Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto alle prestazioni già incluse nei LEA, al fine di arginare diseguaglianze, privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.
- **TRASFORMAZIONE DIGITALE.** Promuovere cultura e competenze digitali della popolazione, in particolare di professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregiver, e rimuovere gli ostacoli alla digitalizzazione, al fine di ridurre le diseguaglianze e migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e l'efficienza del SSN.
- **INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE.** Aumentare la consapevolezza civica del valore del SSN, potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumismo sanitario e contrastare le fake news.
- **RICERCA INDIPENDENTE.** Potenziare la ricerca clinica e organizzativa integrandole in un programma nazionale di ricerca e sviluppo, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.

PREMESSA

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 universalismo, uguaglianza ed equità, finanziato dalla fiscalità generale, che ha permesso di ottenere eccellenti risultati di salute, che tutto il mondo continua a guardare con ammirazione e che ci ha permesso di superare gli anni bui della pandemia.

Se nell'ultimo decennio il tema della sostenibilità del SSN è rimasto confinato all'attenzione degli addetti ai lavori, oggi la tenuta del SSN purtroppo è prossima al punto di non ritorno e riguarda 60 milioni di persone: non a caso tutti i sondaggi testimoniano che la sanità è diventata la priorità del Paese. Infatti, i principi fondanti del SSN sono stati ormai traditi e numerosi problemi condizionano la vita quotidiana delle persone, in particolare delle fasce socio-economiche più deboli: interminabili tempi di attesa, affollamento dei pronto soccorso, impossibilità a iscriversi ad un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, inaccettabili disequaglianze regionali e locali, migrazione sanitaria, aumento della spesa privata e impoverimento delle famiglie sino alla rinuncia alle cure.

D'altronde nel marzo 2013, in occasione del lancio della campagna "Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale", la Fondazione GIMBE aveva previsto che la perdita del SSN non sarebbe stata annunciata dal fragore improvviso di una valanga, ma si sarebbe manifestata come il lento e silenzioso scivolamento di un ghiacciaio, attraverso anni, lustri, decenni. Un processo che, lentamente ma inesorabilmente, avrebbe eroso il diritto costituzionale alla tutela della salute. Oggi, quasi 12 anni dopo, dati, cronaca e sondaggi dimostrano che il collasso del SSN ha già compromesso tale diritto per le fasce socio-economiche più deboli, per gli anziani fragili e nel Mezzogiorno. Nel frattempo, altrettanto in sordina, la percezione pubblica del valore del SSN si è involuta: la salute non più come un bene da tutelare secondo il dettato costituzionale, ma come una merce da vendere e comprare. Questa involuzione spiana inevitabilmente la strada ad una sanità regolata dal libero mercato, dove le prestazioni saranno accessibili solo a chi potrà pagare di tasca propria o avrà sottoscritto costose polizze assicurative. Che, in ogni caso, non potranno mai garantire nemmeno ai più abbienti una copertura globale come quella offerta dal SSN.

Purtroppo, tutti i Governi degli ultimi 15 anni hanno contribuito al progressivo sgretolamento del SSN, svalutandone i principi fondanti ed erodendo il diritto costituzionale alla tutela della salute, attraverso gravi azioni e omissioni:

- considerare la sanità come un costo da tagliare ripetutamente e non come una priorità su cui investire continuamente per tutelare la salute delle persone e favorire la crescita economica del Paese;
- ridurre il perimetro delle tutele pubbliche (sanità, scuola) per aumentare forme di sussidio individuale con l'obiettivo, peraltro mai raggiunto, di mantenere il consenso elettorale, ignorando che qualche decina di euro in più in busta paga non compensano certo le centinaia di euro da sborsare per un accertamento diagnostico o una visita specialistica;

- 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 svilenti compromessi con l'industria solo perché un'elevata domanda di servizi e prestazioni sanitarie genera occupazione o perché, viceversa, l'introduzione di specifiche misure di prevenzione rischia di ridurre posti di lavoro.

Considerato che perdere il SSN non significa solo compromettere la salute delle persone, ma soprattutto mortificarne la dignità e ridurre le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi, è indispensabile ribadire tre incontrovertibili certezze. *In primis*, la sostenibilità del SSN è innanzitutto un problema culturale e politico: ovvero, riprendendo le conclusioni del Rapporto Romanow, "il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia"¹. In secondo luogo, la perdita di un SSN pubblico – finanziato dalla fiscalità generale e fondato su principi di universalità, eguaglianza ed equità – provocherebbe un disastro sanitario economico e sociale senza precedenti. Infine, senza una rapida inversione di rotta, il "ghiacciaio" continuerà inesorabilmente a scivolare: da un Servizio Sanitario Nazionale fondato per la tutela di un diritto costituzionale, a 21 Sistemi Sanitari Regionali regolati dalle leggi del libero mercato.

A fronte di questo rischio che il Paese intero deve assolutamente scongiurare, la Fondazione GIMBE oltre dieci anni fa ha lanciato la campagna #SalviamoSSN, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dei cittadini sull'importanza di preservare un Servizio Sanitario Nazionale equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile da garantire alle future generazioni (§ Appendice 1).

Nel 2016, dopo anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti, la Fondazione ha presentato il primo Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN, ribadendo fermamente l'urgenza di rimettere la sanità pubblica e l'intero sistema di welfare al centro dell'agenda politica. Quindi, per rispondere all'esigenza di monitorare responsabilità e azioni degli stakeholder del SSN, è stato istituito l'Osservatorio GIMBE sul SSN, che ad oggi ha pubblicato 29 report.

Negli anni successivi, la Fondazione GIMBE con il Rapporto annuale sul SSN ha mantenuto sempre alta l'attenzione sulla tenuta della sanità pubblica e, vista l'assenza di un programma politico mirato a salvaguardarla, ha elaborato il Piano di Salvataggio del SSN, utilizzato come standard per valutare programmi elettorali e politiche sanitarie. Inoltre, attraverso la pubblicazione di analisi e report e la costante attività di advocacy istituzionale e comunicazione pubblica, la Fondazione GIMBE ha costantemente portato all'attenzione politica e sociale tutte le criticità che minano la tenuta del SSN e il diritto alla tutela della salute: il sottofinanziamento del SSN, la progressiva perdita delle tutele pubbliche, l'aumento delle risposte private, le diseguaglianze regionali e la mobilità sanitaria, la crisi del personale sanitario prima quantitativa e poi, dopo la pandemia, anche motivazionale.

¹ 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: 30 settembre 2024.

Persistendo l'assenza di un chiaro programma politico per salvare la sanità pubblica, la Fondazione ha continuato a proporre soluzioni concrete, poi finalizzate nel Piano di Rilancio del SSN: il presente Rapporto ne include la versione aggiornata, che definisce le azioni indispensabili a rilanciare il SSN e garantire a tutte le persone il diritto costituzionale alla tutela della salute.

Nel dicembre 2023, in occasione dei 45 anni dalla nascita del SSN, la Fondazione ha promosso la creazione della rete civica #SalviamoSSN, per coinvolgere attivamente cittadini, scuole, comunità e istituzioni nella difesa della sanità pubblica. Questo progetto mira a mobilitare l'intero Paese, ad aumentare la consapevolezza pubblica del valore del SSN e a coinvolgere sempre più persone nella tutela e nel rilancio del SSN con il fine ultimo di garantire a tutte le persone una sanità pubblica accessibile ed equa.

Perché se la Costituzione tutela il diritto alla salute di tutti, la sanità deve essere per tutti.

CAPITOLO 1

Introduzione

Le analisi indipendenti della Fondazione GIMBE nell'ambito della campagna #SalviamoSSN² hanno documentato nel nostro Paese, già dal marzo 2013, una progressiva crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In particolare, nel giugno 2019 il 4° Rapporto GIMBE³ 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 contestualmente 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 valore, sotto-utilizzo di prestazioni sanitarie efficaci, appropriate o dal valore elevato, inadeguato coordinamento dell'assistenza, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative, frodi e abusi.
- **Espansione incontrollata del secondo pilastro:** presentato come "LA" soluzione per salvare il SSN, in realtà aumenta spesa sanitaria e disuguaglianze 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.

La Fondazione GIMBE rilevava inoltre che l'habitat in cui vive il SSN è 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 disuguaglianze, conseguente alla non sempre leale collaborazione tra Governo e Regioni a cui è affidata la tutela della salute, oltre che 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 la pandemia di COVID-19 si è abbattuta come uno tsunami, confermando tutte le criticità e le contraddizioni del SSN: carenza di personale sanitario, fragilità

² Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

³ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Roma, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

dell'assistenza territoriale, problematiche nella “catena di comando” Stato-Regioni e criticità nella comunicazione istituzionale. Al tempo stesso però nella fase di grave emergenza pandemica è cresciuta la consapevolezza politica e sociale del ruolo insostituibile del SSN: tuttavia, se inizialmente tutte le forze politiche convergevano sulla necessità di rilanciare la sanità pubblica, con la fine dell'emergenza il SSN è tornato “all'angolo”, ovvero dove l'hanno relegato tutti i Governi negli ultimi 15 anni. E oggi le criticità rilevate nel 2019 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 di mantenere in ordine i conti delle Regioni. All'avvio della XIX Legislatura, con la Legge di Bilancio 2023 il Governo ha aumentato il FSN di € 2,15 miliardi per il 2023 (di cui € 1,4 miliardi assorbiti da maggiori costi dovuti alla crisi energetica), di € 2,3 miliardi per il 2024 e di € 2,6 miliardi per il 2025. Cifre irrisorie, anche in considerazione dell'inflazione, che a settembre 2023 era del 5,7%. Infine, la Legge di Bilancio 2024 ha previsto un aumento del FSN di € 3 miliardi per il 2024, di € 4 miliardi per il 2025 e di € 4,2 miliardi per il 2026. Tuttavia, oltre € 2.400 milioni saranno destinati al doveroso rinnovo contrattuale del personale sanitario e gli incrementi previsti nel 2025 (+1%) e nel 2026 (+0,15%) sono talmente esigui che non riusciranno nemmeno a compensare l'inflazione, né l'aumento dei prezzi di beni e servizi. In altri termini, nonostante il netto incremento del FSN nel 2024, nella Manovra 2024 non si intravede alcun rilancio progressivo del finanziamento pubblico. Una tendenza confermata nell'aprile 2024 dal Documento di Economia e Finanza (DEF) dove il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,4% del 2024 al 6,3% nel 2025-2026 e al 6,2% nel 2027, ben al di sotto del valore pre-pandemia del 2019. Inoltre, il Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (2025-2029), approvato dal Consiglio dei Ministri lo scorso 27 settembre, ha rivisto al ribasso le previsioni sulla spesa sanitaria nonostante le misure previste per il potenziamento del SSN: infatti, il rapporto spesa sanitaria/PIL scende dal 6,3% del biennio 2024-2025 al 6,2% nel 2026 e 2027. Al fine di invertire questa tendenza, si sono moltiplicati i segnali istituzionali: la Corte dei Conti, la Corte Costituzionale e l'Ufficio Parlamentare di Bilancio rilevano continuamente il sottofinanziamento del SSN; ben 5 Regioni e successivamente anche le opposizioni hanno presentato disegni di legge per aumentare il finanziamento pubblico almeno al 7% del PIL. Anche lo stesso Ministro Schillaci ha dichiarato che il 7% del PIL è il livello minimo sul quale attestarsi per il finanziamento della sanità pubblica.
- **Ampliamento del “paniere” dei nuovi LEA.** Nell'agosto 2023 è stato finalmente pubblicato il cd. “Decreto Tariffe”, quasi sette anni dopo l'aggiornamento dei LEA. Tuttavia, in accordo con le Regioni, l'aggiornamento dei nomenclatori tariffari è stato rinviato al 1° gennaio 2025: sino a quella data dunque le prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica continueranno ad essere esigibili solo nelle Regioni non in Piano di rientro con fondi extra-LEA. Inoltre, in assenza dell'entrata in vigore del “Decreto Tariffe” tutti gli aggiornamenti delle prestazioni proposti dalla Commissione LEA non sono mai andati a regime.
- **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 nel dicembre 2022 ha avviato un'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria finalizzata ad una riforma della sanità integrativa, la cui normativa frammentata e incompleta favorisce l'utilizzo strumentale della defiscalizzazione dei fondi sanitari integrativi a vantaggio delle compagnie assicurative. Alla data di pubblicazione del presente Rapporto non è ancora disponibile la relazione conclusiva dell'indagine.
- **Governance Stato-Regioni.** In questo scenario di grave crisi della sanità pubblica è stata approvata la legge sull'autonomia differenziata che, in assenza della definizione e del finanziamento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), è destinata ad amplificare le disuguaglianze regionali, legittimando normativamente il divario Nord-Sud e violando il principio di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute.
- **Informazione della popolazione.** Negli anni in cui la pandemia ha monopolizzato l'informazione, il quadro è sensibilmente peggiorato a causa della diffusione di teorie negazioniste e posizioni no-vax che hanno contribuito a deteriorare il rapporto di fiducia tra SSN e cittadini, culminando in un'escalation di aggressioni al personale sanitario. Negli anni non è mai stata intrapresa alcuna iniziativa istituzionale per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione e contrastare le fake news, spesso diffuse addirittura da esponenti del mondo politico.

Dal 2022, poi, il SSN ha iniziato a sperimentare gli effetti a medio-lungo termine della pandemia, un'altra "patologia" cronica che ne aggrava ulteriormente 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: da un lato, 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 più rilevante. Dall'altro, l'impatto sulla salute mentale, ancora fortemente sotto-diagnosticato soprattutto tra i più giovani, fatica a trovare adeguate risposte assistenziali, anche per l'indebolimento strutturale dei dipartimenti di salute mentale.

Ma soprattutto, lo stress test della pandemia ha ulteriormente sfibrato il capitale umano del SSN. Infatti, le conseguenze del tetto di spesa per il personale e della mancata programmazione (blocco delle assunzioni, mancati rinnovi contrattuali, insufficienti borse di studio per specialisti e medici di famiglia) hanno determinato in un primo momento una carenza quantitativa di professionisti. Successivamente, l'emergenza COVID-19 ha slatentizzato una crisi motivazionale che ha progressivamente portato da un lato i giovani a disertare l'iscrizione ad alcuni corsi di laurea (es. scienze infermieristiche) e specialità mediche (es. emergenza-urgenza), dall'altro i professionisti ad abbandonare il SSN per le strutture private, se non addirittura per l'estero. Al numero già elevato di pensionamenti previsti tra medici (ospedalieri e di famiglia), infermieri e altri professionisti sanitari, si aggiungono burnout e demotivazione ad alimentare progressivamente la fuga dal SSN. Licenziamenti volontari e pensionamenti anticipati riducono sempre più la "forza lavoro" della sanità pubblica, peggiorando inevitabilmente la qualità e la sicurezza di chi rimane ed è costretto a turni massacranti, spesso in carenza di organico. Il SSN sta dunque sperimentando una crisi del personale sanitario senza precedenti, dovuta sia ad errori di programmazione, sia al defianziamento, sia alle recenti dinamiche di crescente demotivazione e disaffezione per il SSN. Peraltro, i casi di violenza fisica e verbale ai danni del personale sanitario sono in aumento, soprattutto nei pronto soccorso, peggiorando ulteriormente la sicurezza le condizioni di

lavoro, oltre che la frustrazione e la demotivazione professionale. A tutto ciò si aggiungono la burocrazia e la scarsa digitalizzazione, che aumentano la complessità e l'inefficienza del lavoro quotidiano dei professionisti sanitari.

La grave crisi di sostenibilità del SSN, conseguente al sottofinanziamento e alle mancate riforme, è stata ribadita dalla Corte dei Conti almeno in quattro occasioni nel 2024.

“Non si può sottacere che la grave crisi di sostenibilità del SSN non garantisce più alla popolazione un'effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie, con intuibili conseguenze sulla salute delle persone e pesante aumento della spesa privata. La tendenza, ormai già da diversi anni, appare lenta ma costante: da un SSN incentrato sulla tutela del diritto costituzionalmente garantito, a tanti diversi sistemi sanitari regionali, sempre più basati sulle regole del libero mercato”⁴ (13 febbraio 2024).

“Il fabbisogno del settore sanitario, come altri del sistema di welfare, dovrà essere attentamente riconsiderato per evitare che il rispetto delle traiettorie di spesa si traduca in un progressivo decadimento della qualità dell'assistenza pubblica o che impedisca una compiuta (e quanto mai necessaria) riforma dell'assistenza territoriale”⁵ (22 aprile 2024).

“Il sistema sanitario, dopo aver sostenuto uno sforzo corale per limitare gli effetti della pandemia, soffre di una crisi sistemica – accentuata dalla 'fuga' del personale sanitario, non adeguatamente remunerato – cui si deve rispondere con decisioni ed investimenti non più rinviabili, nei campi dell'organizzazione, delle strutture, della formazione e delle retribuzioni, al fine di garantire effettività al diritto alla salute”⁶ (27 giugno 2024).

“Le risorse sanitarie assegnate alle Regioni non compensano l'aumento dei prezzi, riducendo la quota di spesa sanitaria rispetto al PIL”⁷ (1° agosto 2024).

Eppure il SSN si trova di fronte ad irripetibili opportunità: le sfide della trasformazione digitale, l'approccio *One Health* e, soprattutto, la Missione Salute del PNRR che – riprendendo la metafora clinica – costituisce un “prezioso organo da trapiantare nel paziente con malattie multiple”. Non a caso il 5° Rapporto GIMBE sul SSN nell'ottobre 2022 evidenziava proprio come la XIX Legislatura sarebbe stata determinante per il destino del SSN, non solo per le numerose opportunità, ma perché, dopo la drammatica esperienza della pandemia, rappresentava il momento storico ideale per rimettere la sanità al centro dall'agenda politica. Purtroppo, due anni dopo, la Fondazione GIMBE non può che constatare che il rilancio del SSN non rientra tra le priorità nemmeno di questo Esecutivo, che continua a seguire la linea dei Governi degli ultimi 15 anni.

Tra le misure emanate e finanziate negli ultimi due anni un tassello fondamentale è rappresentato dal rinnovo contrattuale del comparto sanità 2019-2021, mentre rimane ancora al palo quello relativo al triennio 2022-2024. Inoltre, l'attuazione di rilevanti decreti

⁴ Procura generale della Corte dei Conti. Cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario 2024. Roma, 13 febbraio 2024. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=09973f78-1c2f-4241-b13b-eda0144fa73c. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁵ Corte dei Conti. Audizione sul Documento di economia e finanza 2022. Roma, 22 aprile 2024. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=6cadbd4d-5cec-4a32-8329-eb04e0bf587b. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁶ Requisitoria orale del Procuratore generale Pio Silvestri. Corte dei Conti. Giudizio sul Rendiconto generale dello Stato 2023. Roma, 27 giugno 2024. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=d147b7c1-58b3-442f-a39a-3df1f733929b. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁷ Corte dei Conti. Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province Autonome per gli esercizi 2020-2023. Roma, 1° agosto 2024. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=1feed3bb-e27c-4bc0-8151-8f0f370a7227. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

legge già pubblicati in Gazzetta Ufficiale rimane fortemente condizionata dalle clausole di invarianza finanziaria e/o dalla mancanza di risorse da investire:

- **Decreto Tariffe.** Come già ricordato, in accordo con le Regioni l'aggiornamento dei nomenclatori tariffari è stato rinviato al 1° gennaio 2025: le prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica sino a quella data saranno dunque esigibili solo nelle Regioni non in Piano di rientro con fondi extra-LEA.
- **Decreto Anziani.** Il provvedimento rappresenta un importante passo avanti per rispondere ai bisogni di oltre 14 milioni di persone anziane che, insieme a familiari e caregiver, ogni giorno affrontano difficoltà, disagi e fenomeni di impoverimento economico. Situazioni aggravate dalle enormi disuguaglianze nell'erogazione dei servizi socio-sanitari, sia tra le Regioni, in particolare tra Nord e Sud, sia tra aree urbane e rurali. Tuttavia dall'analisi del Decreto Anziani presentata dalla Fondazione GIMBE a febbraio 2024 in occasione di un'audizione presso la 10^a Commissione del Senato⁸ emerge innanzitutto che per ben tredici misure si fa riferimento a risorse già stanziati: PNRR Missione 5 e Missione 6, Fabbisogno Sanitario Nazionale, Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo per le non autosufficienze, Fondo per la promozione dell'attività sportiva, Fondo per le politiche della famiglia, Ministero della Salute. In secondo luogo, l'unico finanziamento aggiuntivo (€ 250 milioni per il 2025 e per il 2026) previsto per la misura "assegno di assistenza" è in realtà coperto con risorse già stanziati su altri capitoli di spesa pubblica. Infatti, dei complessivi € 500 milioni, € 150 milioni provengono dalla riduzione del Fondo per le non autosufficienze, € 250 milioni sono a valere sul Programma nazionale "Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027" e € 100 milioni sulle disponibilità della Missione 5 del PNRR. Infine, per tutte le altre misure non sono previsti maggiori oneri per la finanza pubblica.
- **Decreto "Liste di attesa".** A giugno 2024, nel corso di un'audizione presso la 10^a Commissione del Senato, la Fondazione GIMBE ha segnalato varie criticità emerse dall'analisi del provvedimento: in particolare, le misure previste sono senza maggiori oneri per la finanza pubblica; il superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario viene rinviato al 2025 dopo la definizione da parte delle Regioni del fabbisogno di personale, secondo la nuova metodologia messa a punto da Agenas; l'aliquota unica al 15% sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario, già carente e logorato da turni massacranti, viene "assorbita" dal FSN già stanziato. In particolare, nel 2024 saranno recuperati € 80 milioni dal fondo per i danneggiati da trasfusioni e vaccinazioni e da altri obiettivi nazionali. Dal 2025 gli oltre € 160 milioni verranno dalla corrispondente riduzione del FSN destinato al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale previsti dalla Legge di Bilancio 2024⁹. Il DL, approvato definitivamente il 24 luglio 2024, sarà affiancato da un DdL di natura governativa sullo stesso tema.

Relativamente alla **Missione Salute del PNRR** è stato innanzitutto abolito il controllo concomitante della Corte dei Conti sugli investimenti del PNRR e del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari. Quindi, a causa di vari fattori (aumento dei costi dell'investimento

⁸10^a Commissione Affari Sociali – Senato della Repubblica. Audizione di rappresentanti della Fondazione GIMBE su A.G. n. 121 (Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane). Roma, 14 febbraio 2024. Disponibile a: www.senato.it/application/xmanager/projects/leg19/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/429/173/GIMBE_analisi_risorse_assegnate_Dlgs_Anziani.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁹10^a Commissione Affari Sociali – Senato della Repubblica. Audizione di rappresentanti della Fondazione GIMBE su DdL 1161 (DL 73/2024 - Liste d'attesa). Roma, 25 giugno 2024. Disponibile a: www.senato.it/application/xmanager/projects/leg19/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/430/409/Memoria_GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

e/o dei tempi di attuazione, ritardi nelle forniture, difficoltà legate all'approvvigionamento di materie prime), è stata proposta una rimodulazione approvata dal Consiglio dell'Unione Europea nel dicembre 2023. Più in generale, considerando le numerose criticità che ostacolano l'implementazione del PNRR è necessario predisporre le adeguate contromisure per centrare i due obiettivi chiave: ottenere il massimo ritorno in termini di salute dalle risorse investite e ridurre le diseguaglianze regionali. Obiettivi al momento a rischio: il primo perché la Missione Salute del PNRR deve essere inserita in un quadro di rafforzamento complessivo della sanità pubblica, e non utilizzata come una costosa "stampella" per sostenere un SSN claudicante; il secondo perché la legge sull'autonomia differenziata va "in direzione ostinata e contraria" agli obiettivi del PNRR trasversali a tutte le missioni, che prevedono di ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali.

Infine, rimangono numerosi nodi irrisolti e *work in progress*: l'abolizione del tetto di spesa sul personale sanitario, il depauperamento del personale sanitario nei pronto soccorso, la riforma integrata del DM 70 e del DM 77 (di cui non si conosce alcuno stato di avanzamento sui lavori del "tavolo"), l'aggiornamento continuo dei LEA, l'aggiornamento delle tariffe dei DRG, il nodo payback sui dispositivi medici, il continuo sfondamento dei tetti per la spesa farmaceutica per acquisti diretti, la gestione della farmacia dei servizi, la riforma della sanità integrativa. Tutte questioni cruciali per la sopravvivenza del SSN che richiedono al tempo stesso risorse e riforme, ma la sensazione è che da oltre 15 anni dalle scelte politiche non traspaia alcuna visione, bensì solo la volontà di risolvere problemi contingenti o soddisfare le richieste di singole categorie di stakeholder. Mancano, infine, all'appello il Piano Sanitario Nazionale annunciato dall'attuale Ministro della Salute e la pubblicazione del nuovo Piano Pandemico Nazionale, rimasto in bozza ormai da mesi.

A fronte del progressivo 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 prescrive la terapia per curare il "malato SSN", mettendo nero su bianco le azioni indispensabili per potenziarlo con un finanziamento adeguato, con riforme coraggiose e con una radicale e moderna riorganizzazione: aumentare 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 e garantirne l'esigibilità su tutto il territorio nazionale; rilanciare le politiche sul personale sanitario per rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN; programmare l'offerta dei servizi socio-sanitari in relazione ai reali bisogni di salute della popolazione; favorire una sana integrazione pubblico-privato e rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto ai LEA; investire in prevenzione e promozione della salute secondo l'approccio *One Health*; potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche; investire nella ricerca clinica indipendente e nella ricerca sui servizi sanitari.

L'obiettivo ultimo del Piano di Rilancio della Fondazione GIMBE, aggiornato in occasione della pubblicazione del presente Rapporto (§ 9) è quello rafforzare e innovare quel modello di SSN istituito nel 1978, finanziato dalla fiscalità generale e basato su principi di universalità, uguaglianza ed equità, al fine di garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute a tutte le persone. Suggestivo alla Politica (con la P maiuscola) 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 e parallelamente avviare una stagione di coraggiose riforme per condurre il SSN nella

direzione voluta. Perché, nei fatti, stiamo continuando ad erogare l'assistenza sanitaria secondo regole definite oltre 30 anni fa senza tenere conto che nel frattempo il Paese sta attraversando una transizione demografica ed è nel pieno di una trasformazione digitale.

Per tali ragioni, a quasi 46 anni dalla Legge 883/78, la Fondazione GIMBE invoca un patto politico e sociale che, prescindendo da avvicendamenti di Governi e ideologie partitiche, riconosca in quel modello di SSN un pilastro della nostra democrazia, una conquista irrinunciabile, uno strumento di coesione sociale e un motore per lo sviluppo economico del Paese. Occorre infatti essere consapevoli che la perdita del SSN avrebbe un grave impatto non solo sanitario, compromettendo la salute e il benessere delle persone, ma anche sulla coesione sociale e sulla crescita economica del Paese. All'interno di questo nuovo patto i cittadini devono essere sensibilizzati all'uso informato e responsabile del SSN, perché accanto ai diritti esistono i doveri: occorre limitare la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie e aderire a stili di vita salubri. Infine, serve anche un patto di collaborazione tra tutti gli attori della sanità, perché il momento storico che il nostro SSN vive richiede di rinunciare ai privilegi di categoria acquisiti nel tempo per salvare il bene comune.

In alternativa, se per il nostro Paese mantenere un SSN pubblico, equo e universalistico non è più una priorità, la politica dovrebbe avere l'onestà di scegliere apertamente un altro modello di sanità, governando rigorosamente i processi di privatizzazione che in maniera strisciante stanno già concretizzando una sanità a doppio binario, penalizzando le fasce socio-economiche più deboli, gli anziani e i fragili, chi vive nel Mezzogiorno e nelle aree interne e disagiate.

Per la Fondazione GIMBE, impegnata dal 2013 nella strenua difesa del SSN¹⁰ (Appendice 1), la bussola rimane sempre e comunque l'articolo 32 della Costituzione e il rispetto dei principi fondanti del SSN: universalità, uguaglianza, equità.

¹⁰ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000038. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

CAPITOLO 2

Il finanziamento pubblico

Il fabbisogno sanitario nazionale (FSN) dal 2010 al 2024 è aumentato complessivamente di € 28,4 miliardi, in media € 2 miliardi per anno, ma con trend molti diversi tra il periodo pre-pandemico (2010-2019), gli anni della pandemia (2020-2022) e il periodo post-pandemico (2023-2024) (figura 2.1).

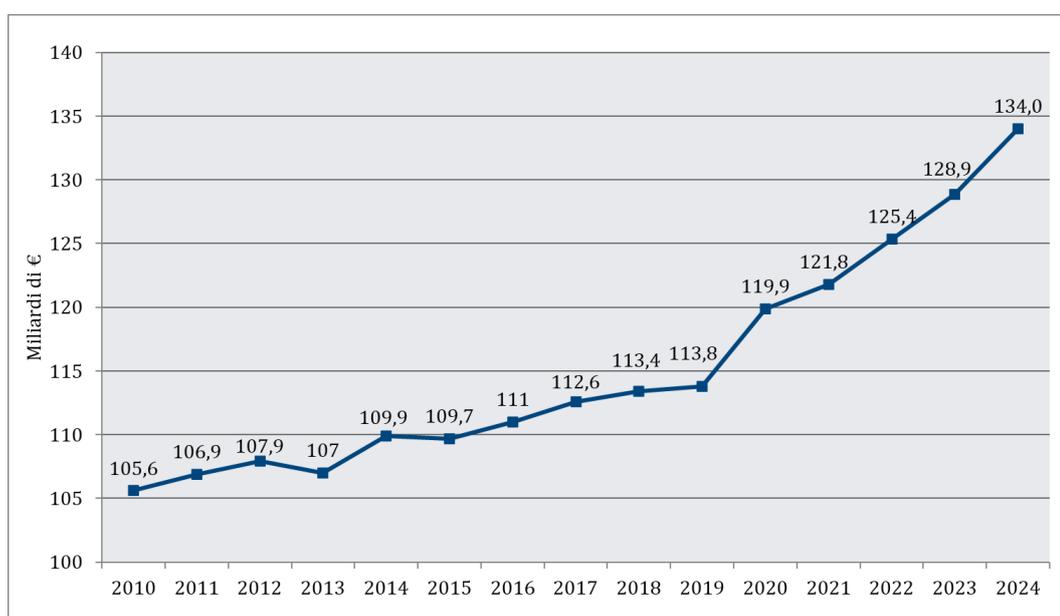


Figura 2.1. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2024

2010-2019: la stagione dei tagli. Alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi. In termini assoluti il FSN è aumentato di € 8,2 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,2%).

2020-2022: gli anni 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 assorbito dai costi della pandemia COVID-19, non ha consentito rafforzamenti strutturali del SSN e non è stato sufficiente a tenere in ordine i bilanci delle Regioni.

2023-2024: il periodo post pandemico. 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 milioni destinati alla copertura dei maggiori costi energetici), € 2.300 milioni e € 2.600 milioni. La Legge di Bilancio 2024 ha incrementato il FSN di € 3.000 milioni per l'anno 2024 (di cui € 2.431 destinati ai rinnovi contrattuali del personale), di € 4.000 milioni per l'anno 2025 e di €

4.200 milioni per l'anno 2026. Di conseguenza il FSN sale a € 134.000 milioni per il 2024, € 135.400 milioni per il 2025 e € 135.600 milioni per il 2026.

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%; nel 2023 del 2,8% rispetto ad una inflazione del 5,7%. Alla data di pubblicazione del presente Rapporto, per il 2024 l'inflazione acquisita dall'ISTAT è dell'1,1%¹¹ a fronte di un aumento del FSN del 4% (figura 2.2).

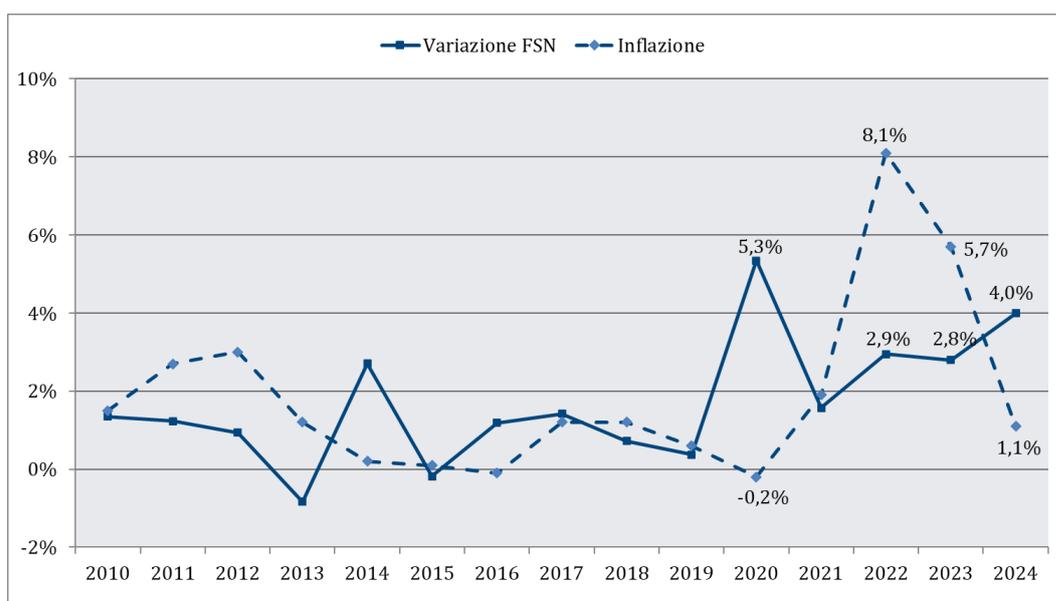


Figura 2.2. 2010-2024: variazione percentuale del FSN e dell'inflazione

2.1. La stagione dei tagli: 2010-2019

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 GIMBE¹² alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi: circa € 25 miliardi nel periodo 2010-2015 in conseguenza di tagli effettuati da varie manovre finalizzate a risanare la finanza pubblica del Paese; oltre € 12 miliardi nel periodo 2015-2019 quando al SSN sono state assegnate meno risorse rispetto ai livelli programmati, scaricando sulla sanità il contributo alla finanza pubblica delle Regioni. 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 1,2%: in altre parole nel decennio 2010-2019 l'incremento del FSN non ha nemmeno compensato la perdita di potere di acquisto.

¹¹ Istituto Nazionale di Statistica. Sistema dei conti della sanità. Prezzi al consumo (dati provvisori) - Settembre 2024. Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/288583. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹² 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: 30 settembre 2024.

2.2. Gli anni della pandemia: 2020-2022

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 stabilito 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 milioni 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. Il periodo post-pandemico: 2023-2024

Vengono di seguito analizzate le risorse assegnate dalla Legge di Bilancio 2023, dal Decreto Energia e dalla Legge di Bilancio 2024.

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 nella 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. Legge di Bilancio 2024

Secondo quanto disposto dalla Legge di Bilancio 2024 al comma 217, il FSN standard è incrementato di € 3.000 milioni per l'anno 2024, di € 4.000 milioni per l'anno 2025 e di € 4.200 milioni per l'anno 2026. Di conseguenza il FSN sale a € 134.000 milioni per il 2024, € 135.400 milioni per il 2025 e € 135.600 milioni per il 2026 (tabella 2.4).

Misure	2024	2025	2026
Incremento FSN standard (c. 217)	€ 3.000	€ 4.000	4.200

Tabella 2.4. Legge di Bilancio 2024: incremento del FSN (dati in milioni)

Inoltre, la Legge di Bilancio 2024 prevede le seguenti disposizioni di spesa a valere sul FSN, ovvero senza risorse aggiuntive:

- **Rinnovo contrattuale personale sanitario dipendente e convenzionato:** secondo la stima della Corte dei Conti¹³ si tratterebbe di una cifra pari a € 2.431 milioni per gli anni dal 2024 al 2026 per rifinanziamento del fondo CCNL per il personale pubblico (triennio 2022-2024), oltre che per quello convenzionato (cc. 29-31).
- **Rideterminazione dei tetti della farmaceutica:** dal 2024 il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti viene incrementato dello 0,2% (dall'8,3% all'8,5%) e quello della spesa farmaceutica convenzionata ridotto dello 0,2% (dal 7% al 6,8%) (c. 223).
- **Modifiche alla modalità di distribuzione dei medicinali:** si tratta di un nuovo modello di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di SSN. L'effetto complessivo della disposizione è pari a € 53 milioni per il 2024 e a € 77 milioni a decorrere dal 2025 (cc. 224-231).
- **Misure per l'abbattimento delle liste di attesa:** per garantire la completa attuazione dei Piani operativi regionali per il recupero delle liste d'attesa, le Regioni possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del FSN, per un tetto di spesa complessivo di circa € 500 milioni, per attuare le seguenti disposizioni (c. 232):
 - **Incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive di medici e infermieri:** € 280 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 (cc. 218-222).
 - **Aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati:** si tratta di un incremento rispetto alla spesa consuntivata nel 2011 dell'1% per il 2024, del 3% per il 2025 e del 4% a decorrere dal 2026 per l'acquisto dal privato accreditato di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera. L'onere per il 2024 è pari a circa € 123 milioni di euro, per il 2025 è pari a € 368 milioni e quello a regime a partire dal 2026 è pari a € 490 milioni (c. 233).
- **Aggiornamento dei LEA:** € 50 milioni per il 2024 e € 200 milioni a decorrere dal 2025 (c. 235).
- **Potenziamento del personale per l'assistenza territoriale:** € 250 milioni per l'anno 2025 e € 350 milioni a decorrere dal 2026 anche in deroga al tetto di spesa sul personale (c. 244).
- **Cure palliative e terapia del dolore:** € 10 milioni a decorrere dal 2024 (c. 245).
- **Obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale:** € 240 milioni per l'anno 2025 e € 310 milioni di euro a decorrere dal 2026 (c. 246).
- **Misure in materia di immigrazione:** € 1 milione a decorrere dal 2024 per potenziare le attività dell'Istituto Nazionale per la Salute dei Migranti (INMP) (cc. 362-363).

2.3.4. Decreto Liste d'attesa

Il 7 giugno 2024 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il DL 73/2024 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie" cosiddetto "Decreto Liste d'attesa", convertito con modificazioni dalla L. 107/2024. Per incentivare il personale sanitario a svolgere attività aggiuntiva è stata introdotta un'aliquota unica al 15% sulle prestazioni supplementari, ma tale defiscalizzazione è a carico del FSN. In particolare, dal 2025

¹³ Corte dei Conti. Audizione sul Disegno di Legge recante "Bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026" presso le Commissioni Bilancio congiunte del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Novembre 2023. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=6522884b-7f80-4922-b6ec-59a92cd59734. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

agli oneri di oltre € 160 milioni si provvede mediante la corrispondente riduzione della spesa destinata al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale previsti dalla Legge di Bilancio 2024. In dettaglio, il finanziamento del FSN è stato ridotto di € 160,3 milioni per l'anno 2025, € 165,9 milioni per l'anno 2026 e € 165,5 milioni annui a decorrere dall'anno 2027.

2.4. Il presente e il futuro prossimo: 2024-2027

La Legge di Bilancio 2024 ha previsto un aumento del FSN di € 3 miliardi per il 2024, di € 4 miliardi per il 2025 e di € 4,2 miliardi per il 2026. Tuttavia, oltre € 2.400 milioni saranno destinati al doveroso rinnovo contrattuale del personale sanitario dipendente e convenzionato, e gli incrementi previsti nel 2025 (+1%) e nel 2026 (+0,15%) sono talmente esigui che non riusciranno nemmeno a compensare l'inflazione, né l'aumento dei prezzi di beni e servizi. In altri termini, nonostante il netto incremento del FSN nel 2024, nella Legge di Bilancio 2024 non si intravede alcun rilancio progressivo del finanziamento pubblico per la sanità (figura 2.3).

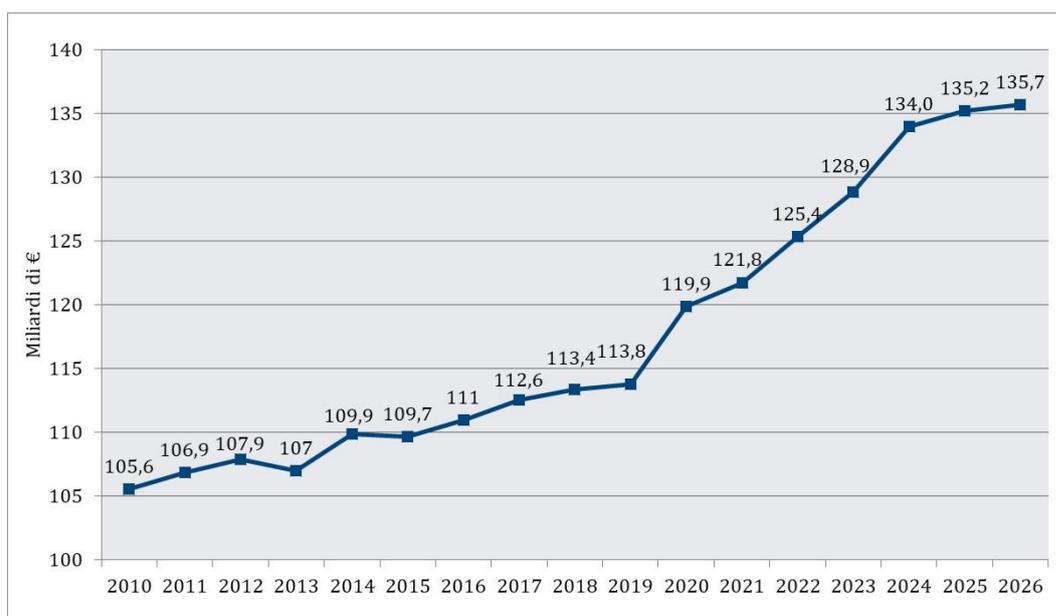


Figura 2.3. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2026

2.4.1. Documento di Economia e Finanza 2024

Il mancato rilancio del finanziamento pubblico trova conferma nel Documento di Economia e Finanza (DEF), approvato dal Consiglio dei Ministri il 9 aprile 2024¹⁴, dove il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,4% del 2024 al 6,3% nel 2025-2026 e al 6,2% nel 2027. Rispetto al 2024, in termini assoluti la spesa sanitaria sale a € 141.814 milioni (+2,2%) nel 2025, a € 144.760 milioni (+2,1%) nel 2026 e a € 147.420 milioni (+1,8%) nel 2027 (tabella 2.5).

	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria (milioni di €)	131.119	138.776	141.814	144.760	147.420
Spesa sanitaria (% PIL)	6,3%	6,4%	6,3%	6,3%	6,2%
Tasso di variazione in %	-0,4%	5,8%	2,2%	2,1%	1,8%

Tabella 2.5. DEF 2024: consuntivo 2023 e stime 2024-2027

Consuntivo 2023. Il DEF 2024 certifica per l'anno 2023 una spesa sanitaria di € 131.119 milioni, inferiore di oltre € 3.600 milioni rispetto ai € 134.734 milioni previsti dalla Nota di Aggiornamento del DEF (NaDEF) 2023¹⁵. Tale riduzione di spesa consegue in larga misura al mancato perfezionamento del rinnovo dei contratti del personale dirigente e convenzionato per il triennio 2019-2021, i cui oneri, non imputati nel 2023, sono stati spostati al 2024. In misura minore hanno inciso le spese per contrastare la pandemia, che si sono rivelate inferiori al previsto. Rispetto a quanto previsto dalla NaDEF 2023, la spesa sanitaria nel 2023 si è ridotta dal 6,6% al 6,3% del PIL, un dato che certifica per il 2023 un calo del rapporto spesa sanitaria/PIL di 0,3 punti percentuali, ancora più marcato in termini reali se si considera l'inflazione, che nel 2023 ha raggiunto il 5,7% su base annua, riducendo il potere d'acquisto.

Stime per l'anno 2024. Il rapporto spesa sanitaria/PIL nel 2024 sale al 6,4% rispetto al 6,3% del 2023; in termini assoluti la previsione di spesa sanitaria ammonta a € 138.776 milioni, con un incremento di € 7.657 milioni rispetto al 2023 (+5,8%). In realtà questo apparente marcato aumento è illusorio: infatti, è dovuto in parte ad un mero spostamento al 2024 della spesa prevista nel 2023 per i rinnovi contrattuali 2019-2021, in parte agli oneri correlati al personale sanitario dipendente per il triennio 2022-2024 e, addirittura, all'anticipo del rinnovo per il triennio 2025-2027. Una previsione difficile da comprendere, visto che la Legge di Bilancio 2024 non ha affatto stanziato risorse per questi due capitoli di spesa.

Stime per gli anni 2025-2027 Nel triennio 2025-2027, a fronte di una prevista crescita media annua del PIL nominale del 3,1%, il DEF 2024 stima al 2% la crescita media annua della spesa sanitaria. Il DEF 2024 in forma "semplificata" non contiene indicazioni sulle politiche economiche per la prossima Legge di Bilancio, tuttavia le previsioni per il triennio 2025-2027 confermano il progressivo calo del rapporto spesa sanitaria/PIL, che si riduce dal 6,4% del 2024 al 6,3% nel 2025-2026, al 6,2% nel 2027. In termini assoluti, rispetto al 2024, la spesa sanitaria

¹⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento di Economia e Finanza 2024. Sezione II. Analisi e tendenze della finanza pubblica. Roma, 9 aprile 2024. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Contabilit_e_finanza_pubblica/DEF/2024/Sez-II-AnalisiETendenzeDellaFinanzaPubblica.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁵ 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/modules/documenti_it/analisi_progammazione/documenti_programmatici/nadef_2023/NADEF-2023.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

sale a € 141.814 milioni (+2,2 %) nel 2025, a € 144.760 milioni (+2,1%) nel 2026 e a € 147.420 milioni (+1,8%) nel 2027. Tenendo conto che il FSN fissato dalla Legge di Bilancio 2024 è pari a € 135.400 milioni per il 2025 e € 135.600 milioni per il 2026, le stime del DEF che prevedono un aumento di € 6.414 milioni nel 2025 e di € 9.160 milioni nel 2026 rimangono molto azzardate.

Peraltro, in assenza di misure programmatiche nel DEF 2024, non è chiaro come saranno reperite le risorse sia per la graduale abolizione del tetto di spesa per il personale sanitario sia per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di protesica, visto che l'aggiornamento dei nomenclatori tariffari, per mancanza di fondi, è stato rinviato in accordo con le Regioni al 1° gennaio 2025, posticipando ancora una volta l'esigibilità dei "nuovi" LEA ad 8 anni dalla loro approvazione.

Il DEF 2024 conferma che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta affatto una priorità neppure per l'attuale Governo. In tal senso, la comunicazione dell'Esecutivo continua a puntare esclusivamente sulla spesa sanitaria in termini assoluti, che dal 2012 è sempre aumentata rispetto all'anno precedente (fatta eccezione per il 2013 e il 2023), e non sul rapporto spesa sanitaria/PIL. Infatti, analizzando il trend della spesa sanitaria dal 2012 al 2027 (dati consuntivi ISTAT¹⁶ dal 2012 al 2023 e stime Piano Strutturale di Bilancio di medio termine 2024¹⁷ dal 2024 al 2027), la percentuale di spesa sanitaria si riduce dal 6,6% del 2012 al 6,2% stimato per il 2027. E, fatta eccezione per il picco del 2020, che ha raggiunto il 7,3% a causa sia del netto incremento del finanziamento pubblico sia del crollo del PIL, dopo la pandemia il trend ha ripreso la lenta e costante riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL osservata nel periodo pre-pandemico, accentuandosi a partire dal 2024 (figura 2.4).

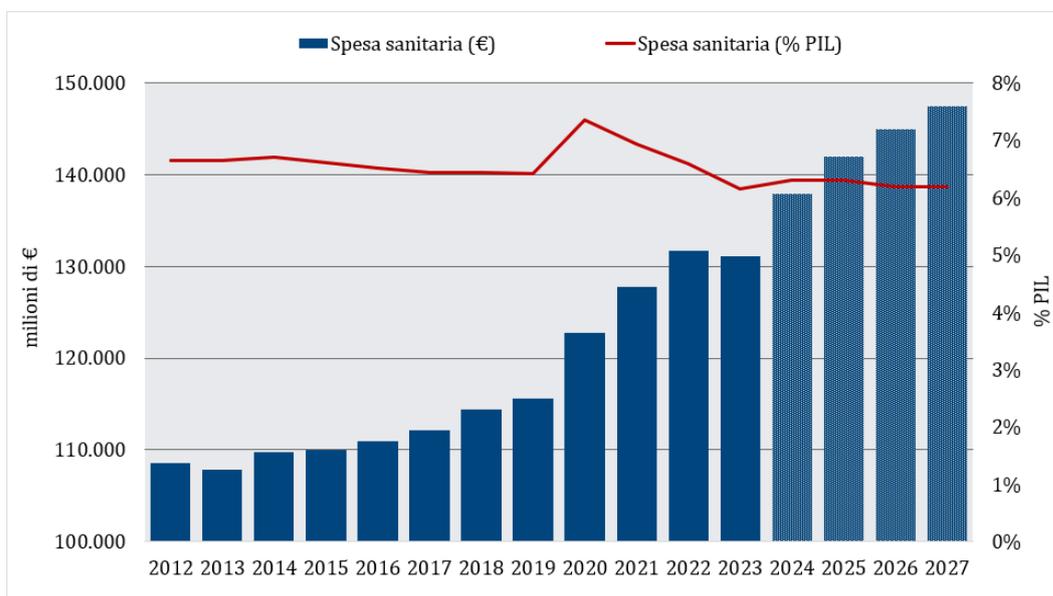


Figura 2.4. Spesa sanitaria pubblica in Italia in euro e percentuale del PIL (dati ISTAT, Piano Strutturale di Bilancio di medio termine 2025-2029)

¹⁶ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Conti della Protezione sociale. Conti economici consolidati. Edizione aprile 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_PROTEC/IT1.97_366_DF_DC_CN_PROTSOC_1.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁷ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (2025-2029). Disponibile a: www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/psb_2024/Piano-strutturale-di-bilancio-e-di-medio-termine-Italia-2025-2029.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Questi dati confermano inequivocabilmente che non è intenzione della politica rilanciare il finanziamento della sanità pubblica. Infatti, se nel periodo 2010-2015 il SSN si è fatto pesantemente carico della crisi finanziaria del Paese, la successiva ripresa economica 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. Successivamente, passata l'emergenza, i DEF 2022, 2023 e 2024 hanno riportato il rapporto spesa sanitaria/PIL a valori più bassi del periodo pre-pandemico. In altre parole, se in condizioni di crisi economica la spesa sanitaria è sempre stata utilizzata come un "bancomat" perché è la "fetta" di spesa pubblica più facilmente aggredibile, nei periodi di crescita economica i benefici per il SSN non sono mai stati proporzionali, rendendo di fatto impossibile un rilancio del finanziamento pubblico.

2.4.2. Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (2025-2029)

Introdotta dalla riforma delle regole del Patto di stabilità e crescita, il Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (PSB) è il documento che definisce la spesa netta in coerenza con le nuove regole stabilite dalla Commissione Europea per il rientro dai deficit eccessivi. Il PSB, che sostituisce la NaDEF, ha un orizzonte quinquennale (2025-2029) anziché triennale. Il PSB 2025-2029 comprende una sezione dedicata alle riforme e agli investimenti previsti dal PNRR, *conditio sine qua non* per estendere a sette anni il periodo di aggiustamento della finanza pubblica. Il 27 settembre 2024 il Consiglio dei Ministri ha approvato il PSB di medio termine (2025-2029)¹⁸ nella cui premessa si legge che *"Il Governo conferma l'obiettivo di sostenere la spesa sanitaria. Per gli anni successivi al 2026, verranno anche stanziati le risorse necessarie a mantenere gli investimenti pubblici in rapporto al PIL al livello registrato durante il periodo di vigenza del PNRR"*. Nel testo si conferma che *"il Governo considera necessario incrementare i fondi destinati alla sanità pubblica. La spesa sanitaria è prevista crescere a un tasso superiore a quello fissato per l'aggregato di spesa netta"*.

Relativamente alla spesa sanitaria, i dati relativi al consuntivo 2023 e al previsionale 2024-2027 sono riportati nella tabella 2.6:

	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria (milioni di €)	131.119	137.934	141.929	144.969	147.506
Spesa sanitaria (% PIL)	6,2%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%
Tasso di variazione in %	-	5,2%	2,9%	2,1%	1,7%

Tabella 2.6. PSB 2025-2029: consuntivo 2023 e stime 2024-2027

In particolare, analizzando i vari periodi:

- **Consuntivo 2023.** Si rileva una riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL, che scende dal 6,3% del DEF 2024 al 6,2%, a fronte di una spesa sanitaria invariata (€ 131.119 milioni). Tale riduzione consegue al ricalcolo del PIL 2023 dal DEF 2024 (€ 2.085.376 milioni) al PSB (€ 2.128.001 milioni).

¹⁸ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (2025-2029). Disponibile a: www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/psb_2024/Piano-strutturale-di-bilancio-e-di-medio-termine-Italia-2025-2029.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

- **Previsionale 2024.** Rispetto al 2023, la spesa sanitaria aumenta del 5,2%, pari a € 6.815 milioni in termini assoluti e a 0,1 punti percentuali in termini di rapporto spesa sanitaria/PIL (dal 6,2% al 6,3%).
- **Previsionale 2025-2027.** A fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 2,8%, il PSB stima una crescita media della spesa sanitaria del 2,3% annuo. Di conseguenza, il rapporto spesa sanitaria/PIL scende dal 6,3% del 2024 al 6,2% negli anni successivi. In termini assoluti, rispetto al 2024, la spesa sanitaria sale a € 141.929 milioni (+5,2%) nel 2025, a € 144.969 milioni nel 2026 (+2,1%) e a € 147.506 (+1,7%) nel 2027.

In altre parole, se nel triennio 2025-2027 è previsto un aumento della spesa sanitaria di complessivi € 9.572 milioni (puntando sulla crescita del PIL), il rapporto spesa sanitaria/PIL si stabilizza al 6,2%, confermando le scelte allocative dei precedenti Governi, che hanno portato l'Italia al 12° posto tra gli Stati membri dell'Unione Europea per spesa sanitaria pubblica pro-capite e fanalino di coda tra i paesi del G7 (§ 3.3.2).

Complessivamente, rispetto al DEF 2024, il PSB restituisce per la spesa sanitaria un quadro tendenziale peggiorativo (tabella 2.7).

Spesa sanitaria (milioni di €)	2024	2025	2026	2027
DEF 2024	138.776	141.814	144.760	147.420
PSB	137.934	141.929	144.969	147.506
Differenza	-842	115	209	86
Spesa sanitaria (% PIL)	2024	2025	2026	2027
DEF 2024	6,4%	6,3%	6,3%	6,2%
PSB	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%
Differenza (punti percentuali)	-0,1	0,0	-0,1	0,0
Tasso di variazione in %	2024	2025	2026	2027
DEF 2024	5,8%	2,2%	2,1%	1,8%
PSB	5,2%	2,9%	2,1%	1,7%
Differenza (punti percentuali)	-0,6	0,7	0,0	-0,1

Tabella 2.7. Spesa sanitaria: differenza tra le stime 2024-2027 del DEF 2024 e quelle del PSB 2025-2029

Infatti, relativamente al periodo 2024-2027, rispetto alle stime del DEF 2024, in quelle del PSB la spesa sanitaria si riduce cumulativamente di € 432 milioni e in termini di rapporto spesa sanitaria/PIL di 0,2 punti percentuali.

In conclusione, mentre a parole il PSB ribadisce l'impegno del Governo a "a salvaguardare il livello della spesa sanitaria assicurandone una crescita superiore a quella dell'aggregato di spesa netta", i numeri documentano una realtà ben diversa: il rapporto spesa sanitaria/PIL scende, passando dal 6,3% del biennio 2024-2025 al 6,2% nel periodo 2026-2027. Questo evidenzia segnali di defianziamento della sanità pubblica ancor più marcati rispetto al DEF 2024, le cui previsioni sulla spesa sanitaria sono state riviste al ribasso dal PSB nonostante le misure previste per il potenziamento del SSN (box 2.1).

Box 2.1. Misure previste dal PSB per il potenziamento del SSN**Potenziamento di reti e strutture territoriali**

- Rafforzamento delle reti di medicina generale e dei servizi di prossimità.
- Miglioramento delle strutture e della telemedicina per l'assistenza territoriale, con particolare attenzione alle Case della Comunità, alle Centrali Operative Territoriali e agli Ospedali della Comunità.
- Digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello.
- Ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie.

Ricerca e formazione

- Estensione degli investimenti nella ricerca.
- Formazione del personale sanitario con focus sullo sviluppo di competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali.

Efficientamento della sanità

- Potenziamento degli strumenti di monitoraggio della spesa sanitaria, attraverso nuovi indicatori
- Riordino della sanità integrativa, migliorando la vigilanza sui fondi sanitari.
- Definizione di misure per l'assistenza a lungo termine (LTC), con particolare attenzione all'assistenza e alla non autosufficienza.
- Programmazione delle assunzioni di personale sanitario, con priorità per le specializzazioni carenti.
- Potenziamento dell'assistenza territoriale e dell'edilizia sanitaria, anche attraverso strumenti finanziari e partenariato pubblico-privato.

Riduzione dei divari territoriali

- Interventi di potenziamento delle aree meno sviluppate del SSN attraverso il supporto delle *best practice* regionali (trasferimento di conoscenze e tecnologie, sviluppo di competenze).
- Riduzione delle disuguaglianze territoriali e implementazione completa delle riforme previste dal PNRR.

Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

- Definizione di meccanismi per l'aggiornamento dei LEA, con l'obiettivo di garantire un'offerta di prestazioni sempre più ampia e in linea con i reali bisogni di salute dei cittadini.
- Promozione dell'innovazione e della sostenibilità mediante processi di disinvestimento da pratiche obsolete o dannose (*delisting*).

Miglioramento del benessere della popolazione

- Implementazione di programmi per incentivare stili di vita sani e migliorare la sicurezza alimentare e nutrizionale attraverso campagne informative a livello nazionale.
- Riorganizzazione dei servizi di dietetica e nutrizione clinica e sviluppo di percorsi per la prevenzione nutrizionale, screening del rischio e valutazione dello stato nutrizionale.
- Promozione di iniziative per contrastare l'abuso di antibiotici e prevenire l'antibiotico-resistenza.
- Adozione di strumenti di controllo per ridurre l'impatto ambientale derivante dall'uso di fitosanitari e garantire la tutela dei consumatori.

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. Queste tre componenti sono coerenti con le leggi di riforma sanitaria, in particolare il DL 502/92, che hanno implicitamente individuato tre pilastri su cui basa il sistema per garantire il diritto alla tutela della salute:

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 le 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) (box 3.1), in linea con le regole contabili del sistema europeo dei conti (SEC 2010) e utilizzato per trasmettere i dati all'*OECD Health Statistics* che consente di raffrontare i dati italiani a quelli degli altri paesi OCSE.

La spesa sanitaria secondo i dati ISTAT del sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA)¹⁹ per il 2023 è pari a € 176.153 milioni così ripartiti:

- € 130.291 milioni di spesa pubblica;
- € 45.862 milioni di spesa privata, di cui:
 - € 40.641 milioni di spesa out-of-pocket
 - € 5.221 milioni di spesa intermediata:
 - € 3.988 milioni: assicurazioni sanitarie volontarie
 - € 445 milioni: istituzioni senza scopo di lucro
 - € 788 milioni: imprese

¹⁹ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

In termini percentuali, nel 2023 il 74% della spesa è pubblica, il 23% out-of-pocket e il 3% intermedia (figura 3.1).

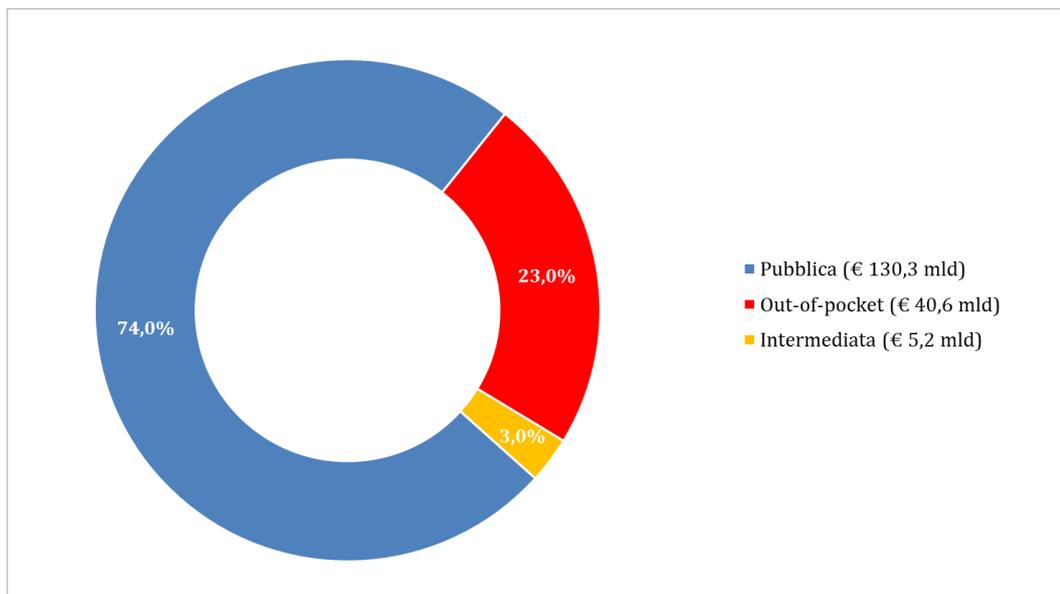


Figura 3.1. Composizione della spesa sanitaria (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

Prendendo in considerazione la sola spesa privata, l'88,6% è a carico dei cittadini e l'11,4% è intermedia da fondi sanitari e assicurazioni (figura 3.2).

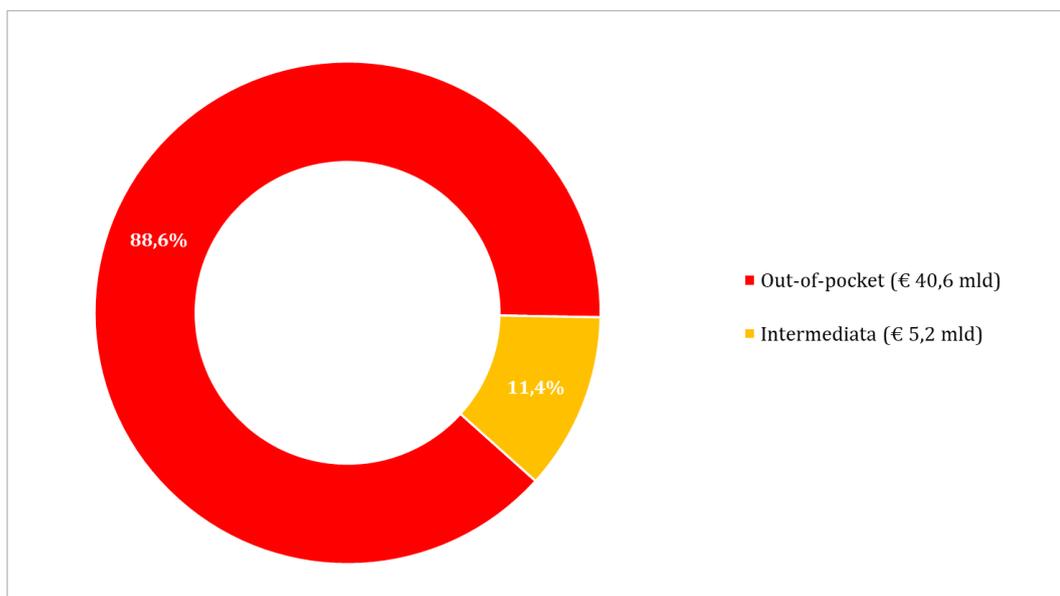


Figura 3.2. Composizione della spesa sanitaria privata (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

Rispetto al 2022, l'aumento della spesa sanitaria totale (+2,5%) è stato sostenuto esclusivamente dalla spesa out-of-pocket (+10,3%) e da quella intermediata (+11,8%) (tabella 3.1).

	2022	2023	Delta	Delta (%)
Totale spesa sanitaria	171.867	176.153	+4.286	+2,5%
Spesa pubblica	130.364	130.291	-73	-0,1%
Spesa privata	41.503	45.862	+4.359	+10,5%
Out-of-pocket	36.835	40.641	+3.806	+10,3%
Intermediata	4.668	5.221	+553	+11,8%

Tabella 3.1. Spesa sanitaria 2023 vs 2022 in milioni di euro (dati ISTAT-SHA)

Box 3.1. Il sistema ISTAT-SHA 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.

Occorre tuttavia rilevare 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: sebbene sia stato annunciato che “*le relative stime saranno introdotte nei conti in future edizioni*”²⁰, 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*”²¹; 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.

3.1. Spesa sanitaria pubblica

Per l’analisi della spesa sanitaria pubblica si è fatto riferimento ai dataset:

- ISTAT Sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA)²², che consente di raffrontare i dati con la spesa sanitaria out-of-pocket e intermediata;
- ISTAT Conti economici consolidati della Protezione sociale (ISTAT-CN)²³, che analizza la spesa secondo i relativi fattori produttivi, utilizzato dalla Ragioneria Generale dello Stato per il Rapporto “Il monitoraggio della spesa sanitaria”.

I dati ISTAT-SHA per il 2023 certificano una spesa sanitaria pubblica di € 130.291 milioni così ripartita per funzioni di assistenza (figura 3.3):

- € 74.747 milioni per l’assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 13.147 milioni per l’assistenza sanitaria a lungo termine – *long term care* (LTC) (HC.3)
- € 12.124 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 20.385 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 8.453 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)
- € 1.435 milioni per governance, amministrazione e finanziamento del SSN (HC.7)

²⁰ 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: 30 settembre 2024.

²¹ 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: 30 settembre 2024.

²² Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²³ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Conti della Protezione sociale. Conti economici consolidati. Edizione aprile 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_PROTEC/IT1.97_366_DF_DC_CN_PROTSOC_1.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

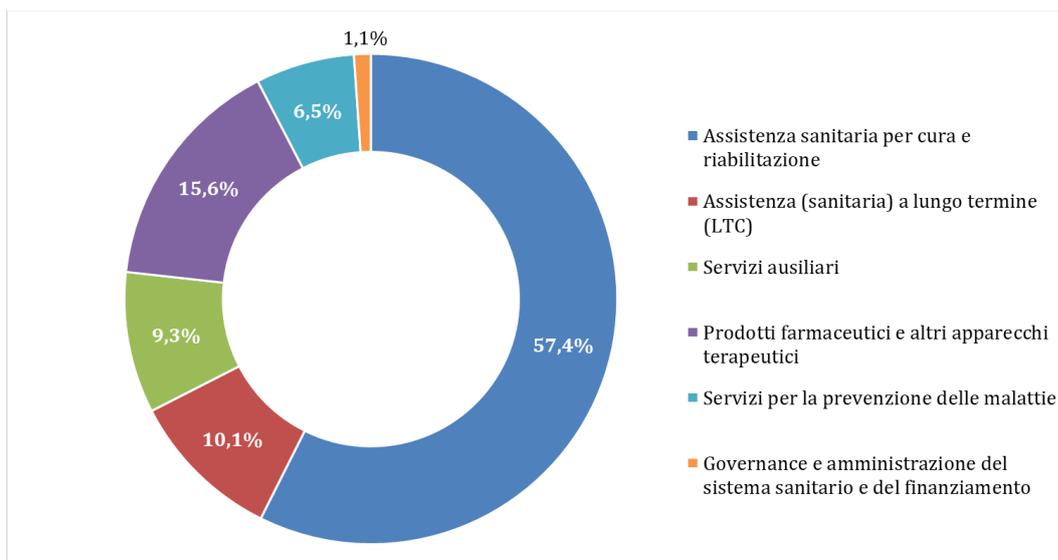


Figura 3.3 Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

Rispetto al 2022, nel 2023 si rileva un crollo dei “Servizi per la prevenzione delle malattie” (-18,6%). Per le altre funzioni gli aumenti percentuali oscillano dallo 0,8% per “Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione” al 5,2% per “Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento” (tabella 3.2)

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2022	2023	Delta	Delta (%)
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	74.165	74.747	582	0,8%
Assistenza sanitaria a lungo termine	12.834	13.147	313	2,4%
Servizi ausiliari	11.852	12.124	272	2,3%
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	19.763	20.385	622	3,1%
Servizi per la prevenzione delle malattie	10.386	8.453	-1.933	-18,6%
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.364	1.435	71	5,2%
TOTALE	130.364	130.291	-73	-0,1%

Tabella 3.2. Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria 2023 vs 2022 in milioni di euro (dati ISTAT-SHA)

La spesa sanitaria secondo i dati ISTAT-CN è riclassificabile in 4 aggregati per fattori produttivi, 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 incluse negli aggregati precedenti: 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.

La spesa sanitaria corrente 2023 di € 131.119 milioni è suddivisa come riportato in tabella 3.3 e figura 3.4.

Aggregato di spesa	Milioni
Redditi da lavoro dipendente	€ 40.073
Consumi intermedi	€ 44.356
Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi da produttori market	€ 42.397
Farmaceutica convenzionata	€ 7.563
Assistenza medico-generica da convenzione	€ 6.759
Altre prestazioni sociali in natura da privato	€ 28.075
Altre componenti di spesa	€ 4.293
Totale	€ 131.119

Tabella 3.3. Spesa sanitaria corrente (dati ISTAT-CN, anno 2023)

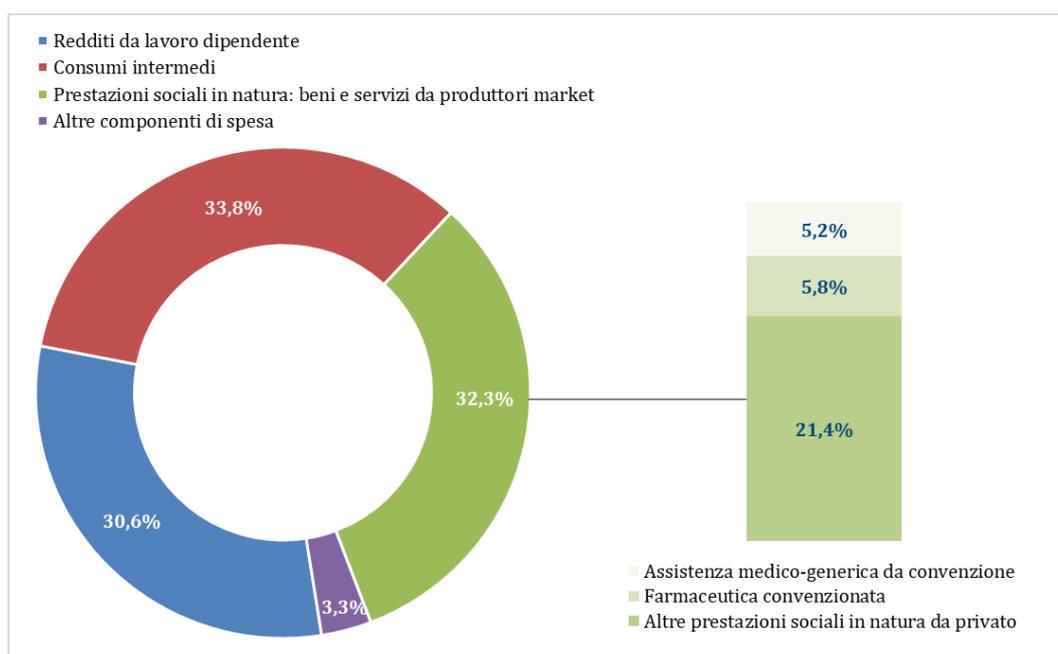


Figura 3.4. Spesa sanitaria pubblica per aggregati (dati ISTAT-CN, anno 2023)

3.2.1. Trend 2012-2023

Secondo i dati ISTAT-SHA, la spesa sanitaria pubblica nel periodo 2012-2019 è rimasta sostanzialmente stabile, con un lieve aumento tra il 2018 e il 2019, in linea con la “stagione dei tagli” al FSN (§ 2.1). Dal 2020 al 2022, grazie alle risorse investite per fronteggiare la pandemia COVID-19, si è osservato un incremento significativo della spesa: € 130.364 milioni nel 2022 rispetto ai € 114.691 milioni del 2019; nel 2023 la spesa sanitaria si è stabilizzata sui livelli dell’anno precedente (figura 3.5).

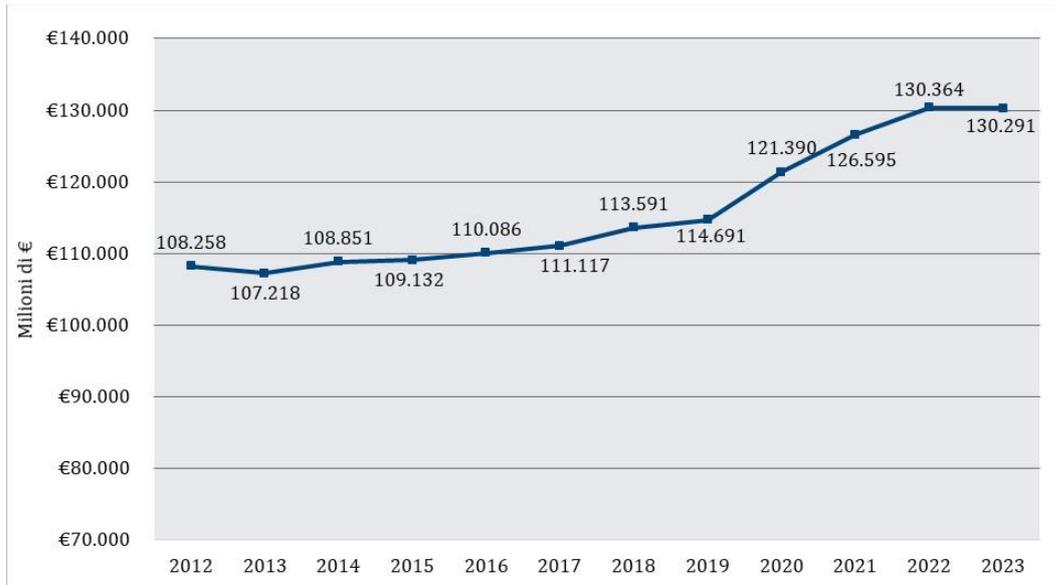


Figura 3.5. Trend spesa sanitaria pubblica 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

I dati ISTAT-CN attestano nel periodo 2012-2017 un sostanziale allineamento tra spesa sanitaria corrente e finanziamento ordinario del SSN, mentre dal 2018 la spesa ha superato il finanziamento (figura 3.6), con un gap che è passato dai € 1.019 milioni del 2018 ad oltre € 6 miliardi nel 2021 e 2022 per tornare a +€ 2.250 milioni nel 2023.

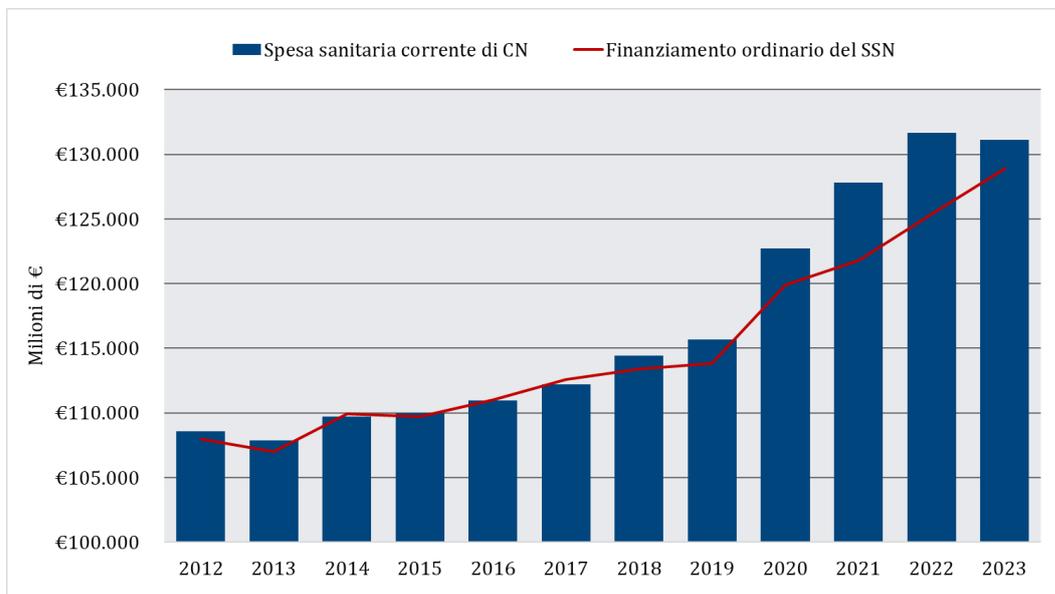


Figura 3.6. Trend spesa sanitaria corrente (dati ISTAT-CN) vs finanziamento ordinario del SSN 2012-2023 (elaborazione GIMBE)

Secondo quanto riportato dalla Ragioneria Generale dello Stato²⁴ nel 2021 e nel 2022 il consistente scostamento tra finanziamento pubblico e spesa sanitaria è imputabile a tre motivazioni. La prima concerne la facoltà, preordinata normativamente, di coprire costi correnti adoperando eventuali economie maturate su risorse destinate al contrasto della

²⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 10. Roma, dicembre 2023. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2023/IMDSS-RS2023.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

pandemia da COVID-19 non impiegate nell'anno di competenza, anche per finalità diverse da quelle previste dall'originaria linea di finanziamento. 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 epidemica da COVID-19 e successivamente dall'Unità per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto della pandemia: in particolare, l'ISTAT ha computato un importo di poco superiore a € 1.850 milioni nel 2020, di oltre € 3.550 milioni nel 2021 e di quasi € 2.720 milioni nel 2022. La copertura di tali oneri non è a carico del FSN, ma è stata garantita tramite risorse stanziare ad hoc e trasferite su un'apposita contabilità speciale. La terza motivazione, relativa solo al 2022, riguarda il rinnovo del contratto del personale non dirigente per il triennio 2019-2021. In quell'anno, la spesa sanitaria corrente è stata gravata dal pagamento degli arretrati derivanti dall'accordo contrattuale, che vengono onorati mediante le disponibilità opportunamente accantonate dagli Enti sanitari locali (ESL), per competenza, nel triennio precedente.

Secondo i dati ISTAT-CN, il trend della spesa sanitaria in valore assoluto nel periodo 2012-2023 evidenzia un modesto incremento dei redditi da lavoro dipendente tra il 2017 e il 2021(+€ 3.340 milioni), seguito da un netto rialzo nel 2022 (+€ 2.597 milioni) e da un successivo calo nel 2023 (-€726 milioni). Le altre prestazioni sociali in natura da privato proseguono la costante crescita iniziata nel 2016 (+€ 3.070 milioni). I consumi intermedi, dopo un incremento tra 2013 e 2018, si sono stabilizzati nel 2019 per poi tornare a crescere nel 2020 e 2021, facendo segnare nel periodo 2019-2021 l'incremento più elevato tra tutte le componenti di spesa (+€ 7.644 milioni), ma rallentando la crescita nel 2022 fino quasi a stabilizzarsi nel 2023 (figura 3.7).

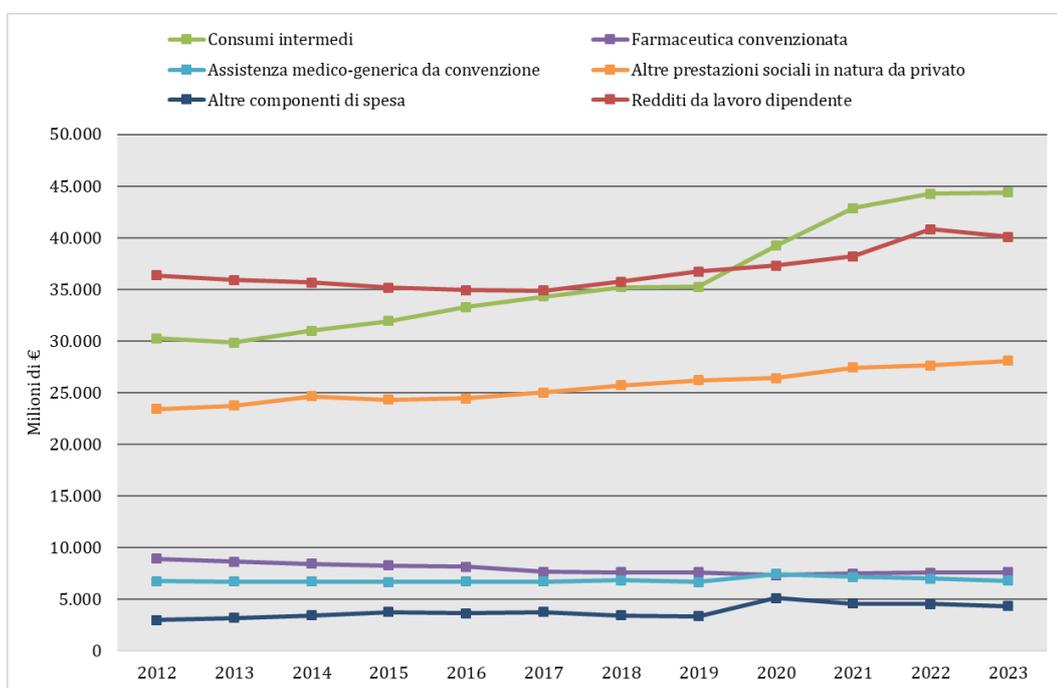


Figura 3.7. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2023 in valore assoluto (dati ISTAT-CN)

Tuttavia, nonostante gli aumenti in valore assoluto, l'analisi dell'incidenza percentuale sul totale della spesa sanitaria rivela che, a partire dal 2020, i redditi da lavoro dipendente e le altre prestazioni sociali in natura da privato registrano una lieve flessione, seguita da una sostanziale stabilizzazione. Al contrario, si conferma il netto incremento della percentuale della spesa destinata ai consumi intermedi nel 2020 e 2021, con valori che poi si mantengono stabili nel 2022 e 2023 (figura 3.8).

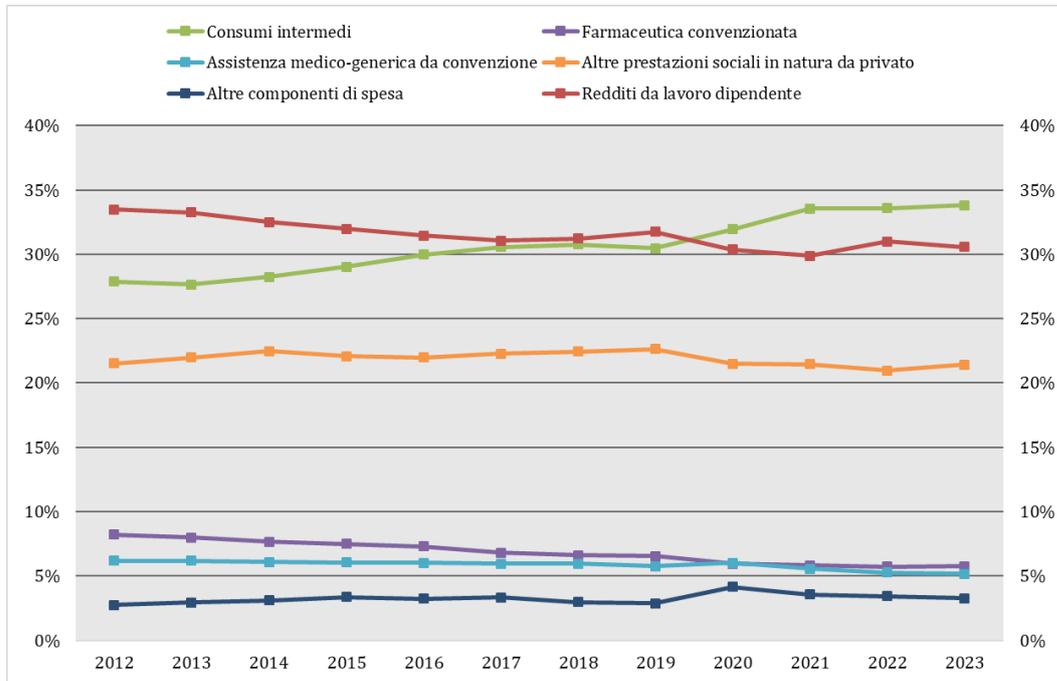


Figura 3.8. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2023 in percentuale sul totale (dati ISTAT-CN)

Queste variazioni si riflettono sulla composizione percentuale della spesa totale (figura 3.9) da cui emergono alcune considerazioni relative al periodo 2012-2023. Innanzitutto, si evidenzia un netto disinvestimento sul personale sanitario: la percentuale di spesa destinata al lavoro dipendente è scesa dal 33,5% del 2012 al 29,9% del 2021 per poi risalire al 31% nel 2022 e calare nuovamente al 30,6% nel 2023; anche la spesa per l'assistenza convenzionata è diminuita, passando dal 6,2% al 5,2%. In secondo luogo, la percentuale di spesa per le prestazioni acquisite dal privato è rimasta pressoché costante. I consumi intermedi mostrano un incremento percentuale dal 27,9% al 33,8%, mentre la spesa farmaceutica convenzionata è scesa dall'8,2% al 5,8%. Infine, le altre componenti di spesa registrano una sostanziale stabilità intorno del 3%.

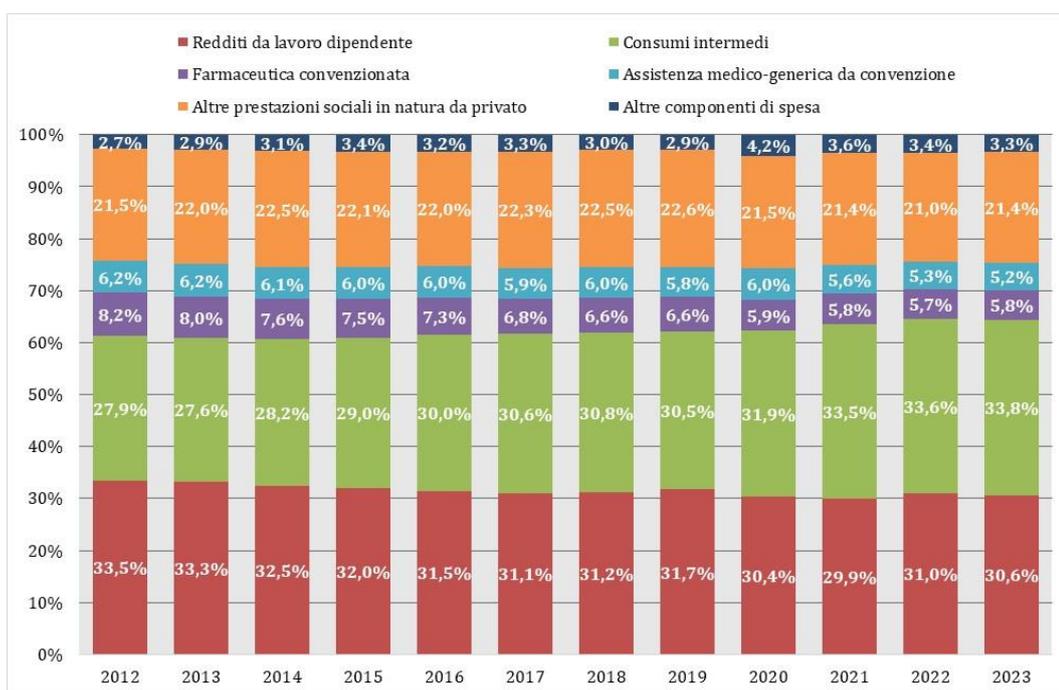


Figura 3.9. Composizione percentuale della spesa sanitaria 2012-2023 (dati ISTAT-CN)

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 3.4).

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) ^{25,b} . Classificazione: ICHA ^c . Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)	€ 3.988
		Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	€ 445
		Imprese (HF.2.3)	€ 788
		Spesa delle famiglie (HF.3)	€ 40.641
		Totale	€ 45.862
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) ²⁶ . Classificazione: COICOP. Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Spesa delle famiglie	€ 43.040*

^a SHA: *System of Health Accounts* – ^b Questi dati, in quanto trasmessi all’OCSE, rappresentano il riferimento per i benchmark internazionali. – ^c ICHA: *International Classification for Health Accounts* – ^d COICOP: *Classification of Individual Consumption by Purpose*
* Non è possibile nettare tale spesa dai rimborsi previsti nel caso di coperture indirette, né considerare la spesa per polizze assicurative individuali.

Tabella 3.4. Spesa sanitaria privata ISTAT anno 2023 (dati in milioni)

3.2.1. Spesa sanitaria out-of-pocket

Secondo le stime dei conti ISTAT-SHA la spesa delle famiglie per l’anno 2023 ammonta a € 40.641 milioni (figura 3.10):

- € 18.106 milioni per l’assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 4.423 milioni per l’assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 3.062 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 14.983 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 67 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)

²⁵ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁶ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Spese per consumi delle famiglie. Coicop 2018. Sanità. Edizione marzo 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_CONSEXP/DCCV_SPEMEFAM/DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018/IT1.31_740_DF_DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018_8.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

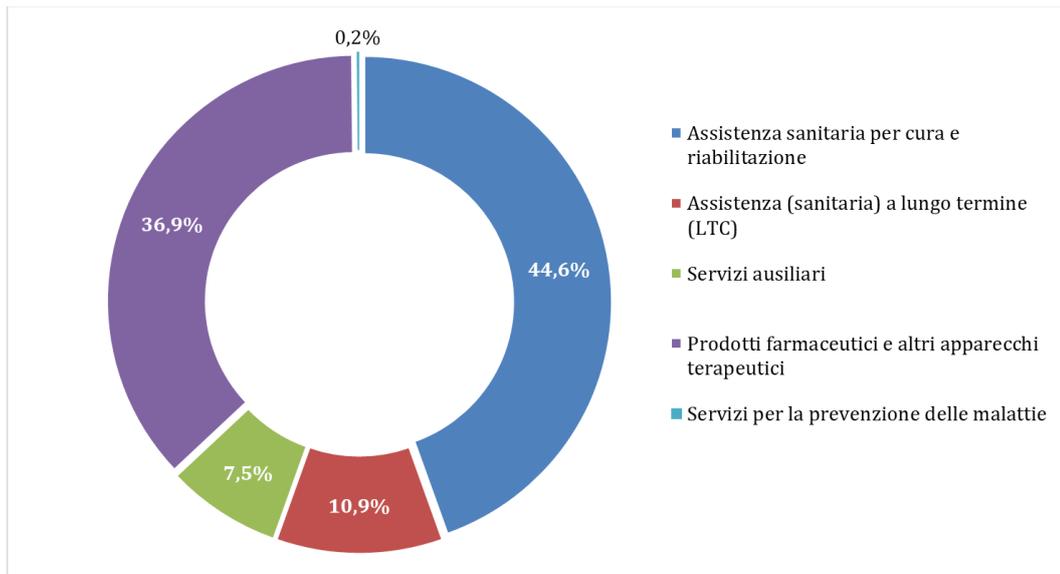


Figura 3.10. Spesa sanitaria delle famiglie per funzione di spesa (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

Compartecipazione alla spesa. Alla data di pubblicazione del presente Rapporto non sono disponibili il Rapporto 2023 della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica (solitamente pubblicato nel mese di maggio), né il Rapporto OSMED 2023 dell'AIFA (solitamente pubblicato nel mese di luglio), che forniscono i dati ufficiali sulla compartecipazione alla spesa sanitaria dei cittadini (ticket). Il dato 2022 è di € 2.547,5 milioni: € 1.501 milioni per i farmaci e € 1.046,5 milioni per le prestazioni specialistiche, incluse quelle di pronto soccorso (€ 30,5 milioni).

3.2.1.1. Trend 2012-2023

Nel periodo 2012-2022 la spesa out-of-pocket ha registrato un incremento medio annuo dell'1,6% corrispondente ad un aumento totale di € 5.326 in 10 anni. Tuttavia, nel 2023 si registra un'impennata significativa della spesa sanitaria a carico dei cittadini (+10,3%), pari a +€ 3.806 milioni rispetto al 2022 (figura 3.11).

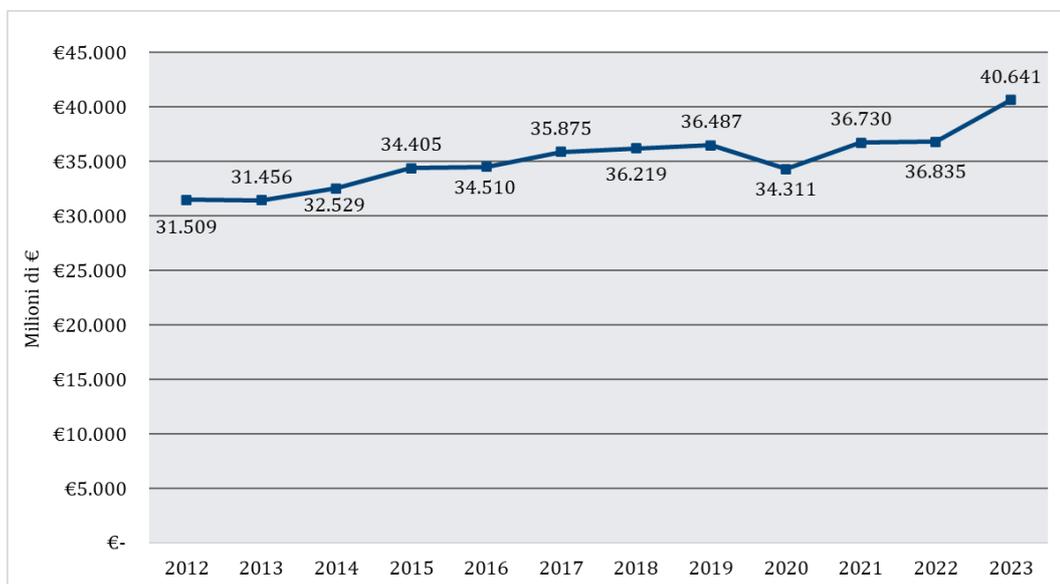


Figura 3.11. Trend spesa sanitaria privata 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

Analizzando il trend delle diverse componenti di spesa out-of-pocket nel periodo 2012-2022 (figura 3.12), l'incremento più rilevante 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), seppur con due andamenti differenti. La spesa per la LTC così come quella per i servizi ausiliari e per la prevenzione delle malattie, invece, hanno registrato solo modeste variazioni. Nel 2023, rispetto al 2022, si evidenzia un incremento nella componente "assistenza sanitaria per cura e riabilitazione" (+€ 2.801 milioni), superiore all'aumento complessivo registrato nel periodo 2012-2022.

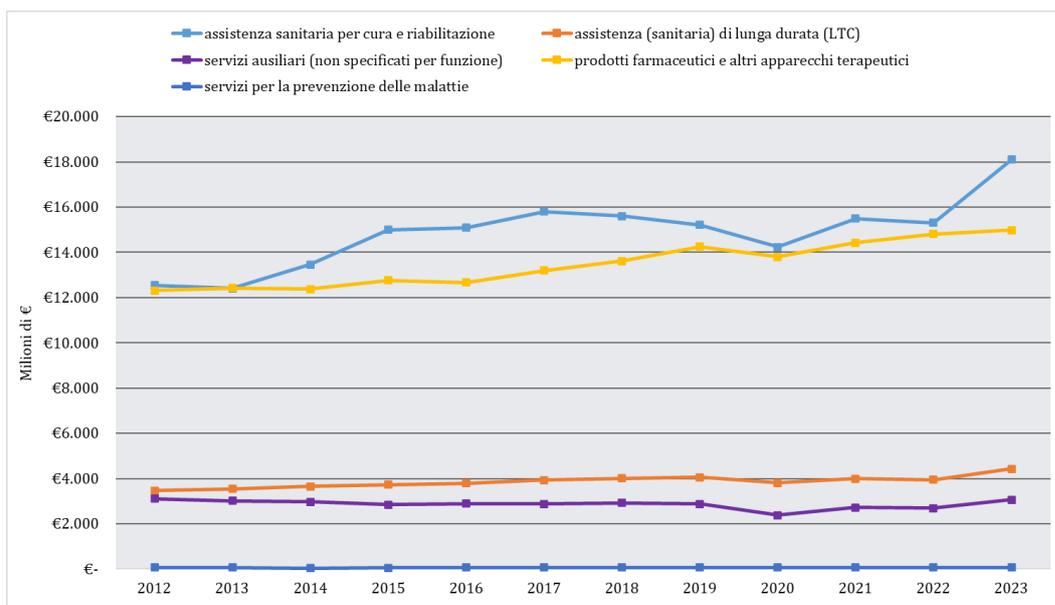


Figura 3.12. Trend spesa sanitaria privata per tipo di funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA)

3.2.1.2. Fattori di contenimento della spesa out-of-pocket

Nel 2023 la spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie ammonta a € 40.641 miliardi. Secondo le stime preliminari ISTAT sui consumi delle famiglie²⁷, nel 2023 la spesa media nazionale per la salute è pari a € 1.408,92 a famiglia, in aumento rispetto ai € 1.362,24 del 2022. Nel 2023 al Nord si registra una lieve diminuzione (-€ 10,32), mentre nel Sud la spesa è aumentata di € 17,64; la crescita più significativa si registra al Centro, con un aumento di oltre € 220 a famiglia (tabella 3.5).

Area geografica	2022	2023	Variazione	Variazione %
Nord	€ 1.473,12	€ 1.462,80	-€ 10,32	-0,7%
Centro	€ 1.397,52	€ 1.623,36	+€ 225,84	+16,2%
Sud	€ 1.175,16	€ 1.192,80	+€ 17,64	+1,5%
Italia	€ 1.362,24	€ 1.408,92	+€ 46,68	+3,4%

Tabella 3.5. Famiglie: spesa annuale per la salute (dati ISTAT sui consumi delle famiglie, 2022 e preliminari 2023)

²⁷ Istituto Nazionale di Statistica. Comunicato stampa "Resta stabile la povertà assoluta, la spesa media cresce ma meno dell'inflazione". Roma, 25 marzo 2024. Disponibile a: www.istat.it/it/files/2024/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2023_25.03.24.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

L'interpretazione della variabilità della spesa out-of-pocket tra le Regioni non è univoca, poiché è influenzata da molteplici fattori: qualità e accessibilità dei servizi sanitari pubblici, capacità di spesa delle famiglie, consumismo sanitario e, in misura minore, eventuali rimborsi da parte di assicurazioni e fondi sanitari. In particolare, la spesa delle famiglie risulta più elevata nelle Regioni più ricche e/o con più elevata qualità dei servizi sanitari, documentando che la spesa out-of-pocket non è un indicatore affidabile per valutare la riduzione delle tutele pubbliche. Pertanto, un dibattito pubblico concentrato esclusivamente sulla sua entità può restituire un quadro distorto: infatti, mentre alcune famiglie, spinte dal consumismo sanitario, spendono anche per servizi e prestazioni inutili, altre non riescono a far fronte a bisogni reali di salute a causa di difficoltà economiche. In sostanza, il netto aumento della spesa out-of-pocket nel 2023 (+10,3%) potrebbe essere molto più elevato in assenza fenomeni che, pur non incidendo direttamente sulla spesa, contribuiscono comunque a peggiorare la salute delle persone: la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, la rinuncia alle cure.

Limitazione delle spese per la salute. Secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili sul cambiamento delle abitudini di spesa²⁸, nel 2022 il 16,7% delle famiglie dichiara di avere limitato in quantità e/o qualità la spesa per visite mediche e accertamenti periodici preventivi. Se il Nord-Est (10,6%), il Nord-Ovest (12,8%) e il Centro (14,6%) si attestano al di sotto della media nazionale, tutto il Mezzogiorno si colloca al di sopra: di poco le Isole (18,5%), di oltre 10 punti percentuali il Sud (28,7%). Un cambiamento nelle abitudini di spesa che ovviamente contribuisce a limitare la spesa out-of-pocket: infatti, proiettando sull'intera popolazione i dati dell'indagine campionaria ISTAT, sarebbero oltre 4,2 milioni le famiglie che nel 2022 hanno limitato le spese per la salute.

Indisponibilità economiche temporanee per le spese per la salute. Secondo l'indagine ISTAT sulle condizioni di vita²⁹, nel 2023 il 5,1% delle famiglie ha dichiarato di non disporre di soldi in alcuni periodi dell'anno per far fronte a spese relative alle malattie. Si collocano al di sotto della media nazionale il Nord-Est (2,3%), il Nord-Ovest (3,8%) e il Centro (4,2%), mentre il Mezzogiorno si posiziona al di sopra della media nazionale: rispettivamente le Isole all'8% e il Sud all'8,7%. Anche questo fenomeno contribuisce a contenere la spesa out-of-pocket: infatti, proiettando sulla popolazione i dati dell'indagine campionaria ISTAT, circa 1,3 milioni di famiglie in alcuni periodi del 2023 non sono riuscite a fronteggiare le spese per la salute per indisponibilità economica.

Rinunce a prestazioni sanitarie. I dati preliminari forniti dal Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) 2023 dell'ISTAT³⁰ indicano che la percentuale di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie, dopo i picchi del periodo pandemico (9,6% nel 2020 e 11,1% nel 2021), nel 2023 si è attestata al 7,6%. Questo dato rimane comunque superiore a quello pre-pandemico del 2019 (6,3%) e in aumento rispetto al 2022 (7%). Si tratta di oltre 4,48 milioni

²⁸ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Cambiamenti nelle abitudini di spesa (dal 2018). Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_CONSEXP/DCCV_SPEMEFAM/DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018/IT1.31_740_DF_DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018_1.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁹ Istituto Nazionale di Statistica. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Disagio economico. Famiglie che hanno difficoltà nel pagamento di alcune spese. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_ECDISTR/DCCV_NOSOLDI/IT1.34_219_DF_DCCV_NOSOLDI_2.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

³⁰ Istituto Nazionale di Statistica. Rapporto BES 2023. Roma, 17 aprile 2024. Disponibile a: www.istat.it/wp-content/uploads/2024/04/Bes-2023-Ebook.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

di persone che, secondo la definizione ISTAT, dichiarano di aver rinunciato nell'ultimo anno a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi: problemi economici (impossibilità di pagare, costo eccessivo), difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi), lunghi tempi di attesa. Tra questi, nel 2023 quasi 2,5 milioni di persone, pari al 4,2% della popolazione, hanno rinunciato alle cure per motivi economici, con un aumento di 1 punto percentuale rispetto al 2022 (3,2%): quasi 600.000 persone in più rispetto all'anno precedente. Nel 2023 la rinuncia alle cure per uno o più motivi presenta modeste differenze tra le aree geografiche, evidenziando un problema diffuso in tutto il Paese: Nord-Ovest 7,7%, Nord-Est 6,4%, Centro 8,8%, Sud 7,3%, Isole 8,6% (figura 3.13).

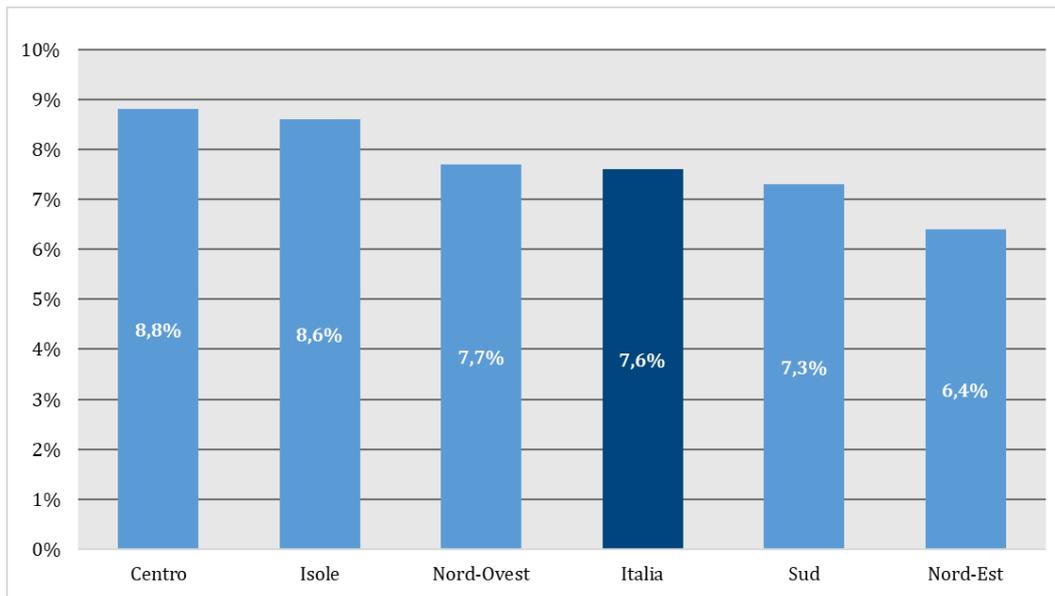


Figura 3.13. Famiglie che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie per area geografica (dati preliminari ISTAT, anno 2023)

A livello regionale le differenze sono, invece, significative: 9 Regioni si collocano sopra la media nazionale (7,6%), con Sardegna (13,7%) e Lazio (10,5%) che superano il 10% e 12 sotto la media con la Provincia autonoma di Bolzano e il Friuli Venezia Giulia al 5,1% (figura 3.14).

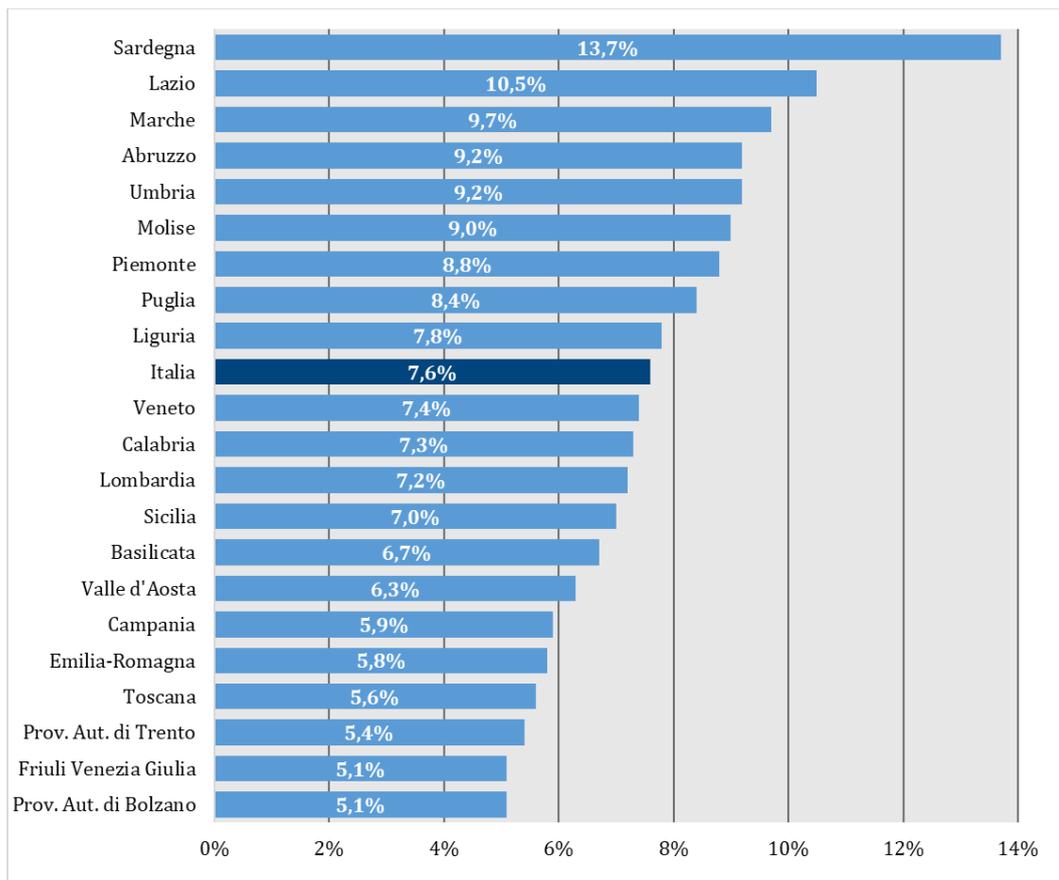


Figura 3.14. Famiglie che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie per Regione (dati provvisori ISTAT, anno 2023)

Se dal 2022 al 2023 la percentuale di persone che rinunciano alle cure in Italia è cresciuta di 0,6 punti percentuali, 10 Regioni si collocano sopra la media nazionale, con incrementi significativi in Lazio (+3,6), Molise (+3,4), Marche (+2,7) e Liguria (+2), dove la crescita è pari o superiore ai 2 punti percentuali. Altre 3 Regioni (Lombardia, Provincia autonoma di Bolzano e Calabria) registrano incrementi inferiori alla media nazionale, mentre le restanti 8 Regioni mostrano un decremento, con valori che superano il punto percentuale solo in Toscana (-1,2) e Friuli Venezia Giulia (-2,6). Ad eccezione di Basilicata e Sicilia, in tutte le Regioni del Mezzogiorno la percentuale di rinunce alle cure è aumentata dal 2022 al 2023 (tabella 3.6).

Regioni	2023	2022	Variazione (punti percentuali)
Lazio	10,5%	6,9%	+3,6
Molise	9,0%	5,6%	+3,4
Marche	9,7%	7,0%	+2,7
Liguria	7,8%	5,8%	+2,0
Abruzzo	9,2%	7,6%	+1,6
Sardegna	13,7%	12,3%	+1,4
Campania	5,9%	4,7%	+1,2
Umbria	9,2%	8,1%	+1,1
Veneto	7,4%	6,4%	+1,0
Puglia	8,4%	7,5%	+0,9
ITALIA	7,6%	7,0%	+0,6
Lombardia	7,2%	6,8%	+0,4
Prov. Aut. di Bolzano	5,1%	4,7%	+0,4
Calabria	7,3%	7,2%	+0,1
Valle d'Aosta	6,3%	6,4%	-0,1
Sicilia	7,0%	7,2%	-0,2
Prov. Aut. di Trento	5,4%	5,9%	-0,5
Emilia-Romagna	5,8%	6,4%	-0,6
Piemonte	8,8%	9,6%	-0,8
Basilicata	6,7%	7,5%	-0,8
Toscana	5,6%	6,8%	-1,2
Friuli Venezia Giulia	5,1%	7,7%	-2,6

**Tabella 3.6. Famiglie che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie per Regione
(dati ISTAT, provvisori anno 2023 vs 2022)**

Infine, l'impatto sulla salute individuale e collettiva dell'indebolimento della sanità pubblica non può limitarsi a valutare gli indicatori relativi alla spesa delle famiglie, ma deve anche considerare il livello di povertà assoluta della popolazione. Secondo i dati ISTAT sulla povertà in Italia³¹, tra il 2021 e il 2022 l'incidenza nazionale della povertà assoluta per le famiglie – ovvero il rapporto tra le famiglie con spesa sotto la soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti – è salita dal 7,7% all'8,3%, coinvolgendo quindi quasi 2,1 milioni di famiglie. Il Nord-Est ha registrato l'incremento più significativo, passando dal 7,1% al 7,9%, seguito dal Sud con un aumento dal 10,5% all'11,2% e dalle Isole con un incremento dal 9,2% al 9,8%. Anche se il Nord-Ovest e il Centro mostrano un aumento più contenuto (+0,4 punti percentuali), il fenomeno della povertà assoluta è diffuso su tutto il territorio nazionale. Le stime preliminari ISTAT per l'anno 2023³² documentano un incremento della povertà assoluta delle famiglie

³¹ Istituto Nazionale di Statistica. Comunicato stampa "In crescita la povertà assoluta a causa dell'inflazione". Roma, 25 ottobre 2023. Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/289724. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

³² Istituto Nazionale di Statistica. Comunicato stampa "Resta stabile la povertà assoluta, la spesa media cresce ma meno dell'inflazione". Roma, 25 marzo 2024. Disponibile a: www.istat.it/it/files/2024/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2023_25.03.24.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

rispetto all'anno precedente dall'8,3% all'8,5%, in aumento al Nord (8% vs 7,5%) e al Centro (6,8% vs 6,4%) e in lieve diminuzione nel Mezzogiorno (10,3% vs 10,7%).

Ovviamente, l'aumento del numero di famiglie che vivono sotto la soglia della povertà assoluta avrà un impatto residuale sulla spesa out-of-pocket, ma aumenterà il fenomeno di rinuncia alle cure, condizionando il peggioramento della salute e la riduzione dell'aspettativa di vita delle persone più povere del Paese. Infatti, se l'Italia per molti anni è stata uno dei paesi con aspettativa di vita alla nascita più elevata al mondo, secondo l'ultimo report dell'OCSE nel 2022 è scesa dal terzo al nono posto³³. Le stime ISTAT per il 2023³⁴ dimostrano che, a fronte di un'età media di 83,1 anni a livello nazionale (+0,5 anni rispetto al 2022), si registrano notevoli differenze regionali: dagli 84,6 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81,4 anni della Campania, con una differenza di ben 3,2 anni (figura 3.15). Più in generale, in tutte le 8 Regioni del Mezzogiorno l'aspettativa di vita è inferiore alla media nazionale, spia indiretta sia delle criticità dei servizi sanitari regionali, sia dell'incidenza della povertà assoluta.

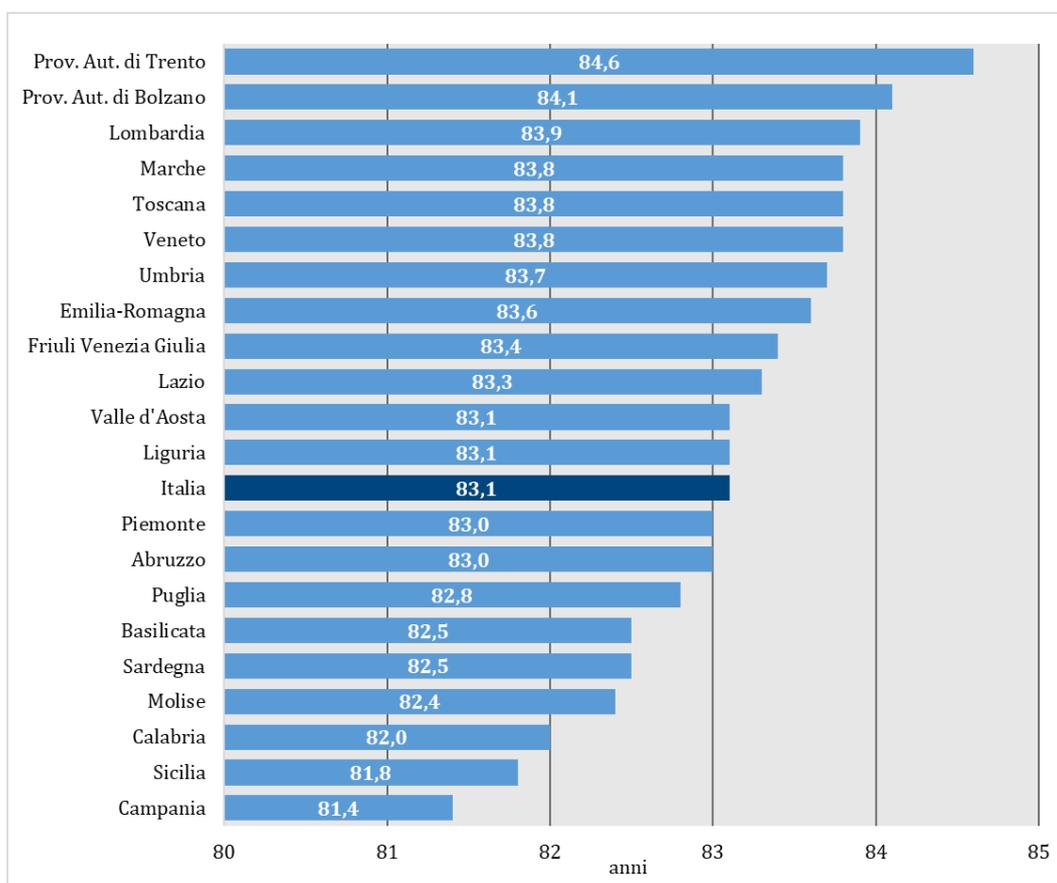


Figura 3.15. Aspettativa di vita alla nascita (dati ISTAT, 2023)

In conclusione, dai dati ISTAT emergono tre considerazioni. Innanzitutto l'entità della spesa out-of-pocket, in netto aumento nel 2023, sottostima le mancate tutele pubbliche perché viene arginata da fenomeni legati alle difficoltà economiche delle famiglie: limitazione delle spese

³³ Life expectancy at birth. In: Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. Disponibile a: www.oecd-ilibrary.org/sites/7a7afb35-en/1/3/3/1/index.html?itemId=/content/publication/7a7afb35-en&csp=6cf33e24b6584414b81774026d82a571&itemIGO=oecd&itemContentType=book. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

³⁴ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Indicatori demografici. Speranza di vita alla nascita. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/IT1.22_293_DF_DCIS_INDEMOG1_1.1.0?view=5243. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

per la salute, indisponibilità economica temporanea e rinuncia alle cure. In secondo luogo, questi fenomeni sono molto più frequenti nelle Regioni del Mezzogiorno, proprio quelle dove l'erogazione dei LEA è inadeguata: di conseguenza, l'insufficiente offerta pubblica di servizi sanitari associata alla minore capacità di spesa delle famiglie del Sud condiziona negativamente lo stato di salute e l'aspettativa di vita alla nascita, che vede tutte le Regioni del Mezzogiorno al di sotto della media nazionale. Infine lo status di povertà assoluta, che oggi coinvolge oltre 2 milioni di famiglie, richiede urgenti politiche di contrasto, non solo per garantire un tenore di vita dignitoso a tutte le persone, ma anche perché le disuguaglianze sociali nell'accesso alle cure e l'impossibilità di far fronte ai bisogni di salute con risorse proprie rischiano di compromettere la salute e la vita dei più poveri, in particolare nel Mezzogiorno. Un'area in cui l'autonomia differenziata rischia di avere conseguenze disastrose in termini sanitari, economici e sociali.

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.
- Alla data di pubblicazione del presente Rapporto, i dati del Ministero della Salute relativi ai fondi sanitari integrativi sono disponibili solo fino al 2020³⁵ e forniscono informazioni parziali, in quanto riportano unicamente l'importo delle "risorse impegnate" dai fondi, ovvero quelle utilizzate per il rimborso agli iscritti, ma non i dati relativi alle quote incassate.
- Le informazioni sulle quote versate ai fondi sanitari integrativi sono desumibili solo in parte dal report ANIA³⁶, 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 privata³⁷ non è possibile scorporare le spese sanitarie successivamente rimborsate da "terzi paganti", né identificare quelle da loro direttamente sostenute.
- 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-SHA³⁸ che per i Regimi di finanziamento volontari (HF.2) nel 2023 ammonta complessivamente a € 5.221 milioni, di cui:

- € 3.988 milioni per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1);
- € 445 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";
- € 788 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

³⁵ 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: 30 settembre 2024.

³⁶ Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici. ANIA Trends Infortuni e Malattia. Portafoglio diretto italiano. Dati al 31 dicembre 2022. Novembre 2023. Disponibile a: www.ania.it/documents/35135/840731/Newsletter+Infortuni+e+Malattia_anno+2022.pdf/5c270aed-57d6-7b6e-e69a-8686ed49c8ec?version=1.0&t=1726737874595. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

³⁷ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Spese per consumi delle famiglie. Coicop 2018. Sanità. Edizione marzo 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_CONSEXP/DCCV_SPEMEFAM/DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018/IT1.31_740_DF_DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018_8.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

³⁸ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

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.

3.2.2.1. Trend 2012-2023

Nel periodo 2012-2022 la spesa sanitaria intermediata è cresciuta di € 1.759 milioni, con un trend in costante aumento, fatta eccezione per una lieve flessione nel 2020. Nel 2023, rispetto al 2022, si osserva un marcato incremento di € 553 milioni (+11,8%), un dato che supera di oltre il doppio l'aumento registrato nel 2022 rispetto al 2021 (€ 232 milioni, +5,2%) (figura 3.16).

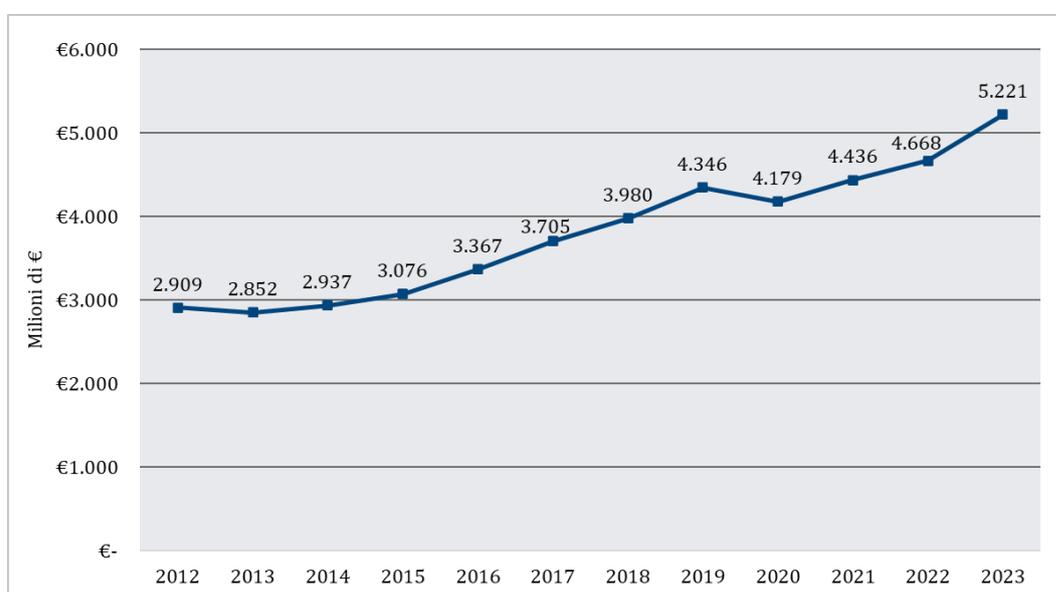


Figura 3.16. Trend spesa sanitaria intermediata 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

3.3. Benchmark internazionali

Utilizzando l'*OECD Data Explorer*³⁹, aggiornato al 23 luglio 2024, che riporta i dati 2023 per poco meno della metà dei paesi dell'area OCSE e quelli 2022 per i restanti paesi, sono stati analizzati i dati relativi alla spesa sanitaria sia in percentuale del PIL, che in \$ pro-capite a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto e 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 (media EU), definiti come quelli appartenenti all'area OCSE e membri dell'Unione Europea.

3.3.1. Spesa sanitaria totale

In Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale è dell'8,4%, in calo di 0,6 punti percentuali rispetto al 2022 e inferiore sia alla media OCSE (9,1%) che alla media EU (8,9%): un dato che nell'Unione Europea ci colloca alle spalle di Francia, Germania, Austria, Svezia, Belgio, Olanda Portogallo, Spagna, Slovenia, Finlandia, Danimarca, Repubblica Ceca e Grecia, paesi che destinano alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra (figura 3.14).

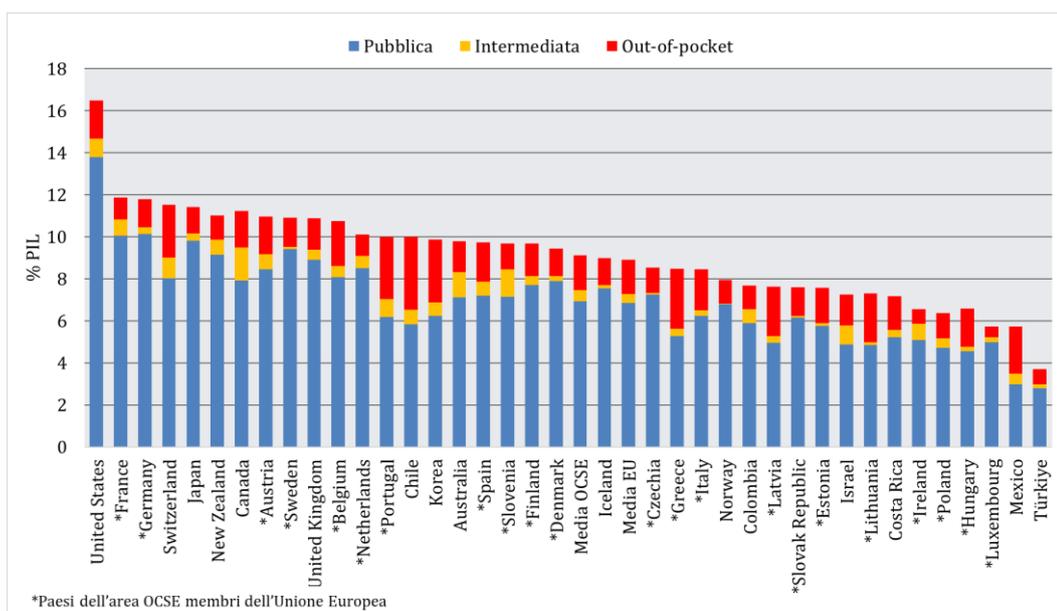


Figura 3.14. Spesa sanitaria nei paesi OCSE in percentuale del PIL (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

La posizione del nostro Paese peggiora ulteriormente se si considera la spesa sanitaria pro-capite totale in \$ a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto (\$4.832), che risulta inferiore sia alla media OCSE (\$ 5.373) sia alla media EU (\$ 5.369): il dato colloca l'Italia tra i paesi dell'Unione Europea che spendono meno, precedendo solo Portogallo, Slovenia, Repubblica Ceca, Spagna, Lituania, Estonia, Grecia, Ungheria, Lettonia, Repubblica Slovacca e Polonia (figura 3.15).

³⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Health expenditure and financing. Last updated 20 September 2024. Disponibile a: [https://data-explorer.oecd.org/vis?fs\[0\]=Topic%2C0%7CHealth%23HEA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=79&df\[ds\]=dsDisseminateFinancialDMZ&df\[id\]=DSD_SHA%40DF_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.T.T.T...&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C0%7CHealth%23HEA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=79&df[ds]=dsDisseminateFinancialDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.T.T.T...&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false). Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

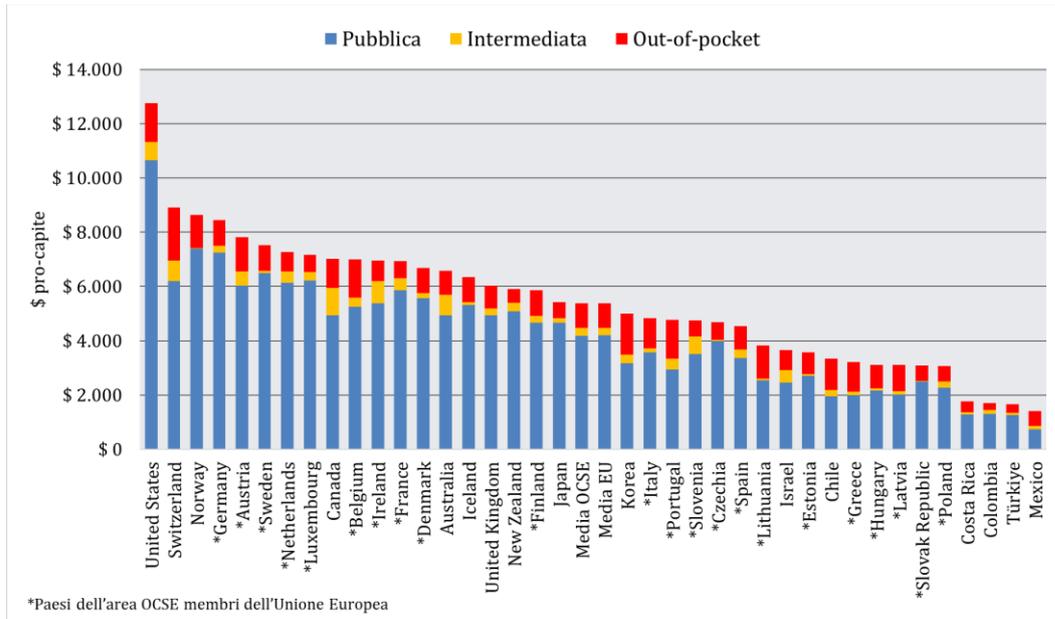


Figura 3.15. Spesa sanitaria nei paesi OCSE in \$ pro-capite (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

3.3.2. Spesa sanitaria pubblica

Nel dataset OCSE, la spesa sanitaria pubblica 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). Nel 2023 in Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del PIL, un valore ben al di sotto sia della media OCSE del 6,9% che della media EU del 6,8%. Sono 15 i paesi europei dell'area OCSE che investono una percentuale del PIL maggiore dell'Italia, con un gap che va dai +3,9 punti percentuali della Germania (10,1% del PIL) ai +0,6 della Norvegia (6,8% del PIL) (figura 3.16).

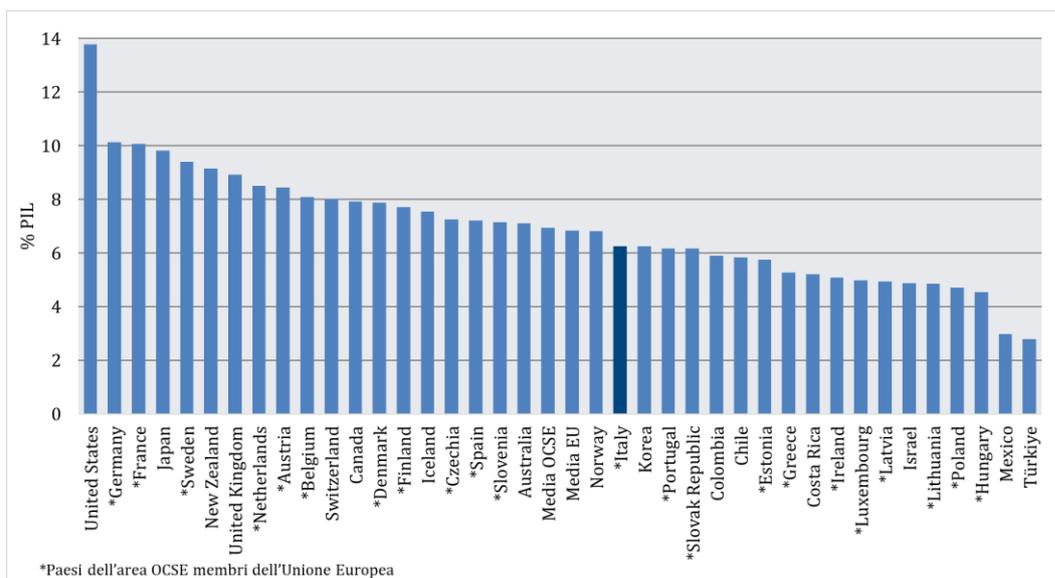


Figura 3.16. Spesa sanitaria pubblica nei paesi OCSE in percentuale del PIL (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

In Italia nel 2023 anche la spesa sanitaria pubblica pro-capite, pari a \$ 3.574, rimane ben al di sotto sia della media OCSE (\$ 4.174) con una differenza di \$ 600, sia soprattutto della media dei paesi EU (\$ 4.199) con una differenza di \$ 624. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea ben 11 paesi investono più del nostro, con un gap che va dai +\$ 410 della Repubblica Ceca (\$ 3.984) ai +\$ 3.679 della Germania (\$ 7.253); spendono meno di noi Slovenia, Spagna, Portogallo, Estonia, Lituania, Repubblica Slovacca, Polonia, Ungheria, Lettonia e Grecia (figura 3.17).

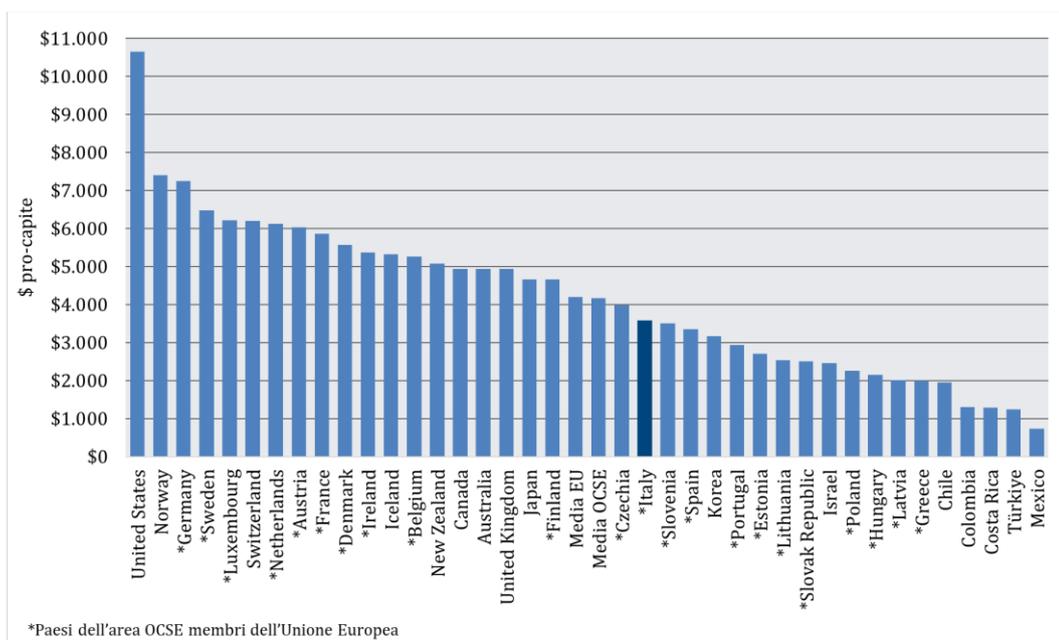


Figura 3.17. Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

Il trend della spesa sanitaria pubblica pro-capite dei paesi del G7 nel periodo 2008-2023 restituisce un quadro impietoso (figura 3.18): ad eccezione del Regno Unito, negli altri paesi la crisi finanziaria del 2008 non ha minimamente scalfito la spesa pubblica pro-capite per la sanità, che ha infatti continuato a crescere o ha subito addirittura un'accelerazione. Già nel 2008, invece, quando tutti i paesi del G7 – ad eccezione degli USA – avevano una spesa pubblica pro-capite compresa tra \$ 2.250 e \$ 3.500, l'Italia era fanalino di coda insieme al Giappone; nel 2023, mentre l'Italia rimane ultima con una spesa pro-capite di \$ 3.574, la Germania l'ha più che doppiata raggiungendo i \$ 7.253.

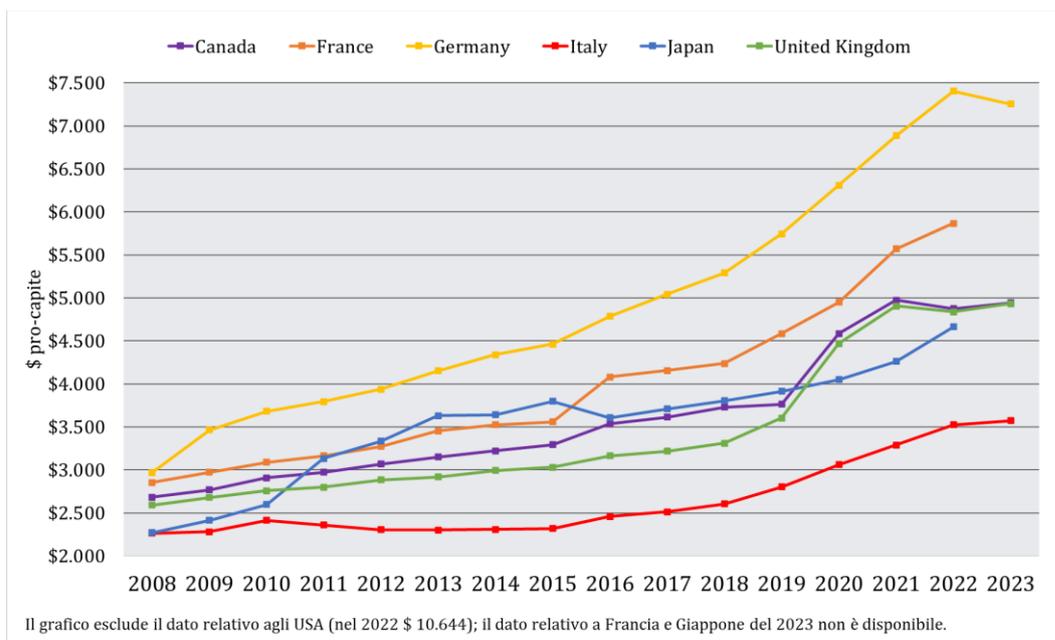


Figura 3.18. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2023: paesi del G7 (dati OCSE)

Inoltre anche tra il 2019 e il 2023, quando tutti i paesi del G7 hanno aumentato la spesa pubblica pro-capite per fronteggiare la pandemia, l'Italia ha investito molto meno, rimanendo penultima poco sopra il Giappone. Infatti, nel 2023 rispetto al 2019, la spesa sanitaria pubblica pro-capite italiana è cresciuta di soli \$ 772 rispetto ai \$ 1.280 della Francia, ai \$ 1.329 del Regno Unito ed ai \$ 1.511 della Germania (tabella 3.5).

Paese	\$
Stati Uniti*	1.673
Germania	1.511
Regno Unito	1.329
Francia*	1.280
Canada	1.180
Italia	772
Giappone*	753

*dati riferiti al gap 2022 vs 2019

Tabella 3.5. Incremento della spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi del G7: 2023 vs 2019 (dati OCSE)

Dal 2012, in conseguenza di tagli e definanzeamenti effettuati da tutti i Governi che si sono succeduti, la distanza con i paesi europei è progressivamente aumentata sino a raggiungere \$ 411 nel 2019. Successivamente il gap si è ulteriormente ampliato, sia negli anni della pandemia quando gli altri paesi hanno investito molto più dell'Italia, sia nel 2023 perché di fatto la nostra spesa sanitaria è rimasta stabile (figura 3.19). Il gap con la media dei paesi europei dell'area OCSE è di \$ 995 pro-capite: se si considera una popolazione residente al 1° gennaio 2024 di quasi 59 milioni di abitanti (dati ISTAT), tale differenza corrisponde per il 2023 ad un gap complessivo di \$ 58,7 miliardi. Al cambio dollaro/euro alla data di pubblicazione del presente Rapporto il gap pro-capite è di € 889, pari a un totale di € 52,4 miliardi.

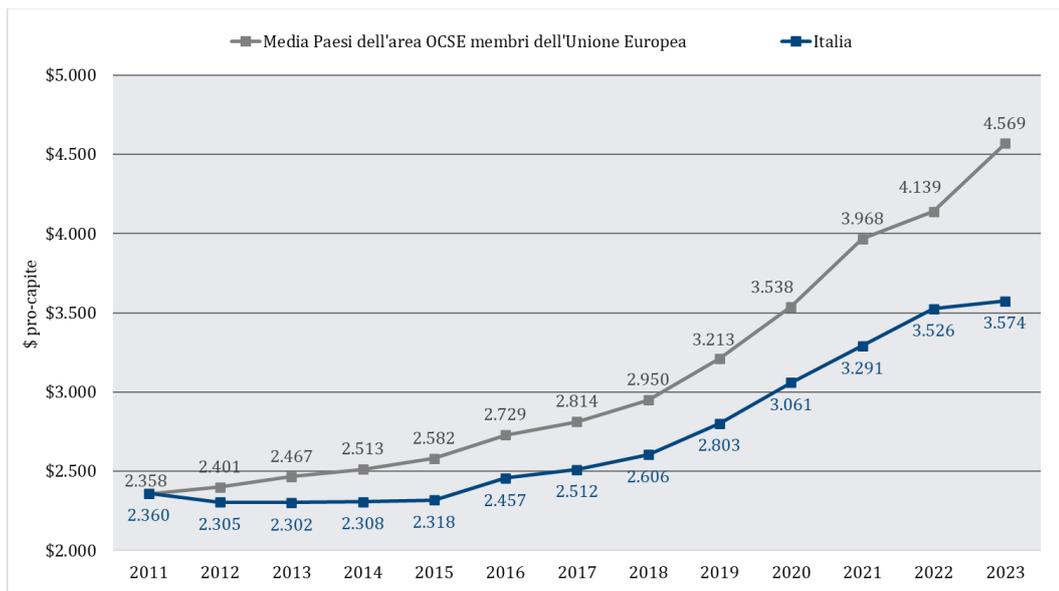


Figura 3.19. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2023: media paesi europei area OCSE vs Italia (dati OCSE)

Il progressivo aumento del gap della spesa sanitaria rispetto alla media dei paesi europei da \$ 96 nel 2012 a \$ 411 nel 2019 è perfettamente in linea con l'entità del defianziamento pubblico relativo al decennio 2010-2019 (§ 2.1); il gap si è poi notevolmente ampliato negli anni dell'emergenza pandemica quando l'Italia ha incrementato la spesa, ma in misura minore rispetto agli altri paesi EU e, soprattutto nel 2023, quando la spesa in Italia si è stabilizzata a fronte dell'ulteriore aumento negli altri paesi, fino sfiorare i \$1.000 pro-capite (figura 3.20).

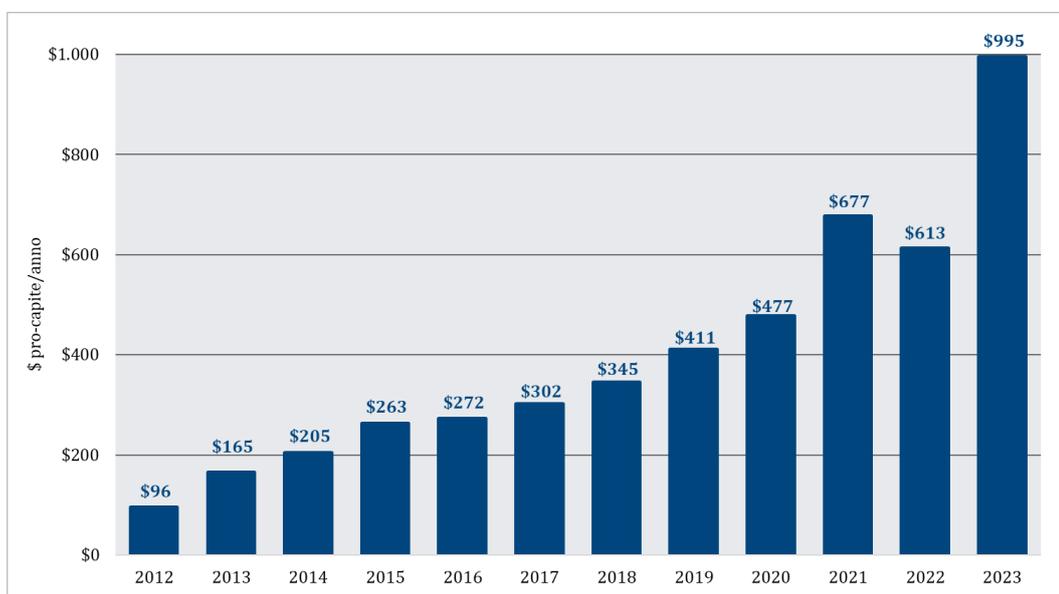


Figura 3.20. Gap annuale della spesa sanitaria pubblica pro-capite 2012-2023 dell'Italia vs media dei paesi EU (elaborazione GIMBE su dati OCSE)

Complessivamente, rispetto alla media dei paesi europei, nel periodo 2012-2023 la spesa sanitaria italiana è stata inferiore di \$ 286 miliardi (figura 3.21).

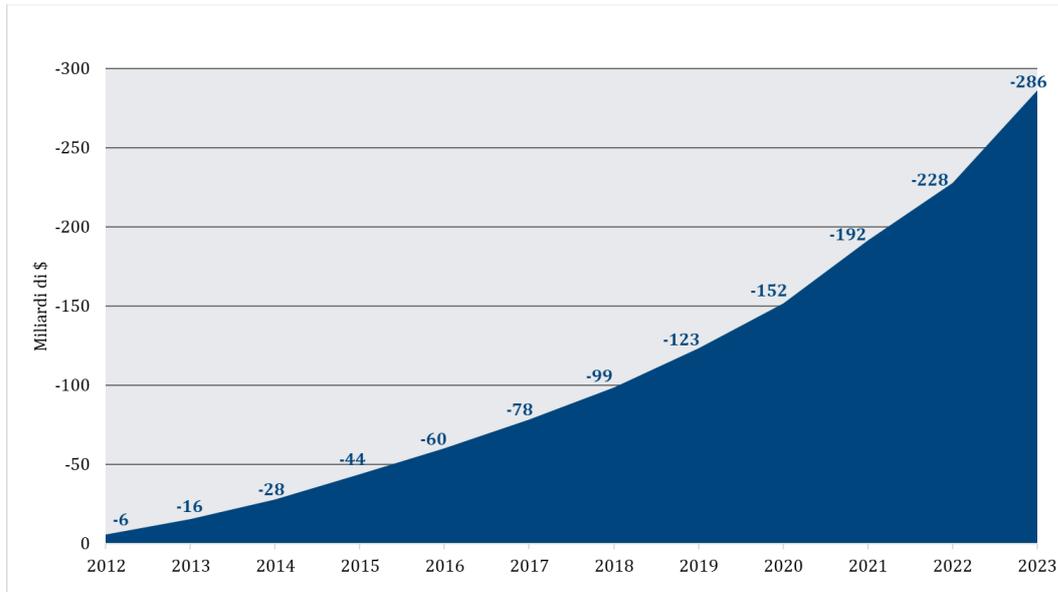


Figura 3.21. Gap cumulativo della spesa sanitaria pubblica totale 2011-2023 dell'Italia vs media dei paesi EU (elaborazione GIMBE su dati OCSE)

3.3.3. Spesa sanitaria privata

Spesa privata totale pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria privata pro-capite nel 2023, pari a \$ 1.258, è superiore sia alla media OCSE (\$ 1.199) con una differenza di \$ 59, sia alla media EU (\$ 1.170) con una differenza di \$ 88 (figura 3.22). Questi valori segnano un netto incremento rispetto al 2022 quando la differenza con la media OCSE era di -\$ 19, mentre quella con la media EU era di -\$ 30; si registra pertanto un aumento della spesa pro-capite in Italia di \$ 47 rispetto al 2022 (\$ 1.211). Tra gli Stati membri dell'Unione Europea solo 5 paesi spendono più del nostro: Portogallo, Austria, Belgio, Irlanda, Lituania, mentre altri 16 spendono meno, dai -\$ 16 delle Slovenia ai -\$ 676 della Repubblica Slovacca.

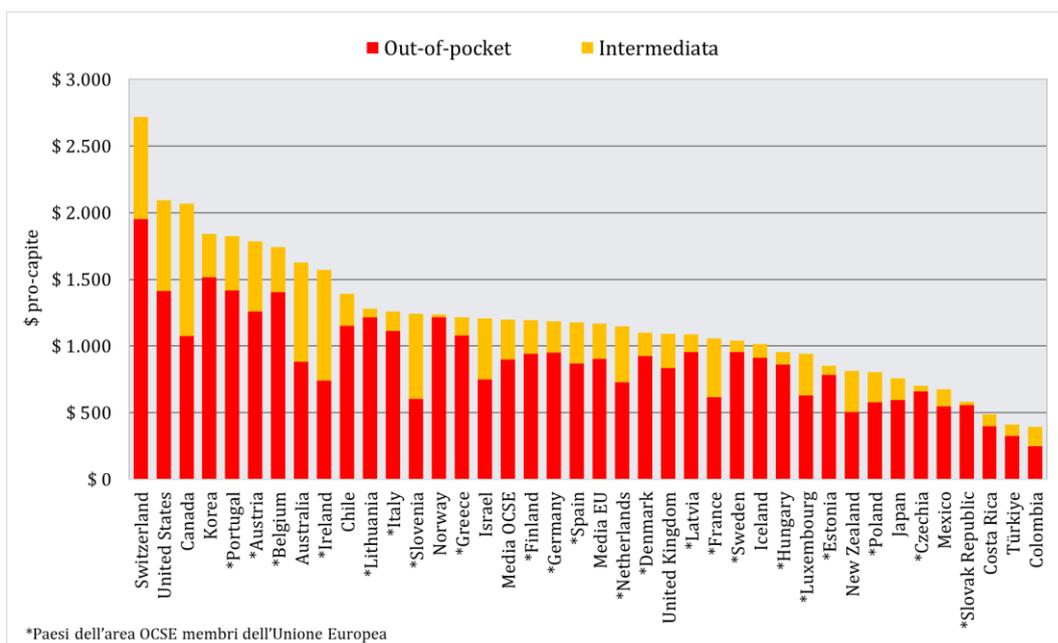


Figura 3.22. Spesa sanitaria privata totale pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

Spesa out-of-pocket pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite nel 2023, pari a \$ 1.115, è superiore sia alla media OCSE (\$ 899) con una differenza di \$ 216, sia alla media dei paesi europei (\$ 902) con una differenza di \$ 213. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea solo 4 paesi spendono più del nostro: Portogallo, Belgio, Austria e Lituania, mentre altri 17 spendono meno, dai -\$ 37 delle Grecia ai -\$ 676 della Repubblica Slovacca (figura 3.23). Rispetto al 2022 la spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite è aumentata di \$ 38 (\$ 1.115 vs \$ 1.077), mentre negli ultimi 10 anni è quasi raddoppiata rispetto al valore del 2013 di \$ 676.

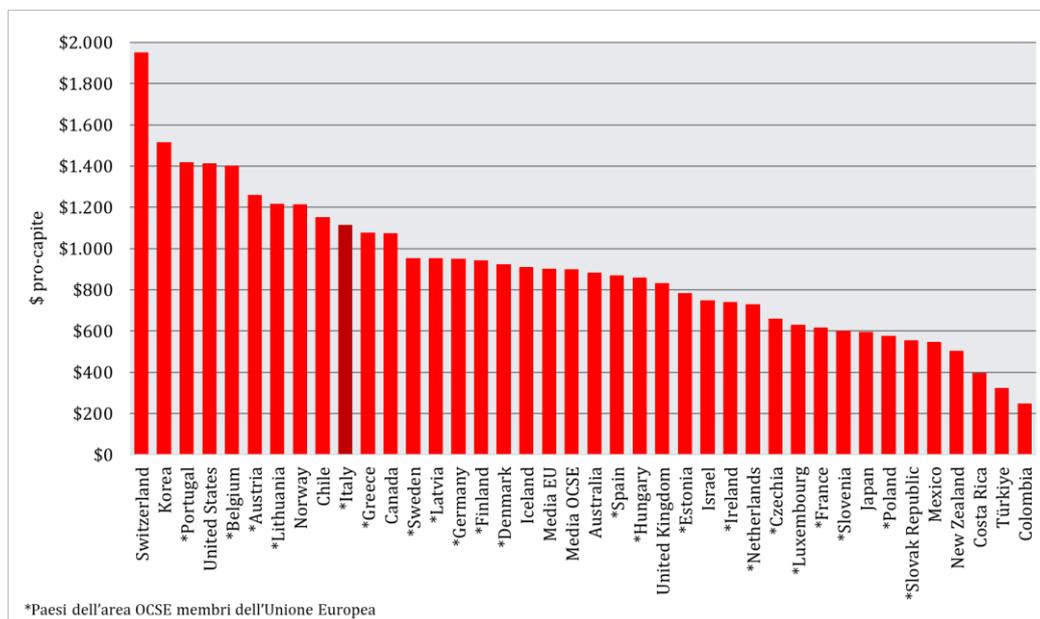


Figura 3.23. Spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

Spesa sanitaria intermediata pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria intermediata pro-capite nel 2023, pari a \$ 143, è inferiore sia alla media OCSE (\$ 301) con una differenza di \$ 157, sia alla media dei paesi europei (\$ 268) con una differenza di \$ 125 (figura 3.24). Rispetto al 2022 è aumentata di \$ 9 (\$ 143 vs \$ 134), mentre negli ultimi 10 anni è più che raddoppiata rispetto al valore di \$ 61 registrato nel 2013.

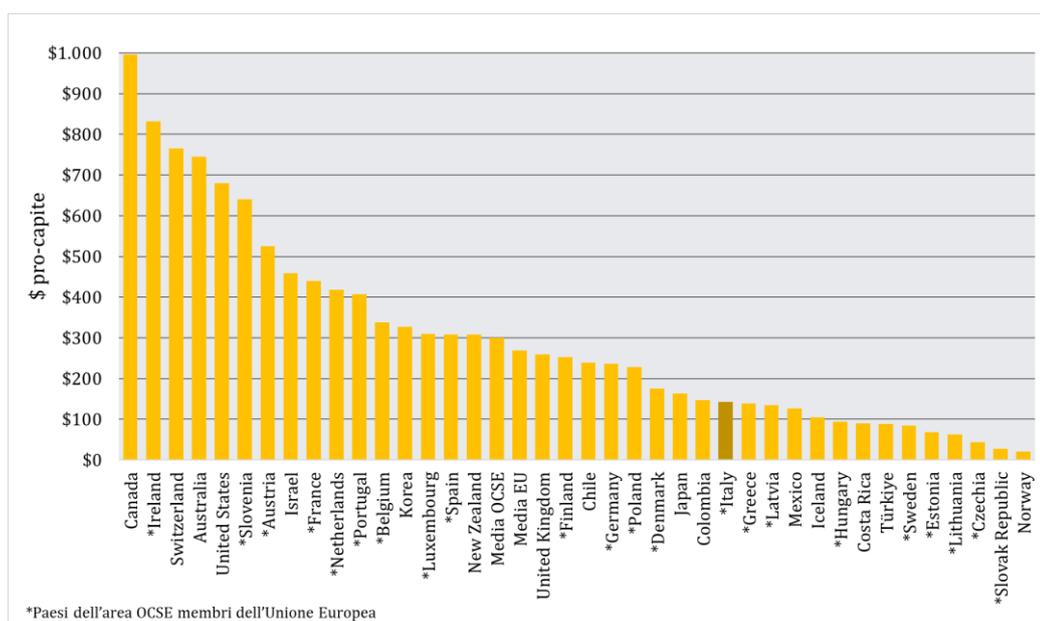


Figura 3.24. Spesa sanitaria intermediata pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

CAPITOLO 4

Sprechi e inefficienze

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 identificato nel *value*. Definito da Michael Porter come il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità, il *value* risulta dal rapporto tra rilevanti outcome di salute per il paziente (esiti favorevoli *meno* effetti avversi) e costi sostenuti dal sistema⁴⁰. Il *value* può essere stimato a livello del singolo intervento sanitario (farmaco, test diagnostico, intervento chirurgico, etc.), di un intero percorso assistenziale, del tempo/uomo. Considerato che in Italia il termine *value* viene ormai sistematicamente tradotto in "valore"^{41,42,43}, nel presente Rapporto *value* e valore vengono utilizzati come sinonimi pur nella consapevolezza che, rispetto alla definizione originale di Porter⁴⁴, il termine valore può introdurre variabili soggettive di giudizio tra diverse categorie di stakeholder.

Nell'ultimo decennio la *value-based healthcare* (VBHC) ha suscitato l'interesse di ricercatori^{45,46,47} e istituzioni internazionali che hanno prodotto sul tema specifici report, tra cui l'OMS Europa in collaborazione con l'*European Observatory on Health Systems and Policies*⁴⁸ e la Commissione Europea⁴⁹. Recenti revisioni sistematiche confermano che la VBHC rappresenta un approccio promettente per contribuire alla sostenibilità dei servizi sanitari⁵⁰, ma la sua implementazione⁵¹ è ancora condizionata da aspetti culturali, normativi e tecnologici⁵².

⁴⁰ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

⁴¹ Ferroni E. Cosa intendiamo per valore in sanità? Recenti Prog Med 2016;Suppl Forward2;S7-S8. Disponibile a: http://forward.recentiprogressi.it/wp-content/uploads/2016/04/recprogrmed_2016_suppl2_ferroni.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁴² Gray MJA, Ricciardi W. Per una sanità di valore: come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse. Roma: Iniziative sanitarie, 2008.

⁴³ Valore/valori. Supplemento a Recenti Progressi in Medicina Vol. 107, numero 04, aprile 2016. Disponibile a: <http://forward.recentiprogressi.it/valorevalori/indice>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁴⁴ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

⁴⁵ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

⁴⁶ Porter, ME, Lee, TH. From volume to value in health care: the work begins. JAMA 2016;316:1047-1048.

⁴⁷ Tsevat, J. and C. Moriates, Value-Based Health Care Meets Cost-Effectiveness Analysis. Ann Intern Medicine 2018;169:329-332.

⁴⁸ World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, PC Smith, A Sagan, L. Siciliani. et al. (2020). Building on value-based health care: towards a health system perspective. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponibile a: <https://iris.who.int/handle/10665/336134>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁴⁹ European Commission. Defining value in "value based healthcare". Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Disponibile a: https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁵⁰ Fernández-Salido M, Alhambra-Borrás T, Casanova G, Garcés-Ferrer J. Value-Based Healthcare Delivery: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health 2024;21:134. Disponibile a: <www.mdpi.com/1660-4601/21/2/134>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁵¹ van Staalduinen DJ, van den Bekerom P, Groeneveld S, Kidanemariam M, Stiggelbout AM, van den Akker-van Marle ME. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. BMC Health Serv Res 2022;22:270. Disponibile a: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07489-2>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁵² Zanutto BS, Etges APBDS, Marcolino MAZ, Polanczyk CA. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. J Healthc Manag 2021;66:340-365. Disponibile a: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8423138>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Se il *value* viene misurato dal rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente e costi sostenuti e il *value for money* rappresenta il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità, per definire gli sprechi il presente Rapporto fa riferimento alla definizione di Taiichi Ohno – padre del sistema di produzione della Toyota – secondo cui «gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare valore»⁵³. Di conseguenza, il *value for money* in sanità, ovvero il ritorno in termini di salute delle risorse investite, viene ridotto da sprechi e inefficienze che consumano risorse senza migliorare gli outcome di salute, anche se la loro esistenza è giustificata da nobili motivazioni: occupazione, qualità percepita, consenso professionale e sociale, etc.

Per guidare Governo, Regioni, aziende sanitarie e professionisti nel processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze, la Fondazione GIMBE nel 2014 ha adattato al contesto italiano la tassonomia di Don Berwick⁵⁴, identificando sei categorie di sprechi (box 4.1).

Box 4.1. Tassonomia GIMBE di sprechi e inefficienze in sanità

- **Sovra-utilizzo:** prescrizione/erogazione di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) i cui potenziali rischi superano i benefici (valore negativo), i benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti (valore basso) oppure i benefici non sono noti (valore sconosciuto).
- **Sotto-utilizzo:** costi generati dal peggioramento degli esiti di salute a causa del sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal valore elevato: efficaci, appropriati e dal costo adeguato rispetto alle alternative.
- **Inadeguato coordinamento dell'assistenza:** inefficienze intra- e inter-aziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o servizi dello stesso setting.
- **Acquisti a costi eccessivi:** acquisti di beni e servizi a costi non standardizzati, superiori al valore di mercato e con differenze regionali e locali.
- **Inefficienze amministrative:** processi non clinici (gestionali e amministrativi) che assorbono troppe risorse in relazione al valore generato.
- **Frodi e abusi:** risorse erose direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunistici condizionati da conflitti di interesse, che non necessariamente configurano reato o illecito amministrativo.

Facendo riferimento a stime fornite di istituzioni e organizzazioni nazionali, è stato quindi definito il potenziale impatto delle sei categorie di sprechi sul SSN. Tale stima, riportata nel 1° Rapporto GIMBE, è stata confermata nel gennaio 2017 dai dati OCSE del report *Tackling Wasteful Spending on Health*⁵⁵ che ha lanciato un monito molto chiaro: le evidenze sugli sprechi in sanità sono inequivocabili e non è più tempo di disquisire sulla loro esistenza, ma bisogna agire senza indugi. Secondo l'OCSE, infatti, circa il 20% della spesa sanitaria apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone: considerato che almeno il 9% del PIL (di cui almeno 3/4 di spesa pubblica) viene investito in sanità e che gli sprechi si annidano a tutti i livelli (politica, management, aziende sanitarie, professionisti sanitari, pazienti), tutti gli stakeholder sono chiamati a trovare soluzioni adeguate per ridurre gli sprechi “con precisione chirurgica”. Il report OCSE, in maniera estremamente pragmatica,

⁵³ Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

⁵⁴ Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

⁵⁵ OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing: Paris, January 2017. Disponibile a: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

considera sprechi sia le risorse erose da servizi e processi dannosi e/o che non determinano alcun beneficio, sia i costi che potrebbero essere evitati utilizzando alternative meno costose che producono gli stessi benefici. Di conseguenza, in maniera altrettanto concreta, identifica due strategie per ridurre gli sprechi:

- smettere di fare cose che non generano valore;
- utilizzare, se esistono, alternative meno costose di sovrapponibile efficacia/sicurezza.

Infine, mettendo in relazione errori, responsabilità e decisioni inadeguate degli stakeholder, criticità organizzative, disallineamento dei sistemi premianti e frodi intenzionali, l'OCSE identifica tre macro-categorie di sprechi: *wasteful clinical care*, *operational waste*, *governance-related waste*. La tassonomia GIMBE si sovrappone perfettamente alle categorie di sprechi identificate dall'OCSE, fatta eccezione per la categoria del sotto-utilizzo, non presa in considerazione in quanto rappresenta sprechi indiretti conseguenti al peggioramento degli outcome di salute conseguente all'*underuse* di interventi sanitari dal *value* elevato. In particolare, la *wasteful clinical care* corrisponde al sovra-utilizzo, l'*operational waste* agli acquisti a costi eccessivi e all'inadeguato coordinamento dell'assistenza, il *governance-related waste* alle inefficienze amministrative, mentre frodi e abusi sono di fatto trasversali a tutte le categorie.

La tassonomia GIMBE e, in particolare, le relative stime sugli sprechi, sono state negli anni scorsi al centro di un acceso dibattito⁵⁶, con posizioni molto diverse: da chi ha bocciato senza appello presupposti metodologici e stime⁵⁷ a chi ha espresso scetticismo sulle cifre⁵⁸; da chi ha cautamente riconosciuto l'esistenza degli sprechi, sostenendo però che non rappresentino una fonte credibile di (ri)finanziamento⁵⁹, a chi ha considerato la tassonomia GIMBE un riferimento per salvare la sanità pubblica⁶⁰ attraverso l'identificazione di aree e strategie per recuperare risorse da riallocare⁶¹. Mentre in Italia si continuava a disquisire su esistenza degli sprechi, nel novembre 2018 un report congiunto dell'OCSE e della Commissione Europea⁶² ha identificato sprechi e inefficienze tra le determinanti della crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari, includendo la loro riduzione tra le strategie per aumentarne efficacia e resilienza; inoltre, citando proprio le stime del 3° Rapporto GIMBE, il report conferma che, indipendentemente dal livello di finanziamento, sino al 20% della spesa sanitaria può essere erosa da sprechi e inefficienze e che tali risorse possono essere almeno in parte recuperate senza compromettere la qualità dell'assistenza. Infine, il documento fornisce un approccio pragmatico per l'identificazione e la classificazione degli sprechi (figura 4.1).

⁵⁶ Marro E. Sanità: 22,5 miliardi di sprechi. Corriere della Sera, 12 giugno 2017. Disponibile a: www.gimbe.org/rassegna_stampa/20170612_Corriere_della_Sera_Rapporto_GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁵⁷ Montemurro D, et al. I 'molti' dubbi sui reali sprechi in sanità. Lo studio Anaa Assomed. Quotidiano Sanità, 18 ottobre 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=54885. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁵⁸ Fassari C. Sulla sanità troppi numeri farlocchi sparati ad "alzo zero". Quotidiano Sanità, 14 giugno 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=51722. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁵⁹ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 20-21. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁶⁰ Geddes da Filicaia M. Strategie per contenere la spesa sanitaria. Ridurre gli sprechi. In: La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, marzo 2018: pag. 106-114.

⁶¹ Geddes da Filicaia M. Parola chiave. Risparmio. Care 2018 (2): 22-24. Disponibile a: <http://careonline.it/2018/04/risparmio>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁶² OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris, November 2018. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

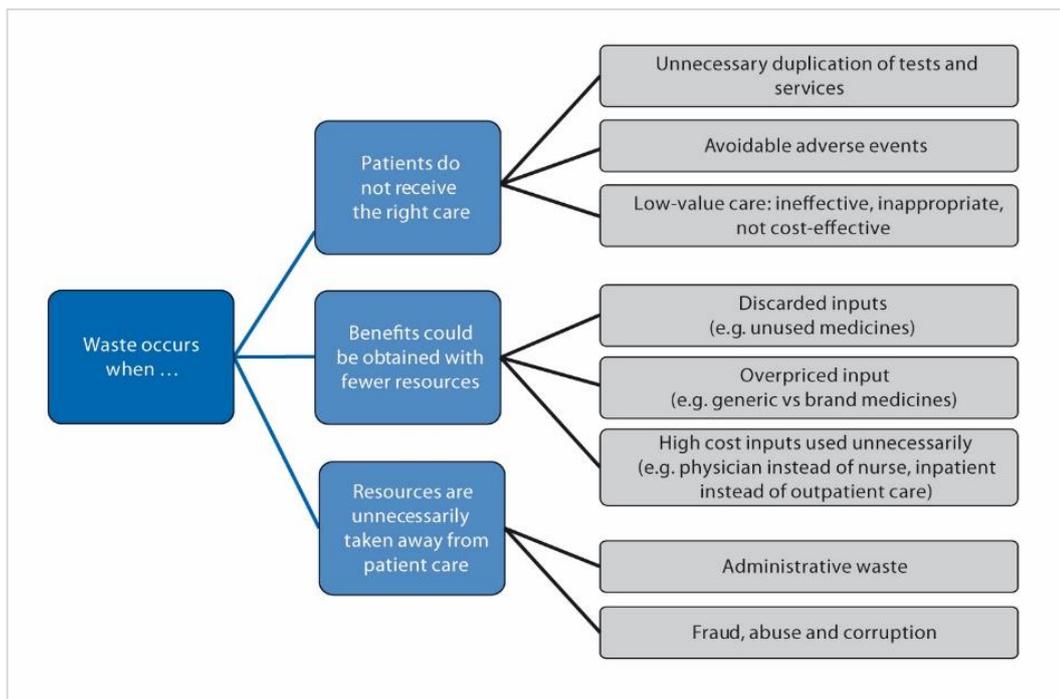


Figura 4.1. L'approccio pragmatico per identificare e classificare gli sprechi in sanità⁶³

L'obiettivo della tassonomia GIMBE è delineare il perimetro e le macro-categorie di sprechi e inefficienze in sanità, identificare gli strumenti necessari per avviare un virtuoso processo di disinvestimento e riallocazione e monitorare normative e azioni finalizzate a raggiungere questo irrinunciabile obiettivo per la sostenibilità. Di conseguenza, nel presente Rapporto, diversamente dalle precedenti edizioni, non vengono fornite stime economiche sull'entità di sprechi e inefficienze, ma se ne conferma l'esistenza in misura variabile nei diversi contesti di assistenza sanitaria. Nessuna Regione o Azienda sanitaria può ritenersi immune dalle 6 categorie di sprechi e inefficienze e dovrebbe implementare strumenti e strategie per il loro contenimento. Tuttavia, il recupero di risorse da sprechi e inefficienze dipende da interventi di formazione dei professionisti sanitari e di informazione della popolazione, oltre che da coraggiose riforme: depenalizzazione dell'atto medico, rimborsi basati sugli esiti e non sulle prestazioni, programmazione dell'assistenza tramite reti integrate ospedale-territorio, inclusa l'assistenza socio-sanitaria, implementazione dell'HTA nei processi di acquisizione di beni e servizi, *delisting* dei LEA per eliminare le prestazioni obsolete e dal basso valore, adeguata digitalizzazione del SSN e inasprimento delle pene per frodi e abusi relativi alla sanità pubblica.

In sostanza, sebbene il recupero di risorse da sprechi e inefficienze non sia facilmente monetizzabile, l'aumento del valore della spesa sanitaria deve comunque essere una delle strategie chiave per la sostenibilità del SSN, senza per questo diventare un alibi per la politica nel sottrarsi alla necessità di aumentare il finanziamento pubblico. D'altronde proprio l'ultimo rapporto OCSE sulla sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari⁶⁴, identifica quattro strategie: aumentare la spesa pubblica e destinare parte di questi fondi aggiuntivi alla sanità; aumentare gli stanziamenti per la sanità all'interno dei bilanci pubblici esistenti; rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata; identificare aree per ridurre sprechi e inefficienze. In particolare,

⁶³ OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris, November 2018. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁶⁴ OECD, Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight? OECD Publishing: Paris, January 2024

l'OCSE ribadisce che l'aumento del *value-for-money* dei servizi sanitari dovrebbe essere enfatizzato con maggior vigore. È fondamentale ottenere guadagni significativi in termini di efficienza tagliando sprechi e inefficienze, sfruttando anche i benefici della tecnologia e della trasformazione digitale dei sistemi sanitari, compresa l'intelligenza artificiale. Le azioni finalizzate alla promozione della salute e le politiche volte a eliminare almeno la metà della spesa a basso valore identificata in una precedente analisi dell'OCSE potrebbero far risparmiare fino a 1,2 punti percentuali del PIL.

Vengono di seguito riportate le sei categorie di sprechi della tassonomia GIMBE, tenendo conto che ciascuna di loro presenta variabili interazioni con le altre e/o gradi di sovrapposizione dai contorni sfumati.

4.1. Sovra-utilizzo

Consistenti evidenze scientifiche documentano l'*overuse* di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal basso valore a tutti i livelli dell'assistenza, da parte di tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche⁶⁵: farmaci, interventi terapeutici, test di screening e diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri. È fondamentale rilevare che il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate, in particolare quelle diagnostiche, non è attribuibile esclusivamente alla medicina difensiva. Vi sono, infatti, altre determinanti⁶⁶ che contribuiscono a questo fenomeno, tra cui: l'ipotrofia del ragionamento ipotetico-deduttivo e la prevalenza della strategia diagnostica esaustiva, il modello di rimborso delle prestazioni basato sulla produzione e non sull'appropriatezza, la medicalizzazione della società, le crescenti aspettative di cittadini e pazienti, il continuo turnover delle tecnologie con l'immissione sul mercato di false innovazioni, decisioni e prescrizioni non sempre immuni da conflitti di interesse, sentenze giudiziarie discutibili e l'operato di avvocati senza scrupoli che alimentano il contenzioso medico-legale. Pertanto, considerata la natura multifattoriale del sovra-utilizzo, è irrealistico pensare che la legge 24/2017⁶⁷ possa da sola ridurre significativamente questa categoria di sprechi. Peraltro, il nuovo Sistema Nazionale Linee Guida, sebbene operativo dal maggio 2018, risente dei tempi necessari per l'elaborazione e pubblicazione di linee guida aggiornate.

Una recente revisione sistematica⁶⁸ ha analizzato il sovra-utilizzo dei test diagnostici in vari contesti, rilevando che le aree più frequentemente associate ad un uso inappropriato riguardano l'imaging per il mal di schiena e i test preoperatori. La prevalenza più elevata di sovra-utilizzo è stata riscontrata in cinque pratiche diagnostiche: elettrocardiogrammi, radiografie del torace o test di funzionalità polmonare in pazienti a basso rischio che si sottopongono a interventi chirurgici (97,5%); imaging per lombalgia nelle prime 6 settimane dall'insorgenza dei sintomi in assenza di *red flags* (86,2%); artroscopia del ginocchio per lesioni meniscali (81,7%); esami di laboratorio di routine per pazienti a basso rischio sottoposti a interventi chirurgici (78,6%); artroscopia del ginocchio per l'osteoartrosi (71,7%).

⁶⁵ Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* 2017;390:156-168.

⁶⁶ Cartabellotta A. Less is more: un approccio di sistema alla medicina difensiva. *Quaderni di Monitor* 2015, pagg. 18-27.

⁶⁷ Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

⁶⁸ Müskens JLJM, Kool RB, van Dulmen SA, Westert GP. Overuse of diagnostic testing in healthcare: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2022;31:54-63.

Questi test raramente determinano benefici per il paziente e possono avviare percorsi diagnostico-terapeutici inutili, costosi e a volte dannosi.

SOVRA-UTILIZZO	
Definizione	Prescrizione/erogazione di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) i cui potenziali rischi superano i benefici (valore negativo), i benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti (valore basso) oppure i benefici non sono noti (valore sconosciuto) ⁶⁹ .
Determinanti	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
Tassonomia	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi sanitari dal <i>value</i> negativo: le evidenze documentano rischi maggiori dei benefici. • Interventi sanitari dal <i>value</i> basso: le evidenze li documentano come inefficaci, o efficaci ma inappropriati, o efficaci e appropriati ma dai costi eccessivi rispetto alle alternative. • Interventi sanitari dal <i>value</i> sconosciuto: evidenze assenti e/o di scarsa qualità e/o discordanti, e/o profilo rischio-beneficio non noto.
Esempi	<ul style="list-style-type: none"> • Farmaci: antibiotici nelle infezioni virali delle vie respiratorie, inibitori della pompa protonica in soggetti con dispepsia non ulcerosa, chemioterapia in pazienti terminali • Screening: carcinoma tiroide • Diagnostici: check-up periodici, esami preoperatori in pazienti classi ASA 1 e 2, TC/RM nella lombalgia senza segni di allarme (<i>red flags</i>) e prima di 4-6 settimane, TC/RM nella cefalea, coronarografia, colonscopie post-polipectomia • Interventi terapeutici: parti cesarei senza indicazione clinica, artroscopia "terapeutica" nell'artrosi del ginocchio, angioplastiche coronariche, protesi d'anca e di ginocchio e isterectomie inappropriate • Organizzativi: ospedalizzazioni e accessi al pronto soccorso inappropriati • Palliativi: gastrostomia endoscopica percutanea

Tabella 4.1. Sprechi da sovra-utilizzo

4.2. Sotto-utilizzo

L'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari determina l'*underuse* di interventi sanitari efficaci, appropriati e dal valore elevato. Il sotto-utilizzo ritarda o impedisce la guarigione dei pazienti, aumenta le complicanze, determina ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, genera assenze dal lavoro. Il fenomeno riguarda anche le strategie di prevenzione primaria contro stili di vita e comportamenti individuali dannosi per la salute. In questo contesto gli sprechi sono conseguenti ai costi generati dal peggioramento degli outcome di salute dovuto al sotto-utilizzo.

Per analizzare il complesso fenomeno del sotto-utilizzo occorre partire dal presupposto che in un sistema sanitario ideale tutte le persone hanno accesso all'assistenza sanitaria, il sistema

⁶⁹ Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA 1998; 280: 1000-05.

offre tutti gli interventi ad alto valore, i professionisti sanitari (in particolare i medici) prescrivono ed erogano tali interventi in linea con le migliori evidenze scientifiche, i pazienti partecipano attivamente alle scelte e garantiscono la *compliance*⁷⁰. Secondo questa analisi il sotto-utilizzo si genera attraverso 4 step differenti:

- Mancato accesso all'assistenza: il sistema sanitario non offre adeguata copertura e/o i pazienti non riescono ad accedere all'assistenza disponibile e/o a sostenerne i costi per diverse motivazioni: distanza dalle sedi di erogazione dell'assistenza, povertà, emarginazione sociale, status di immigrazione, etc.
- Intervento sanitario non disponibile: interventi dal *value* elevato non inseriti nei LEA, oppure inseriti ma non erogati per carenze strutturali, tecnologiche, organizzative, professionali.
- Intervento sanitario disponibile, ma non prescritto o non erogato: i professionisti sanitari, medici in particolare, non prescrivono/erogano interventi dall'elevato *value* anche se supportati dalle migliori evidenze scientifiche.
- Mancata *compliance* del paziente: i pazienti non condividono gli interventi sanitari proposti, non rispettano gli appuntamenti, non garantiscono un'adeguata aderenza terapeutica per diverse ragioni: distanza, costi, fattori culturali, stigma, barriere linguistiche, condizioni socio-economiche.

SOTTO-UTILIZZO	
Definizione	Costi generati dal peggioramento degli esiti di salute a causa del sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal valore elevato: efficaci, appropriati e dal costo adeguato rispetto alle alternative.
Determinanti	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
Tassonomia	A. Mancato accesso all'assistenza B. Intervento sanitario non disponibile C. Intervento disponibile, ma non prescritto o non erogato D. Mancata <i>compliance</i> del paziente
Esempi	A. Immigrati clandestini, residenza in aree disagiate, persone senza fissa dimora B. Hospice, assistenza domiciliare, farmaci ad alto costo, vaccinazione anti-HPV, terapia cognitivo-comportamentale, riabilitazione polmonare C. Anticoagulanti nella fibrillazione atriale, oppiacei nel dolore oncologico D. Non aderenza a stili di vita raccomandati, scarsa <i>compliance</i> farmacologica nelle malattie croniche.

Tabella 4.2. Sprechi da sotto-utilizzo

4.3. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

In tutti i sistemi sanitari due sono i livelli in cui l'inadeguato coordinamento dell'assistenza può generare sprechi e inefficienze:

- **Nello stesso setting assistenziale:** ad esempio, in ospedale, l'inadeguato coordinamento

⁷⁰ Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017;390:169-177.

tra pronto soccorso e unità operative di degenza o tra queste e i servizi diagnostici, a causa della mancata standardizzazione di percorsi assistenziali e procedure, può determinare ripetizioni di test diagnostici, limitata comunicazione e collaborazione e differenti approcci clinico-assistenziali tra specialisti, aumento della degenza media dovuto a ritardi nell'esecuzione di consulenze specialistiche, indagini strumentali, interventi chirurgici, etc.

- **Tra differenti setting assistenziali:** ad esempio, i PDTA nei pazienti con malattie croniche, in particolare quelli con multimorbidità, prevedono continue interazioni tra ospedale e cure primarie. A questo livello entrano in gioco logiche e regole diversificate tra le strutture coinvolte (es. orari e giorni disponibili per la presa in carico), carenza di collegamenti, anche informatici, competizione tra aziende sanitarie per risparmiare risorse. Tutto ciò alimenta soprattutto l'inappropriatezza organizzativa, con pazienti che vengono assistiti in setting assistenziali più costosi di quanto realmente necessario.

INADEGUATO COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA	
Definizione	Inefficienze intra- e inter-aziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o servizi dello stesso setting.
Determinanti	Mancata standardizzazione di percorsi, processi e procedure, assenza di reti integrate.
Tassonomia	A. Inadeguato coordinamento tra strutture dello stesso setting assistenziale B. Inadeguato coordinamento tra strutture appartenenti a setting differenti
Esempi	Duplicazione di test diagnostici, aumento tempi di attesa, aumento degenza media, inadeguata presa in carico post-dimissione, prenotazione prestazioni e ritiro referti, etc.

Tabella 4.3. Sprechi da inadeguato coordinamento dell'assistenza

4.4. Acquisti a costi eccessivi

La limitata implementazione dei prezzi di riferimento e l'assenza di regole ben definite su scala nazionale hanno fatto lievitare i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature, etc.), così come quelli di beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, etc.), ben oltre il loro valore reale, con differenze regionali e aziendali non giustificate. Nonostante l'attivazione di centrali di acquisto a diversi livelli (di area vasta, regionali, nazionali) e l'attività di controllo da parte di vari organismi, non sempre la dinamica degli acquisti ha beneficiato pienamente delle misure di contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi, tra cui lo sviluppo della centralizzazione degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da CONSIP e dalle centrali regionali. Verosimilmente le cause risiedono in alcune dinamiche strutturali del sistema di offerta, che inducono i fornitori a mettere in atto una "strategia preventiva" di surplus nel prezzo di offerta, in relazione a specifici "fattori di rischio" dell'acquirente: tempi di pagamento dilazionati e incerti che espongono il fornitore al sistema creditizio, oneri di immagazzinamento dovuti all'incertezza sui tempi di consegna di materiale e attrezzature per riorganizzazioni e ristrutturazioni in corso, etc.

ACQUISTI A COSTI ECCESSIVI	
Definizione	Acquisti di beni e servizi a costi non standardizzati, superiori al valore di mercato e con differenze regionali e locali.
Determinanti	Ritardi nei pagamenti dei fornitori, processi di gara non trasparenti, scarso monitoraggio, centrali uniche di acquisto che utilizzano procedure differenti.
Tassonomia	A. Tecnologie sanitarie B. Beni e servizi non sanitari
Esempi	A. Farmaci, vaccini, stent, ausili per incontinenza, protesi d'anca, medicazioni generali, defibrillatori, pacemaker, aghi e siringhe, valvole cardiache, etc. B. Gestione apparecchiature elettromedicali, pulizia, ristorazione, lavanderia, smaltimento rifiuti sanitari, guardiania e vigilanza armata, riscaldamento, utenze telefoniche, servizi informatici, etc.

Tabella 4.4. Sprechi da acquisti a costi eccessivi

4.5. Inefficienze amministrative

In un sistema complesso come quello sanitario, le inefficienze amministrative sono evidenti in tutti i processi non clinici: dalla gestione degli acquisti al controllo dei servizi esternalizzati, dalla gestione del bilancio alla verifica delle attività e dei risultati ottenuti, dalle procedure amministrative sulle diverse prestazioni alla pianificazione e negoziazione del budget. Tuttavia, il sovraccarico di obblighi burocratici sottrae spesso tempo prezioso anche ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano già una consistente voce di spesa del SSN. Per affrontare tali complessità i costi amministrativi possono essere contenuti attraverso investimenti e modalità gestionali quali: semplificazione amministrativa, standardizzazione e informatizzazione di processi e procedure tra cui quello degli acquisti, dematerializzazione dei documenti, formazione alle *digital skills*, utilizzo efficiente di personale amministrativo nell'ambito dei processi assistenziali, rinnovo delle infrastrutture informatiche, semplificazione e interconnessione dei sistemi informativi in sanità, applicazione dei principi *lean* al settore amministrativo.

INEFFICIENZE AMMINISTRATIVE	
Definizione	Processi non clinici (gestionali e amministrativi) che assorbono troppe risorse in relazione al valore generato.
Determinanti	Eccesso di burocrazia, limitata standardizzazione e informatizzazione di processi non clinici e relative procedure, basso livello di <i>digital skills</i> del personale amministrativo, sistemi informativi complessi e poco interconnessi.
Tassonomia	ND
Esempi	Gestione non informatizzata delle sale operatorie, ritardo nella consegna di referti e cartelle cliniche, difficoltà a tracciare e reperire documentazione cartacea.

Tabella 4.5. Sprechi da inefficienze amministrative

4.6. Frodi e abusi

L'Italia occupa posizioni poco invidiabili nelle classifiche internazionali sulla corruzione in ambito economico e produttivo: il *Transparency Corruption Perceptions Index 2023*⁷¹ con uno score di 56 (su un massimo di 100), ci colloca al 42° posto su 180 paesi nel mondo e al 21° tra i 31 dell'Europa. Naturalmente, il problema della corruzione interessa ampiamente il settore sanitario, caratterizzato da un inestricabile mix di complessità, incertezze, distorsione delle informazioni scientifiche, qualità difficilmente misurabile, conflitti di interesse, estrema variabilità delle decisioni professionali, manageriali e politiche. Tutti questi fattori rendono il sistema difficile da controllare e hanno favorito negli anni il radicarsi di una vasta rete di malaffare: ingenti quantità di denaro vengono esposte a condizionamenti impropri, che generano varie tipologie di frodi, abusi, illeciti e comportamenti opportunistici, erodendo risorse preziose al SSN.

FRODI E ABUSI	
Definizione	Risorse erose direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunistici condizionati da conflitti di interesse, che non necessariamente configurano reato o illecito amministrativo.
Determinanti	Conflitti di interesse, attitudine a comportamenti illeciti, assenza di etica professionale, minimizzazione del fatto illecito.
Tassonomia⁷²	<ol style="list-style-type: none"> 1. Policy making e governance del sistema sanitario 2. Regolamentazione del sistema sanitario 3. Ricerca biomedica 4. Marketing e promozione di farmaci, dispositivi e altre tecnologie sanitarie 5. Acquisto di beni e servizi 6. Distribuzione e stoccaggio di prodotti 7. Gestione delle risorse finanziarie 8. Gestione delle risorse umane 9. Erogazione dei servizi sanitari
Esempi	Influenze illecite sulle politiche sanitarie, selezione inadeguata di prodotti, utilizzo improprio dei fondi assegnati per la ricerca, modifiche improprie delle soglie di malattia, acquisti non necessari, fatturazione di prestazioni mai erogate o più onerose di quelle effettivamente erogate, corruzione nella concessione di appalti pubblici, immissione sul mercato di prodotti contraffatti o con standard inadeguati, evasione dei ticket sanitari per reddito, selezione arbitraria di personale, utilizzo a fini privati di strutture, attrezzature, prodotti e ore lavorative pubblici.

Tabella 4.6. Sprechi da frodi e abusi

⁷¹ Transparency International. Corruption perceptions index 2023. Disponibile a: www.transparency.org/en/cpi/2023. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁷² Tassonomia GIMBE di frodi e abusi in sanità. Appendice 1 in: 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN. Giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/tassonomia_frodi_abusi. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

CAPITOLO 5

I Livelli Essenziali di Assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono le prestazioni e i 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 assistenza⁷³:

- **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 l'assistenza socio-sanitaria nelle sue varie modalità (domiciliare e territoriale, residenziale e semiresidenziale) è finanziata anche dalla spesa sociale di interesse sanitario, erogata prevalentemente tramite prestazioni in denaro (figura 5.1). 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).

⁷³ 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: 30 settembre 2024.

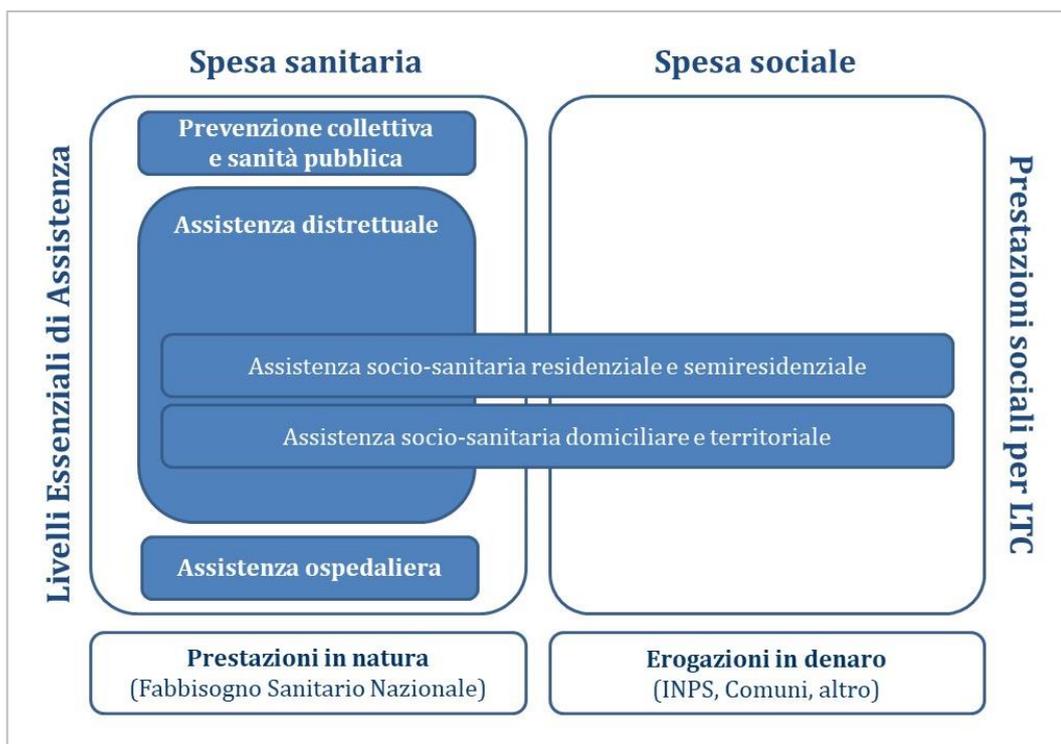


Figura 5.1. Il finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria (modificata da⁷⁴)

5.1. 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 dei LEA. Un denominatore comune, “sterilizzato” dalla variabilità regionale e locale, 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 socio-sanitaria (figura 5.2).

⁷⁴ 19° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, dicembre 2023. Disponibile a: www.creasanita.it/wp-content/uploads/2024/02/19%C2%B0Rapporto_sanita.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

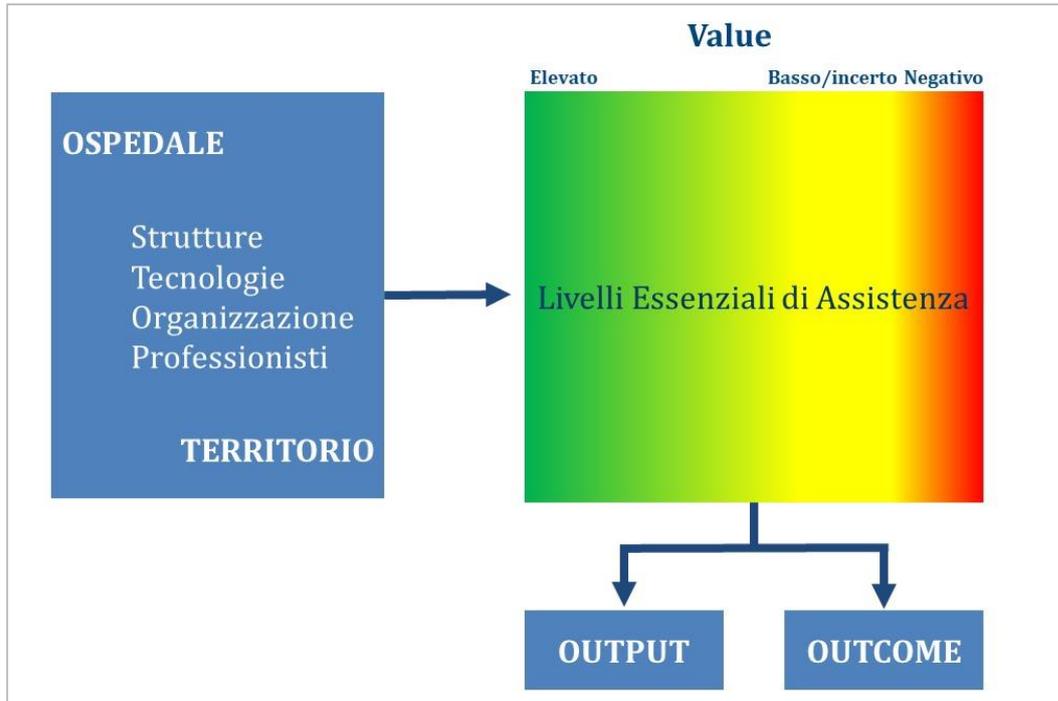


Figura 5.2. Modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria e sociale

Questo tentativo di estrema semplificazione nasce da presupposti generali che poggiano sia sul modello di Donabedian⁷⁵, secondo cui la qualità di un servizio sanitario può essere misurata a tre livelli (struttura, processi, esiti), sia sui principi della *value-based healthcare*⁷⁶, 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 (118, ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semi-residenziale, etc.), oltre che nuove entità (Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di comunità, etc.).
- Ciascun setting assistenziale 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.
- 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-terapeutico-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 misurati in termini di:
 - Output: misurano la capacità dell'organizzazione di produrre in maniera efficiente servizi e prestazioni sanitarie.
 - Outcome: forniscono evidenze *real world* sugli esiti di salute, qualità di vita ed esperienza di cura dei pazienti.

⁷⁵ Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

⁷⁶ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

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, erogazione 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. Inoltre, alcune Regioni hanno utilizzato lo strumento dell'accreditamento in maniera opportunistica, moltiplicando le strutture private in assenza di reali bisogni di salute della popolazione e senza programmare la loro integrazione con le strutture pubbliche.
- 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 riduce il valore della spesa sanitaria sia per l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate, dal valore basso o addirittura negativo (*overuse*), sia per curare le conseguenze della mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate dal valore 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 e professionali sono stati 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 determinati 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 tra diversi erogatori pubblici e privati accreditati (es. rimborso vs quota capitaria) per la stessa prestazione (es. ricovero per acuti) generano inevitabilmente comportamenti opportunistici.
- Le modalità di riparto del 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.
- La programmazione sanitaria, complice la legislazione concorrente e l'eterogeneità di 21 servizi sanitari regionali, non è mai stata guidata dai principi dell'*Healthcare Needs*

*Assessment*⁷⁷: impatto di malattie e condizioni, valore degli interventi sanitari e servizi esistenti. In particolare, l'impatto di numerose malattie e condizioni viene spesso sovrastimato per la medicalizzazione della società o sottostimato per varie ragioni; il valore degli interventi sanitari raramente valutato per decidere la loro introduzione/dismissione nei LEA, così come loro efficacia; i servizi esistenti condizionano l'organizzazione dell'offerta attraverso meccanismi a volte competitivi (pubblico vs privato) o finalizzati a proteggere interessi politici, industriali o di corporazioni professionali. Di conseguenza, l'offerta non coincide con i reali bisogni di salute che dovrebbero sempre essere allineati con la domanda di cittadini e pazienti, spesso invece inappropriata o non espressa. Ciò determina a volte un'offerta sovrabbondante, opportunistica ed eccessiva rispetto ai bisogni reali, solo per soddisfare una domanda anche se inappropriata, altre volte carente lasciando insoddisfatti numerosi bisogni di salute. Questi fenomeni si riflettono sul valore della spesa sanitaria, attraverso i fenomeni di *overuse* e *underuse* di servizi e prestazioni (§ 4).

- L'attuale modello di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione dei servizi sanitari si basa, di fatto, su riforme scritte oltre 30 anni fa, che non tengono conto della transizione demografica in atto (denatalità, invecchiamento della popolazione) né, soprattutto, delle enormi potenzialità offerte dalla trasformazione digitale, inclusa l'intelligenza artificiale.

5.2. 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)⁷⁸. I nuovi LEA rappresentano per questo un "sorvegliato speciale" dell'Osservatorio GIMBE sin dal 2016 quando, in occasione di un'audizione in 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato⁷⁹, veniva ribadita la loro non sostenibilità finanziaria in assenza di una esplicita metodologia per inserire/escludere le prestazioni⁸⁰.

Commissione nazionale aggiornamento LEA. Al fine di consentire un aggiornamento dei LEA continuo, sistematico, oltre che basato su regole chiare ed evidenze scientifiche, il c. 556 della Legge di Stabilità 2016 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

⁷⁷ Stevens A, Raftery J, Mant J, Simpson S. Health Care Needs Assessment: The Epidemiologically Based Needs Assessment Reviews, Third Series (1st edition). Birmingham: CRC Press, 2006.

⁷⁸ Cartabellotta A. Livelli Essenziali di Assistenza 15 anni dopo. *Evidence* 2016;8(2): e1000133.

⁷⁹ 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: 30 settembre 2024.

⁸⁰ GIMBE: nuovi Lea non sostenibili senza un metodo rigoroso sulle prestazioni sanitarie. *Sanità* 24, 1° dicembre 2016. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2016-12-01/gimbe-nuovi-lea-non-sostenibili-senza-metodo-rigoroso-prestazioni-sanitarie-123857.php?uuid=ADv1cU5B. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

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 di rappresentanti del Consiglio Superiore di Sanità, delle società scientifiche, delle federazioni dei medici e di esperti esterni, che forniscono il proprio contributo tecnico-scientifico⁸¹. 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 prestazioni⁸². 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 nessun aggiornamento è stato effettuato. La seconda Commissione LEA, costituita con il DM 5 maggio 2020 si è insediata il 28 luglio 2020 ed ha concluso il suo mandato triennale. La Commissione LEA, nel suo terzo mandato, è stata costituita con decreto ministeriale 18 marzo 2024 e si è insediata il 18 luglio 2024, con l'obiettivo di garantire l'aggiornamento continuo dei LEA e di mantenere il SSN sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche, oltre che con le esigenze dei cittadini.

Procedura di aggiornamento dei LEA. La Commissione LEA esamina tutte le richieste di aggiornamento dei LEA, classificate in quattro categorie⁸³:

- inclusione nei LEA di nuove prestazioni e/o servizi;
- modifica di prestazioni e/o servizi già inclusi nei LEA: 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.

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

- 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

⁸¹ 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: 30 settembre 2024.

⁸² 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: 30 settembre 2024.

⁸³ 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: 30 settembre 2024.

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 5.1), il cui esito viene in ogni caso comunicato al proponente.

Box 5.1. 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'art. 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 5.3).

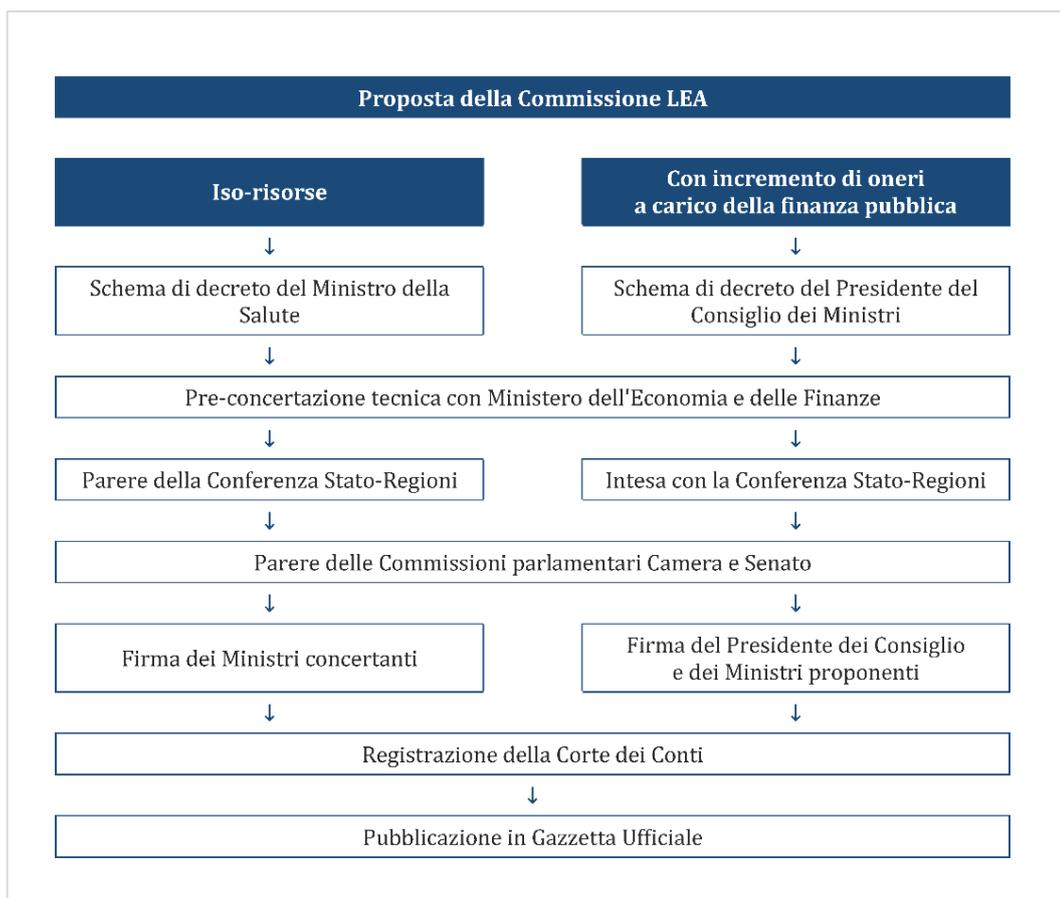


Figura 5.3. Procedure per l'aggiornamento dei LEA

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 2022-2024⁸⁴ e dalla Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021 del Ministero della Salute⁸⁵:

- 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*, sebbene la procedura online disponibile sul portale del Ministero della Salute descriva un iter strutturato e trasparente sulle modalità di attivazione

⁸⁴ 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: 30 settembre 2024.

⁸⁵ Ministero della Salute. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021. Roma, 2022. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3270_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

del percorso di aggiornamento dei LEA, non esiste di fatto alcuna rendicontazione pubblica delle singole richieste di aggiornamento pervenute, né della documentazione correlata, né del loro esito finale. Le uniche informazioni disponibili provengono dalla Corte dei Conti che, nel giugno 2023, ha rilevato persistenti ritardi nell'aggiornamento dei LEA. Nonostante la Commissione LEA abbia accolto 29 delle complessive 83 nuove richieste, infatti, 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 2023⁸⁶. La stessa Corte dei Conti nel giugno 2024 ha ribadito il persistere dei ritardi nell'aggiornamento dei LEA, condizionati dall'entrata in vigore del già citato "Decreto Tariffe", inizialmente attesa per il 1° gennaio 2024 e poi rinviata al 1° gennaio 2025.

Criticità metodologiche nell'aggiornamento dei LEA. Il DPCM 12 gennaio 2017 non riporta esplicitamente né il metodo utilizzato per inserire, o meno, nuove 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*⁸⁷, la Fondazione GIMBE ha da tempo proposto e perfezionato un framework *evidence- & value-based*⁸⁸ per classificare le prestazioni sanitarie in quattro categorie (figura 5.4):

- **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 con il denaro pubblico la ricerca comparativa indipendente sulle aree grigie.

⁸⁶ Corte dei Conti. Relazione sul Rendiconto Generale dello Stato 2022. Sintesi. Roma, giugno 2022. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=09f62a14-ac30-484c-8b1c-619ebfda9881. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁸⁷ Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la tutela della salute. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/carta. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁸⁸ 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: 30 settembre 2024.

- **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.

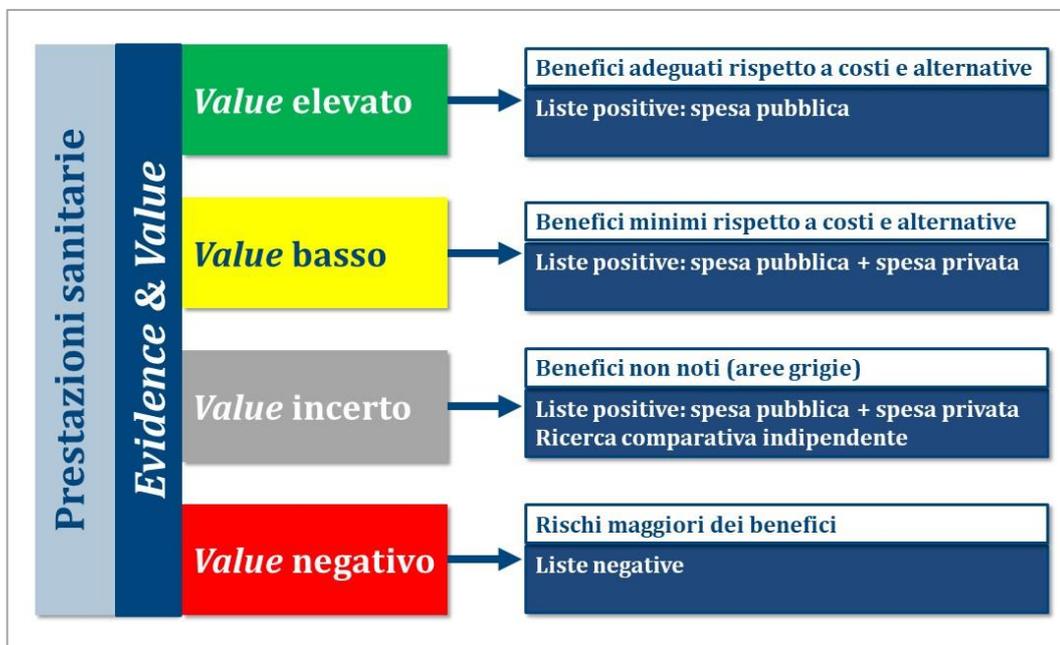


Figura 5.4. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

L'applicazione del framework GIMBE permetterebbe di ottenere una relazione ottimale tra LEA, *value* delle prestazioni e spesa sanitaria (figura 5.5).

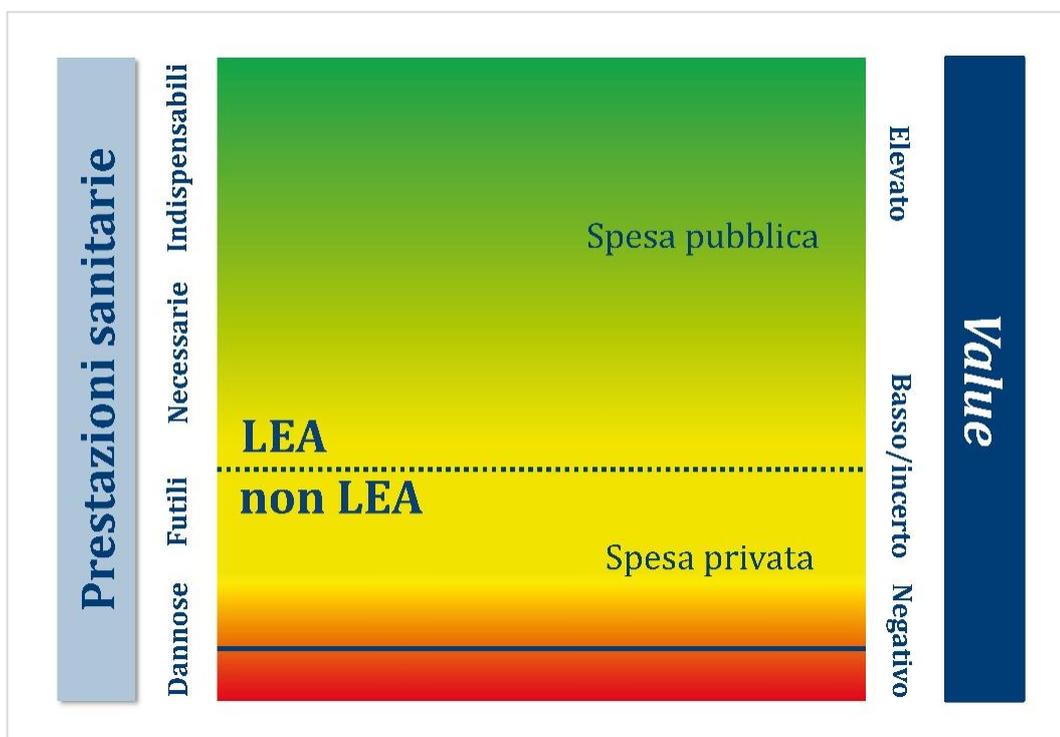


Figura 5.5. Relazione ottimale tra LEA, *value* delle prestazioni e spesa sanitaria

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 sono disponibili sino al 2022, 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"*: infatti, i tempi richiesti da complesse procedure burocratiche si sommano a quelli di valutazione tecnica della Commissione LEA, rallentando enormemente l'introduzione delle 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 nell'approvazione (6 anni e mezzo) e nell'entrata in vigore (8 anni) del "Decreto Tariffe" ha reso finora impossibile attuare gli aggiornamenti proposti dalla Commissione LEA.

In conclusione, il compito dichiarato dalle Istituzioni di *"provvedere all'aggiornamento continuo del contenuto dei LEA e con l'obiettivo di creare un Servizio sanitario nazionale che sia sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini"* di fatto non è mai stato raggiunto.

5.3. Esigibilità dei nuovi LEA

Sebbene il DPCM 12 gennaio 2017 rinviasse ad ulteriori atti legislativi da concordare con le Regioni e Province autonome, la mancata copertura economica ha condizionato, attraverso quattro Governi, l'uniforme fruibilità dei nuovi LEA a livello nazionale. In particolare, se per i nuovi LEA era già prevista un'entrata in vigore progressiva e subordinata ad una verifica della sostenibilità economica da parte delle Regioni, il ritardo pluriennale nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari ha di fatto trasformato il traguardo politico dei nuovi LEA in un'illusione collettiva⁸⁹.

⁸⁹ 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: 30 settembre 2024.

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:

- **29 dicembre 2021.** Dopo una fase di silenzio istituzionale durata quasi quattro anni, il Ministero della Salute invia alle Regioni lo schema del “Decreto Tariffe” in attuazione del DPCM sui nuovi LEA del 2017⁹⁰, ma la bozza è stata respinta in Conferenza Stato-Regioni: sulle motivazioni del respingimento non è reperibile alcun documento ufficiale.
- **19 settembre 2022.** Una nuova bozza è 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 protesica⁹¹.
- **28 settembre 2022.** Nel report della Conferenza Stato-Regioni⁹², il punto 6 “Intesa [...] sullo schema di decreto concernente la definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica” viene riportato come “espunto”⁹³, ovvero ritirato dall’ordine del giorno per un’ulteriore ridefinizione del testo.
- **19 aprile 2023.** Viene espressa l’intesa sul provvedimento in Conferenza Stato-Regioni.
- **4 agosto 2023.** È 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 dovevano entrare 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.
- **31 dicembre 2023.** Un Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, posticipa al 1° aprile 2024 l’entrata in vigore delle tariffe per

⁹⁰ 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: 30 settembre 2024.

⁹¹ 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: 30 settembre 2024.

⁹² 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: 30 settembre 2024.

⁹³ 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/conferenza-stato-regioni/sedute-2022/seduta-del-28092022/report/. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

consentire alle Regioni e alle Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate di adeguare i propri sistemi.

- **31 marzo 2024.** Il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, firma un decreto che provvede a differire dal 1° aprile 2024 al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, definite dal Decreto del 23 giugno 2023.

Sino all'inizio del 2025, dunque, gran parte delle nuove prestazioni ambulatoriali e protesiche restano ancora non esigibili sull'intero territorio nazionale, ma potranno continuare ad essere erogate in regime extra-LEA solo dalle Regioni non in Piano di rientro, 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. Inoltre, anche le istanze della sanità privata accreditata rispetto all'entità dei rimborsi su analisi, esami, visite e interventi chirurgici hanno contribuito ad un rinvio sino al 1° gennaio 2025 dei nuovi LEA⁹⁴.

Finanziamento dei “nuovi LEA”. La relazione tecnica del Ministero della Salute sulla valutazione di impatto dello schema di DPCM sulla revisione dei LEA aveva stimato un impatto economico di € 771,8 milioni⁹⁵. L'assegnazione delle risorse per finanziare i nuovi LEA è avvenuta in tre diversi momenti:

- Legge di Bilancio 2016 (art. 1 comma 555) ha stanziato € 800 milioni a valere sulla quota indistinta del FSN standard;
- 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;
- Legge di Bilancio 2024 (art. 1, comma 235) ha vincolato € 50 milioni per l'aggiornamento dei LEA per il 2024 e € 200 milioni a decorrere dal 2025 a valere sul livello del FSN standard.

Le criticità rilevate dalla Fondazione GIMBE in termini 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 disegualianza. Infatti, le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica inserite nei nuovi LEA sono esigibili solo nelle Regioni non in Piano di rientro, e finanziate con fondi extra-LEA, ovvero non a carico del SSN.
- Nonostante la pubblicazione del “Decreto Tariffe” il 4 agosto 2023, a seguito di diversi decreti di rinvio, le disposizioni entreranno in vigore dal 1° gennaio 2025 sia per la specialistica ambulatoriale che per l'assistenza protesica. Sino a quella data, le modalità di esigibilità rimangono quelle sopra descritte.

⁹⁴ Corte dei Conti. Relazione sul Rendiconto Generale dello Stato 2023. Sintesi. Roma, giugno 2024. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=69f972f1-7e5e-4adc-a42c-80d684fc720d. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

⁹⁵ 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: 30 settembre 2024.

5.4. Monitoraggio dei LEA

5.4.1. 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 Sicilia⁹⁶, 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 LEA⁹⁷, al quale è affidato il compito di monitorare l’erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell’utilizzo delle risorse, al fine di promuovere e garantire l’effettiva erogazione e l’uniformità sul territorio⁹⁸.

Per la valutazione annuale degli adempimenti, il Comitato predispone un questionario⁹⁹ con note esplicative per la compilazione¹⁰⁰ e relativi allegati^{101,102}, che viene trasmesso alle Regioni tramite il Tavolo adempimenti presso il Ministero dell’Economia e delle Finanze. Sulla base della documentazione prodotta dalle Regioni, si tengono riunioni tecniche finalizzate alla 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 nella pagina web del Ministero della Salute aggiornata al 17 aprile 2023 ¹⁰³, i risultati della verifica degli adempimenti LEA per l’anno 2020 sono in fase di consolidamento, mentre quelli per l’anno 2021 sono in corso di verifica. Pertanto, gli ultimi adempimenti LEA disponibili sono relativi al 2019.

⁹⁶Ministero 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: 30 settembre 2024.

⁹⁷ 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: 30 settembre 2024.

⁹⁸ 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: 30 settembre 2024.

⁹⁹ Ministero della Salute. Questionario LEA 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1301_4_file.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁰⁰ 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: 30 settembre 2024.

¹⁰¹ 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: 30 settembre 2024.

¹⁰² 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: 30 settembre 2024.

¹⁰³ 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: 30 settembre 2024.

5.4.2. 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. 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, tale scadenza non è mai stata rispettata, rappresentando un ostacolo per la programmazione sanitaria regionale, l'allineamento dei sistemi e la rendicontazione pubblica.

Anno di rilevazione	Data report	Data di pubblicazione	Mesi di ritardo*
2015	Luglio 2017	12 ottobre 2017 ¹⁰⁴	9
2016	Luglio 2018	29 settembre 2018 ¹⁰⁵	9
2017	Febbraio 2019	3 aprile 2019 ¹⁰⁶	3
2018	Luglio 2020	5 novembre 2020 ¹⁰⁷	10
2019	Maggio 2021	6 settembre 2021 ¹⁰⁸	8
2020	Dicembre 2022	7 gennaio 2023 ¹⁰⁹	12
2021	Maggio 2023	29 maggio 2023 ¹¹⁰	5
2022	Giugno 2024	15 luglio 2024 ¹¹¹	6

*Calcolati dal 31 dicembre successivo all'anno di rilevazione

Tabella 5.1. Ritardi nella pubblicazione del report sull'adempimento "Mantenimento nell'erogazione dei LEA"

¹⁰⁴ 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: 30 settembre 2024.

¹⁰⁵ 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: 30 settembre 2024.

¹⁰⁶ 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: 30 settembre 2024.

¹⁰⁷ 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: 30 settembre 2024.

¹⁰⁸ 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: 30 settembre 2024.

¹⁰⁹ 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: 30 settembre 2024.

¹¹⁰ 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: 30 settembre 2024.

¹¹¹ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2022. Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario Nazionale, luglio 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3456_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Monitoraggio dei LEA con la “griglia LEA. Per valutare il “Mantenimento nell’erogazione dei LEA” dal 2008 al 2019 è stata utilizzata 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 report¹¹² che, previa analisi di 10 monitoraggi annuali del Ministero della Salute, ha calcolato l’adempimento cumulativo 2010-2019 ed elaborato una classifica di Regioni e Province autonome per quartili. Rinviando al report originale 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 raggiungibile nei 10 anni analizzati (2.250) (tabella 5.2, figura 5.6).

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. di 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. di 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 5.2. Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulativo 2010-2019 e totale dei punti ottenuti (dati Mds)

¹¹² Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguglianze regionali in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, dicembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/LEA_2010-2019. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

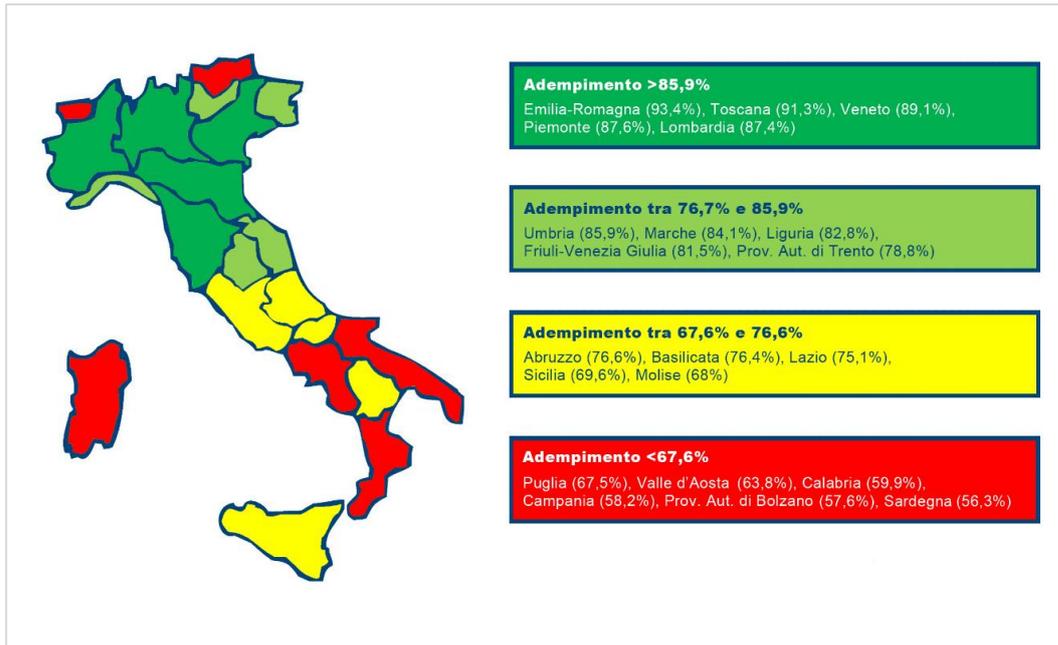


Figura 5.6. Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulativo 2010-2019

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, considerato che, a fronte delle risorse ripartite alle Regioni, la griglia LEA era 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 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 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.
- Nessuna Regione meridionale si posiziona nei primi due quartili (adempimento cumulativo $\geq 76,6\%$), 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.

Nuovo Sistema di Garanzia. Dal 1° gennaio 2020 la griglia LEA è stata sostituita dal sottoinsieme di indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), come previsto dal DM 12 marzo 2019. 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 che rientrano nei LEA erogate da tutte le

Regioni. Il NSG, introdotto dal DM 12 marzo 2019, è operativo dal 1° gennaio 2020¹¹³. 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.

La circolare ministeriale del 27 ottobre 2020 contiene le schede tecniche degli indicatori NSG¹¹⁴ e la metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA¹¹⁵. 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 5.2), che ha sostituito la griglia LEA dall'anno 2020. Sul sito del Ministero della Salute sono disponibili i risultati della sperimentazione 2016-2019¹¹⁶.

Gli altri 66 indicatori¹¹⁷ del NSG, definiti "NO CORE", 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; con un punteggio < 60 anche in una sola area la Regione viene dunque 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.

¹¹³ 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: 30 settembre 2024.

¹¹⁴ Ministero della Salute. Schede tecniche degli indicatori NSG. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹¹⁵ 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: 30 settembre 2024.

¹¹⁶ 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: 30 settembre 2024.

¹¹⁷ Ministero della Salute. Elenco degli indicatori NO CORE. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_1_file.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Box 5.2. 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.** Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto*.

*Il punteggio finale dell'indicatore è dato dalla media aritmetica dei punteggi delle 3 componenti: Mammella, Cervice e Colon

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 2021 l'indicatore D04C e nell'anno 2022 è stato inserito nel CORE l'indicatore D03C

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

Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia: anni 2020-2022. Negli anni 2020 e 2021, a causa dell'emergenza pandemica, la valutazione è stata condotta a fini esclusivamente informativi. Nella tabella 5.3 sono riportate, per il triennio 2020-2022, le Regioni adempienti e quelle inadempienti, con l'indicazione delle aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) in cui hanno ottenuto un punteggio <60.

Regione	2020	2021	2022		
Abruzzo	P		P		
Basilicata	P, O				
Calabria	P, O	P, D, O	P, D		
Campania	D, O	D	D		
Emilia-Romagna					
Friuli Venezia Giulia					
Lazio					
Liguria	P				
Lombardia					
Marche					
Molise	O	O	P		
Provincia Aut. di Bolzano	P, D	P	P		
Provincia Aut. di Trento					
Piemonte					
Puglia					
Sardegna	D, O	D, O	P, D		
Sicilia	P	P	P, D		
Toscana					
Umbria					
Valle d'Aosta	D, O	P, D, O	P, D, O		
Veneto					
P: area prevenzione, D: area distrettuale, O: area ospedaliera					
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="background-color: #90EE90;">Adempiente</td> <td style="background-color: #FF0000;">Inadempiente</td> </tr> </table>				Adempiente	Inadempiente
Adempiente	Inadempiente				

Tabella 5.3. Nuovo Sistema di Garanzia: Regioni adempienti e inadempienti (dati MdS, 2020-2022)

Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia, anno 2022. Vengono di seguito riportati gli adempimenti al mantenimento dell'erogazione dei LEA con il NSG relativi all'anno 2022, pubblicati il 15 luglio 2024¹¹⁸. Nel 2022 solo 13 Regioni risultano adempienti: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto. Le altre 8 sono inadempienti: Abruzzo, Campania, Molise, Provincia autonoma di Bolzano con un punteggio insufficiente in una sola area; Calabria, Sardegna e Sicilia con un punteggio insufficiente in due aree; Valle D'Aosta con un punteggio insufficiente in tutte le tre aree. L'area della prevenzione risulta quella con il maggior numero di Regioni inadempienti (n. 7), seguita dall'area distrettuale (n. 5) e da quella ospedaliera (n. 1) (tabella 5.4).

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status			
Abruzzo	49,31	62,18	73,10	Inadempiente			
Basilicata	68,46	61,92	78,03	Adempiente			
Calabria	36,59	34,88	63,78	Inadempiente			
Campania	69,68	55,76	68,66	Inadempiente			
Emilia-Romagna	96,13	95,57	93,50	Adempiente			
Friuli Venezia Giulia	71,24	73,30	75,29	Adempiente			
Lazio	74,08	72,07	81,30	Adempiente			
Liguria	61,41	86,81	77,49	Adempiente			
Lombardia	90,18	94,66	86,09	Adempiente			
Marche	60,91	91,03	91,26	Adempiente			
Molise	50,69	61,23	67,54	Inadempiente			
Provincia Aut. di Bolzano	54,14	77,03	75,23	Inadempiente			
Provincia Aut. di Trento	94,27	76,45	98,35	Adempiente			
Piemonte	88,79	86,55	87,07	Adempiente			
Puglia	75,97	70,02	79,69	Adempiente			
Sardegna	46,55	50,45	69,11	Inadempiente			
Sicilia	47,18	58,04	78,38	Inadempiente			
Toscana	86,57	96,42	92,32	Adempiente			
Umbria	79,59	83,88	84,42	Adempiente			
Valle d'Aosta	48,48	47,25	55,23	Inadempiente			
Veneto	94,08	96,40	91,36	Adempiente			
<table border="1"> <tr> <td>Punteggio</td> <td>≥ 60</td> <td>< 60</td> </tr> </table>					Punteggio	≥ 60	< 60
Punteggio	≥ 60	< 60					

Tabella 5.4. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi per area (dati Mds, anno 2022)

¹¹⁸ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2022. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, giugno 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3456_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

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 5.5, figura 5.7). Il punteggio totale mostra ancora più chiaramente l'entità del gap Nord-Sud: infatti, ai primi 10 posti si trovano 6 Regioni del Nord, 4 del Centro e nessuna del Sud, mentre nelle ultime 7 posizioni si collocano solo Regioni del Mezzogiorno, eccezion fatta per la Valle D'Aosta. Più in generale, si conferma che la frattura strutturale tra Nord e Sud del Paese non solo non accenna a ridursi, ma addirittura si amplia sia con l'Abruzzo che diventa inadempiente, sia per riduzione dei punteggi LEA nella maggior parte delle Regioni del Mezzogiorno.

Regione	Punteggio totale 2022			
Emilia-Romagna	285,20			
Veneto	281,84			
Toscana	275,31			
Lombardia	270,93			
Prov. Aut. di Trento	269,07			
Piemonte	262,41			
Umbria	247,89			
Marche	243,20			
Lazio	227,45			
Liguria	225,71			
Puglia	225,68			
Friuli Venezia Giulia	219,83			
Basilicata	208,41			
Prov. Aut. di Bolzano*	206,40			
Campania*	194,10			
Abruzzo*	184,59			
Sicilia*	183,60			
Molise*	179,46			
Sardegna*	166,11			
Valle d'Aosta*	150,96			
Calabria*	135,25			
Quartili	≤184,59	>184,59 e ≤225,68	>225,68 e ≤262,41	>262,41

*Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Tabella 5.5. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali (dati Mds, anno 2022)

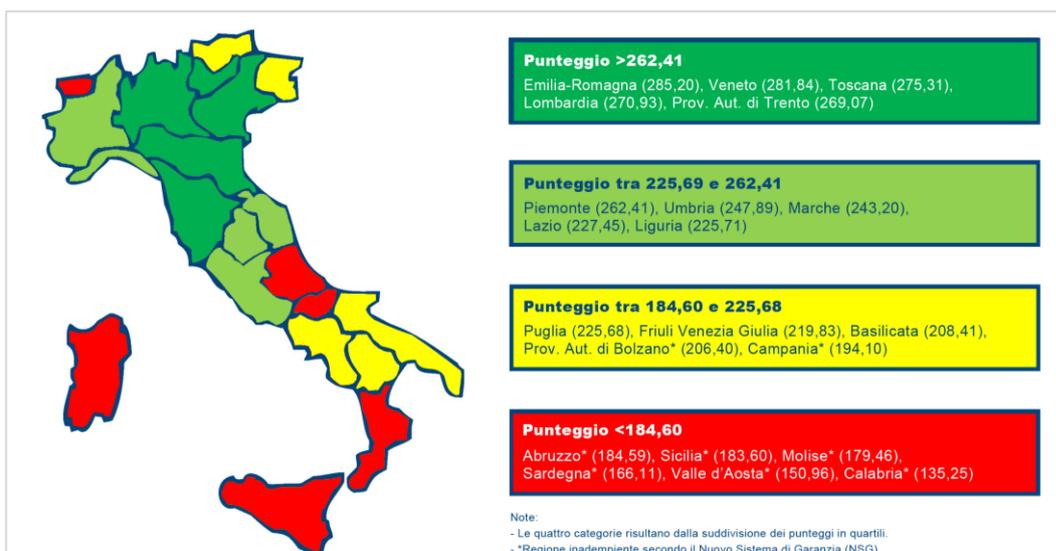


Figura 5.7. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali anno 2022

Al di là dei criteri per definire una Regione adempiente o meno, i punteggi ottenuti per ciascuna delle tre aree restituiscono classifiche diverse, che permettono di identificare per ciascuna Regione e Provincia autonoma punti di forza e criticità nell'erogazione dei LEA (tabella 5.6).

AREA PREVENZIONE		AREA DISTRETTUALE		AREA OSPEDALIERA	
Regione	Punteggio	Regione	Punteggio	Regione	Punteggio
Emilia-Romagna	96,13	Toscana	96,42	Prov. Aut. di Trento	98,35
Prov. Aut. di Trento	94,27	Veneto	96,40	Emilia Romagna	93,50
Veneto	94,08	Emilia-Romagna	95,57	Toscana	92,32
Lombardia	90,18	Lombardia	94,66	Veneto	91,36
Piemonte	88,79	Marche	91,03	Marche	91,26
Toscana	86,57	Liguria	86,81	Piemonte	87,07
Umbria	79,59	Piemonte	86,55	Lombardia	86,09
Puglia	75,97	Umbria	83,88	Umbria	84,42
Lazio	74,08	Prov. Aut. di Bolzano	77,03	Lazio	81,30
Friuli Venezia Giulia	71,24	Prov. Aut. di Trento	76,45	Puglia	79,69
Campania	69,68	Friuli Venezia Giulia	73,30	Sicilia	78,38
Basilicata	68,46	Lazio	72,07	Basilicata	78,03
Liguria	61,41	Puglia	70,02	Liguria	77,49
Marche	60,91	Abruzzo	62,18	Friuli Venezia Giulia	75,29
Prov. Aut. di Bolzano	54,14	Basilicata	61,92	Prov. Aut. di Bolzano	75,23
Molise	50,69	Molise	61,23	Abruzzo	73,10
Abruzzo	49,31	Sicilia	58,04	Sardegna	69,11
Valle d'Aosta	48,48	Campania	55,76	Campania	68,66
Sicilia	47,18	Sardegna	50,45	Molise	67,54
Sardegna	46,55	Valle d'Aosta	47,25	Calabria	63,78
Calabria	36,59	Calabria	34,88	Valle d'Aosta	55,23

Tabella 5.6. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi anno 2022 per le tre aree

Alcune Regioni occupano posizioni simili nelle tre aree, documentando un omogeneo adempimento/non adempimento, mentre per altre esiste una significativa variabilità delle performance tra le tre aree. In particolare, alcune Regioni (Emilia-Romagna, Veneto, Piemonte, Umbria, Calabria) indipendentemente dal livello delle loro performance, si collocano in posizioni simili nelle tre aree, come dimostrano le deviazioni standard inferiori a ± 1 . Al contrario, altre Regioni mostrano notevoli differenze nelle posizioni tra le diverse aree. Ad esempio, la Provincia autonoma di Trento è al 1° posto per l'area ospedaliera, al 2° per la prevenzione e al 10° per quella distrettuale; le Marche si trovano al 5° posto sia per l'assistenza distrettuale che ospedaliera e al 14° per l'area prevenzione; la Liguria al 6° posto per l'assistenza distrettuale, ma al 13° posto per la prevenzione e l'assistenza ospedaliera; la Sicilia è 11^a per l'area ospedaliera, ma al 17° posto per l'assistenza distrettuale e al 19° per la prevenzione. La tabella 5.7 riporta le posizioni delle Regioni nelle tre aree, insieme alla posizione media e alla deviazione standard, il cui valore crescente indica una maggiore variabilità delle performance negli adempimenti LEA tra le tre aree.

Regione	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Media ($\pm DS$)
Emilia-Romagna	1	3	2	2 ($\pm 0,8$)
Veneto	3	2	4	3 ($\pm 0,8$)
Toscana	6	1	3	3 ($\pm 2,1$)
Prov. Aut. di Trento	2	10	1	4 ($\pm 4,0$)
Lombardia	4	4	7	5 ($\pm 1,4$)
Piemonte	5	7	6	6 ($\pm 0,8$)
Umbria	7	8	8	8 ($\pm 0,5$)
Marche	14	5	5	8 ($\pm 4,2$)
Lazio	9	12	9	10 ($\pm 1,4$)
Puglia	8	13	10	10 ($\pm 2,1$)
Liguria	13	6	13	11 ($\pm 3,3$)
Friuli Venezia Giulia	10	11	14	12 ($\pm 1,7$)
Basilicata	12	15	12	13 ($\pm 1,4$)
Prov. Aut. di Bolzano	15	9	15	13 ($\pm 2,8$)
Abruzzo	17	14	16	16 ($\pm 1,2$)
Campania	11	18	18	16 ($\pm 3,3$)
Sicilia	19	17	11	16 ($\pm 3,4$)
Molise	16	16	19	17 ($\pm 1,4$)
Sardegna	20	19	17	19 ($\pm 1,2$)
Valle d'Aosta	18	20	21	20 ($\pm 1,2$)
Calabria	21	21	20	21 ($\pm 0,5$)

Tabella 5.7. Nuovo Sistema di Garanzia 2022: posizioni delle Regioni in classifica nelle tre aree

Variazioni 2021-2022. Sono state analizzate le differenze tra gli adempimenti 2021 e quelli 2022, misurando i punteggi totali delle Regioni e le performance nazionali sui tre macro-livelli assistenziali. Nel 2022 quasi la metà delle Regioni registra performance inferiori al 2021, seppure con gap di entità notevolmente diversa: Umbria (-0,03), Sardegna (-3,57), Campania (-4,47), Liguria (-6,86), Lazio (-8,06), Marche (-14,7), Molise (-17,48), Friuli Venezia Giulia (-23,13), Calabria (-24,74), Abruzzo (-30,86). Anche questo dato conferma l'aumento del divario Nord-Sud: infatti, fatta eccezione per Liguria e Friuli Venezia Giulia, tutte le Regioni in cui si rilevano riduzioni dei punteggi totali si trovano al Centro o al Sud del Paese. (tabella 5.8).

Regione	Gap 2022 vs 2021
Veneto	16,96
Puglia	16,34
Piemonte	10,53
Lombardia	5,67
Prov. Aut. di Bolzano	5,63
Emilia-Romagna	4,01
Valle d'Aosta	3,75
Basilicata	0,87
Toscana	0,85
Prov. Aut. di Trento	0,67
Sicilia	0,59
Umbria	-0,03
Sardegna	-3,57
Campania	-4,47
Liguria	-6,86
Lazio	-8,06
Marche	-14,7
Molise	-17,48
Friuli Venezia Giulia	-23,13
Calabria	-24,74
Abruzzo	-30,86

Tabella 5.8. Punteggio totale adempimenti LEA: gap 2022 vs 2021

Relativamente alle tre macro aree, nel 2022 a livello nazionale si rileva un miglioramento nell'area ospedaliera (+90 punti), un lieve peggioramento per quella distrettuale (-12 punti) e un netto peggioramento nell'area della prevenzione (-146 punti); complessivamente le tre aree perdono 68 punti rispetto al 2021 (tabella 5.9). Gli indicatori più critici dell'area prevenzione sono gli screening oncologici (in particolare nelle Regioni del Sud) e le coperture vaccinali in età pediatrica, su cui potrebbe aver inciso il passaggio alla fonte informativa dell'Anagrafe Vaccinale Nazionale.

Area	2022	2021	Gap 2022 vs 2021
Prevenzione	1.444	1.590	-146
Distrettuale	1.532	1.544	-12
Ospedaliera	1.667	1.577	+90
Totale	4.643	4.711	-68

Tabella 5.9. Punteggio totale nazionale adempimenti LEA: gap 2022 vs 2021

A livello nazionale, il trend 2020-2022 dei punteggi medi raggiunti nelle 3 macro-aree dei LEA documenta una lieve riduzione nell'area distrettuale (da 74,29 a 72,95), un progressivo incremento nell'area ospedaliera (da 68,69 a 79,39) e, nell'area della prevenzione, dopo un netto incremento nel 2021 (75,71), un crollo nel 2022 (68,78) che la riporta ai valori del 2020 (68,13) (figura 5.8).

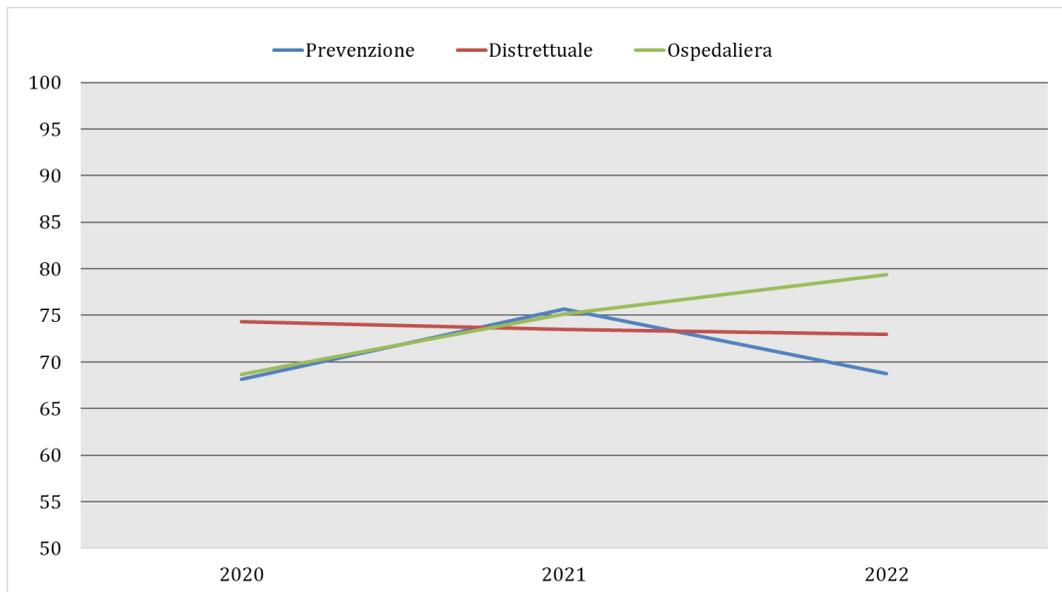


Figura 5.8. Media nazionale adempimenti LEA 2020-2022 (dati Mds)

La figura 5.9 riporta il trend 2020-2022 per ciascuna Regione e Provincia autonoma nelle tre aree, documentando situazioni molto eterogenee.

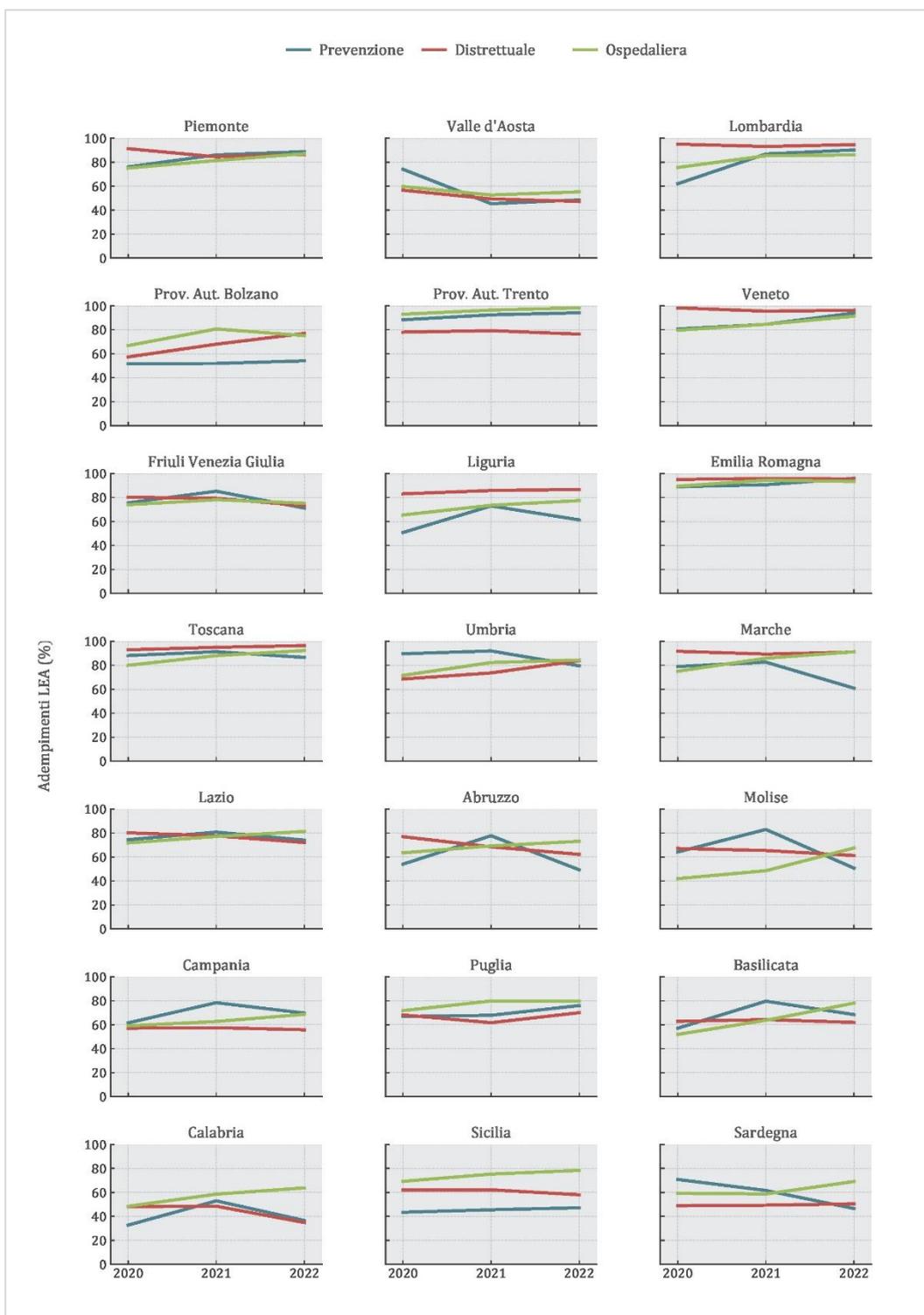


Figura 5.9. Adempimenti LEA 2020-2022: dati Regionali (dati MdS)

5.4.3. Piani di rientro e commissariamenti

Piani di rientro. I programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi sanitari regionali (cd. Piani di rientro) sono stati introdotti 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 sono stati progressivamente siglati i Piani di rientro che hanno 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, secondo quanto risulta dal sito del Ministero della Salute, aggiornato al 7 settembre 2023¹¹⁹.

Commissariamento. La procedura di commissariamento di una Regione viene avviata dal Consiglio dei Ministri quando, nel corso delle verifiche periodiche, 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) rilevano 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 tabella 5.10 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.

¹¹⁹ Ministero della Salute. Piani di Rientro. Il punto della situazione. Ultimo aggiornamento: 7 settembre 2023. www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/dettaglioContenutiPianiRientro.jsp?lingua=italiano&id=5022&area=pianiRientro&menu=vuoto. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Regione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
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 5.10. Regioni in Piano di rientro e commissariate

5.4.4. Considerazioni conclusive

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; tuttavia, questi strumenti non hanno di fatto raggiunto l'obiettivo di riorganizzare, riqualificare e potenziare i servizi sanitari regionali, né di migliorare l'erogazione dei LEA.

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

5.5. 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 70% 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 5.10). In particolare, un recente report della Corte dei Conti¹²⁰ ha documentato che, nel decennio 2012-2021 (corrispondente al riparto del FSN per gli anni dal 2014 al 2023), 14 Regioni hanno accumulato un saldo negativo pari a € 14,56 miliardi, di cui € 10,96 miliardi nelle Regioni del Mezzogiorno. I primi tre posti per saldo positivo sono occupati da Lombardia (€ 5,68 miliardi), Emilia-Romagna (€ 3,39 miliardi) e Veneto (€ 1,36 miliardi). Al contrario, le cinque Regioni con saldi negativi superiori a € 1 miliardo sono tutte al Centro-Sud: Campania (-€ 2,77 miliardi), Calabria (-€ 2,47 miliardi), Lazio (-€ 2,22 miliardi), Sicilia (-€ 1,95 miliardi) e Puglia (-€ 1,75 miliardi). Nel documento la Corte dei Conti ribadisce che «*Le Regioni con maggiore capacità attrattiva risultano quelle che nell'ambito della valutazione dei LEA ottengono punteggi più elevati*».

¹²⁰ Corte dei Conti. Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2022-2023. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=de57bfef-eb8f-4a6c-a071-ebb2a111b6c0. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

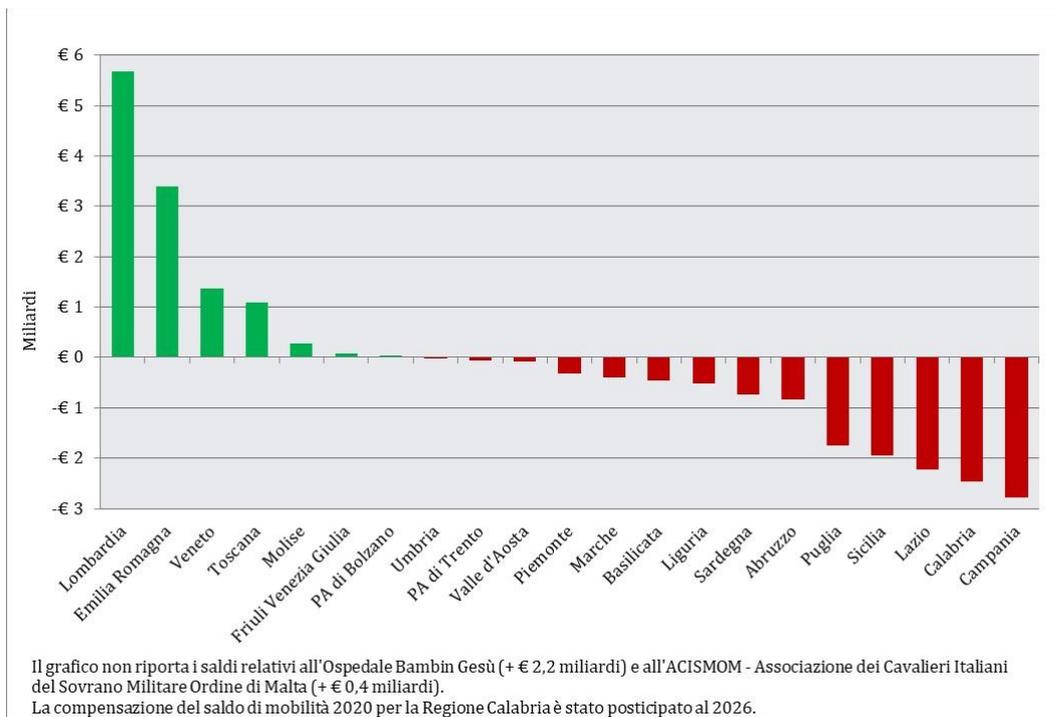


Figura 5.10. Saldi mobilità interregionale 2012-2021 (riparto FSN 2014-2023)

Nel 2021 un report GIMBE¹²¹ ha rilevato che il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 4.247,29 milioni, cifra nettamente superiore sia a quella del 2019 (€ 3.904,63 milioni) che a quella del 2020 (€ 3.330,47 milioni), anno in cui l'emergenza pandemica COVID-19 ha ridotto gli spostamenti delle persone e l'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali. Va inoltre considerata l'esclusione dei dati della Regione Calabria, che secondo il corrispondente modello M ammontano a € 224,4 milioni di debiti e € 27,2 milioni di crediti (figura 5.11).

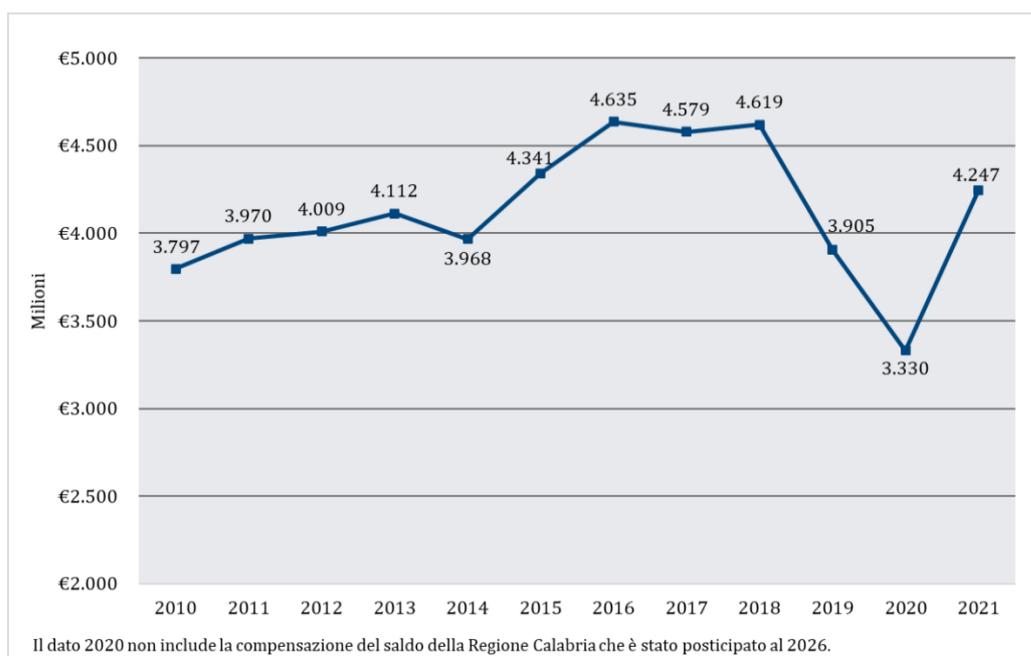


Figura 5.11. Valore della mobilità sanitaria: trend 2010-2021

¹²¹ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2024. La mobilità sanitaria interregionale nel 2021. Fondazione GIMBE: Bologna, 16 gennaio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2021. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Anche nel 2021 le Regioni con saldo positivo superiore a € 200 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 Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto che complessivamente “cubano” quasi la metà dei crediti della mobilità e il 93,3% del saldo di mobilità (figura 5.12).

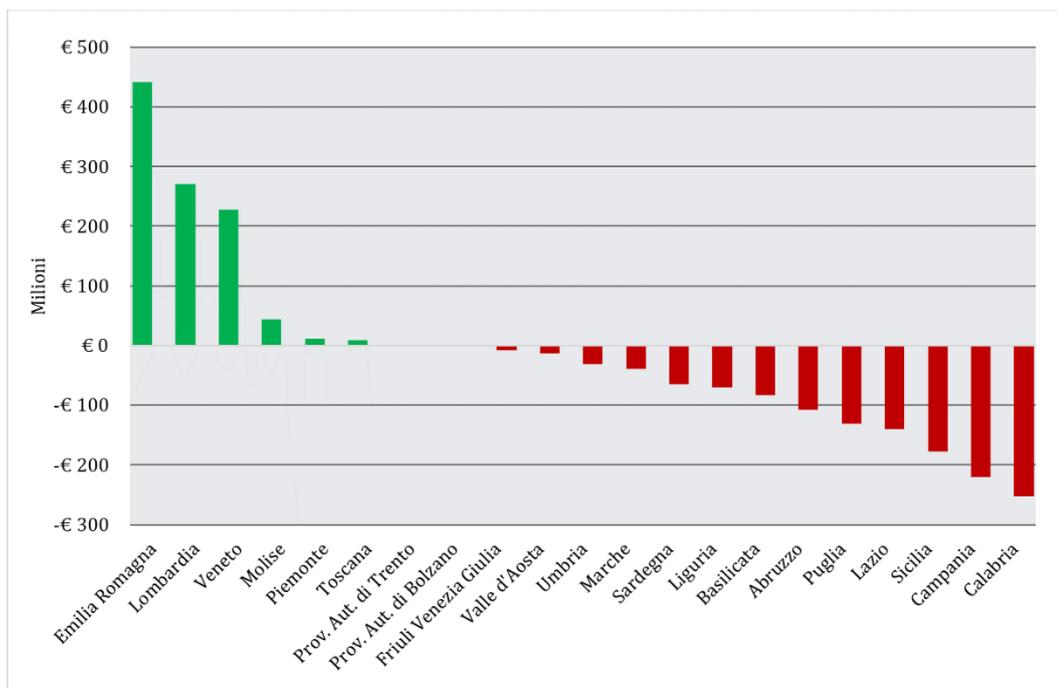


Figura 5.12. Saldo della mobilità sanitaria: anno 2021 (dati in milioni di €)

Nel 2021 oltre il 50% della mobilità per ricoveri e prestazioni specialistiche è stata erogata dalle strutture private accreditate, per un valore di € 1.727,5 milioni (54,6%), rispetto a € 1.433,4 milioni (45,4%) delle strutture pubbliche. Nello specifico, per i ricoveri ordinari e in day hospital le strutture private hanno erogato prestazioni per un totale di € 1.426,2 milioni, mentre quelle pubbliche hanno raggiunto € 1.132,8 milioni. Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità, il valore erogato dal privato ammonta a € 301,3 milioni, mentre quello erogato dalle strutture pubbliche è di € 300,6 milioni (figura 5.13).

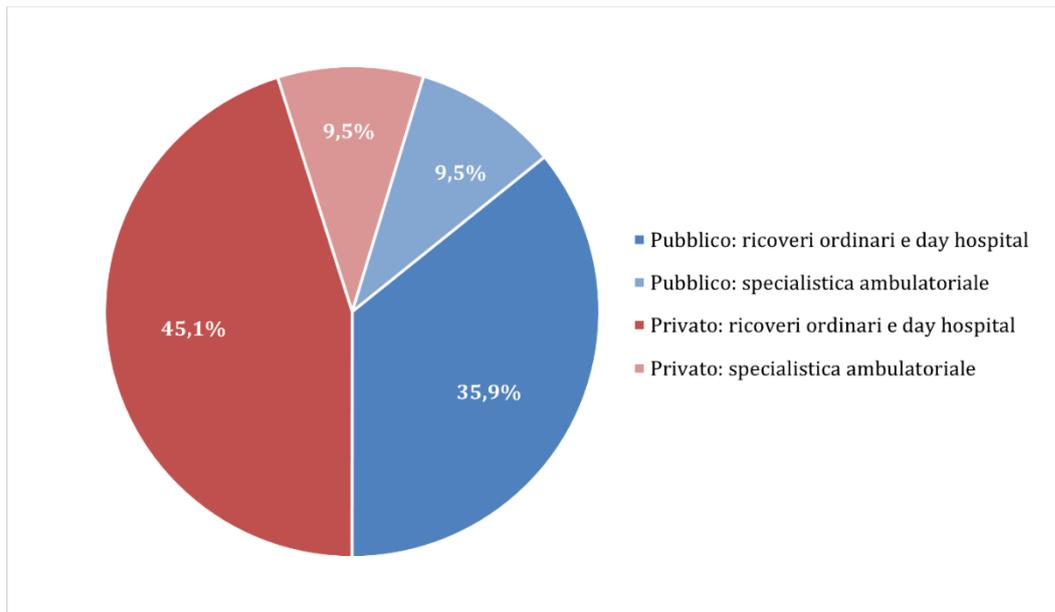


Figura 5.13. Percentuale di mobilità sanitaria per ricoveri ordinari e day hospital e per specialistica ambulatoriale (strutture pubbliche vs strutture private accreditate)

Il volume dell'erogazione di ricoveri e prestazioni specialistiche da parte di strutture private varia notevolmente tra le Regioni ed è un indicatore sia della presenza e della capacità attrattiva del privato accreditato, sia dell'indebolimento delle strutture pubbliche. Infatti, alcune Regioni vedono la sanità privata erogare oltre il 60% del valore totale della mobilità attiva, come Molise (90,5%), Puglia (73,1%), Lombardia (71,2%) e Lazio (64,1%). Al contrario, in altre Regioni le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità: Valle D'Aosta (19,1%), Umbria (17,6%), Sardegna (16,4%), Liguria (10%), Provincia autonoma di Bolzano (9,7%) e Basilicata (8,6%) (figura 5.14).

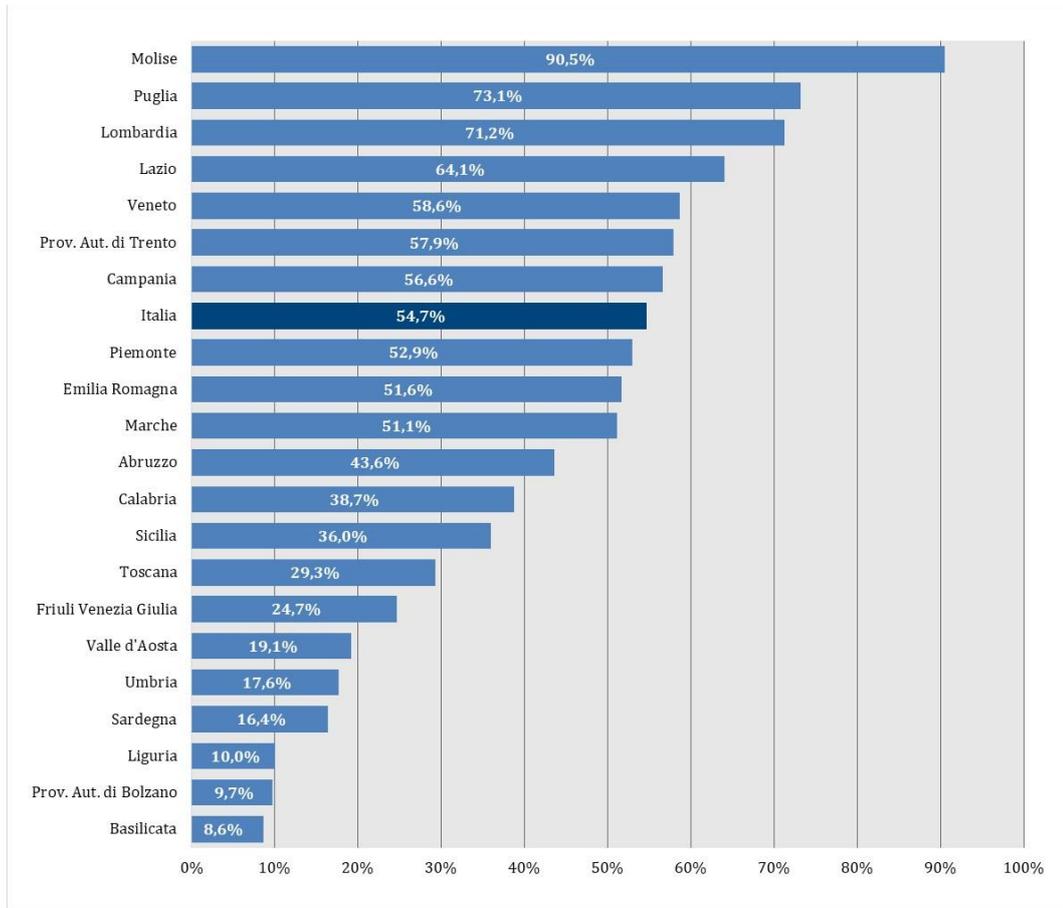


Figura 5.14. Percentuale di mobilità sanitaria erogata da strutture private per Regione: ricoveri e prestazioni specialistiche

CAPITOLO 6

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" (c.d. "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 quindi essere approvato dalle Camere con maggioranza assoluta.

Gli ambiti su cui sono attivabili ulteriori forme di autonomia riguardano alcune materie di 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.

Nell'ambito della campagna #SalviamoSSN, la Fondazione GIMBE ha mantenuto alta l'attenzione sul tema dell'autonomia differenziata, impegnandosi a contrastare l'aggravarsi delle diseguaglianze in sanità attraverso attività di sensibilizzazione pubblica e advocacy istituzionale (box 6.1). Inoltre, ha ribadito i rischi connessi alle maggiori autonomie in sanità in tutte le analisi condotte: adempimenti LEA 2021¹²², mobilità sanitaria 2021¹²³, monitoraggio PNRR¹²⁴, DL Anziani¹²⁵, adempimenti LEA 2022¹²⁶.

¹²² "Cure essenziali, le pagelle del Ministero della Salute: nel 2021 promosse 14 Regioni. Emilia-Romagna in testa, al Sud "passano" solo Abruzzo, Basilicata e Puglia. Il gap Nord-Sud in sanità è ormai strutturale: DdL Calderoli legitimerà normativamente le diseguaglianze" in Comunicati stampa. Fondazione GIMBE: 25 luglio 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/download/CS_GIMBE_punteggi_LEA_2021_e_autonomia_differenziata.docx. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹²³ "Nel 2021 cresce la migrazione sanitaria: un fiume da € 4,25 miliardi scorre verso le Regioni del Nord. a Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto il 93,3% del saldo attivo. Il 76,9% del saldo passivo grava sul Centro-Sud. delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali erogate in mobilità oltre 1 euro su 2 va nelle casse del privato. L'autonomia differenziata è uno schiaffo al meridione: il Sud sarà sempre più dipendente dalla sanità del Nord" in Comunicati stampa. Fondazione GIMBE: 16 gennaio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/download/CS_GIMBE_mobilità_sanitaria_2021_autonomia_differenziata.docx. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹²⁴ "PNRR Missione Salute: al 4° trimestre 2023 rispettate tutte le scadenze europee [...] Ddl Calderoli in direzione opposta all'obiettivo del PNRR di ridurre le diseguaglianze" in Comunicati stampa. Fondazione GIMBE: 24 gennaio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/download/CS_Monitoraggio_GIMBE_Attuazione_PNRR_Salute.docx. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹²⁵ "Decreto Anziani: 14 milioni di persone in attesa del provvedimento, ma non ci sono risorse aggiuntive. Accesso ai servizi socio-sanitari: inaccettabili diseguaglianze tra Nord e Sud" in Comunicati stampa. Fondazione GIMBE: 14 febbraio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/download/cs-gimbe_audizione_senato_dlgs_anziani.docx. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹²⁶ "Cure essenziali 2022, le pagelle del Ministero della Salute: promosse solo 13 Regioni. Emilia-Romagna in vetta, al sud passano solo Puglia e Basilicata. Peggiorano le performance in 10 Regioni e aumentano i divari tra nord e sud del Paese. La legge sull'autonomia differenziata compromette l'uguaglianza in sanità" in Comunicati stampa. Fondazione GIMBE: 18 luglio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/download/cs_gimbe_punteggi_lea_2022.docx. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Box 6.1. Autonomia differenziata: attività di advocacy e sensibilizzazione pubblica della Fondazione GIMBE

- **6 febbraio 2019.** In pieno dibattito politico sul regionalismo differenziato la Fondazione GIMBE ha lanciato una survey per far luce sui potenziali rischi delle “Maggiori autonomie in termini di tutela della salute richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ai sensi dell’art. 116 della Costituzione Italiana”¹²⁷.
- **11 giugno 2019.** In occasione della pubblicazione del 4° Rapporto sul SSN¹²⁸, la Fondazione GIMBE ha esortato l’Esecutivo da poco insediato (Governo Conte I) a evitare posizioni sbrigative e a non utilizzare l’autonomia differenziata come “merce di scambio” per bilanciare le priorità di un gruppo parlamentare centralista (Movimento 5 Stelle) e di una forza politica storicamente orientata verso le autonomie regionali e il federalismo fiscale (Lega).
- **11 ottobre 2022.** Il 5° Rapporto GIMBE sul SSN¹²⁹ ha dedicato un capitolo al regionalismo differenziato, analizzando i rischi legati alle maggiori autonomie in sanità ed ha invitato l’Esecutivo da poco insediato (Governo Meloni) a potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, con l’obiettivo di ridurre le diseguaglianze ed evitare di legittimare normativamente i divari Nord-Sud.
- **2 febbraio 2023.** Nel report “Il regionalismo differenziato in Sanità”¹³⁰ la Fondazione GIMBE ha raccomandato di gestire con grande equilibrio l’eventuale attuazione dell’autonomia differenziata in sanità, sottolineando la necessità di colmare prima il gap strutturale tra Nord e Sud del Paese.
- **23 maggio 2023.** Nel corso di un’audizione presso la 1ª Commissione Affari Costituzionali del Senato della Repubblica¹³¹, tenendo conto della grave crisi di sostenibilità del SSN, delle inaccettabili diseguaglianze regionali e dell’impatto delle maggiori autonomie, la Fondazione GIMBE ha proposto di escludere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere il trasferimento delle funzioni da parte dello Stato.
- **10 ottobre 2023.** Nel 6° Rapporto sul SSN¹³² la Fondazione GIMBE ha dedicato un capitolo all’autonomia differenziata in sanità, rilevando che l’imprevedibile impatto della legge si inserirebbe in un contesto già segnato dalla grave crisi di sostenibilità del SSN e da enormi diseguaglianze regionali, sia in termini di adempimenti ai LEA che di conseguente mobilità sanitaria.
- **21 marzo 2024.** Per valutare il potenziale impatto sul SSN del DdL Calderoli in discussione alla Camera dei Deputati, la Fondazione GIMBE ha pubblicato un report che passa in rassegna i rischi dell’attuazione delle maggiori autonomie nella materia “tutela della salute”¹³³.
- **21 marzo 2024.** Nel corso di un’audizione presso la 1ª Commissione Affari Costituzionali della Camera dei Deputati la Fondazione GIMBE ha ribadito la necessità di escludere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie.

¹²⁷ “Il Regionalismo Differenziato minaccia i nostri diritti costituzionali, soprattutto la tutela della salute” in Comunicati stampa. Fondazione GIMBE: 6 febbraio 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/download/cs_gimbe_regionalismo_differenziato.docx. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹²⁸ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/4-rapporto-gimbe.it-IT.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹²⁹ 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2022. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/5-rapporto-gimbe.it-IT.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹³⁰ Il regionalismo differenziato in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2023. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/osservatorio/report-regionalismo-differenziato. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹³¹ Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario, 1ª Commissione Affari Costituzionali, Senato della Repubblica. Audizione informale del Presidente Nino Cartabellotta. Fondazione GIMBE: Bologna, 23 maggio 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/upload/report_attivita/editoria/lettere/audizione_cartabellotta_23_maggio_2023.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹³² 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2023. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/6-rapporto-gimbe.it-IT.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹³³ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2024. L’autonomia differenziata in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, 21 marzo 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/autonomia-differenziata. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Il presente capitolo, che aggiorna il report pubblicato nel marzo 2024¹³⁴, esamina le criticità del testo della L. 86/2024 entrata in vigore lo scorso 13 luglio e analizza esclusivamente il potenziale impatto sul SSN delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni in materia di tutela della salute. Al tempo stesso, ribadisce che, secondo il principio *Health in all policies*¹³⁵ e l'approccio *One Health*¹³⁶, vi sono altre materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie che possono influenzare, in misura più o meno rilevante, la salute individuale e collettiva. Tra queste rientrano materie di esclusiva competenza statale (tutela dell'ambiente e dell'ecosistema) o di competenza legislativa 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.

6.1. 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 Governi¹³⁷:

- **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 conoscitiva¹³⁸ che si conclude con l'elaborazione di un documento¹³⁹.
- **28 febbraio 2018.** Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto sottoscrivono 3 differenti accordi preliminari sul regionalismo differenziato con il Governo Gentiloni¹⁴⁰. 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.

¹³⁴ L'autonomia differenziata in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, marzo 2024. Disponibile a: <https://www.salviamo-ssn.it/attivita/osservatorio/autonomia-differenziata-in-sanita>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹³⁵ World Health Organization. What you need to know about Health in All Policies: key messages. 23 June 2015. Disponibile a: www.who.int/publications/m/item/what-you-need-to-know-about-health-in-all-policies--key-messages. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹³⁶ World Health Organization. One Health. Disponibile a: www.who.int/europe/initiatives/one-health. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹³⁷ 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: 30 settembre 2024.

¹³⁸ 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: 30 settembre 2024.

¹³⁹ 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=elencoRe-soconti&idLegislatura=17&tipoElenco=indaginiConoscitiveCronologico&calendario=false&breve=c23_Regioni&scheda=true. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁴⁰ 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.affariregionali.it/comunicazione/notizie/2018/giugno/autonomia-differenziata-accordi-preliminari-con-le-regioni-emilia-romagna-lombardia-e-veneto. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

- **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 differenziato¹⁴¹.
- **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.
- **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 tappe¹⁴².
- **Settembre 2022.** Le consultazioni elettorali vedono vincitrice la coalizione di centro-destra, il cui programma 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”*¹⁴³.
- **29 dicembre 2022.** Il Ministro per gli affari regionali e le autonomie trasmette alla Presidenza del Consiglio il DdL sull’autonomia¹⁴⁴.
- **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 Regioni¹⁴⁵.
- **2 febbraio 2023.** Il Consiglio dei Ministri approva il DdL *“Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario”*^{146,147}.

¹⁴¹ Commissione parlamentare per l’attuazione del federalismo fiscale. Parlamento Italiano, Roma. Elenco delle audizioni. Disponibile a: https://parlamento18.camera.it/193?shadow_organismo_parlamentare=3035&id_commissione=62. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁴² 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: 30 settembre 2024.

¹⁴³ Bozza di Disegno di Legge *“Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata di cui all’articolo 116, terzo comma, della Costituzione”*. Disponibile a: www.gimbe.org/files/20221117-Bozza_lavoro_DdL.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁴⁴ Regione Veneto. Autonomia. Zaia. Dal Governo promesse mantenute, avanti con rapidità nella riforma. Disponibile a: www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=13707812. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁴⁵ Regioni.it. Autonomia: Calderoli, accoglie richieste Conferenza Regioni. Disponibile a: www.regioni.it/newsletter/n-4433/del-11-01-2023/autonomia-calderoli-accoglie-richieste-conferenza-regioni-25118/. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁴⁶ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comunicato stampa. Disponibile a: www.governo.it/sites/governo.it/files/Cdm_19-2023.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁴⁷ Ministero 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/ddl-autonomia-differenziata-schema-2-febbraio-2023.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

- **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 Toscana¹⁴⁸.
- **16 marzo 2023.** Il Consiglio dei Ministri approva in esame definitivo il DdL sull'Autonomia differenziata¹⁴⁹.
- **24 marzo 2023.** Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella firma le Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario¹⁵⁰.
- **23 marzo 2023.** Viene istituito 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 Cassese¹⁵¹ e il testo definitivo del DdL¹⁵² viene presentato al Senato.
- **26 aprile 2023.** Il DdL sull'Autonomia è assegnato alla 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato in sede referente (A.S. 615)¹⁵³.
- **3 maggio 2023.** La 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato inizia l'esame del DdL (A.S. 615), al quale sono stati abbinati altri due progetti di legge di iniziativa parlamentare e una petizione popolare¹⁵⁴.
- **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 aggiuntive"*¹⁵⁵.
- **23 maggio 2023.** La 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato avvia le audizioni sul DdL sull'Autonomia¹⁵⁶.
- **24 maggio 2023.** La Commissione Europea, 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*

¹⁴⁸ Conferenza Stato-Regioni. Verbale della Seduta del 02/03/2023. Disponibile a: www.statoregioni.it/conferenza-unificata/sedute-2023/seduta-del-02032023/verbale-della-seduta-del-02032023/. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁴⁹ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comunicato stampa. Disponibile a: www.governo.it/articolo/comunicato-stampa-del-consiglio-dei-ministri-n-25/22114. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁵⁰ Conferenza 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-lattuazione-25430/. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁵¹ 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: 30 settembre 2024.

¹⁵² Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615- XIX Legislatura. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56845.htm. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁵³ Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615- XIX Legislatura. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56845.htm. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁵⁴ Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615- XIX Legislatura. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56845.htm. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁵⁵ Servizio 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: 30 settembre 2024.

¹⁵⁶ Senato 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: 30 settembre 2024.

capacità di governo di guidare la spesa pubblica. Questo potrebbe avere un impatto negativo sulla qualità della finanza pubblica italiana e sulle disuguaglianze regionali^{157, 158}.

- **6 giugno 2023.** La 1^a Commissione permanente Affari Costituzionali del Senato adotta il DdL del Governo come testo base per il proseguimento dell'esame¹⁵⁹.
- **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 CLEP¹⁶⁰.
- **6 luglio 2023.** Si conclude la discussione generale sul DdL A.S. 615 in 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato¹⁶¹.
- **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 giorno¹⁶².
- **21 novembre 2023.** Si conclude l'esame degli emendamenti in 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato¹⁶³.
- **16 gennaio 2024.** Il testo del DdL A.S. 615 approda in Aula al Senato¹⁶⁴.
- **23 gennaio 2024.** Il Senato approva il DdL A.S. 615 con 110 voti favorevoli, 64 contrari e 3 astenuti e il provvedimento passa il giorno successivo alla Camera¹⁶⁵.
- **26 gennaio 2024.** La Camera assegna il DdL Calderoli, denominato ora C. 1665, alla 1^a Commissione Affari Costituzionali¹⁶⁶.
- **14 febbraio 2024.** La 1^a Commissione Affari Costituzionali avvia l'esame, in sede referente, del DdL C1665¹⁶⁷.
- **4 marzo 2024.** Prende il via in 1^a Commissione Affari Costituzionali un ciclo di audizioni informali che si conclude il 10 aprile¹⁶⁸.

¹⁵⁷ Senato della Repubblica. Post LinkedIn del 16 maggio 2023. Disponibile a: www.linkedin.com/posts/senato-della-repubblica-autonomia-costituzione-lep-activity-7064181099156914176-G3MP/?originalSubdomain=it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁵⁸ European 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: 30 settembre 2024.

¹⁵⁹ Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615- XIX Legislatura. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56845.htm. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁶⁰ Sito personale di Franco Bassanini. Lettera. Disponibile a: www.bassanini.it/wp-content/uploads/2023/07/Lettera-a-Calderoli-e-Cassese.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁶¹ Senato 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: 30 settembre 2024.

¹⁶² Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615- XIX Legislatura. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56845.htm. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁶³ Senato 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: 30 settembre 2024.

¹⁶⁴ Senato della Repubblica. Comunicato di seduta del 16 gennaio 2024. Disponibile a: www.senato.it/3818?seduta_assemblea=25413. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁶⁵ Senato della Repubblica. Resoconto stenografico della seduta n. 148. Disponibile a: www.senato.it/japp/bgt/showdoc/19/Resaula/0/1402910/index.html?part=doc_dc-ressten_rs-ddlitt_sddeacmddd1615aadraso. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁶⁶ Camera dei Deputati. Lavori preparatori dei Progetti di Legge. Atto Camera: 1665. Disponibile a: www.camera.it/leg19/126?leg=19&idDocumento=1665. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁶⁷ Camera dei Deputati. Bollettino delle Giunte e delle Commissioni Parlamentari - Affari costituzionali, della Presidenza del Consiglio e Interni del 14 febbraio 2024 Disponibile a: www.camera.it/leg19/824?tipo=C&anno=2024& mese=02&giorno=14&view=&commissione=01&pagina=data.20240214.com01.bollettino.sede00010.tit00010#data.20240214.com01.bollettino.sede00010.tit00010. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁶⁸ Camera dei Deputati. Lavori preparatori dei Progetti di Legge. Atto Camera: 1665. Attività conoscitiva. Disponibile a: www.camera.it/leg19/126?leg=19&idDocumento=1665. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

- **22 aprile 2024.** La 1^a Commissione Affari Costituzionali avvia l'esame degli emendamenti presentati in Commissione Affari Costituzionali¹⁶⁹.
- **27 aprile 2024.** La Commissione conclude l'esame in sede referente¹⁷⁰.
- **29 aprile 2024.** Alla Camera comincia la discussione generale sul DdL C1665¹⁷¹ identico nel testo a quello del Senato.
- **19 giugno 2024.** La Camera approva il DdL C1665 con 172 voti favorevoli, 99 contrari e 1 astenuto¹⁷².
- **26 giugno 2024.** Il Presidente della Repubblica promulga le disposizioni sull'autonomia differenziata¹⁷³.
- **28 giugno 2024.** La normativa, denominata Legge n. 86 del 26 giugno 2024, viene pubblicata sulla Gazzetta ufficiale¹⁷⁴.
- **13 luglio 2024.** Entra in vigore la legge sull'autonomia differenziata.

6.2. Le criticità della legge sull'autonomia differenziata

Pur prendendo atto delle numerose modifiche migliorative apportate al testo del DdL durante l'iter parlamentare, nel testo di legge approvato rimangono ancora numerose criticità e lacune.

- Non si entra in alcun modo nel merito delle motivazioni sulla base delle quali le Regioni possono richiedere maggiori autonomie sulle 23 materie, come rilevato anche dalla Banca d'Italia¹⁷⁵.
- I negoziati saranno condotti tra il Presidente del Consiglio (o il Ministro degli affari regionali) e gli esecutivi delle Regioni. Entro novanta giorni dalla trasmissione dei testi sugli schemi di intesa, il Parlamento potrà esprimersi esclusivamente con atti di indirizzo, di cui il Governo potrà tenere conto a sua discrezione. Lo schema d'intesa definitivo è trasmesso alla Regione interessata, che lo approva secondo modalità e forme stabilite nell'ambito della propria autonomia statutaria, garantendo la consultazione degli enti locali. Le intese sono approvate dalle Camere, a maggioranza dei componenti, senza poter essere discusse o emendate. Dopo l'approvazione delle intese, tutte le disposizioni

¹⁶⁹ Camera dei Deputati. Bollettino delle Giunte e delle Commissioni Parlamentari - Affari costituzionali, della Presidenza del Consiglio e Interni del 22 aprile 2024 Disponibile a:

www.camera.it/leg19/824?tipo=A&anno=2024&mese=04&giorno=22&view=&commissione=01#data.20240422.com01.allegati.all00010. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁷⁰ Camera dei Deputati. Bollettino delle Giunte e delle Commissioni Parlamentari - Affari costituzionali, della Presidenza del Consiglio e Interni del 27 aprile 2024 Disponibile a:

www.camera.it/leg19/824?tipo=C&anno=2024&mese=04&giorno=27&view=&commissione=01&pagina=data.20240427.com01.bollettino.sede00020.tit00010#data.20240427.com01.bollettino.sede00020.tit00010. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁷¹ Camera dei Deputati. Resoconto stenografico dell'Assemblea. Seduta n. 285 di lunedì 29 aprile 2024. Disponibile a:

www.camera.it/leg19/410?idSeduta=0285&tipo=stenografico#sed0285.stenografico.tit00030. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁷² Camera dei Deputati. Resoconto stenografico dell'Assemblea. Seduta n. 309 di martedì 18 giugno 2024. Disponibile a:

www.camera.it/leg19/410?idSeduta=0309&tipo=stenografico#sed0309.stenografico.tit00070. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁷³ ANSA. Mattarella promulga la legge sull'Autonomia differenziata. Roma, 26 giugno 2024. Disponibile a:

www.ansa.it/sito/notizie/politica/2024/06/26/mattarella-promulga-la-legge-sullautonomia_b2a6c677-cb87-412e-90f5-9b6f0559e051.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁷⁴ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Legge n. 86 del 26 giugno 2024. Disponibile a:

www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2024-06-28&atto.codiceRedazionale=24G00104&elenco30giorni=true. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁷⁵ Disegno di legge AS 615 "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione". Memorie della Banca d'Italia. Banca d'Italia, Roma 19 giugno 2023.

Disponibile a: www.affariregionali.it/il-ministro/comunicati/2023/dicembre/autonomia-ministro-calderoli-riunisce-cabina-regia-lep-avanti-con-operazione-verit%C3%A0-nell-interesse-dei-cittadini. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

concrete relative al trasferimento di risorse umane e finanziarie alle Regioni saranno determinate da commissioni paritetiche Stato-Regioni e contenute in DPCM.

- I LEP saranno definiti attraverso Decreti legislativi. Tuttavia, nelle more dell'entrata in vigore dei suddetti Decreti legislativi, potranno essere determinati attraverso DPCM da un'apposita Commissione Tecnica istituita con la Legge di Bilancio 2023 (cc. 791-801) e, pertanto, 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.
- Il trasferimento delle funzioni delle cosiddette "materie LEP" alle Regioni potrà essere effettuato già dopo la definizione dei LEP, senza attendere il loro eventuale finanziamento o raggiungimento: ovvero l'assegnazione di maggiori autonomie precede il recupero dei divari tra le varie aree del Paese. Per le materie "non-LEP" si potrà, invece, procedere immediatamente: in particolare, il CLEP ha stabilito¹⁷⁶ che per la materia "tutela della salute", i LEP si identificano con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ai quali in realtà non corrisponde alcun fabbisogno finanziario. Infatti, il riparto del FSN, con cui lo Stato trasferisce le risorse alle Regioni, è indipendente dal raggiungimento o meno dei LEA e avviene secondo criteri di popolazione residente, in parte "pesata" per l'età.
- La legge-quadro e le singole intese non dovranno comportare costi per lo Stato (cd. clausola di salvaguardia "allargata"). Infatti, il Ministero dell'Economia e delle Finanze non solo verificherà le corrispondenti relazioni tecniche, ma dovrà anche essere rappresentato nelle Commissioni paritetiche Stato-Regioni, rendendo di fatto impossibile finanziare eventuali prestazioni aggiuntive per il raggiungimento dei LEP.

In sintesi, secondo la norma: le Regioni possono richiedere qualsiasi forma di autonomia su 23 materie, senza dover fornire motivazioni; il Parlamento viene di fatto esautorato sia dalla valutazione e approvazione delle maggiori autonomie richieste, sia, nella fase iniziale, anche dalla definizione dei LEP; l'assegnazione di maggiori autonomie precede la definizione e il finanziamento dei LEP; per la materia "tutela della salute," visto che esistono già i LEA, non è necessario definire i LEP anche se dovranno comunque essere determinati in un decreto legislativo; non sono previsti maggiori oneri per la finanza pubblica né per il raggiungimento dei LEP né per il recupero dei divari tra le varie aree del Paese.

6.3. Referendum abrogativo

Cinque Regioni (Emilia-Romagna, Sardegna, Campania, Toscana e Puglia) hanno deliberato a favore del referendum abrogativo delle disposizioni della legge sull'autonomia differenziata. Inoltre, va segnalato che quattro di queste Regioni (Puglia, Sardegna, Toscana e Campania) hanno promosso la questione di legittimità costituzionale dinanzi alla Consulta avverso la L. 86/2024. Tuttavia, i quesiti proposti per il referendum non erano identici e, parallelamente, si è proceduto con la raccolta delle 500 mila firme per chiedere il referendum. Il 20 luglio scorso è iniziata la raccolta firme per l'organizzazione di un referendum abrogativo contro la legge sull'autonomia differenziata depositato in Corte di Cassazione il 5 luglio. I partiti di opposizione (ad eccezione di Azione), sindacati e varie associazioni si sono mobilitati e riuniti

¹⁷⁶ 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: 30 settembre 2024.

nel comitato “Sì all’Italia unita, libera, giusta” superando, nei primi dieci giorni, la soglia delle 500 mila firme necessarie per indire il referendum. La Corte Costituzionale dovrà ora pronunciarsi sull’ammissibilità del quesito referendario; in caso di esito positivo, affinché la consultazione sia valida, sarà necessario che si rechino alle urne la metà più uno degli aventi diritto al voto.

6.4. Maggiori autonomie sulla tutela della salute

Le richieste già avanzate da Lombardia e Veneto nel 2018 per l’ambito “tutela della salute”¹⁷⁷ e che costituiscono la base di partenza per l’applicazione dell’autonomia differenziata nelle singole Regioni sono riportate nei box successivi. Dal confronto è stata espunta l’Emilia-Romagna che, pur avendo firmato gli accordi preliminari con il Governo in merito all’Intesa prevista dall’art. 116, c. 3 della Costituzione, si è distaccata dal fronte autonomista con la delibera del referendum abrogativo della legge sull’autonomia differenziata.

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.

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:** la **Lombardia**, rispetto al Veneto, richiede l’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.

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.

¹⁷⁷ 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: 30 settembre 2024.

Stipulare accordi con le Università

- **Descrizione:** Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio.
- **Differenze tra Regioni:**
 - **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:** nessuna.
- **Vincoli:** rispetto dei LEA, rispetto delle disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria.

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.

Dall'analisi trasversale delle maggiori autonomie richieste dalle due Regioni emergono due considerazioni generali. Innanzitutto, la possibilità di richiedere maggiori autonomie su qualsiasi ambito relativo alla materia "tutela della salute", senza dover fornire alcuna motivazione, rende impossibile valutarne le potenziali conseguenze sia in termini salute individuale e collettiva dei cittadini residenti, sia per quanto riguarda l'aumento delle diseguaglianze tra Regioni e all'interno della stessa Regione. In altre parole, l'attuazione dell'autonomia differenziata in sanità potrebbe generare conseguenze oggi imprevedibili. In secondo luogo, i vincoli definiti per le varie autonomie sono estremamente riduttivi, limitandosi al rispetto dei LEA e dei vincoli di bilancio, che rappresentano di fatto gli unici due parametri su cui lo Stato monitora le Regioni. Questo non tiene conto di altri rischi potenziali, che dovrebbero essere presi in considerazione per espandere i vincoli: peggioramento delle performance sanitarie nelle altre Regioni e nella propria; aumento delle diseguaglianze nella propria Regione per alcune fasce socio-economiche e aree geografiche; aumento del fenomeno della mobilità sanitaria passiva; spostamento di rilevanti quote di offerta sanitaria dal pubblico al privato accreditato; disallineamento dei sistemi informativi sanitari.

Entrando nel merito delle singole richieste:

- Alcune istanze oggi sono fondamentali per fronteggiare la grave carenza di personale sanitario e dovrebbero essere estese a tutte le Regioni: in particolare, la rimozione 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 dello Stato aumentando le diseguaglianze regionali, proprio in un momento storico in cui la riorganizzazione dei servizi sanitari legata agli obiettivi 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. In particolare, la direzione impressa alle maggiori autonomie sul sistema tariffario e di rimborso potrebbero determinare ulteriori squilibri tra pubblico e privato accreditato, a vantaggio di quest'ultimo; maggiori autonomie in termini di compartecipazione alla spesa sanitaria potrebbero introdurre ulteriori forme di diseguaglianze sociali; l'autonomia nella determinazione del numero di borse di studio per scuole di specializzazione e medici di famiglia può generare gravi sperequazioni quantitative e qualitative sul personale medico dei servizi sanitari regionali; maggiori autonomie sul sistema di governance delle Aziende sanitarie e degli enti del Servizio Sanitario Regionale rischiano di tradursi in sistemi di gestione aziendale totalmente autonomi, con possibile ulteriore spostamento dell'offerta dal pubblico al privato accreditato. Tutto questo, peraltro, in un momento storico in cui il DM 77/2022 per la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ha definito standard nazionali, imponendo ad alcune Regioni, ad esempio, di re-introdurre i Distretti precedentemente aboliti.
- Alcune istanze avanzate dalla Regione Veneto risultano in netto contrasto con l'impianto stesso del SSN¹⁷⁸. Una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via libera a sistemi assicurativo-mutualistici regionali sganciati dalla, seppur frammentata, normativa nazionale. Inoltre, la richiesta 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 sul ruolo dei sindacati¹⁷⁹.
- La richiesta all'AIFA di valutazioni sull'equivalenza terapeutica appare ragionevole, vista anche la supremazia decisionale riconosciuta all'ente regolatore.
- 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 specifiche.

¹⁷⁸ Geddes Da Filicaia M. L'autonomia differenziata in sanità. Disponibile a: www.saluteinternazionale.info/2022/07/1/autonomia-differenziata-in-sanita. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁷⁹ 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: 30 settembre 2024.

6.5. Considerazioni conclusive

Le analisi della Fondazione GIMBE sulla L. 86/2024 rilevano che le imprevedibili conseguenze delle maggiori autonomie in sanità si inserirebbero in un contesto caratterizzato, oltre che dalla grave crisi di sostenibilità del SSN, da enormi diseguaglianze regionali in termini di adempimenti ai LEA (§ 5.4.2.), di mobilità sanitaria (§ 5.6.), di attuazione della Missione Salute del PNRR (§ 8.4.1.) e soprattutto di aspettativa di vita alla nascita. In sintesi:

- Dagli adempimenti LEA valutati con la griglia LEA nel decennio 2010-2019 emerge che nelle prime 10 posizioni non c'è nessuna Regione del Sud e che Veneto e Lombardia, le Regioni che hanno richiesto maggiori autonomie, si collocano nella "top five" della classifica. Con l'introduzione del NSG, nel 2020 delle 11 Regioni adempienti l'unica del Sud è la Puglia, a cui nel 2021 si aggiungono Abruzzo e Basilicata. Nel 2022 ai primi 10 posti si trovano 6 Regioni del Nord, 4 del Centro e nessuna del Sud. E dal 2020 al 2022 le Regioni del Sud sono ultime tra quelle adempienti.
- Nel 2023 a fronte di un'aspettativa di vita alla nascita di 83,1 anni a livello nazionale, si registrano notevoli differenze regionali: dagli 84,6 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81,4 anni della Campania, un gap di ben 3,2 anni. E in tutte le Regioni del Mezzogiorno l'aspettativa di vita è inferiore alla media nazionale, spia indiretta della bassa qualità dei servizi sanitari regionali (§ 3.2.1.2).
- L'analisi della mobilità sanitaria conferma la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord e la fuga da quelle del Centro-Sud: infatti, nel decennio 2012-2021 14 Regioni, quasi tutte del Centro Sud, hanno accumulato un saldo negativo complessivo di € 14,5 miliardi, mentre Lombardia, e Veneto sono ai primi posti per saldo attivo insieme all'Emilia-Romagna. Nel 2021 su € 4,25 miliardi di valore della mobilità sanitaria, il 93,3% di quella attiva si concentra in Lombardia e Veneto oltre che in Emilia-Romagna, mentre il 76,9% del saldo passivo grava su Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo.
- Il raggiungimento degli obiettivi della Missione Salute del PNRR è rallentato dalle scarse performance delle Regioni del Centro-Sud: dagli over 65 da assistere in ADI (§ 8.3.4) all'attuazione del fascicolo sanitario elettronico (§ 8.4.1); dal numero di strutture (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità) funzionalmente attive (§ 8.3.4), alla dotazione di personale infermieristico, ben al di sotto della media nazionale (§ 8.4.2).

Complessivamente questi dati confermano che in sanità 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, oggi non siamo più di fronte ad un semplice gap Nord-Sud, ma ad una "frattura strutturale" che compromette qualità dei servizi sanitari, equità di accesso, esiti di salute e aspettativa di vita alla nascita, alimentando un imponente flusso di mobilità sanitaria da Sud a Nord. 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 tutte le diseguaglianze già esistenti. Di conseguenza, senza sanare almeno in parte tale "frattura strutturale", senza modificare i criteri di riparto del FSN, senza superare il sistema dei Piani di rientro e dei commissariamenti e senza aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, l'autonomia differenziata rischia di trasformare definitivamente la sanità in un bene pubblico nelle più ricche Regioni del Nord e un bene di consumo nelle altre Regioni.

Considerato che la richiesta della Fondazione GIMBE di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie non è stata accolta dal Governo, né sostenuta con vigore e costanza dalle forze di opposizione in sede di dibattito parlamentare, si ribadiscono le motivazioni che hanno portato a sostenere questa posizione. Non è infatti ammissibile violare il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto alla tutela della salute, legittimando normativamente il divario tra Nord e Sud.

Primo: il SSN attraversa una gravissima crisi di sostenibilità e il sotto-finanziamento costringe anche le Regioni virtuose del Nord a tagliare i servizi e/o ad aumentare le imposte per evitare il Piano di rientro. Guardando alla crescita economica del Paese, all'impatto sulla finanza pubblica del nuovo Patto di Stabilità e Crescita e all'assenza di misure concrete per ridurre evasione fiscale e debito pubblico, non si intravedono risorse né per rilanciare il finanziamento pubblico della sanità, né tantomeno per colmare le diseguaglianze regionali. E con l'autonomia differenziata le Regioni potrebbero trattenere le risorse addizionali del gettito fiscale, che non verrebbe più redistribuito su base nazionale, impoverendo ulteriormente il Mezzogiorno.

Secondo: il Comitato istituito per definire i livelli essenziali delle prestazioni (CLEP) non ha ritenuto necessario assolvere tale compito in materia di tutela della salute, perché esistono già i LEA, ai quali tuttavia non corrisponde alcun fabbisogno finanziario. Infatti, il riparto del FSN, con cui lo Stato trasferisce le risorse alle Regioni, è indipendente dal raggiungimento dei LEA e avviene secondo criteri di popolazione residente, in parte pesata per età. Una pericolosissima scorciatoia rispetto alla necessità di garantire i LEP secondo quanto previsto dalla Carta Costituzionale, perché senza determinare in maniera uniforme i LEP in tutto il territorio nazionale è impossibile ridurre le diseguaglianze tra Regioni. Peraltro, se i capisaldi del federalismo mirano ad affermare il principio di sussidiarietà e a migliorare l'efficienza amministrativa, non dovrebbero compromettere la capacità di redistribuzione del reddito, fondamentale per garantire a tutta la popolazione il diritto alla tutela della salute ed eliminare gli ostacoli presenti nei territori più svantaggiati.

Terzo: in sanità il gap tra Nord e Sud configura ormai una "frattura strutturale": alla maggior parte dei residenti al Sud non sono garantiti nemmeno i LEA, alimentando il fenomeno della mobilità sanitaria verso le Regioni del Nord. Di conseguenza è impossibile, come spesso dichiarato, che le maggiori autonomie in sanità possano ridurre le diseguaglianze esistenti.

Quarto: le maggiori autonomie già richieste da Lombardia e Veneto ne potenzieranno le performance sanitarie e, al tempo stesso, indeboliranno ulteriormente quelle delle Regioni del Sud, incluse quelle a statuto speciale. Alcuni esempi: la maggiore autonomia in termini di contrattazione del personale provocherà una fuga dei professionisti sanitari verso le Regioni più ricche in grado di offrire condizioni economiche più vantaggiose, impoverendo ulteriormente il capitale umano di quelle del Mezzogiorno; l'autonomia nella definizione del numero di borse di studio per scuole di specializzazione e medici di medicina generale determinerà una dotazione asimmetrica di specialisti e medici di famiglia; le maggiori autonomie sul sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione rischiano di sovvertire sistemi informativi e strumenti di governance del SSN aumentando le diseguaglianze nell'offerta dei servizi e favorendo l'avanzata del privato.

Quinto: l'ulteriore indebolimento dei servizi sanitari nel Mezzogiorno rischia di generare un effetto boomerang sulle Regioni del Nord. Infatti, a causa della crisi di sostenibilità del SSN oggi neppure le ricche Regioni settentrionali possono aumentare la produzione sanitaria oltre

un certo limite. Di conseguenza un ulteriore incremento della mobilità verso queste Regioni rischia di peggiorare l'assistenza sanitaria per i propri residenti. In tal senso la "spia rossa" si è già accesa in Lombardia che nel 2021 si trova sì al primo posto per mobilità attiva (€ 732,5 milioni), ma anche al secondo posto per mobilità passiva (-€ 461,4 milioni): ovvero un numero molto elevato di cittadini lombardi va a curarsi fuori Regione.

Sesto: nonostante gli entusiastici proclami sui vantaggi delle maggiori autonomie anche per le Regioni del Sud, è certo che in sanità non possono esistere affatto per una ragione molto semplice. Tutte le Regioni del Mezzogiorno (eccetto Basilicata e Sardegna) si trovano insieme al Lazio in regime di Piano di rientro, con Calabria e Molise addirittura commissariate. Status che, imponendo la "paralisi" nella riorganizzazione dei servizi, rende impossibile avanzare qualsiasi richiesta di maggiori autonomie in sanità.

Settimo: il PNRR, sottoscritto dall'Italia e con il quale abbiamo indebitato le future generazioni, persegue il riequilibrio territoriale e il rilancio del Sud come priorità trasversale a tutte le missioni. In tal senso, l'impianto normativo del DdL Calderoli contrasta proprio il fine ultimo del PNRR, che dovrebbe costituire al contrario un'opportunità per rilanciare il Mezzogiorno, accompagnando il processo di convergenza tra Sud e Centro-Nord quale obiettivo di crescita economica, come più volte ribadito nelle raccomandazioni della Commissione Europea.

Quel che è certo, al di là di slogan accattivanti e illusori proclami in sede di presentazione e approvazione della norma, è che l'autonomia differenziata non potrà mai ridurre le diseguaglianze in sanità, perché renderà le Regioni del Centro-Sud sempre più dipendenti dalle ricche Regioni del Nord. Queste ultime a loro volta rischiano, paradossalmente, di peggiorare la qualità dell'assistenza sanitaria per i propri residenti. In altri termini l'autonomia differenziata per la materia "tutela della salute" non solo affonderà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, ma darà anche il colpo di grazia al SSN, causando un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti.

CAPITOLO 7

Il personale sanitario

Le analisi sul personale sanitario sono rese complesse dalla disponibilità di numerose fonti nazionali e internazionali che forniscono dati in parte sovrapponibili e in parte complementari e presentano diversi livelli di dettaglio. Di conseguenza, nel presente capitolo vengono innanzitutto analizzati i contenuti e le difformità tra le fonti istituzionali nazionali, successivamente confrontate con il database dell'OCSE, il riferimento per i benchmark internazionali. Viene quindi scattata una “fotografia statica” della distribuzione del personale dipendente, con focus su medici e infermieri, analizzando le differenze tra Regioni e paesi OCSE. Infine, vengono presentate valutazioni dettagliate su medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), inclusa la stima di carenze e fabbisogni. Per tutte le analisi effettuate, l'anno di riferimento è il 2022.

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

7.1. Fonti dati

7.1.1. Fonti nazionali

Conto Annuale Ragioneria Generale dello Stato (CA-RGS)¹⁸⁰. Include solo il personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni a cui si applica il CCNL del comparto sanità, indipendentemente dal tipo di ente in cui presta servizio. Per l'anno 2022 il Conto Annuale (CA) riporta 681.855 unità di personale dipendente¹⁸¹, così ripartite per macro-categoria (tabella 7.1).

Macro-categoria	N°
Personale non dirigente	548.283
Dirigenti sanitari*	127.663
Dirigenti Professionali, Tecnici e Amministrativi	5.040
Altro personale	869
Totale	681.855
*Medici, odontoiatri, veterinari	

Tabella 7.1. Personale dipendente per macro-categoria (dati RGS, anno 2022)

¹⁸⁰ Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Conto annuale 2022. Disponibile a: <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/web/sicosito/occupazione>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁸¹ 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: 30 settembre 2024.

In quanto legato al CCNL del comparto sanità il CA-RGS include dipendenti che lavorano prevalentemente nelle strutture del SSN, ma anche in altri enti (tabella 7.2).

Tipologia Istituzione	N°
Aziende Sanitarie	615.978
Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	31.804
Policlinici Universitari	15.243
Agenzie per la Protezione dell'Ambiente	8.226
Istituti Zooprofilattici Sperimentali	3.766
Ex IPAB*	3.376
Altri Enti	1.725
Altri Enti regionali	1.411
Consorzi, associazioni, comprensori	184
Agenzie	142
Totale	681.855
*Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza	

Tabella 7.2. Personale dipendente per tipologia di istituzione (dati RGS, anno 2022)

Il CA-RGS permette inoltre di estrarre i dati per categoria professionale (tabella 7.3).

Categoria professionale	N°
Personale infermieristico	283.939
Profili ruolo tecnico	126.695
Medici	107.772
Profili ruolo amministrativo	65.330
Personale tecnico sanitario	38.289
Personale funzioni riabilitative	21.286
Personale vigilanza e ispezione	10.809
Psicologi	5.306
Veterinari	4.980
Biologi	4.277
Farmacisti	3.291
Dir. ruolo amministrativo	2.637
Profili ruolo ricerca sanitaria	1.649
Dir. ruolo professionale	1.446
Dir. ruolo tecnico	957
Fisici	811
Direttori generali	788
Dirigenti professioni sanitarie	703
Chimici	376
Profili ruolo professionale	286
Odontoiatri	147
Personale contrattista	81
Totale	681.855

Tabella 7.3. Personale dipendente per categoria professionale (dati RGS, anno 2022)

Infine, il CA-RGS permette di analizzare la distribuzione del personale dipendenti per Regione (tabella 7.4).

Regione	Personale
Lombardia	104.495
Emilia-Romagna	67.949
Veneto	63.292
Piemonte	55.136
Toscana	54.976
Lazio	48.502
Campania	47.404
Sicilia	43.262
Puglia	38.892
Liguria	23.825
Sardegna	21.084
Friuli Venezia Giulia	20.609
Marche	19.700
Calabria	17.841
Abruzzo	14.400
Umbria	11.787
Prov. Aut. di Bolzano	8.991
Prov. Aut. di Trento	8.326
Basilicata	6.452
Molise	2.794
Valle D'Aosta	2.138

Tabella 7.4. Personale dipendente per Regione (dati RGS, anno 2022)

Parametrando le unità di personale sanitario a 1.000 abitanti, sulla base della popolazione ISTAT al 1° gennaio 2023 (figura 7.1), emergono due considerazioni:

- nelle prime 5 posizioni si collocano le Regioni e Province autonome a statuto speciale di più piccole dimensioni: Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano;
- tutte le Regioni in Piano di rientro (tra cui Calabria e Molise, attualmente commissariate) si trovano al di sotto della media nazionale, insieme alla Lombardia.

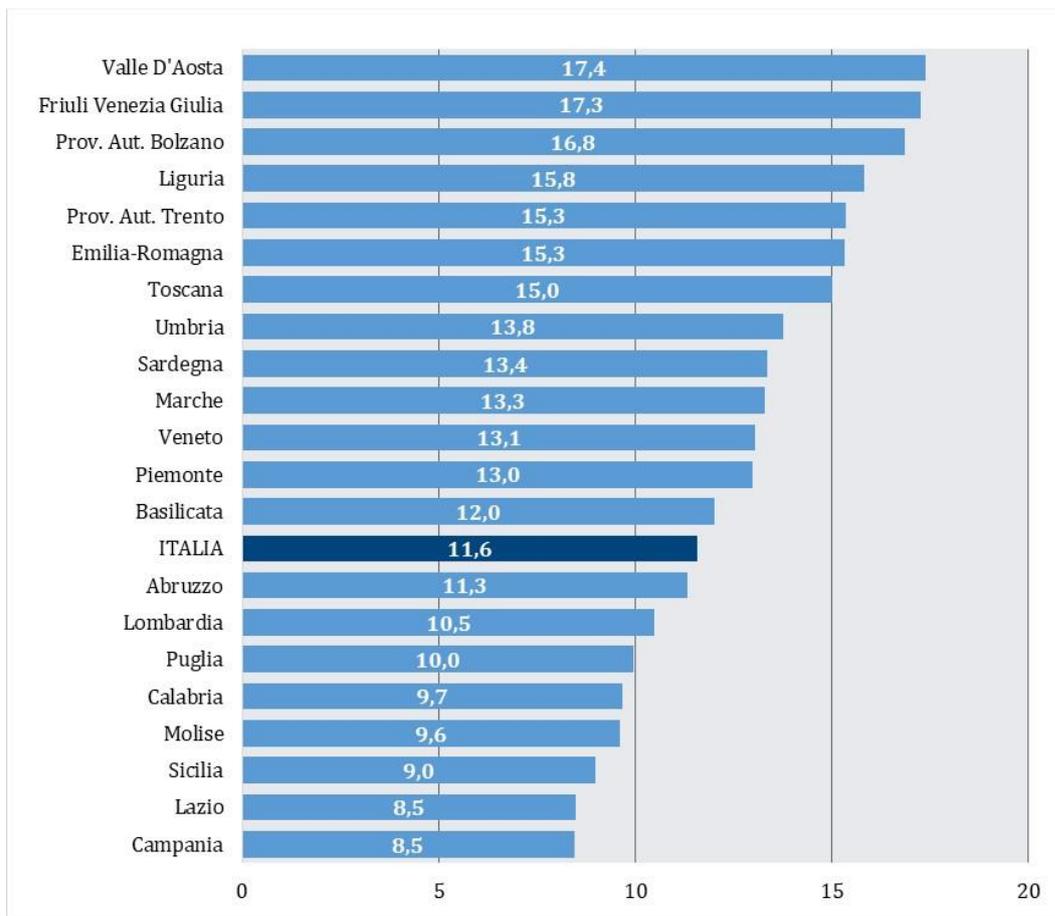


Figura 7.1. Personale dipendente per 1.000 abitanti per Regione (dati RGS, anno 2022)

Ministero della Salute (Mds). Si è fatto riferimento al report pubblicato il 16 aprile 2024 dalla Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e delle Statistica, riferito all'anno 2022 (di seguito "report del Mds")¹⁸². Il Ministero della Salute pubblica anche il rapporto "Il personale del sistema sanitario italiano"¹⁸³, che offre maggiori dettagli: tuttavia, alla data di pubblicazione del presente Rapporto, l'ultima edizione disponibile è quella pubblicata nel 2023 su dati relativi al 2021.

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 dell'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.

¹⁸² 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 2022. Roma, 16 aprile 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3434_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁸³ 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 2021. Roma, agosto 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3404_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Il report del MdS viene elaborato attraverso l'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.).

Le singole tabelle del report del MdS sono state utilizzate per aggregare le unità di personale secondo la tipologia di struttura e di contratto: dipendenti del SSN, dipendenti delle strutture equiparate alle pubbliche, personale universitario e personale contrattualizzato con "altro rapporto" (tabella 7.5).

Cod.	Struttura	Totale	Dipendenti SSN	Dipendenti strutture equiparate	Universitari	Altro rapporto di lavoro
S1	Aziende sanitarie locali (ASL)	412.163	411.673	-	490	-
A	Strutture di ricovero pubbliche ed equiparate					
A.1	Aziende Ospedaliere	141.689	140.421	-	1.268	-
A.2	Ospedali a gestione diretta delle ASL ^a	-	-	-	-	-
A.3	Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) e policlinici universitari privati					
A.3.1	AOU integrate con il SSN	22.479	17.336	-	5.143	-
A.3.2	AO integrate con l'Università	57.790	55.852	-	1.938	-
A.3.3	Policlinici universitari privati	6.240	-	6.044	-	196
A.4	Strutture di ricovero equiparate alle pubbliche					
A.4.1.1	IRCCS ^b privati	32.109	-	26.769	-	5.340
A.4.1.2	IRCCS ^b pubblici	32.155	-	31.521	-	634
A.4.2	Ospedali classificati	16.020	-	14.446	-	1.574
A.4.3	Istituti qualificati presidi delle ASL	5.428	-	4.647	-	781
A.4.4	Enti di ricerca	1.096	-	1.025	-	71
Totale		727.169	625.282	84.452	8.839	8.596
^a Le 249.357 unità di personale sono ricomprese nella voce S1 "Aziende sanitarie locali"						
^b Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico						

Tabella 7.5. Unità di personale secondo la classificazione del Ministero della Salute (anno 2022)

Complessivamente il report del MdS riporta 727.169 unità di personale (figura 7.2) di cui 625.282 dipendenti del SSN (86%), 84.452 dipendenti delle strutture equiparate a quelle pubbliche (11,5%), 8.839 universitari (1,2%) e 8.596 con altro rapporto di lavoro (1,2%).

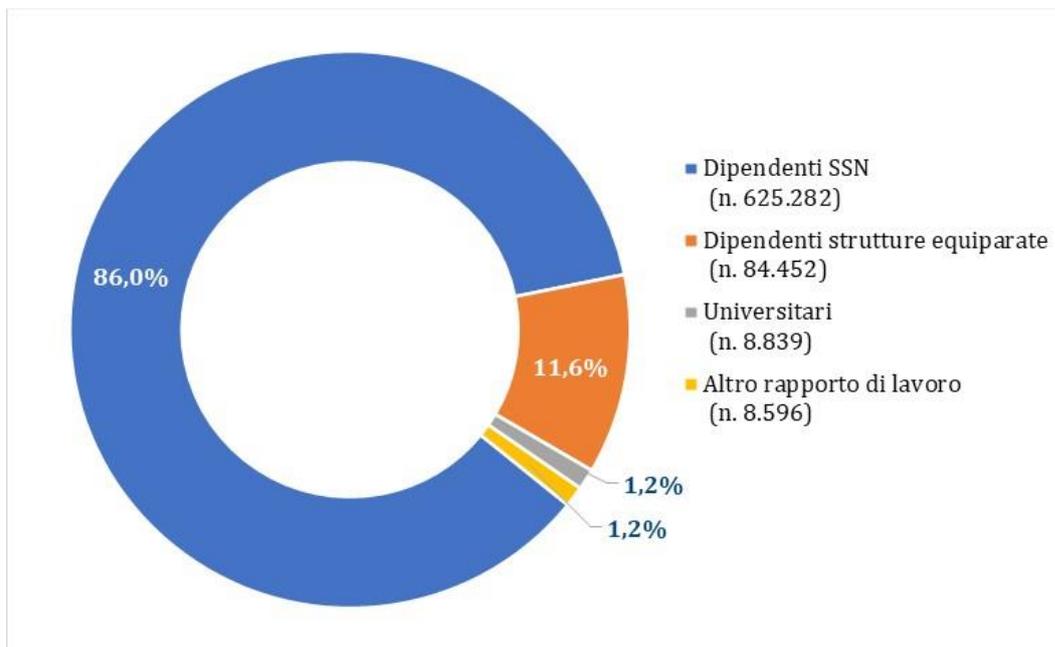


Figura 7.2. Unità di personale secondo la classificazione del Ministero della Salute (anno 2022)

Rispetto al personale dipendente del SSN, il report del MdS riporta 56.573 unità in meno del CA della RGS. Tuttavia, indipendentemente dalla differenza quantitativa, il CA della RGS e il report del MdS si riferiscono a unità di personale in larga parte sovrapponibili e in parte complementari (figura 7.3).

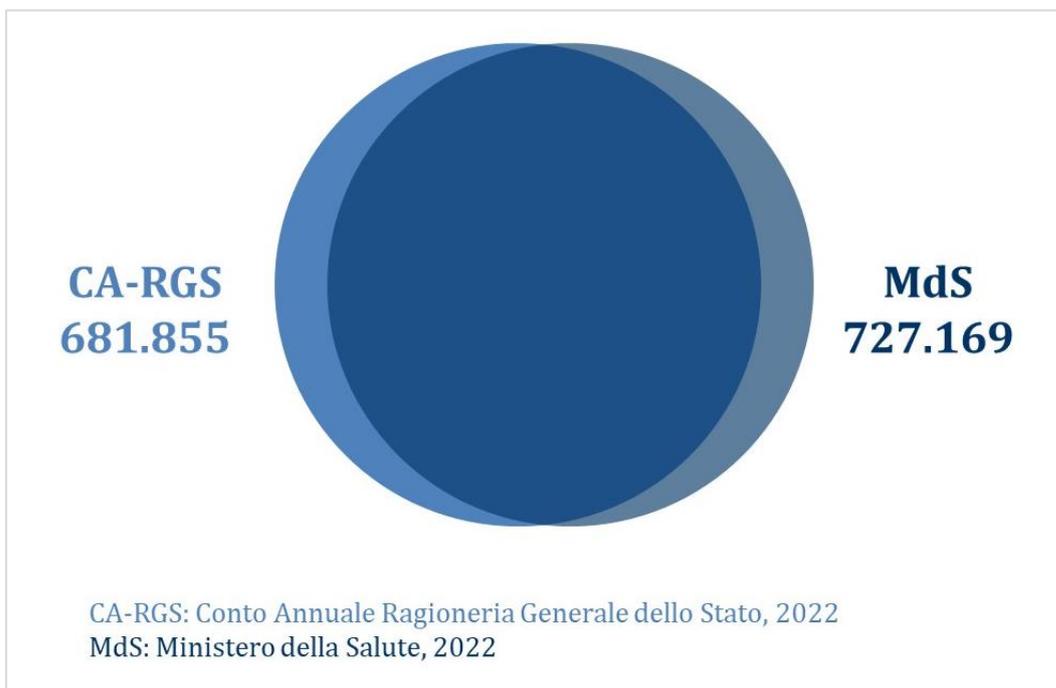


Figura 7.3. Unità di personale dipendente del SSN, anno 2022 (dati da RGS e MdS)

ISTAT. Riporta il personale in attività nel sistema sanitario pubblico e privato per professione e specialità, identificando il numero di MMG e PLS. I dati ISTAT¹⁸⁴ vengono forniti annualmente agli organismi internazionali (Eurostat, OECD, WHO) nell'ambito *del Joint Questionnaire on non-monetary health data* (tabella 7.6).

Professione	N°
Medici	249.869
Medici specialisti ^a	202.616
Medici generalisti	47.253
Medici di medicina generale (MMG)	39.366
Altri medici generalisti (esclusi MMG)	7.887
Odontoiatri	52.559
Ostetriche	17.863
Professioni infermieristiche	384.882
Farmacisti	80.018
^a Di cui 6.962 PLS	

Tabella 7.6. Personale in attività nel sistema sanitario pubblico e privato per professione e specialità (dati ISTAT, anno 2022)

Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC). Per il personale convenzionato si è fatto riferimento ai dati ISTAT e agli aggiornamenti SISAC¹⁸⁵ 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 2023¹⁸⁶.

7.1.2. Fonti internazionali

L'*OECD Data Explorer*¹⁸⁷ 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 i professionisti (es. report del MdS). Di conseguenza, i benchmark internazionali che utilizzano questo database devono tener conto di questi limiti, in particolare del gap tra il numero di medici e infermieri riportato dall'OCSE e di quelli che lavorano nel SSN e nelle strutture equiparate. Infatti, a fronte dei 249.869 medici riportati dall'OCSE, il CA della RGS ne riporta 107.772 (43,1%) e il report del MdS ne indica 124.296 (49,7%), di cui 101.827 dipendenti del SSN. Per gli infermieri, a fronte dei 384.882 riportati dall'OCSE, il CA della RGS ne riporta 283.939 (73,8%) e il report del MdS ne indica 302.811 (78,7%), di cui 268.013 dipendenti del SSN. Questi gap inevitabilmente si

¹⁸⁴ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Salute e sanità. Servizi sanitari e loro ricorso. Personale sanitario 2022. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.Z0810HEA.1.0/HEA_SERVICES/IT1.43_973_DF_DCIS_PERS_SANI_T_1.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁸⁵ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Numero medici al 1° gennaio 2023. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁸⁶ Associazione Italiana Ospedalità Privata - AIOP. 21° Rapporto Ospedali & Salute. Roma, marzo 2023. Disponibile a: <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/1113/982/6284>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁸⁷ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Healthcare resources and equipment. Last updated July 23, 2024. Disponibile a: [https://data-explorer.oecd.org/?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20resources%20and%20equipment%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=20](https://data-explorer.oecd.org/?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20resources%20and%20equipment%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=20). Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

riflettono sul rapporto infermieri/medici. Le tabelle 7.7 e 7.8 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,b}	202.616	-	-	202.616	-	-
Medici di Medicina Generale (MMG)	39.366	-	-	39.366	37.860	-
Altri medici generalisti	7.887	-	-	7.887	-	-
Dipendenti con CCNL sanità	-	-	107.772	-	-	-
Dipendenti del SSN	-	101.827	-	-	-	-
Dipendenti delle strutture equiparate al SSN	-	22.469	-	-	-	-
Specialisti convenzionati con il SSN	-	-	-	-	14.197	-
Pediatri di libera scelta (PLS) ^b	-	-	-	-	6.681	-
Dipendenti strutture associate AIOP	-	-	-	-	-	4.878
Personale non dipendente strutture associate AIOP	-	-	-	-	-	7.517
TOTALE	249.869	124.296	107.772	249.869	58.738	12.395
^a i medici iscritti alle scuole di specializzazione sono inclusi tra gli specialisti						
^b 6.962 PLS sono inclusi da OCSE e ISTAT tra i Medici specialisti						

Tabella 7.7. Medici: confronto tra le fonti analizzate (anno 2022)

Infermieri	OCSE	MdS	RGS	ISTAT	AIOP
Infermieri	384.882	-	-	384.882	-
Dipendenti con CCNL sanità	-	-	283.939	-	-
Dipendenti del SSN	-	268.013	-	-	-
Dipendenti delle strutture equiparate al SSN	-	34.828	-	-	-
Dipendenti di strutture associate AIOP	-	-	-	-	21.422
Personale non dipendente strutture associate AIOP ^a	-	-	-	-	4.951
TOTALE	384.882	302.841	283.939	384.882	26.373
^a Il dato include tutto il personale non medico					

Tabella 7.8. Infermieri: confronto tra le fonti analizzate (anno 2022)

Questi dati permettono di identificare un gap rilevante tra il numero dei medici riportato dall'OCSE (n. 249.869) e la reale "forza lavoro" del SSN (n. 195.429): medici dipendenti, convenzionati (MMG, PLS e specialisti convenzionati) e che lavorano nelle strutture private accreditate. La differenza di 54.440 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. 384.882) e i dipendenti del SSN e delle strutture private convenzionate (n. 324.263) è superiore in valore assoluto (60.619 professionisti), ma percentualmente inferiore (15,8% del totale).

7.2. Personale dipendente

Per analizzare i dati sul personale sanitario il presente Rapporto fa riferimento ai dati del Ministero della Salute¹⁸⁸ per le analisi a livello nazionale e all'*OECD Data Explorer*¹⁸⁹ 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 2022 secondo la classificazione del MdS il personale dipendente ammonta a 727.169 unità, con una composizione così strutturata: il 72% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,6%, 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 7.4).

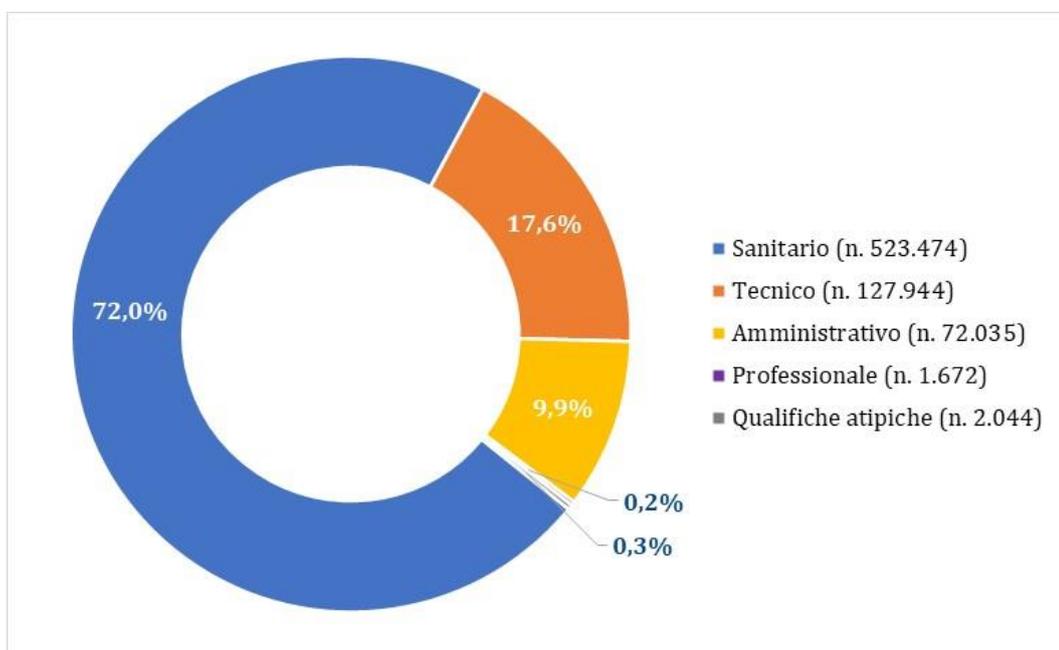


Figura 7.4. Personale dipendente per ruolo (dati MdS, anno 2022)

Nel ruolo sanitario il 57,9% è costituito da personale infermieristico, il 23,7% da medici (inclusi 380 odontoiatri) e il 18,4% da altri professionisti sanitari: dirigenti delle professioni sanitarie, personale tecnico-sanitario, personale con funzioni riabilitative, personale di vigilanza e ispezione (figura 7.5).

¹⁸⁸ 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 2022. Roma, 16 aprile 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3348_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

¹⁸⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Healthcare resources and equipment. Last updated July 23, 2024. Disponibile a: [https://data-explorer.oecd.org/?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20resources%20and%20equipment%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=20](https://data-explorer.oecd.org/?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20resources%20and%20equipment%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=20). Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

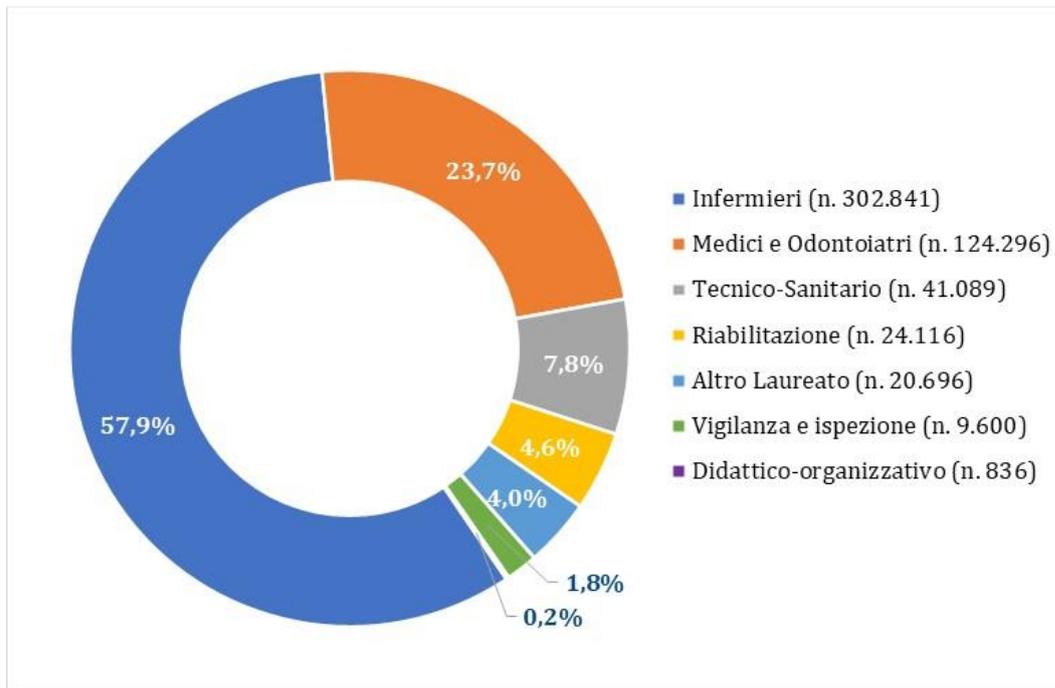


Figura 7.5. Personale dipendente per ruolo sanitario (dati Mds, anno 2022)

Il Ministero della Salute non rende disponibili i report relativi agli anni 2014 e 2015: di conseguenza non è possibile ricostruire il trend per stimare le dinamiche del personale nel decennio 2012-2021, per le quali si è fatto riferimento esclusivamente al CA della RGS¹⁹⁰.

Dal 2012 al 2016 la sanità ha registrato un calo costante di personale, perdendo quasi 25.000 addetti, per poi stabilizzarsi negli anni 2016-2019, attestandosi 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 2019-2022 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 2022 il comparto della sanità ha superato il valore del 2012 (+0,4%) (figura 7.6).

¹⁹⁰ 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: 30 settembre 2024.

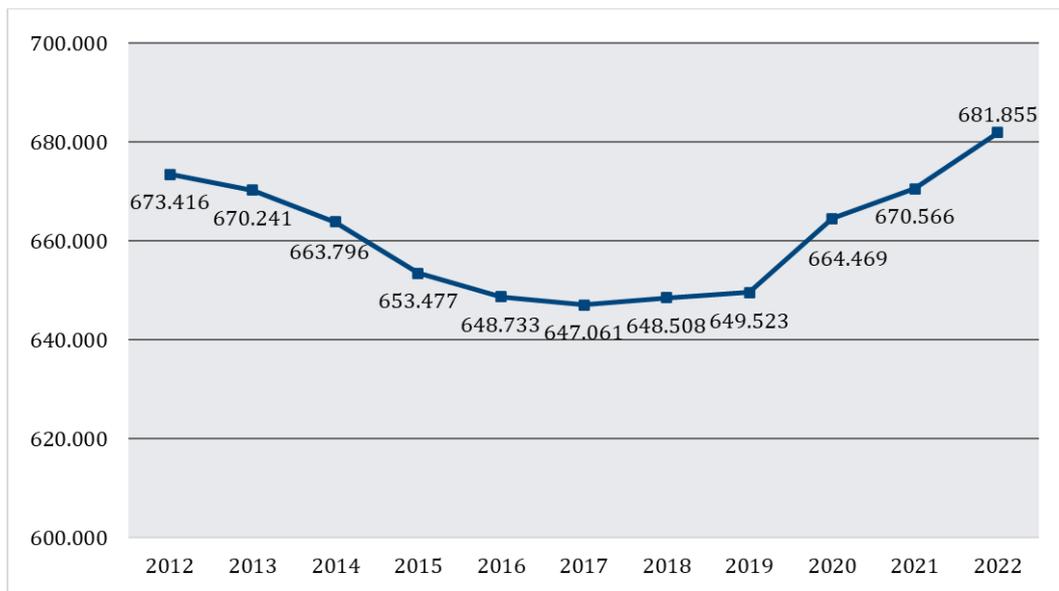


Figura 7.6. Personale dipendente con CCNL sanità (dati RGS, anno 2022)

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. Anche nel periodo 2020-2021, gli aumenti percentuali restano inferiori nelle Regioni soggette ai Piani di rientro. Tuttavia, nel 2022, mentre il tasso di variazione del personale nelle Regioni non in Piano di rientro rimane pressoché costante, nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro si registra una crescita significativa, con un incremento quasi doppio rispetto a quello delle altre Regioni.

7.2.1. Medici e infermieri dipendenti

Medici. Secondo il Ministero della Salute, nel 2022 sono complessivamente 124.296 i medici che lavorano nelle strutture sanitarie: 101.827 dipendenti del SSN e 22.469 dipendenti delle strutture equiparate al SSN. Prendendo a riferimento la popolazione ISTAT al 1° gennaio 2023, la media nazionale è di 2,11 medici per 1.000 abitanti, con un range che varia da 1,80 della Campania a 2,64 della Sardegna, con un gap del 46,6% (figura 7.7).

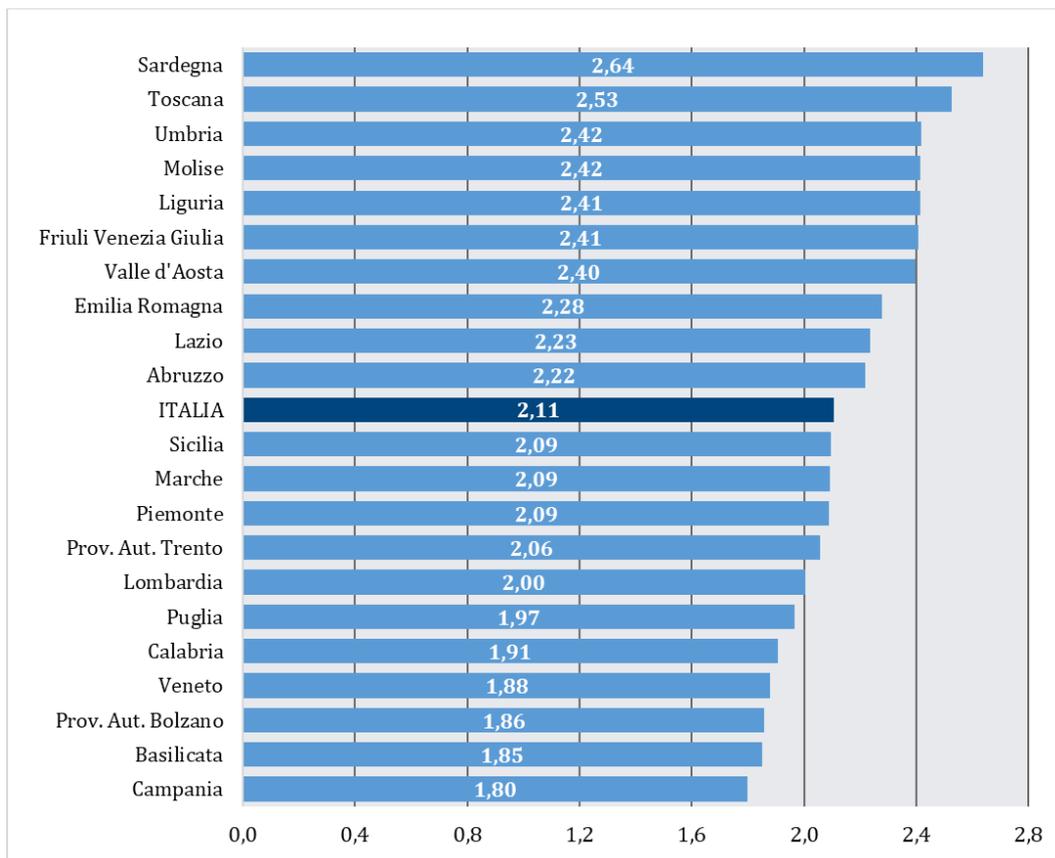


Figura 7.7. Medici dipendenti per 1.000 abitanti per Regione (dati Mds, anno 2022)

Contratti di formazione specialistica. I risultati delle assegnazioni del concorso 2024 rese note lo scorso 26 settembre si confermano un “disastro annunciato”¹⁹¹. Prendendo in considerazione i soli contratti statali (n. 14.576), ne sono stati assegnati 11.032 (76%), un numero destinato a diminuire per le successive mancate immatricolazioni. Ma soprattutto, a fronte di specializzazioni molto ambite che raggiungono il 100% delle assegnazioni, si conferma il mancato interesse per altre specialità fondamentali per il buon funzionamento del SSN: anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore si ferma al 61%, chirurgia generale al 52%, anatomia patologica al 47%. Vi sono poi specialità ormai completamente “desertate”: medicina d’emergenza-urgenza (30%), medicina nucleare (28%) medicina e cure palliative (23%), le specialità di laboratorio (15% patologia clinica e biochimica clinica, 11% microbiologia) e radioterapia (18%) (tabella 7.9).

¹⁹¹ Associazione Liberi Specializzandi (ALS), Anaaio Giovani. Articolo “Un disastro annunciato. Non assegnato il 25% delle borse. E per emergenza-urgenza meno di una su tre”. Disponibile a: www.anaao.it/content.php?cont=41225. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Scuola di Specializzazione	N. di contratti disponibili	N. di contratti assegnati	% assegnazione
Pediatria	813	813	100%
Radiodiagnostica	640	640	100%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	570	570	100%
Ginecologia ed Ostetricia	516	516	100%
Neurologia	320	320	100%
Malattie dell'apparato respiratorio	251	251	100%
Neuropsichiatria infantile	217	217	100%
Oftalmologia	215	215	100%
Malattie dell'apparato digerente	206	206	100%
Endocrinologia e malattie del metabolismo	195	195	100%
Medicina del lavoro	191	191	100%
Otorinolaringoiatria	185	185	100%
Medicina legale	150	150	100%
Dermatologia e venereologia	120	120	100%
Reumatologia	115	115	100%
Neurochirurgia	110	110	100%
Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	101	101	100%
Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	84	84	100%
Allergologia ed immunologia clinica	73	73	100%
Chirurgia pediatrica	55	55	100%
Chirurgia maxillo-facciale	53	53	100%
Medicina termale	3	3	100%
Scienza dell'alimentazione	60	59	98%
Ortopedia e traumatologia	472	461	98%
Chirurgia vascolare	111	108	97%
Psichiatria	525	508	97%
Oncologia medica	306	285	93%
Cardiochirurgia	91	82	90%
Medicina fisica e riabilitativa	333	295	89%
Urologia	250	220	88%
Ematologia	204	172	84%
Medicina interna	808	653	81%
Geriatrics	378	282	75%
Audiologia e foniatra	35	24	69%
Genetica medica	73	50	68%
Igiene e medicina preventiva	552	374	68%
Malattie infettive e tropicali	244	164	67%
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore	1.548	938	61%
Chirurgia generale	696	362	52%
Anatomia patologica	176	88	50%
Nefrologia	338	167	49%
Chirurgia toracica	88	43	49%
Medicina d'emergenza-urgenza	999	304	30%
Medicina nucleare	88	25	28%
Statistica sanitaria e biometria	48	13	27%
Medicina e cure palliative	161	37	23%
Medicina di comunità e delle cure primarie	119	25	21%
Radioterapia	166	31	19%
Farmacologia e tossicologia clinica	115	20	17%
Patologia clinica e biochimica clinica	297	46	15%
Microbiologia e virologia	112	13	12%
TOTALE	14.576	11.032	76%

Tabella 7.9. Contratti di Scuola di Specializzazione Medica assegnati al 26 settembre 2024

Infermieri. Secondo il Ministero della Salute, nel 2022 sono complessivamente 302.841 gli infermieri che lavorano nelle strutture sanitarie: 268.013 dipendenti del SSN e 34.828 dipendenti delle strutture equiparate al SSN. Prendendo a riferimento la popolazione ISTAT al 1° gennaio 2023, la media nazionale è di 5,13 per 1.000 abitanti, con un range che varia da 3,83 della Campania a 7,01 della Liguria, con un gap dell'83% (figura 7.8). Fatta eccezione per il Molise, le Regioni in Piano di rientro si collocano tutte sotto la media nazionale, dimostrando che la "stretta" sul personale ha colpito più il personale infermieristico che quello medico.

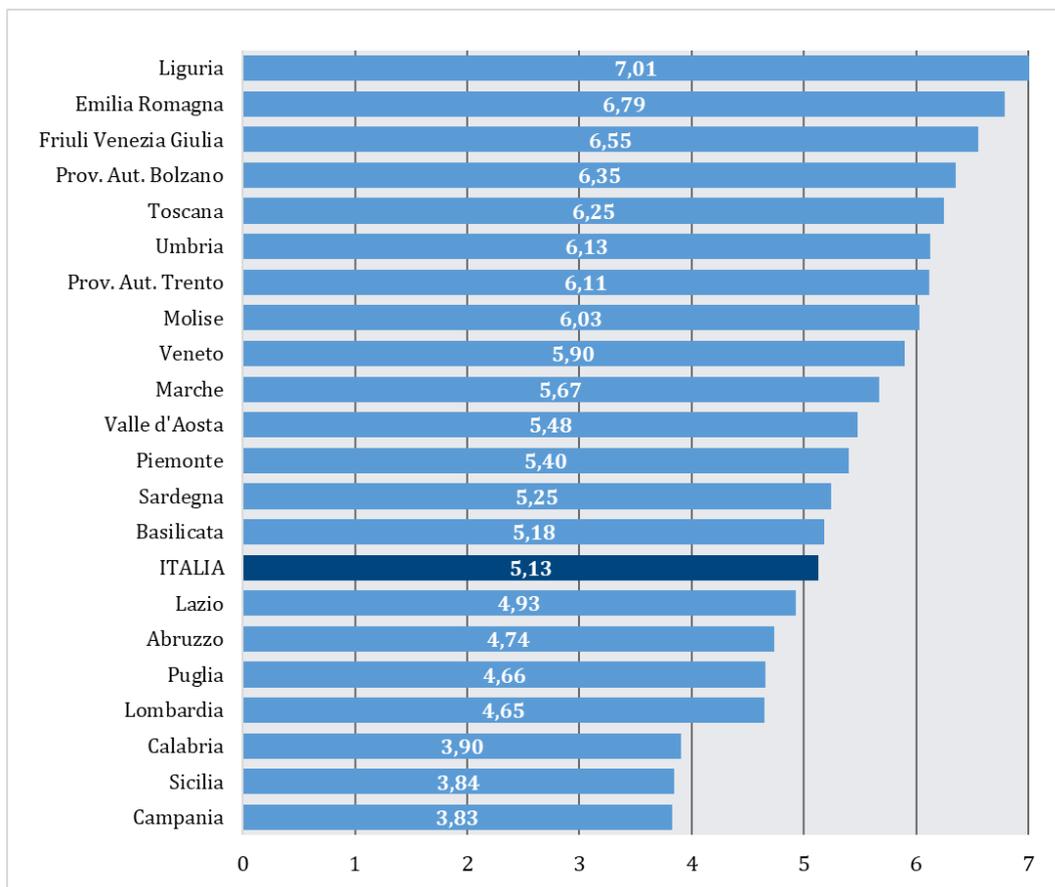


Figura 7.8. Infermieri dipendenti per 1.000 abitanti per Regione (dati MdS, anno 2022)

Rapporto infermieri/medici. Secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2022 il rapporto nazionale infermieri/medici tra il personale dipendente è di 2,44, con un range che varia da 1,84 della Sicilia a 3,42 della Provincia autonoma di Bolzano, con un gap dell'85,9% (figura 7.9).

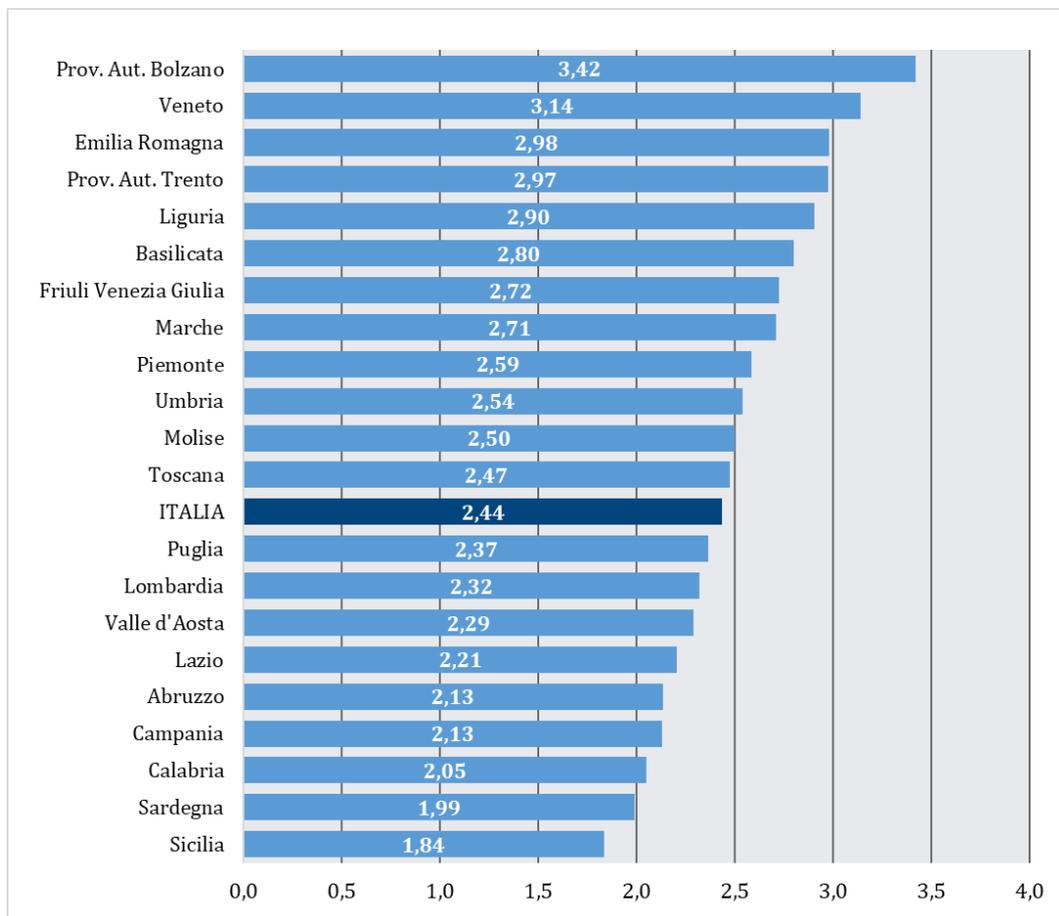


Figura 7.9. Rapporto infermieri/medici dipendenti per Regione (dati MdS, anno 2022)

Se nel calcolo del rapporto nazionale infermieri/medici si aggiungono ai medici dipendenti (n. 124.296) i 58.738 medici convenzionati, il rapporto scende da 2,44 a 1,65, allineandosi sostanzialmente al dato OCSE (§ 7.2.3).

7.2.2. Benchmark internazionali

Utilizzando l'*OECD Data Explorer*¹⁹², aggiornato al 23 luglio 2024, sono stati analizzati i dati relativi a medici e infermieri per 100.000 abitanti, alla retribuzione (espressa in \$ pro-capite a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto) e al numero di laureati. I dati italiani sono stati confrontati sia con quelli dei singoli paesi dell'area OCSE, sia con la media OCSE e con la media dei paesi europei (media EU), definiti come quelli appartenenti all'area OCSE e membri dell'Unione Europea. Da rilevare che i dati non sono disponibili per tutti i paesi OCSE.

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.

7.2.2.1. Numero di medici e infermieri

Medici. In Italia i medici per 1.000 abitanti sono pari a 4,2, un dato superiore sia alla media OCSE di 3,7 che alla media EU di 3,9 (figura 7.10), collocando l'Italia in 11^a posizione tra i 31 paesi OCSE che forniscono il dato.

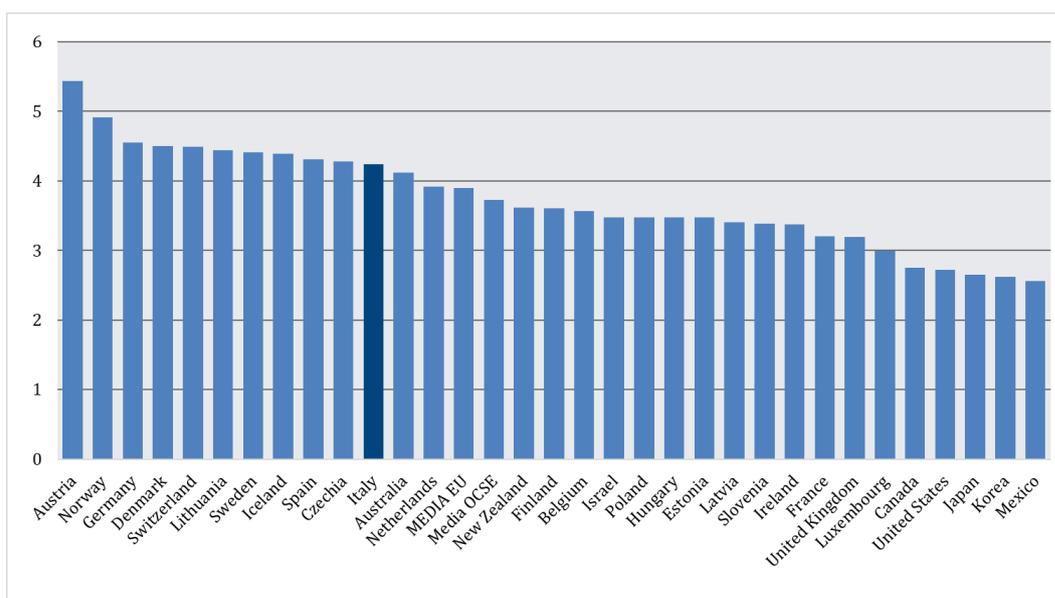


Figura 7.10. Medici per 1.000 abitanti (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

Infermieri. In Italia gli infermieri per 1.000 abitanti sono pari 6,5, un dato nettamente inferiore sia alla media OCSE di 9,8 che alla media EU di 9 (figura 7.11). In Europa dopo il nostro Paese si collocano solo Spagna (6,2), Polonia (5,7), Ungheria (5,5), Lettonia (4,2) e Grecia (3,9). La Germania (12) dispone di quasi il doppio degli infermieri dell'Italia e la Svizzera (18,5) quasi il triplo.

¹⁹² Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Healthcare resources and equipment. Last updated July 23, 2024. Disponibile a: [https://data-explorer.oecd.org/?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20resources%20and%20equipment%23HEA.RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=20](https://data-explorer.oecd.org/?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20resources%20and%20equipment%23HEA.RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=20). Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

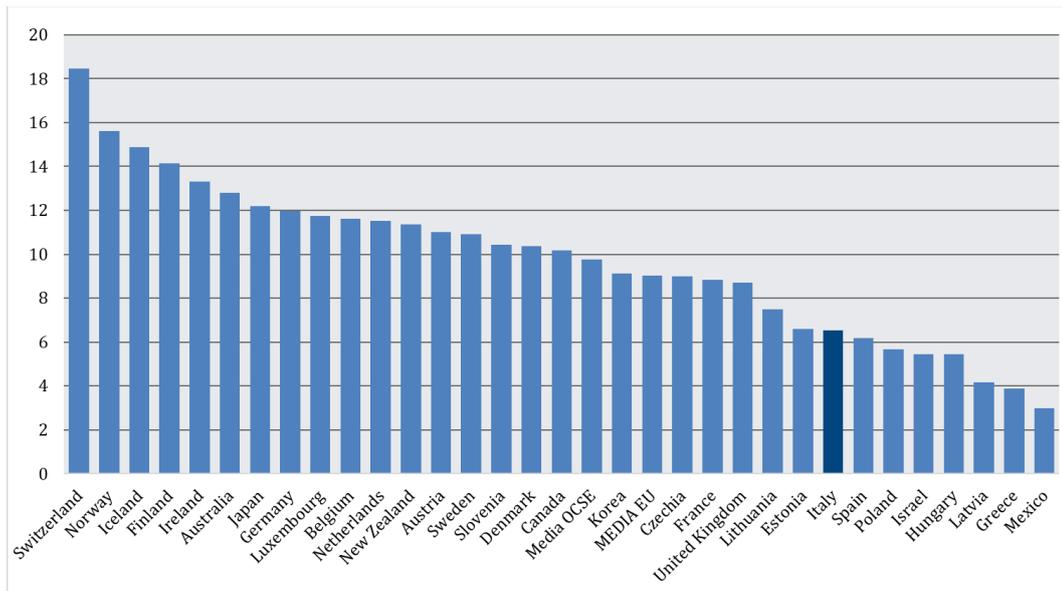


Figura 7.11. Infermieri per 1.000 abitanti (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

Rapporto infermieri/medici. Il rapporto infermieri/medici in Italia è pari a 1,5 (figura 7.12), un dato nettamente inferiore sia alla media OCSE (2,6) che alla media EU (2,4), che in Europa ci colloca solo davanti Spagna (1,4) e Lettonia (1,2).

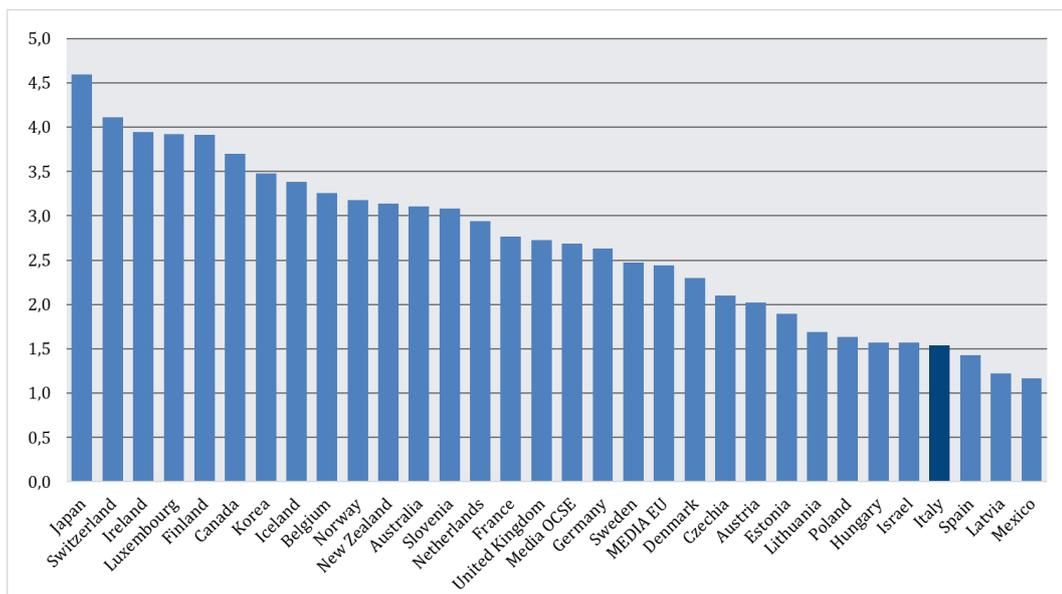


Figura 7.12. Rapporto infermieri/medici anno 2022 (o più recente disponibile)

7.2.2.2. Retribuzioni

Retribuzioni dei medici specialisti. Nel database OCSE, il dato relativo all'Italia è disponibile solo per i medici specialisti dipendenti (non per i MMG) ed è espresso in termini di retribuzione lorda. A parità di potere di acquisto per i consumi privati, il valore per l'Italia è di \$ 116.484 (figura 7.13), un dato inferiore sia alla media OCSE (\$ 127.137) che alla media EU (\$ 123.649). Questo valore è simile a quello della Francia (\$ 118.648), ma nettamente inferiore rispetto ad altri paesi europei come l'Olanda (\$ 210.730) e la Germania (\$ 207.397).

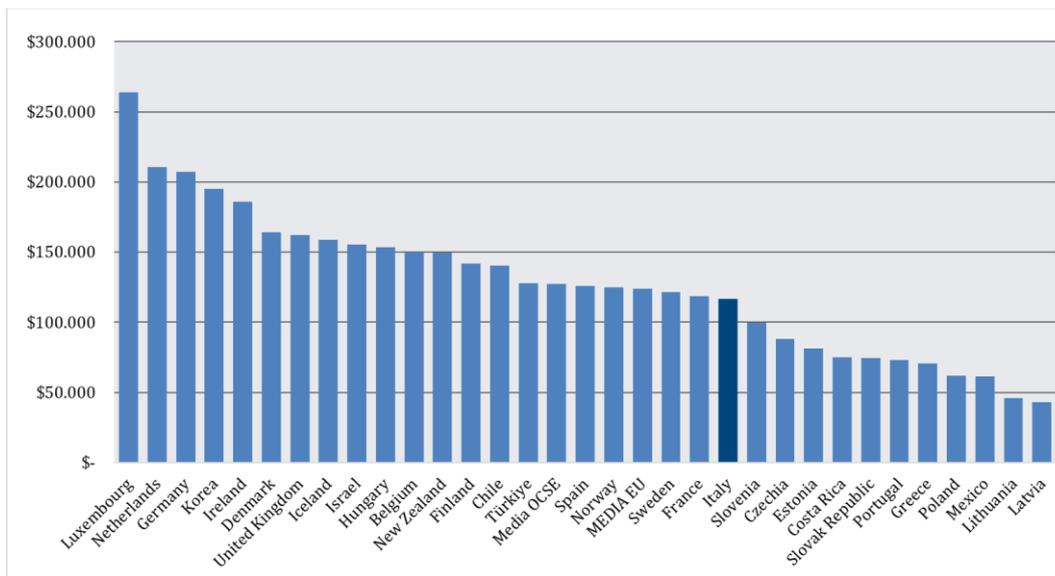


Figura 7.13. Retribuzione dei medici specialisti in \$ a parità di potere di acquisto per consumi privati (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

Retribuzioni degli infermieri ospedalieri. Per quanto riguarda la retribuzione, nel database OCSE il dato relativo all'Italia 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 \$ 48.931 (figura 7.14), un dato inferiore sia alla media OCSE (\$ 58.394), sia alla media EU (\$ 57.040). Questo valore è simile a quello della Francia (\$ 49.771), ma nettamente inferiore rispetto ad altri paesi europei come l'Olanda (\$81.124), la Germania (\$ 73.196) e la Spagna (\$ 62.119).

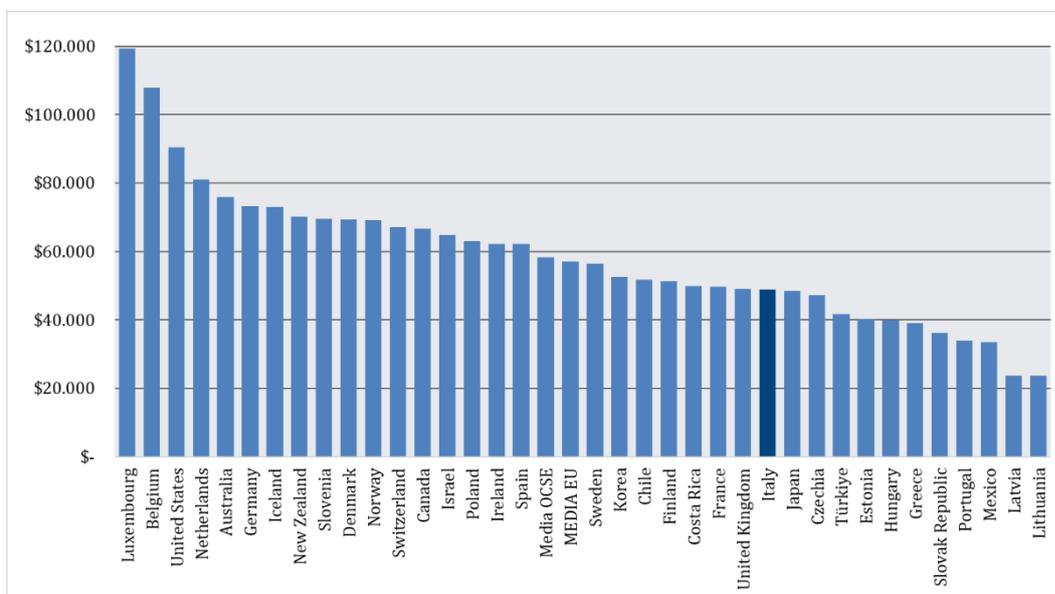


Figura 7.14. Retribuzione degli infermieri dipendenti ospedalieri in \$ a parità di potere di acquisto per consumi privati (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

7.2.2.3. Laureati

Laureati in Medicina e Chirurgia. In Italia i laureati in Medicina e Chirurgia nel 2022 sono stati 16,7 per 100.000 abitanti, un dato superiore alla media OCSE di 14,2 e leggermente superiore alla media EU di 16,3 (figura 7.15), che ci colloca all'ottavo posto tra i 31 paesi OCSE che forniscono il dato.

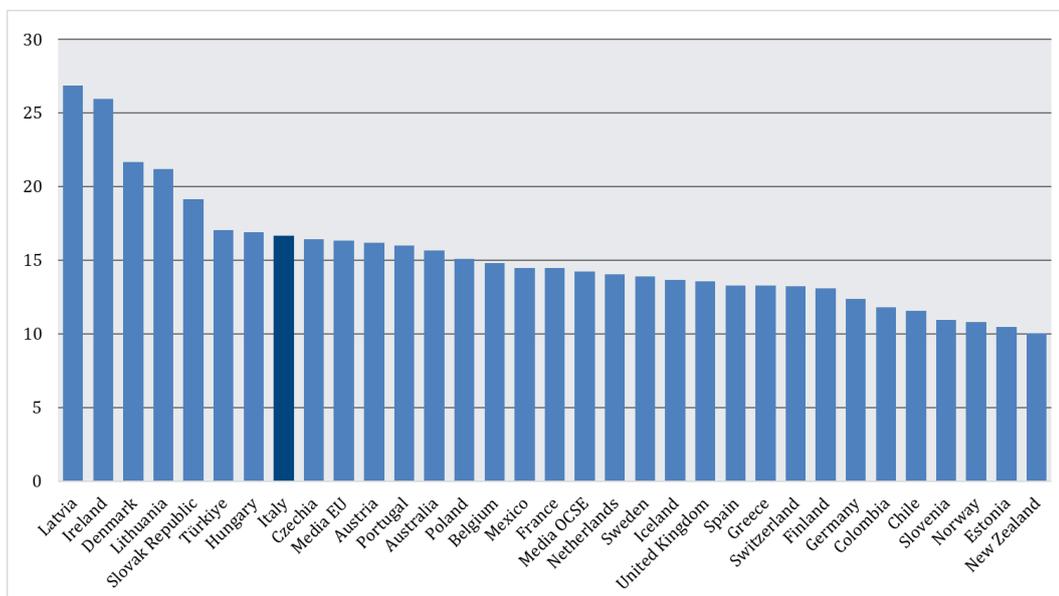


Figura 7.15. Laureati in Medicina e Chirurgia per 100.000 abitanti (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

Laureati in Scienze Infermieristiche. In Italia i laureati in Scienze Infermieristiche nel 2022 sono stati 16,4 per 100.000 abitanti, un dato nettamente inferiore sia alla media OCSE di 44,9 che alla media EU di 36,7 (figura 7.16), che ci colloca al terzultimo posto prima solo del Lussemburgo (9,6) e della Colombia (8,1).

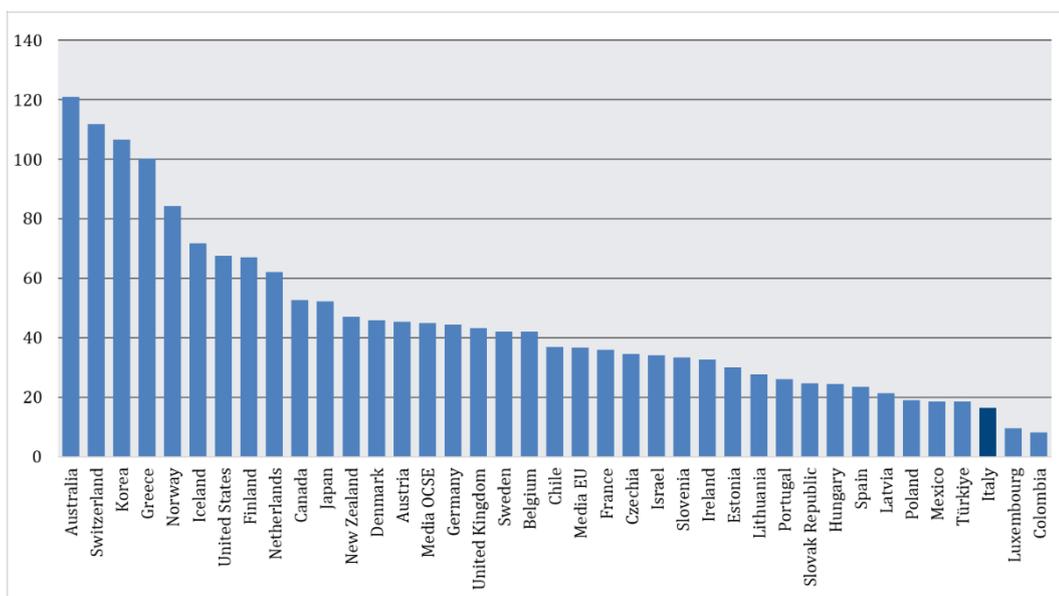


Figura 7.16. Laureati in Scienze Infermieristiche per 100.000 abitanti (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

7.3. Medici di Medicina Generale

Ogni persona iscritta 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). Il MMG non è un dipendente del SSN, ma opera 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 riguarda oggi tutte le Regioni e riconosce ragioni diverse: mancata programmazione, pensionamenti anticipati, numeri esorbitanti di assistiti per singolo medico e desertificazione nelle aree disagiate. Questi fattori rendono spesso per impossibile trovare un MMG nei pressi del proprio 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 principali ostacoli. Innanzitutto, i 21 differenti Accordi Integrativi Regionali introducono una notevole 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.

7.3.1. Criticità

Massimale di assistiti. Secondo quanto previsto dall’ACN, il numero massimo di assistiti di un MMG è fissato a 1.500; in casi particolari questo numero può essere incrementato fino a 1.800 e, talvolta, ulteriormente superato attraverso deroghe locali (es. fino a 2.000 nella Provincia autonoma di Bolzano) o in caso di indisponibilità di MMG, oltre che per le scelte temporanee affidate al medico (es. extracomunitari senza permesso di soggiorno, non residenti). Parallelamente, esistono situazioni che determinano un numero inferiore di assistiti: autolimitazione delle scelte, MMG con ulteriori incarichi (es. continuità assistenziale) che ne limitano le scelte, oppure MMG all’inizio della loro attività e/o che operano in zone disagiate. Di conseguenza, il carico potenziale di assistiti per ogni MMG, rispetto a quello effettivo, restituisce un quadro molto eterogeneo: accanto a una quota di MMG “ultra-massimalisti” che sfiora il 50%, vi sono colleghi con un numero di assistiti molto basso. I dati forniti dal Ministero della Salute¹⁹³, riferiti all’anno 2022, documentano infatti che su 39.366 MMG il 47,7% ha più di 1.500 assistiti; il 33% tra 1.001 e 1.500 assistiti; il 12,1% da 501 a 1.000; il 5,7% tra 51 e 500 e l’1,5% meno di 51 (figura 7.17).

¹⁹³ Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2022. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3425_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

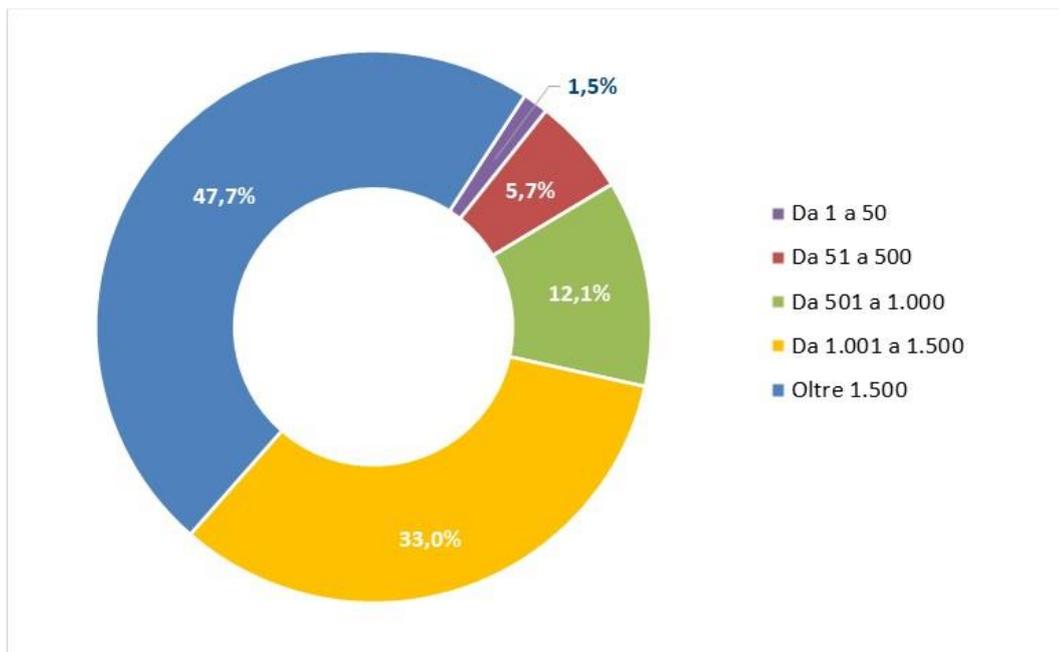


Figura 7.17. MMG per numero di assistiti: percentuale sul totale (dati MdS, anno 2022)

In particolare, il massimale di 1.500 assistiti viene superato da più di un MMG su due in Emilia-Romagna (51,5%), Campania (58,4%), Provincia autonoma di Trento (59,1%), Valle D'Aosta (59,2%), Veneto (64,7%). E addirittura da due MMG su tre nella Provincia autonoma di Bolzano (66,3%) e in Lombardia (71%) (figura 7.18).

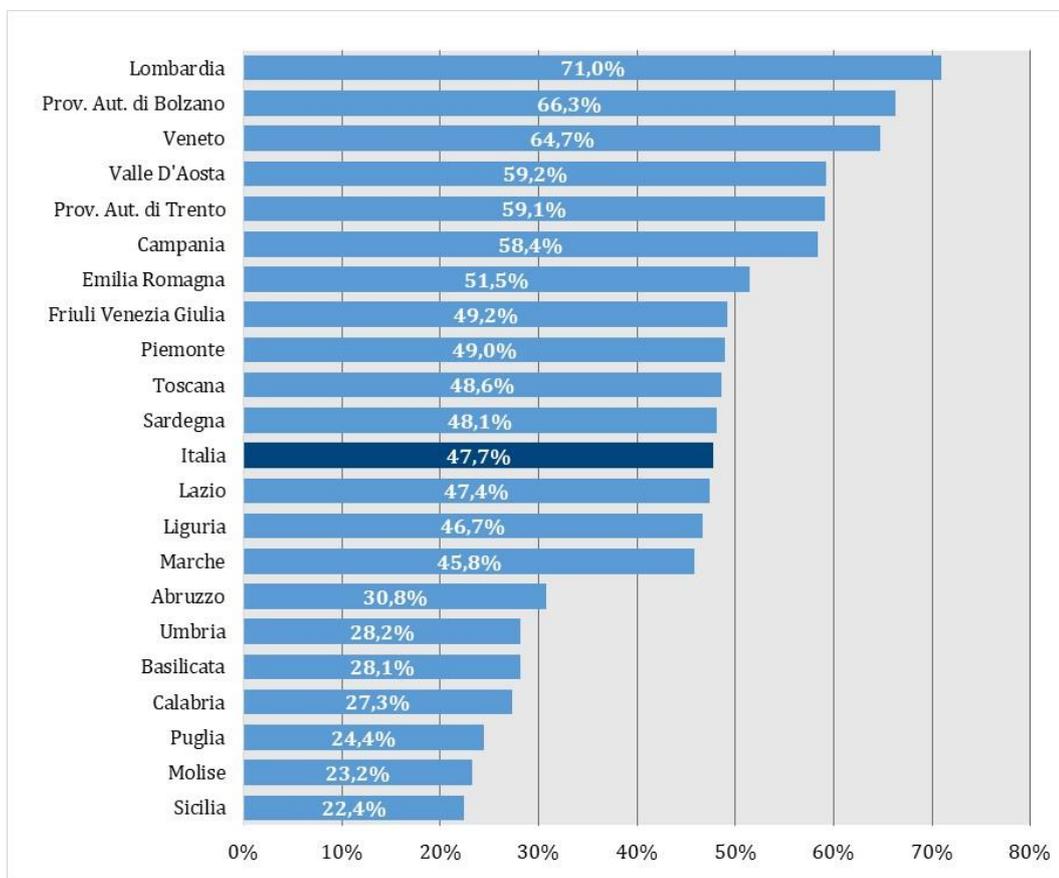


Figura 7.18. MMG con oltre 1.500 assistiti: percentuale sul totale (dati MdS, anno 2022)

Il sovraccarico di assistiti determina inevitabilmente una riduzione della disponibilità oraria e, soprattutto, della qualità dell'assistenza, accendendo "spie rosse" su tre elementi fondamentali: la reale disponibilità di MMG in relazione alla densità abitativa, la distribuzione omogenea e capillare sul territorio e la possibilità per i cittadini di esercitare il diritto alla libera scelta.

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 MMG (+30%).

Pensionamenti. Secondo i dati forniti dalla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG), tra il 2023 e il 2026 sono 11.439 gli MMG che hanno compiuto/compiranno 70 anni, raggiungendo così l'età massima per la pensione, deroghe a parte.

Nuovi MMG. Il numero di borse di studio ministeriali destinate al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, dopo un periodo di sostanziale stabilità (2014-2017) intorno a 1.000 borse annue (figura 7.19), è aumentato raggiungendo un picco nel 2021 (n. 4.332). Tali incrementi sono dovuti sia alle risorse del DL Calabria, che tra il 2019 e il 2022 hanno finanziato ulteriori 3.277 borse, sia ai fondi del PNRR, che nel triennio 2021-2023 hanno previsto 2.700 borse aggiuntive. In altre parole, solo grazie a finanziamenti straordinari è stato possibile coprire il costo delle borse di studio, che tuttavia rimangono insufficienti per garantire il necessario ricambio generazionale entro il 2026.

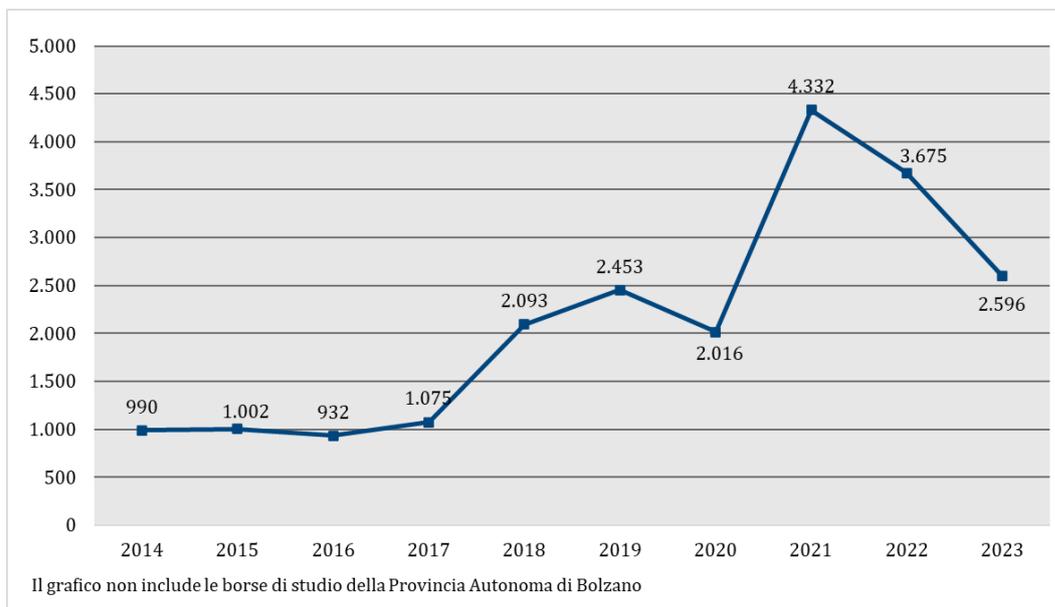


Figura 7.19. Numero di borse di studio ministeriali per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

7.3.2. Stima della carenza di MMG

Trend 2019-2022 e anzianità di laurea. I dati SISAC¹⁹⁴ documentano una progressiva diminuzione dei MMG in attività: nel 2022 erano 37.860, ovvero 4.149 in meno (-11%) rispetto al 2019 con notevoli variabilità regionali: dal -34,2% della Sardegna al -2,1% delle Marche (figura 7.20).

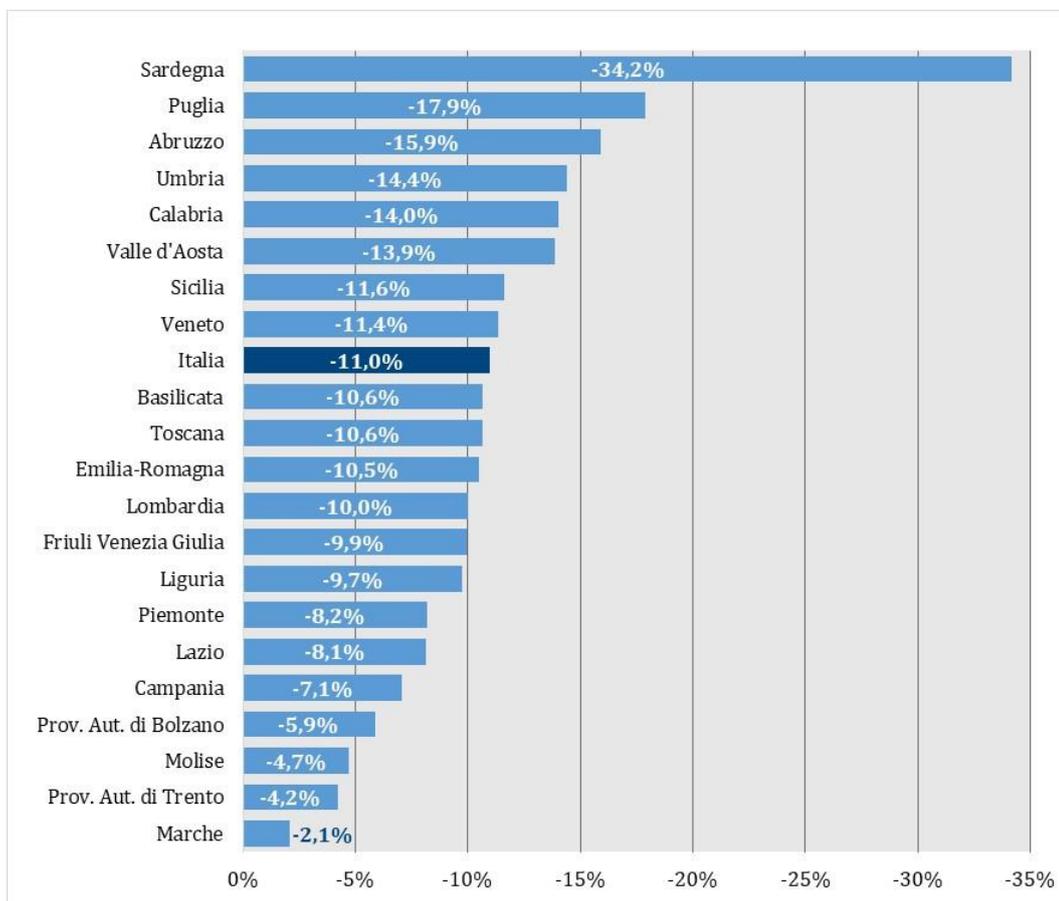


Figura 7.20. Riduzione percentuale del numero di MMG nel 2022 rispetto al 2019 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

A destare preoccupazione è soprattutto il quadro anagrafico: nel 2022, il 72,5% dei MMG in attività aveva oltre 27 anni di anzianità di laurea, con quasi tutte le Regioni del Centro-Sud sopra della media nazionale, anche in conseguenza di politiche sindacali che spesso non hanno favorito il ricambio generazionale. In particolare, nella maggior parte delle Regioni meridionali gli MMG con oltre 27 anni di laurea sono più di 3 su 4: Calabria (89,4%), Sicilia (81,7%), Campania (80,7%), Sardegna (79,7%), Molise (78,4%), Basilicata (78,3%), Puglia (78%) (figura 7.21).

¹⁹⁴ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Assistenza sanitaria convenzionata. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

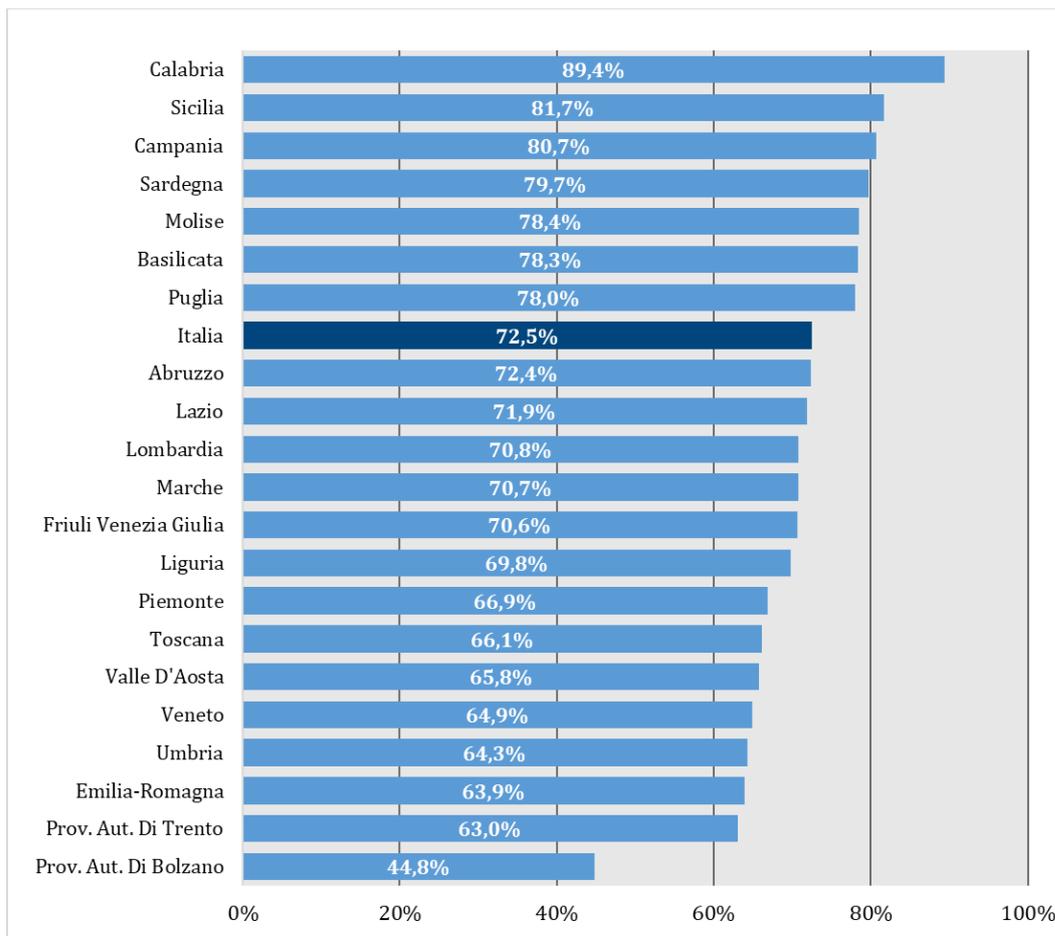


Figura 7.21. MMG con oltre 27 anni di laurea (dati MdS, percentuale sul totale)

Numero di assistiti per MMG. Secondo le rilevazioni della SISAC¹⁹⁵, al 1° gennaio 2023 37.860 MMG avevano in carico oltre 51,2 milioni di assistiti. In termini assoluti, la media nazionale è di 1.353 assistiti per MMG rispetto ai 1.307 del 2022 con variazioni significative tra Regioni: dai 1.090 della Basilicata ai 1.646 della Provincia autonoma di Bolzano (figura 7.22).

¹⁹⁵ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Numero medici al 1° gennaio 2023. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

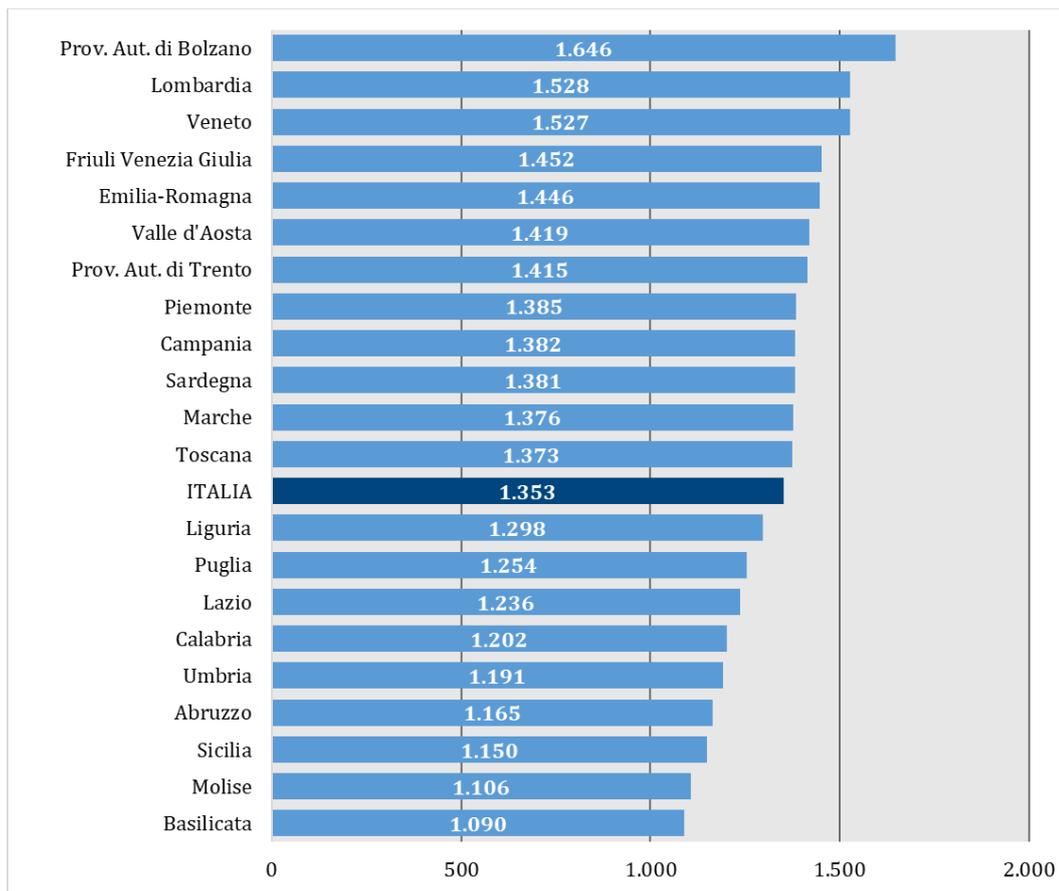


Figura 7.22. Numero medio di assistiti per MMG al 1° gennaio 2023 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Tuttavia lo scenario è molto più critico di quanto i numeri suggeriscano: infatti, con questo livello di saturazione dei MMG, si compromette il principio della libera scelta. Di conseguenza, diventa spesso impossibile trovare un MMG disponibile vicino a casa, non solo nelle cosiddette aree desertificate (zone a bassa densità abitativa, con condizioni geografiche disagiate, rurali o periferiche), dove i bandi per gli ambiti territoriali carenti vanno spesso deserti, ma anche nelle grandi città metropolitane.

Stima della carenza di MMG al 1° gennaio 2023. 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 identificata dalle ASL in base a variabili locali. Se l'obiettivo è garantire la qualità dell'assistenza, una distribuzione capillare in relazione alla densità abitativa, la prossimità degli ambulatori e l'esercizio della libera scelta, non è possibile fare riferimento al massimale delle scelte per stimare il fabbisogno di MMG. Per questo motivo la Fondazione GIMBE, considerando 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 SISAC¹⁹⁶, stima al 1° gennaio 2023 una carenza di 3.114 MMG, con situazioni più critiche nelle grandi Regioni del Nord: Lombardia (-1.237), Veneto (-609), Emilia-Romagna (-418), Piemonte (-296), oltre che in Campania (-381) (figura 7.23).

¹⁹⁶ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Assistenza sanitaria convenzionata. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

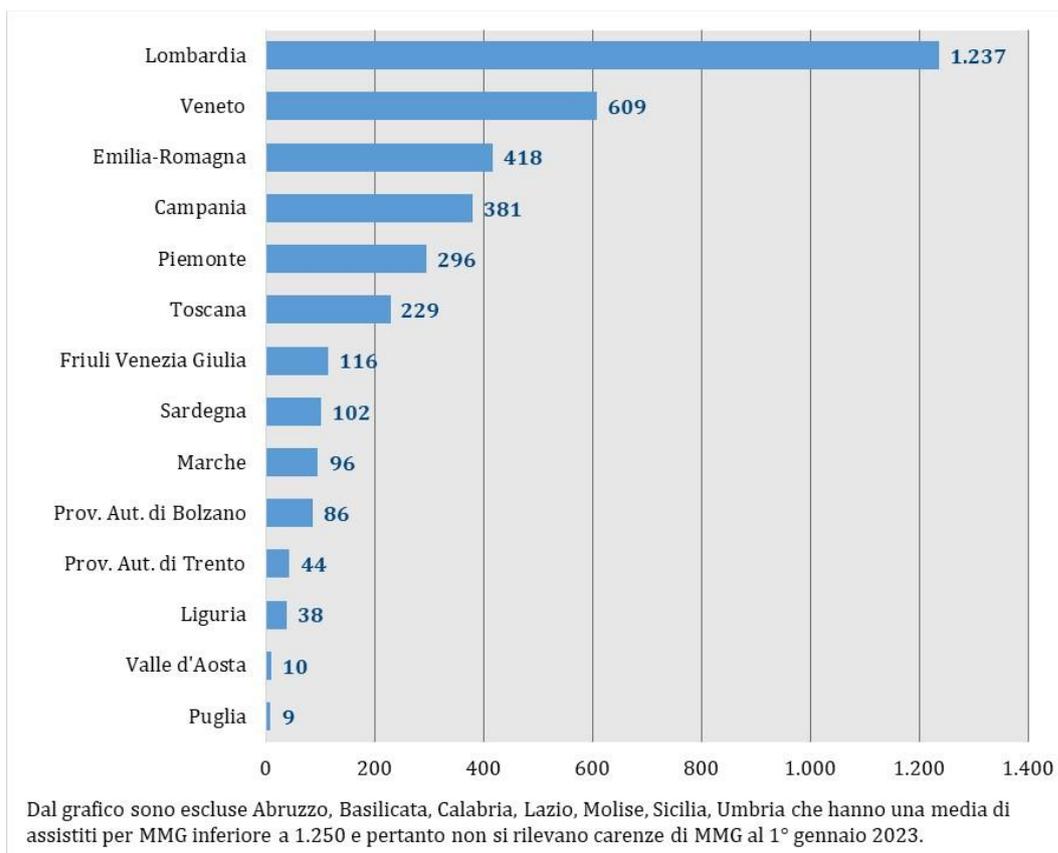
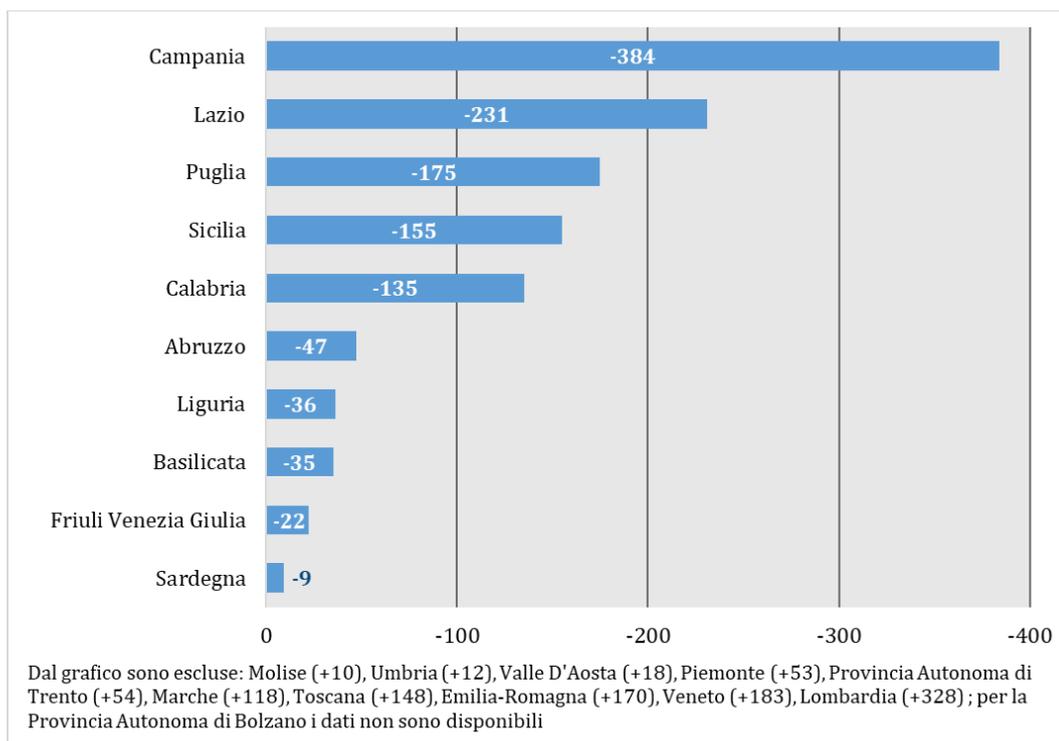


Figura 7.23. Stima del numero di MMG mancanti al 1° gennaio 2023 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Stima della carenza di MMG al 2026. Tenendo conto dei pensionamenti attesi e del numero di borse di studio finanziate per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, è stata stimata la carenza di MMG al 2026, anno in cui dovrebbe “decollare” la riforma dell’assistenza territoriale prevista dal PNRR. Considerando l’età di pensionamento ordinaria di 70 anni e il numero borse di studio messe a bando per gli anni 2020-2023 comprensive di quelle del DL Calabria per cui si sono presentati candidati, nel 2026 il numero dei MMG diminuirà di 135 unità rispetto al 2022, con marcate differenze regionali (figura 7.24).



**Figura 7.24. Stima riduzione del numero di MMG nel 2026 vs 2022
(elaborazione GIMBE su dati SISAC, FIMMG, MUR)**

In particolare tutte le Regioni del Sud (ad eccezione del Molise) subiranno nel 2026 la maggiore riduzione di MMG: Campania (-384), Puglia (-175), Sicilia (-155), Calabria (-135), Abruzzo (-47), Basilicata (-35), Sardegna (-9,) oltre a Lazio (-231), Liguria (-36) e Friuli Venezia Giulia (-22). La stima dell'entità della carenza è influenzata da diversi fattori. In particolare, è sottostimata dall'eventuale scelta dei MMG di andare in pensione prima dei 70 anni, dal numero di borse non assegnate e dall'abbandono del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (almeno il 20%). Al contrario, è sovrastimata dall'eventuale decisione dei MMG di prolungare l'attività sino ai 72 anni e dalla possibilità dei medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale di acquisire già dal primo anno sino a 1.000 assistiti. Infine tali stime potrebbero risentire del nuovo ACN¹⁹⁷ recentemente sottoscritto che introduce varie novità.

In conclusione, la progressiva carenza di MMG è il risultato sia di errori nella pianificazione del ricambio generazionale, in particolare la mancata sincronia per bilanciare pensionamenti attesi e finanziamento delle borse di studio, sia di politiche sindacali non sempre coerenti. Le soluzioni attuate, quali l'innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni, la possibilità per gli iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale di acquisire sino a 1.000 assistiti e le deroghe regionali all'aumento del massimale, servono solo a "tamponare" le criticità, senza risolvere il problema alla radice. Occorre dunque mettere in campo al più presto una strategia multifattoriale: adeguata programmazione del fabbisogno, tempestiva pubblicazione da parte delle Regioni dei bandi per le borse di studio, adozione di modelli organizzativi che promuovano il lavoro in team, effettiva realizzazione della riforma dell'assistenza territoriale

¹⁹⁷ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata – Accordo Collettivo Nazionale. Roma, 4 aprile 2024. Disponibile a: www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=20240408092317568&tit=&cat=&ddal=&dal=30/09/2024. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

prevista dal PNRR (Case di comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina), accordi sindacali in linea con il ricambio generazionale e una distribuzione capillare dei MMG. Osservando i dati, infatti, oltre alle carenze già esistenti, le proiezioni indicano – in particolare per le Regioni del Sud – un ulteriore calo dei MMG nei prossimi anni. Una “desertificazione” che lascerà scoperte milioni di persone, aggravando i problemi nell’organizzazione dell’assistenza sanitaria territoriale e soprattutto per la salute delle persone, in particolare anziani e fragili.

7.4. 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 SSN¹⁹⁸. L’allarme sulla carenza dei PLS oggi riguarda tutte le Regioni, da Nord a Sud, con narrative in cui 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 importante chiarire due aspetti fondamentali. In primo luogo, le stime sulle carenze dei PLS sono state effettuate a livello regionale, perché la loro reale necessità viene definita dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) in base agli ambiti territoriali carenti. In secondo luogo, le stime sul ricambio generazionale sono ostacolate dall’incertezza su quanti nuovi specialisti in pediatria sceglieranno la carriera di PLS.

7.4.1. Criticità

Fasce di età. Sino al compimento del 6° anno di età i bambini devono essere assistiti per legge da un PLS mentre, dai 6 ai 13 anni inclusi, i genitori possono scegliere tra PLS e MMG. Al compimento dei 14 anni la revoca del PLS avviene in maniera 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 sino al compimento dei 14 anni, dall’altro rappresentano un ostacolo rilevante per un’accurata programmazione del fabbisogno di PLS. Infatti, secondo i dati ISTAT al 1° gennaio 2023, la fascia 0-5 anni (iscrizione obbligatoria al PLS) include più di 2,5 milioni di bambini e quella 6-13 anni oltre 4,2 milioni, che potrebbero essere iscritti al PLS o al MMG in base alle preferenze dei genitori. Incrociando i dati ISTAT con quelli SISAC emerge che l’81,8% della popolazione di età 6-13 anni è in carico al PLS, con rilevanti differenze regionali: dal 60,3% della Provincia autonoma di Bolzano al 95,9% della Liguria (figura 7.25).

¹⁹⁸ 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: 30 settembre 2024.

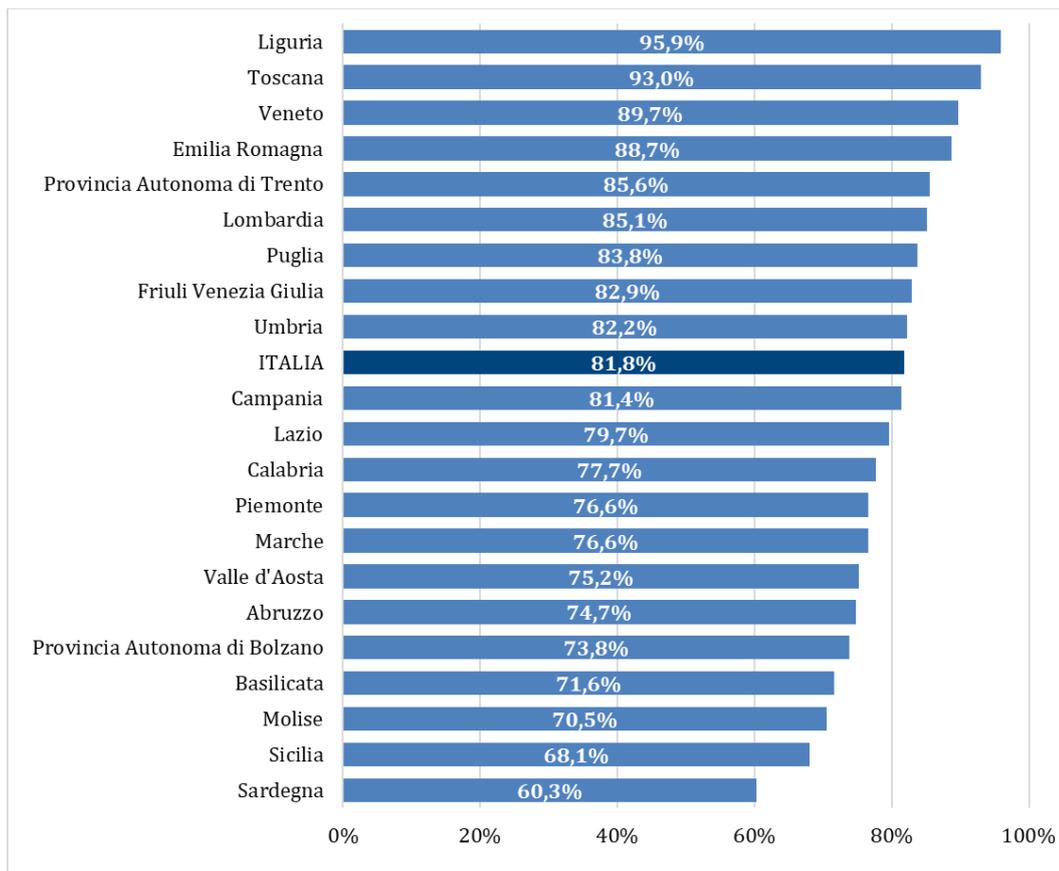


Figura 7.25. Percentuale della popolazione di età 6-13 anni in carico ai PLS (dati SISAC 2022)

Massimale di assistiti. Secondo quanto previsto dall'ACN, il numero massimo di assistiti di un PLS è fissato a 880, con una deroga nazionale che permette ulteriori 120 scelte temporanee (residenti in ambiti limitrofi, non residenti, extracomunitari). Tuttavia, esistono deroghe regionali e locali che consentono di superare i 1.000 iscritti: indisponibilità di altri pediatri del territorio, fratelli di bambini già in carico ad un PLS. In teoria, il numero di 1.000 assistiti non dovrebbe essere superato, poiché la determinazione del massimale di scelte è stabilita dall'ACN, come previsto dalla L. 502/1992, e non è derogabile dalle Regioni o dalle singole ASL.

Accanto a una quota di PLS con un carico di oltre 800 assistiti che sfiora il 73% vi sono professionisti con un numero molto basso di assistiti. I dati forniti dal Ministero della Salute, riferiti all'anno 2022, documentano infatti che su 6.962 PLS il 25,9% ha tra 251 e 800 assistiti e l'1,3% meno di 251 (figura 7.26).

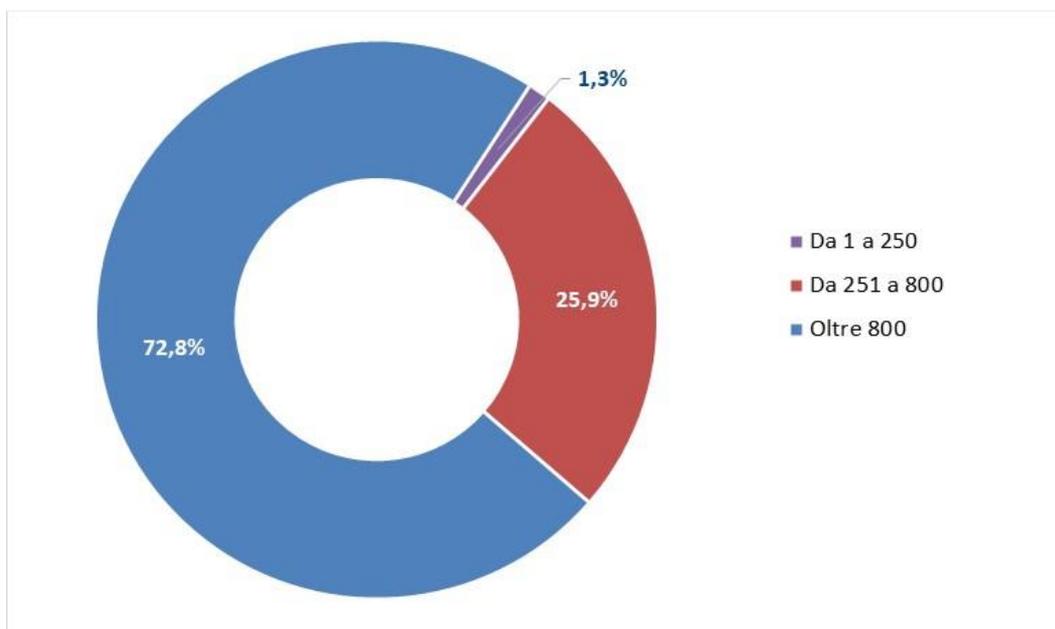


Figura 7.26. PLS per numero di assistiti: percentuale sul totale (dati MdS, anno 2022)

In particolare, la soglia di 800 assistiti viene superata da più da 4 PLS su 5 in Friuli Venezia Giulia (80,4%), Valle d'Aosta (83,3%), Provincia autonoma di Bolzano (83,6%), Piemonte (86,3%), Marche (86,7%) e Veneto (86,9%) (figura 7.27).

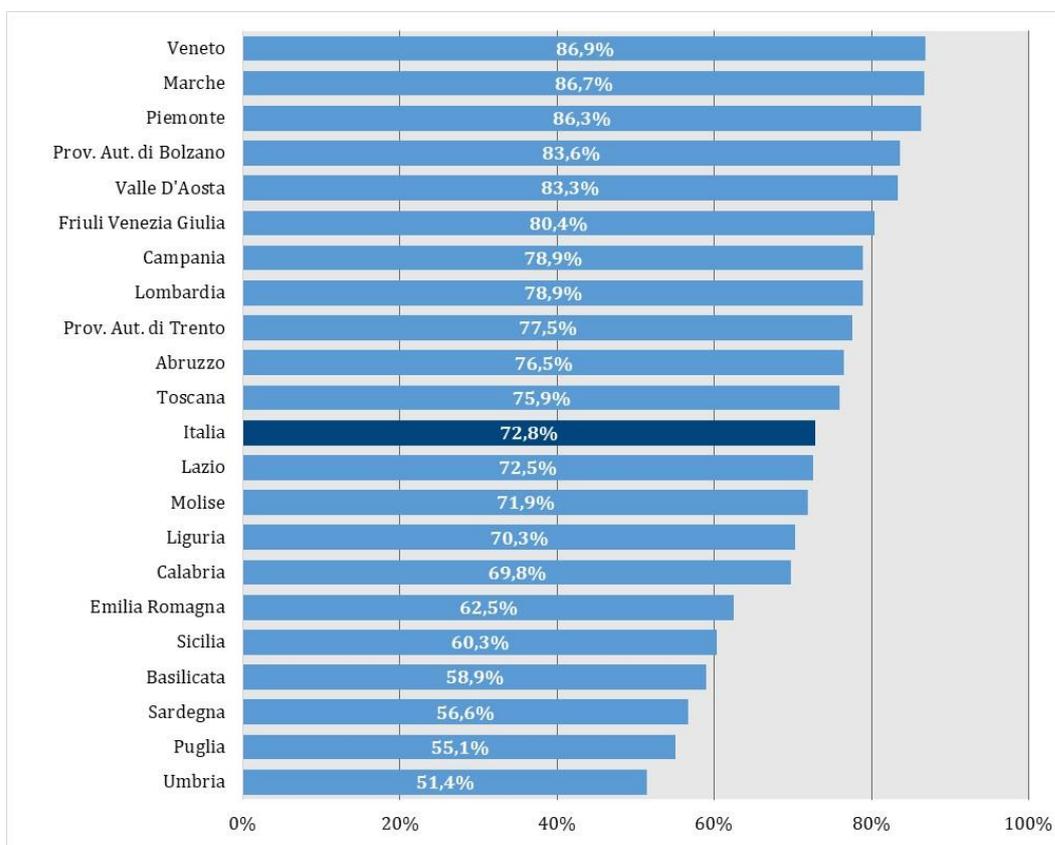


Figura 7.27. PLS con oltre 800 assistiti: percentuale sul totale (dati MdS, anno 2022)

Ambiti territoriali carenti. I nuovi PLS vengono inseriti nel SSN previa identificazione da parte della Regione - o soggetto da questa individuato - degli ambiti territoriali carenti, dove

bisogna colmare un fabbisogno assistenziale e garantire una diffusione capillare degli studi dei PLS. Attualmente, la necessità della zona carente viene calcolata solo sulla fascia di età 0-6 anni, tenendo conto 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 bambini sotto i 6 anni. Di fatto, però, i PLS assistono oltre l'81% dei bambini di età compresa tra 6 e 13 anni. Va segnalato che l'atto di indirizzo per la contrattazione in corso dispone di rivedere il calcolo del rapporto ottimale tenendo conto degli assistibili di età 0-13 anni, decurtati dagli assistiti di età ≥ 6 anni in carico ai MMG e di portare il massimale a 1.000 assistiti, eliminando la distinzione tra scelte ordinarie e deroghe.

Pensionamenti. Secondo i dati forniti dalla Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP), tra il 2023 e il 2026 sono 1.738 i PLS che hanno compiuto/compiranno 70 anni, raggiungendo così l'età massima per la pensione, deroghe a parte.

Nuovi pediatri. Il numero di borse di studio per la scuola di specializzazione in pediatria, dopo un decennio di sostanziale stabilità, è nettamente aumentato negli ultimi 5 anni: da 496 nell'anno accademico 2017-2018 a 885 nel 2022-2023, con un picco di 973 nell'anno accademico 2020-2021. Tuttavia considerato che gli specializzandi in pediatria possono scegliere anche la carriera ospedaliera, è impossibile prevedere quanti nuovi pediatri opereranno per la professione di PLS (figura 7.28).

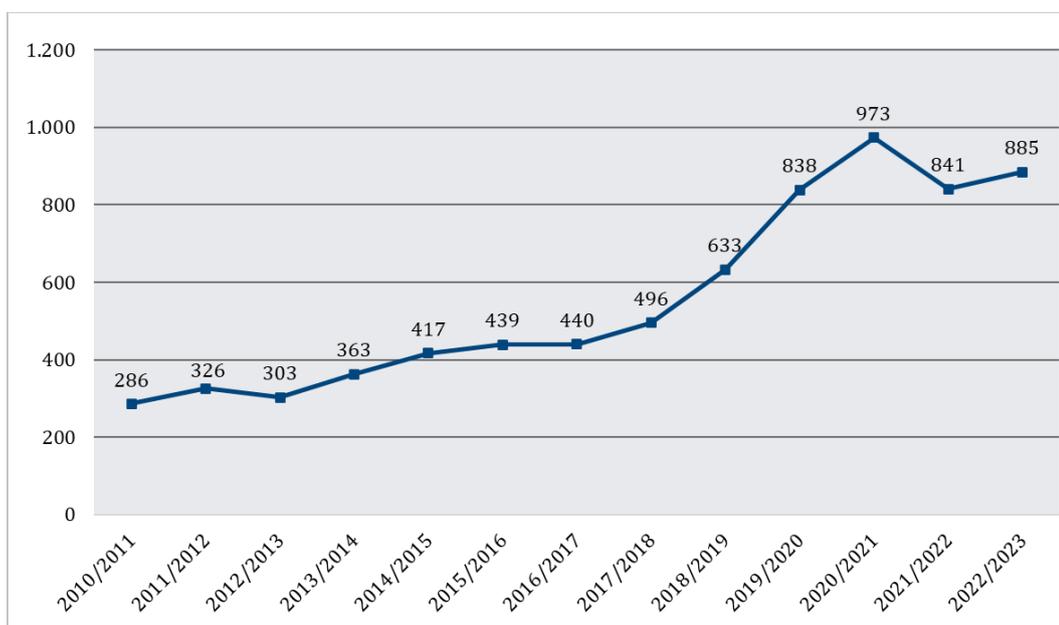


Figura 7.28. Numero di borse di studio per la specializzazione in pediatria per anno accademico (dati Ministero dell'Università e della Ricerca)

7.4.2. Stima della carenza di PLS

Trend 2019-2022 e anzianità di specializzazione. Secondo la "fotografia" scattata dal Ministero della Salute e riportata nell'Annuario Statistico del SSN¹⁹⁹, in Italia i PLS nel 2022 in attività erano 6.962, ovvero 446 in meno rispetto al 2019 (-6%). Inoltre, i PLS con oltre 23 anni

¹⁹⁹ Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2022. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3425_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

di specializzazione sono passati dal 39% nel 2009 al 79% nel 2022. Un dato che se da un lato documenta una crescente anzianità dei PLS in attività, dall'altro sottolinea la necessità di stime molto precise su quanti PLS potrà contare il SSN nei prossimi anni per garantire il ricambio generazionale e prevenire un "baratro" nell'assistenza pediatrica territoriale (figura 7.29).

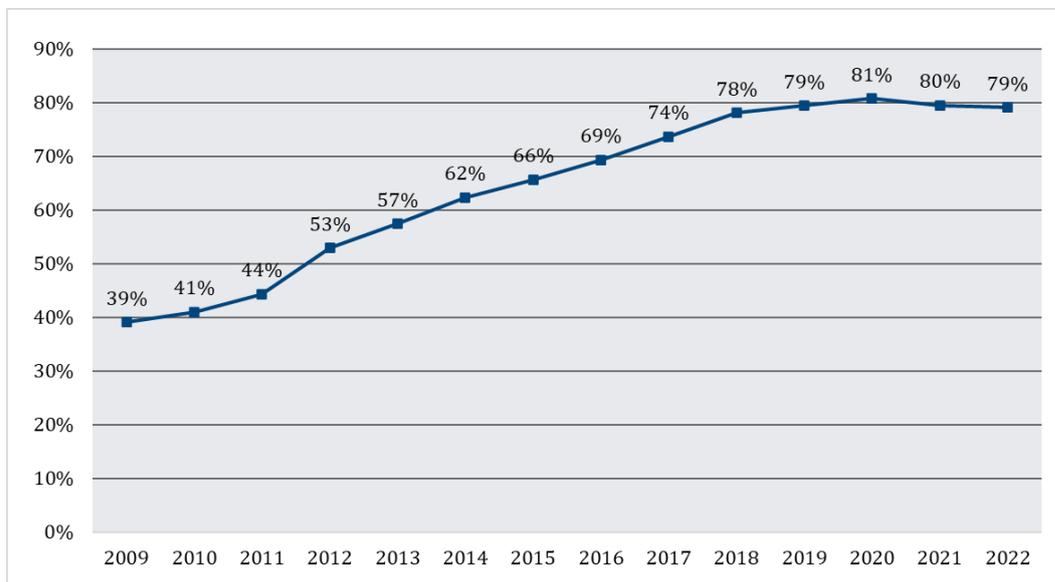


Figura 7.29. PLS con oltre 23 anni di specializzazione (percentuale sul totale) per anno (dati MdS)

Anche per i PLS è soprattutto il quadro anagrafico a preoccupare: nel 2022 il 79% dei PLS in attività aveva oltre 23 anni di anzianità di laurea, con quasi tutte le Regioni del Centro-Sud al di sopra della media nazionale, anche a causa di politiche sindacali che spesso non hanno favorito il ricambio generazionale. In particolare, nella maggior parte delle Regioni meridionali più di 4 PLS su 5 hanno oltre 23 anni di specializzazione: Basilicata (98,2%), Calabria (97,4%), Molise (96,9%), Sicilia (94,4%), Abruzzo (94,1%), Sardegna (89,5%), Puglia (84,7%) e Campania (83,4%) (figura 7.30).

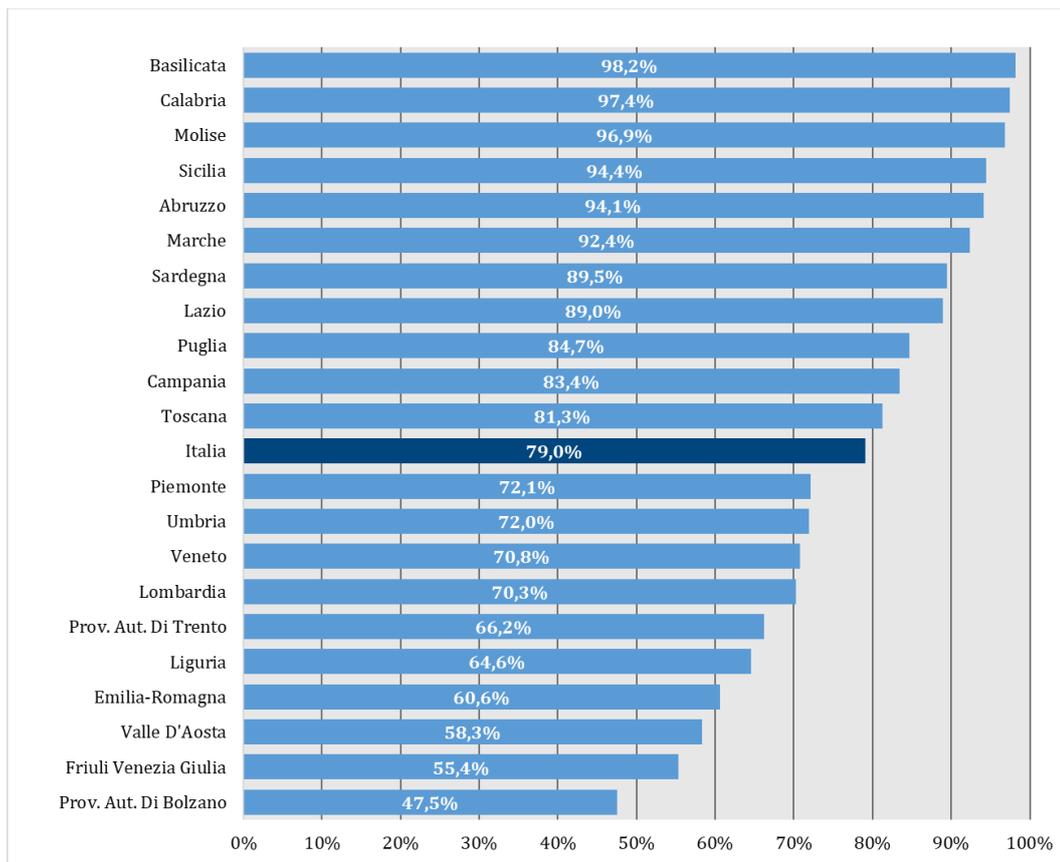


Figura 7.30. PLS con oltre 23 anni di specializzazione (dati Mds, percentuale sul totale)

Numero di assistiti per PLS. Secondo le rilevazioni SISAC²⁰⁰, al 1° gennaio 2023 6.681 PLS avevano in carico quasi 6 milioni di iscritti, di cui il 42,5% (2,55 milioni) della fascia di età 0-5 anni e il 57,5% (3,45 milioni) della fascia di età 6-13 anni. In altre parole, l'81,8% della popolazione ISTAT al 1° gennaio 2023 di età compresa tra 6 e 13 anni risulta assistita dai PLS, con percentuali molto diverse tra le Regioni: dal 95,9% della Liguria al 60,3% della Sardegna. In termini assoluti, la media nazionale è di 898 assistiti per PLS: superano la media di 880 assistiti (massimale di assistiti senza deroghe) 12 Regioni, di cui quattro vanno oltre la media di 1.000 assistiti per PLS: Piemonte (1.108), Valle d'Aosta (1.047), Provincia autonoma di Bolzano (1.026) e Veneto (1.011). In realtà lo scenario è più critico di quanto lascino trasparire i numeri, perché con un tale livello di saturazione non solo viene ostacolato il principio della libera scelta, ma in alcune Regioni diventa impossibile trovare la disponibilità di PLS sia nelle aree interne o disagiate, sia vicino casa nelle grandi città (figura 7.31).

²⁰⁰ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Assistenza sanitaria convenzionata. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

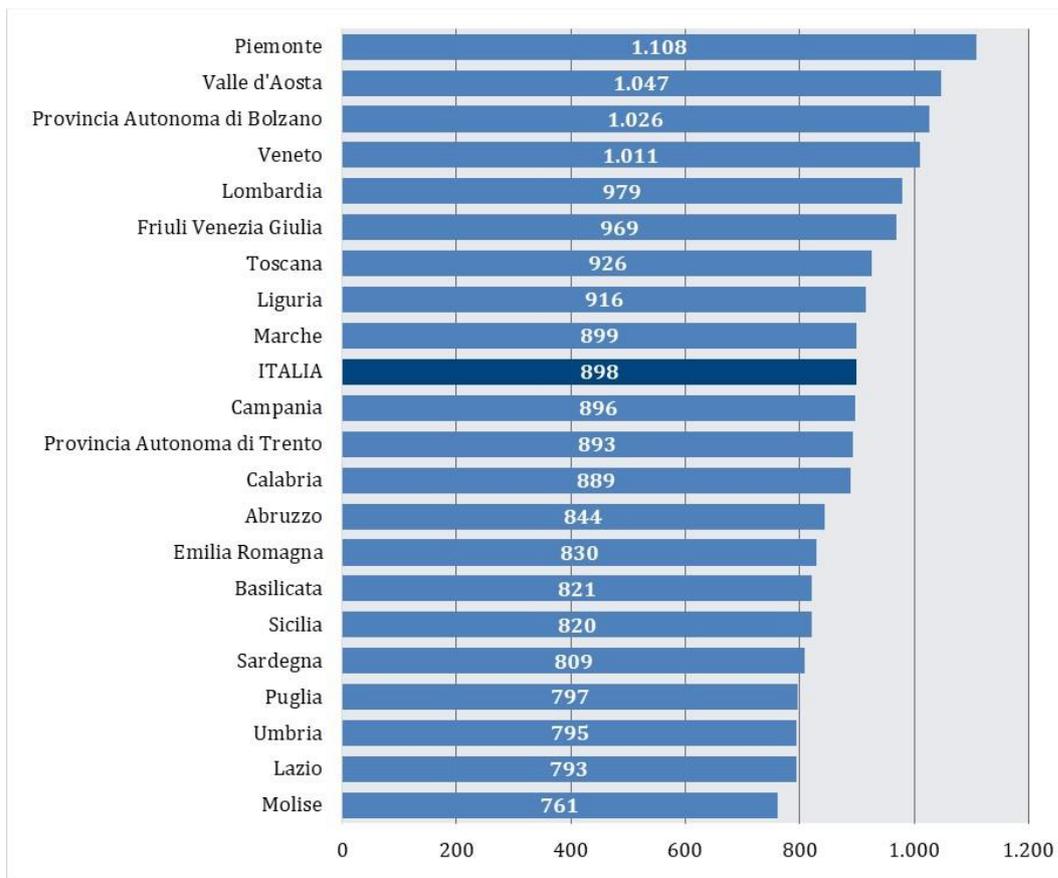


Figura 7.31. Numero medio di assistiti per PLS al 1° gennaio 2023 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Stima della carenza di PLS al 1° gennaio 2023. Le criticità sopra rilevate permettono solo di stimare il fabbisogno di PLS a livello regionale, in quanto la necessità di ciascuna zona carente viene identificata dalle ASL in base a numerose variabili locali. Se l'obiettivo è garantire la qualità dell'assistenza, una distribuzione capillare in relazione alla densità abitativa, la prossimità degli ambulatori e l'esercizio della libera scelta, non è possibile fare riferimento al massimale con deroga delle scelte per stimare il fabbisogno di PLS. Per questo motivo la Fondazione GIMBE, considerando accettabile un rapporto di 1 PLS ogni 800 assistiti (valore medio tra il rapporto ottimale di 600 e il massimale in deroga di 1.000) e utilizzando le rilevazioni SISAC²⁰¹, al 1° gennaio 2023 stima una carenza di 827 PLS, con notevoli differenze regionali. Infatti il 62% delle carenze si concentra in sole 3 grandi Regioni del Nord: Lombardia (244), Piemonte (136), Veneto (134), mentre in 4 Regioni (Lazio, Molise, Puglia e Umbria) non si rileva alcuna carenza visto che la media di assistiti per PLS è inferiore a 800 (figura 7.32).

²⁰¹ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Numero medici al 1° gennaio 2023. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

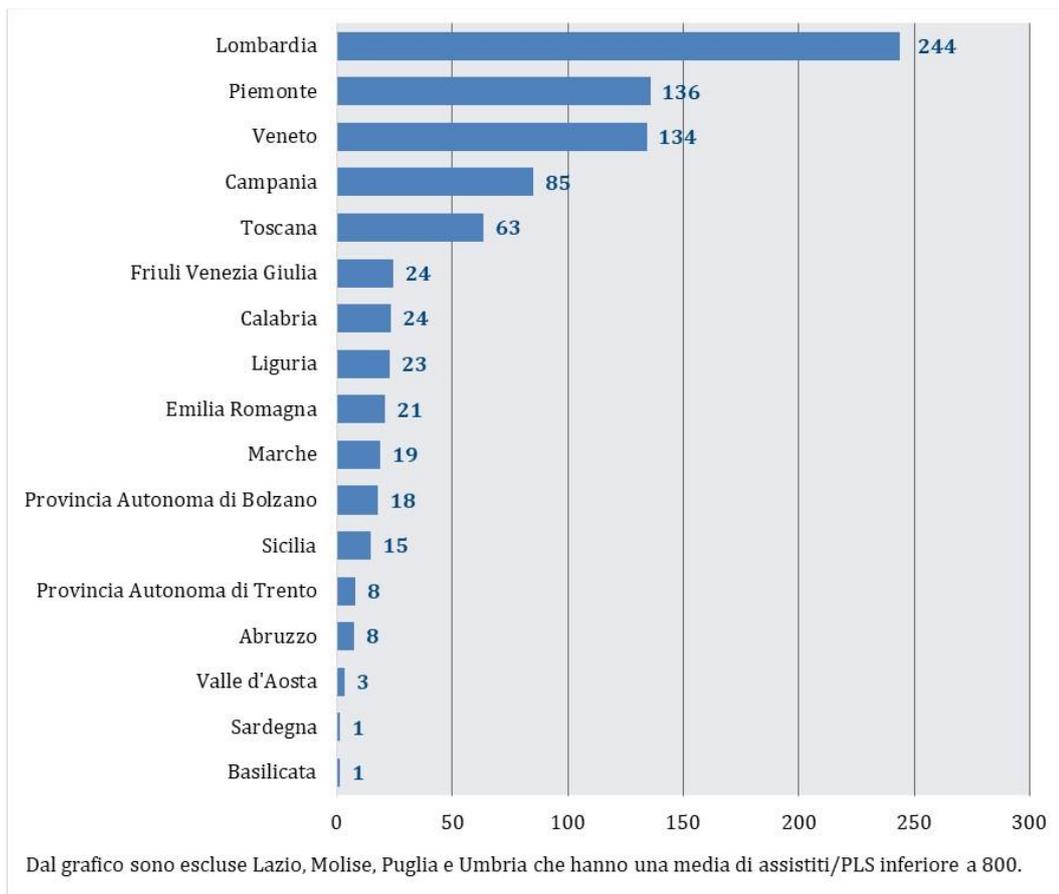


Figura 7.32. Stima del numero PLS mancanti al 1° gennaio 2023 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Le carenze stimate al 1° gennaio 2023 saranno in larga parte “assorbite” da quanto previsto dal nuovo ACN²⁰². Infatti dal 1° gennaio 2025 il rapporto ottimale dei PLS verrà aumentato da 600 a 850 residenti, mentre il massimale rimane fissato a 1.000 assistiti, senza più distinzione con quelli in deroga.

Stima della carenza di PLS 2026. Conoscendo il numero dei pensionamenti attesi e il numero di borse di studio disponibili per la scuola di specializzazione in pediatria si potrebbe stimare la carenza di PLS al 2026, anno in cui dovrebbe “decollare” la riforma dell’assistenza territoriale prevista dal PNRR. Tuttavia considerato che non è noto quanti specialisti pediatri intraprenderanno la carriera di PLS, è impossibile stimare se per i 1.738 PLS che tra il 2023 e il 2026 hanno compiuto/compiranno 70 anni ci sarà un adeguato ricambio generazionale e se questo sarà omogeneo nelle varie Regioni.

La carenza di PLS oggi riguarda in particolare alcune grandi Regioni del Nord e deriva da errori di programmazione del fabbisogno, in particolare la mancata sincronia per bilanciare pensionamenti attesi e borse di studio per la scuola di specializzazione. In ogni caso, la distribuzione capillare sul territorio rimane sempre condizionata da variabili e scelte locali non sempre prevedibili. In tal senso, serve innanzitutto un’adeguata programmazione del fabbisogno che richiede tre elementi: ridefinire la fascia di età di esclusiva competenza dei PLS, disporre di stime accurate sul numero di pediatri che intraprendono la carriera di PLS e, nel

²⁰² Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata – Accordo Collettivo Nazionale. Roma, 25 luglio 2024. Disponibile a: www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=20240408092317568&tit=&cat=&ddal=&dal=30/09/2024. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

medio e lungo periodo, considerare il fenomeno della denatalità. Occorre inoltre adottare modelli organizzativi che promuovano il lavoro in team e realizzare concretamente la riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR (Case di comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina), nonché stipulare accordi sindacali in linea con il ricambio generazionale e la distribuzione capillare dei PLS, come indicato negli stessi atti di indirizzo. Considerando i pensionamenti attesi, infatti, non è affatto certo che nei prossimi anni i nuovi PLS saranno sufficienti a garantire il ricambio generazionale, con l'inevitabile acuirsi della carenza in alcune Regioni.

7.5. Considerazioni conclusive

Dalle analisi effettuate si possono trarre le seguenti considerazioni:

- Le fonti disponibili non consentono un'analisi univoca, sistematica e tempestivamente aggiornata della reale "forza lavoro" del SSN impegnata nell'erogazione dei LEA: ovvero il personale dipendente delle strutture pubbliche e assimilate, il personale convenzionato (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali) e i dipendenti delle strutture private accreditate.
- Negli ultimi tre anni le narrative hanno messo in luce condizioni di lavoro fortemente influenzate dalla carenza di personale, soprattutto in alcuni contesti (es. pronto soccorso) e per le professioni sanitarie, in particolare gli infermieri. Inoltre, i dati raccolti da organizzazioni sindacali e di categoria documentano un progressivo abbandono del SSN, specialmente da parte dei medici: l'ONAOISI ha riportato ad esempio che, tra il 2019 e il 2022, il SSN ha perso oltre 11.000 medici per licenziamenti o conclusione di contratti a tempo determinato, con un trend in crescita dal 2020 al 2022²⁰³. ANAAO stima ulteriori 2.564 abbandoni nel primo semestre 2023²⁰⁴. Di conseguenza, i dati del CS-RGS e del MdS aggiornati al 2022 verosimilmente sottostimano la carenza di personale. Secondo la FNOPI dal 2020 al 2023 oltre 40 mila infermieri si sono cancellati dall'albo: 7.878 nel 2020, 9.669 nel 2021, 11.539 nel 2022, 11.271 nel 2023; sebbene non sia nota la percentuale di dipendenti pubblici, la portata del fenomeno e il trend in crescita rappresentano indubbi segnali di allarme di abbandono della professione infermieristica. Inoltre, se non verrà modificata la norma che altera il rendimento della quota retributiva delle pensioni (precedente al 1996) per quelle liquidate dal 2024, l'Italia rischia di perdere già dal prossimo anno circa 13 mila infermieri²⁰⁵. Secondo il sindacato NursingUp, tra il 2021 e il 2022 si sono dimessi volontariamente 15.450 infermieri con contratto a tempo indeterminato: 6.953 nel 2021 e almeno 8.500 nel 2022²⁰⁶. Per quanto riguarda le opportunità di carriera fuori dall'Italia, l'Associazione Medici di origine Straniera in Italia (AMSI) segnala che, tra il 1° gennaio 2023 e il 31 agosto 2024, oltre 10 mila professionisti sanitari hanno avanzato richiesta ufficiale per conoscere modalità e opportunità per

²⁰³ 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: 30 settembre 2024.

²⁰⁴ Studio Anaa Assomed. L'inarrestabile marcia verso la "pletora medica". 4 marzo 2024. Disponibile a: www.anaao.it/public/aaa_4571809_studiocompletoplethora_4marzo2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁰⁵ Nurse24.it. Articolo: Pensioni, Fnopi: con riforma è fuga infermieri, Ssn a rischio. 3 novembre 2023. Disponibile a: www.nurse24.it/infermiere/ordine/pensioni-fnopi-con-riforma-e-fuga-infermieri-ssn-a-rischio.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁰⁶ Nurse24.it. Articolo: Crisi infermieristica in Italia: Il 56% degli infermieri abbandona il SSN. 3 settembre 2024. Disponibile a: www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/crisi-infermieristica-italia-56-degli-infermieri-abbandona-ssn.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

lavorare all'estero: di questi, il 54% sono medici, il 31% infermieri, il 10% fisioterapisti e il 5% altri professionisti (podologi, logopedisti, psicologi, dietisti, tecnici)²⁰⁷.

- In assenza di uno standard definito di fabbisogno di personale e in attesa dell'applicazione della "Metodologia Agenas" ai sensi del DL 73/2024, l'unico indicatore disponibile è il numero di professionisti sanitari per 1.000 abitanti. A fronte del dato nazionale (2,11 medici e 5,06 infermieri), emergono notevoli differenze a livello regionale, soprattutto per quanto riguarda il personale infermieristico, quello maggiormente sacrificato nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro.
- I benchmark internazionali relativi a medici e infermieri basati sui dati OCSE considerano esclusivamente il numero totale di professionisti (dalla laurea al pensionamento), indipendentemente dalla loro effettiva appartenenza al SSN. Il nostro Paese si colloca leggermente al di sopra della media OCSE per quanto riguarda i medici ma molto al di sotto per il personale infermieristico, risultando di conseguenza tra i paesi con il più basso rapporto infermieri/medici in Europa.
- Benchmark internazionali e analisi dei dati nazionali confermano sia una grave carenza di personale infermieristico, in particolare nelle Regioni in Piano di rientro, sia un gap rilevante tra i medici attivi in Italia e quelli realmente ascrivibili alla "forza lavoro" del SSN. Considerato che anche il numero di nuovi medici è comunque superiore alla media OCSE, è indispensabile rimotivare i medici a lavorare nel SSN piuttosto che aumentare il numero di posti disponibili al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Per quanto riguarda la carenza di infermieri, invece, i dati sulle domande pervenute per il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche documentano una disaffezione dei giovani verso questa professione: per l'Anno Accademico 2024-2025 sono state presentate 21.250 domande per 20.435 posti²⁰⁸.
- Oltre ai medici di famiglia, le carenze riguardano alcune specialità mediche di fondamentale importanza per il funzionamento della sanità pubblica, che non sembrano essere più di interesse per i giovani medici: medicina d'emergenza-urgenza, medicina nucleare medicina e cure palliative, patologia clinica e biochimica clinica, microbiologia, e radioterapia. Di conseguenza, in assenza di interventi straordinari, questi settori sperimenteranno nei prossimi anni sempre maggiori difficoltà per carenza di personale.

Il DL 73/2024, convertito con modificazioni dalla L. 107/2024 (cd. Decreto Liste di attesa), prevede diverse misure sul personale sanitario, la cui implementazione è tuttavia condizionata da specifici ostacoli per le singole disposizioni. L'art. 5 c. 2, ad esempio, prevede l'adozione del "Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN", definito da Agenas: resta però da verificare se i criteri definiti saranno realmente implementati e se terranno conto delle esigenze locali. Un'altra misura riguarda il superamento del tetto di spesa per le assunzioni di personale sanitario, che sarà incrementato fino al 15% rispetto agli esercizi precedenti (art. 5 c.2), pur restando vincolato al rispetto dell'equilibrio finanziario delle singole Regioni. Inoltre, l'art. 7 introduce un'imposta sostitutiva del 15% sui compensi delle prestazioni aggiuntive del personale sanitario, mentre l'art. 4 mira a potenziare l'offerta di visite diagnostiche e specialistiche tramite l'estensione delle attività al sabato e alla domenica e prolungando le fasce orarie. Tuttavia, anche in questo caso, permangono incertezze sull'effettiva capacità di incentivare il personale sanitario già sotto pressione e

²⁰⁷ Indagine AMSI. Negli ultimi 20 mesi, oltre 10mila tra medici e infermieri hanno chiesto di lasciare il nostro Paese. Disponibile a: www.assocarenews.it/indagine-amsi-negli-ultimi-20-mesi-oltre-10mila-tra-medici-e-infermieri-hanno-chiesto-di-lasciare-il-nostro-paese. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁰⁸ FNOPI - Federazione Nazionale Ordini e Professioni Infermieristiche. Test di ingresso a Infermieristica 2024-2025, circa una domanda per posto. Disponibile a: www.fnopi.it/2024/09/05/test-infermieristica/. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

tenuto comunque a rispettare la direttiva UE sugli orari di riposo. In particolare, ogni 24 ore deve essere previsto un periodo minimo di 11 ore consecutive di riposo e, per ogni periodo di 7 giorni, un riposo ininterrotto di 24 ore a cui si sommano le 11 ore di riposo giornaliero. L'art. 6, infine, cerca di potenziare l'offerta assistenziale e rafforzare i Dipartimenti di Salute Mentale attraverso investimenti infrastrutturali e tecnologici. Tuttavia, anche questa disposizione è vincolata alle risorse finanziarie disponibili e alla reale capacità di implementazione a livello regionale. Risorse che, peraltro, fanno riferimento a norme e finanziamenti già esistenti, ovvero quelli del Programma Nazionale Equità in Salute (PNES) che riguardano le Regioni del Mezzogiorno.

CAPITOLO 8

La Missione Salute del PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si articola in 16 componenti, raggruppate in 6 Missioni. Presentato alla Commissione Europea il 30 aprile 2021 e formalmente approvato il 13 luglio 2021, il PNRR (denominato “Italia Domani”) destina all’Italia. un finanziamento di € 191,5 miliardi, tra sovvenzioni e prestiti di cui l’8,16% è destinato alla Missione 6 Salute (figura 8.1).

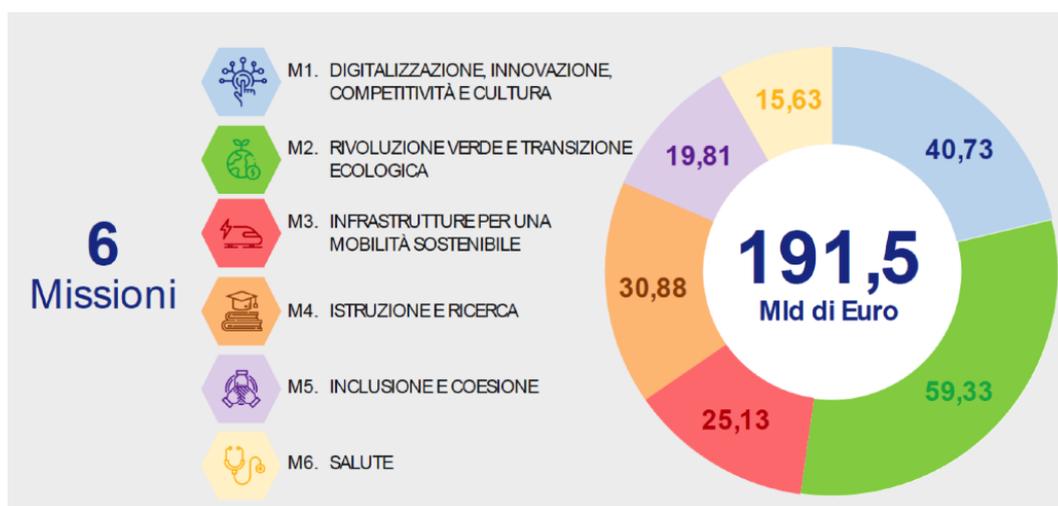


Figura 8.1. Missioni e risorse del PNRR²⁰⁹

Alla Missione Salute del PNRR sono stati assegnati € 15,63 miliardi ai quali si aggiungono altre risorse per un totale di € 20,9 miliardi (tabella 8.1). 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 Salute²¹⁰ 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 assistenziale²¹¹.

²⁰⁹ Governo Italiano. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza “Italia Domani”. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/dam/sogei-ng/documenti/PNRR%20Aggiornato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²¹⁰ 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: 30 settembre 2024.

²¹¹ 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: 30 settembre 2024.

- € 1,71 miliardi del *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* (REACT-EU)²¹², 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 dal programma di coesione dell'UE destinato a potenziare la salute in sette Regioni del Mezzogiorno.

Investimento	Miliardi
Missione Salute	€ 15,63
Componente 1	€ 7,75
Componente 2	€ 7,87
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</i> (REACT-EU)	€ 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

^aMinistero della Salute – ^bMinistero dell'Università e della Ricerca

Tabella 8.1. 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 biomedica²¹³.
- **Missione 5:** € 2,25 miliardi per servizi socio-sanitari e welfare.

²¹² 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: 30 settembre 2024.

²¹³ 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: 30 settembre 2024.

8.1. Struttura, obiettivi e scadenze

La Missione 6 Salute è costituita da 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 diversi investimenti, spesso articolati in sub-investimenti che possono prevedere ulteriori dettagli di spesa qui non riportati.

Le sezioni successive (§ 8.1.1. e § 8.1.2.) illustrano obiettivi, investimenti e sub-investimenti delle due componenti della Missione Salute (figure 8.2, 8.3, 8.4) insieme alle relative scadenze (tabelle 8.2, 8.3, 8.4), così come definiti a seguito della rimodulazione approvata dalla Commissione Europea il 24 novembre 2023²¹⁴ e presentata dal Governo Italiano nella IV Relazione sullo Stato di Avanzamento del PNRR il 22 febbraio 2024²¹⁵.

Tutte le modifiche apportate da tale rimodulazione rispetto alla versione originale della Missione Salute sono analizzate nel paragrafo § 8.2.

Per ulteriori approfondimenti sulla versione originale della Missione Salute si rimanda al 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale²¹⁶.

8.1.1. 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

²¹⁴ European Commission. Annex to the Proposal for a Council implementing decision. 24 novembre 2023. Disponibile a: https://commission.europa.eu/system/files/2023-11/COM_2023_765_1_EN_annexe_proposition_cp_part1_v3.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²¹⁵ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Quarta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 22 febbraio 2024. Disponibile a: <https://temi.camera.it/leg19/pnrr/pnrrItalia/OCD57-4/l-attuazione-del-pnrr.html>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²¹⁶ 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. La Missione Salute del PNRR: pagg. 129-151. Fondazione GIMBE: Bologna, 10 ottobre 2023. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/6-rapporto-gimbe/download.it-IT.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

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 € 7,75 miliardi (figura 8.2):

- 1.1. Case della Comunità (CdC) e presa in carico della persona (€ 2 miliardi)
- 1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina (€ 4,75 miliardi), articolato in 3 sub-investimenti
- 1.3. Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture: Ospedali di Comunità (OdC) (€ 1 miliardo)

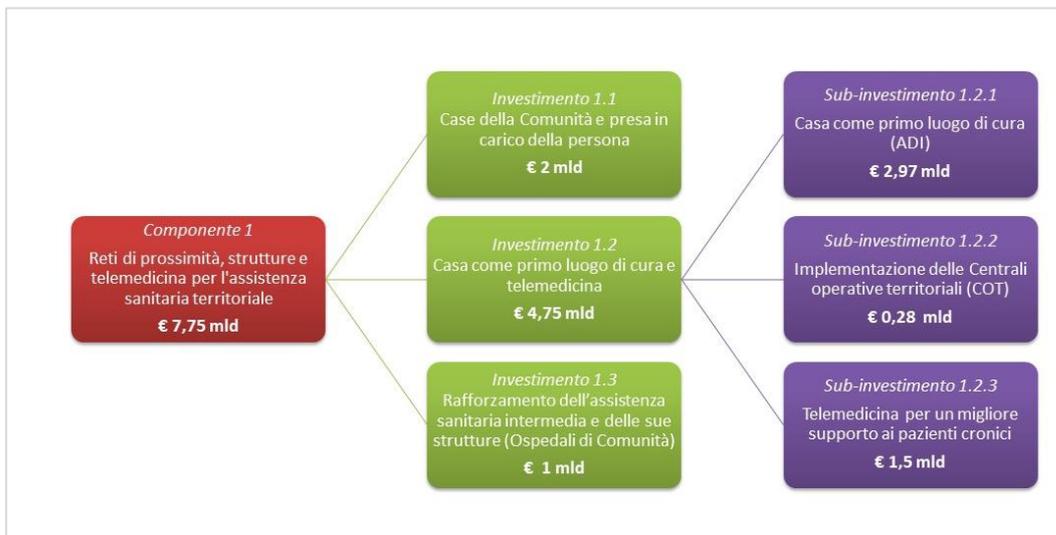


Figura 8.2. Missione Salute: investimenti e sub-investimenti della Componente 1

La tabella 8.2 riporta 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 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 1.038 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 480 Centrali Operative Territoriali (COT) pienamente funzionanti			31/12		
M6C1-9	T	Almeno 300.000 persone assistite con strumenti di telemedicina				31/12	
M6C1-6	T	Almeno 842.000 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 307 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche					30/06

Tabella 8.2. Missione Salute: target, milestone e scadenze della Componente 1

8.1.2. 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 € 7,89 miliardi.

Componente 2a. Tre investimenti sono relativi alla componente 2a Aggiornamento tecnologico e digitale (figura 8.3):

- 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (€ 4,05 miliardi), articolato in due sub-investimenti. Rispetto alla versione originale, il potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, che era un sub-investimento autonomo, è ora confluito in quello della digitalizzazione.
- 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile (€ 0,89 miliardi).
- 1.3 Rafforzamento infrastruttura tecnologica e strumenti per raccolta, elaborazione, analisi dati e simulazione (€ 1,67 miliardi), articolato in due sub-investimenti.



Figura 8.3. Missione Salute: investimenti e sub-investimenti della Componente 2a

La tabella 8.3 riporta 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				
M6C2-8	T	Digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello					31/12	
M6C2-6	T	Operatività di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie						30/06
M6C2-9	T	Attivazione di 2.692 posti letto di terapia intensiva e 3.230 di semi-intensiva						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 84 interventi antisismici nelle strutture ospedaliere						30/06
M6C2-10-BIS	T	Erogazione di risorse RRF per i progetti ex art. 20 L. 67/1988						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 8.3. Missione Salute: target, milestone e scadenze della Componente 2a

Componente 2b. La Componente 2b Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico prevede due investimenti (figura 8.4):

- 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 quattro sub-investimenti.

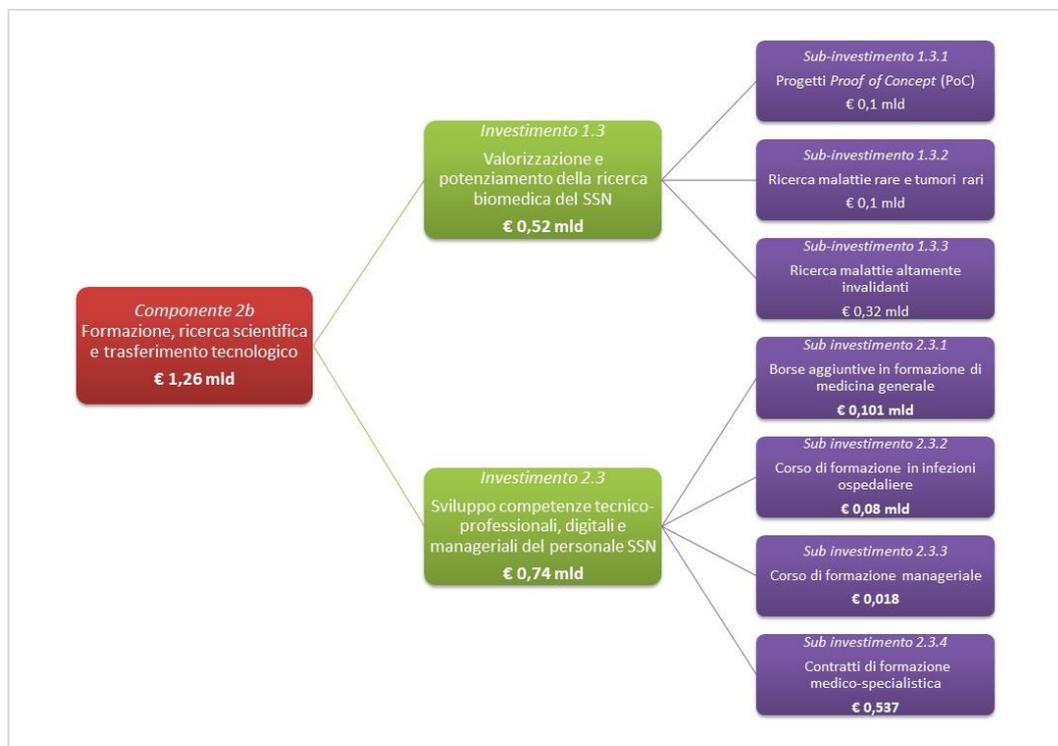


Figura 8.4. Missione 6: investimenti e sub-investimenti della Componente 2b

La tabella 8.4 riporta 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 2.700 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
Nota: per il corso di formazione sulle infezioni ospedaliere non è previsto alcun target EU							

Tabella 8.4. Missione Salute: target, milestone e scadenze della Componente 2b

Rimandando a documenti normativi e analisi istituzionali per ulteriori approfondimenti sui vari aspetti correlati alla Missione Salute del PNRR, vengono di seguito esaminati gli aspetti monitorati dall'Osservatorio GIMBE: rimodulazione, stato di avanzamento e criticità di implementazione.

8.2. Rimodulazione della Missione Salute

La IV Relazione sullo Stato di Attuazione del PNRR²¹⁷, pubblicata lo scorso 22 febbraio, riporta le variazioni rispetto al piano originale approvate dalla Commissione Europea il 24 novembre 2023²¹⁸. Nelle sezioni successive sono illustrate le rimodulazioni approvate, distinte in tre categorie: finanziarie (ridistribuzione di risorse tra la Componente 2 e la Componente 1); quantitative (rimodulazioni delle strutture/interventi da realizzare); temporali (dilazioni delle scadenze).

8.2.1. Rimodulazioni finanziarie

La dotazione finanziaria della Missione 6 è rimasta invariata rispetto al piano originale (€ 15,63 miliardi). La rimodulazione ha redistribuito € 750 milioni dalla Componente 2 alla Componente 1 (tabella 8.5): in particolare, sono stati potenziati i nuovi progetti riferiti all'assistenza domiciliare (+€ 250 milioni) e alla telemedicina (+€ 500 milioni), con una riduzione (-€ 750 milioni) dei progetti della Componente 2 a valere sulle risorse per progetti già in essere di edilizia sanitaria (nuovo obiettivo M6C2 – 10 bis).

Componente	Finanziamento originale	Nuovo finanziamento	Differenza
M6C1	€ 7,00 miliardi	€ 7,75 miliardi	+€ 750 milioni
M6C2	€ 8,63 miliardi	€ 7,88 miliardi	-€ 750 milioni

Tabella 8.5. Missione 6: rimodulazione del finanziamento

8.2.2. Rimodulazioni quantitative

Il piano di rimodulazione ha approvato le seguenti variazioni quantitative (tabella 8.6):

- Riduzione di Case della Comunità (-312), Centrali Operative Territoriali (-120) e Ospedali di Comunità (-93) e interventi di antisismica (-25) secondo criteri di distribuzione regionale non noti alla data di pubblicazione del presente Rapporto e che riguarderebbero le strutture da realizzare ex novo. Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e gli interventi inizialmente programmati, è previsto l'utilizzo di fondi alternativi: "risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/1988 ed eventuali risorse alternative, nonché le risorse aggiuntive del Fondo Opere Indifferibili, istituito per fronteggiare l'eccezionale aumento dei costi dei materiali da costruzione negli appalti pubblici, e risorse derivanti dai bilanci regionali/provinciali".
- Riduzione dei posti letto di terapia intensiva (-808) e semi-intensiva (-995), secondo criteri di distribuzione regionale non noti alla data di pubblicazione del presente Rapporto.
- Aumento degli over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare (da almeno 800 mila a 842 mila) e dei pazienti assistiti in telemedicina (da almeno 200 mila a 300 mila).

²¹⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Quarta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 22 febbraio 2024. Disponibile a: <https://temi.camera.it/leg19/pnrr/pnrrItalia/OCD57-4/I-attuazione-del-pnrr.html>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²¹⁸ European Commission. Annex to the Proposal for a Council implementing decision. 24 novembre 2023. Disponibile a: https://commission.europa.eu/system/files/2023-11/COM_2023_765_1_EN_annexe_proposition_cp_part1_v3.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Investimento	Target originale	Nuovo target	Differenza	Note sulle risorse economiche
Case della Comunità	1.350	1.038	-312	Uso di risorse alternative ^a
Centrali Operative Territoriali	600	480	-120	Uso di risorse alternative ^a
Ospedali di Comunità	400	307	-93	Uso di risorse alternative ^a
Over 65 in assistenza domiciliare	800.000	842.000	+42.000	Aumento della dotazione finanziaria di € 250 milioni
Pazienti assistiti in telemedicina	200.000	300.000	+100.000	Aumento della dotazione finanziaria di € 500 milioni
Posti terapia intensiva	3.500	2.692	-808	Nessun riferimento a risorse alternative per realizzare i posti letto espunti ^c
Posti terapia sub-intensiva	4.225 ^b	3.230	-995	
Interventi antisismica	109	84	-25	Riduzione della dotazione di € 750 milioni Uso di risorse alternative ^a

^a Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi inizialmente programmati, è previsto l'utilizzo di fondi alternativi quali le risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/1988 ed eventuali risorse alternative, nonché le risorse addizionali del Fondo Opere Indifferibili, istituito per fronteggiare l'eccezionale aumento dei costi dei materiali da costruzione negli appalti pubblici e risorse derivanti dai bilanci regionali/provinciali.

^b Target originale riportato nella prima versione del PNRR. La rimodulazione riporta, invece, il numero di 4.200.

^c Risorse assegnate dal DL 34/2020

Tabella 8.6. Missione 6: rimodulazione delle strutture/interventi

L'art. 1 del DL 19/2024 dirotta circa € 1,2 miliardi destinati all'ammodernamento degli ospedali dal Piano Nazionale per gli investimenti complementari (il co-finanziamento del PNRR garantito dall'Italia) ai fondi generici per l'edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (ex art. 20 L. 67/1988). Sebbene possa sembrare un semplice espediente contabile, in realtà le risorse non vengono trasferite tra "vasi comunicanti" e gli interventi espunti vengono rinviati a data da destinarsi, poiché non saranno più vincolati alla scadenza di giugno 2026 fissata dal PNRR. In particolare, si tratta dell'investimento denominato "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" che ha l'obiettivo di migliorare la sicurezza degli ospedali adeguandoli alle norme antisismiche, data la loro funzione strategica in caso di disastro. Gli ospedali, infatti, oltre a svolgere un ruolo cruciale di soccorso, sono particolarmente vulnerabili in caso di evento sismico poiché ospitano un elevato numero di persone la cui messa in sicurezza è condizionata dalle inabilità individuali.

Più in generale, 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) non spese dalle Regioni che, infatti, hanno già espresso le loro perplessità in merito al loro utilizzo²¹⁹. 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

²¹⁹ 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: 30 settembre 2024.

appaltate. Peraltro, un meccanismo compensatorio tra le Regioni risulta poco praticabile, 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.

8.2.3. Rimodulazioni temporali

Il piano di rimodulazione ha previsto il differimento delle scadenze relative a due target EU (tabella 8.7).

Target	Scadenza originale	Nuova scadenza	Delta
Centrali Operative Territoriali	30/06/24	31/12/24	+6 mesi
Grandi apparecchiature	31/12/24	30/06/26	+18 mesi

Tabella 8.7. Missione 6: differimento delle scadenze

L'attivazione delle Centrali Operative Territoriali è slittata dal 30 giugno 2024 al 31 dicembre 2024 (+6 mesi). L'installazione delle grandi apparecchiature, invece, è stata rinviata dal 31 dicembre 2024 al 30 giugno 2026 (+18 mesi), un differimento motivato da criticità logistiche quali lo smaltimento delle vecchie apparecchiature e l'adeguamento dei locali.

8.3. 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 (traguardi)** sono traguardi qualitativi da raggiungere attraverso una riforma o un investimento, concretizzandosi in atti amministrativi e procedurali volti all'attuazione delle diverse misure.
- I **target (obiettivi)** rappresentano risultati quantitativi da raggiungere tramite una riforma o investimento e sono misurati attraverso specifici indicatori.

A loro volta, milestone e target possono avere rilevanza europea (EU) o nazionale (IT): quelli EU devono essere rendicontati periodicamente ai fini del pagamento delle rate (tabelle 8.2, 8.3, 8.4), quelli IT sono step intermedi finalizzati al raggiungimento di quelli EU.

Vengono di seguito riportati i dati estratti dai monitoraggi del portale "PNRR – Salute" del Ministero della Salute²²⁰ e da altre fonti: V Relazione Semestrale sullo Stato di Avanzamento del PNRR ²²¹, Relazione della Corte dei Conti sullo stato di attuazione del PNRR ²²², Monitoraggio Agenas sull'attuazione del DM 77/2022 ²²³.

²²⁰ 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: 30 settembre 2024.

²²¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Quinta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 22 luglio 2024. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/dam/sogei-ng/documenti/Quinta%20Relazione%20al%20Parlamento_Sezione%20I.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²²² Corte dei Conti. Relazione sullo stato di attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Maggio 2024. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=7c438424-a7db-4a5f-99a0-3e55c2875447. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²²³ Fortino A. Monitoraggio DM 77 e Regioni del Sud. Dati Agenas. In: Missione 5 e Missione 6. Lo stato di attuazione degli obiettivi del PNRR. Forum Mediterraneo in Sanità. Bari, 19 settembre 2024. Disponibile a: www.youtube.com/watch?v=-m5oJbdTjKA. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

8.3.1. Monitoraggio del Ministero della Salute

Secondo quanto riportato dal portale ministeriale 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. Al 30 giugno 2024 è stata raggiunta l'unica scadenza prevista nel primo semestre dell'anno corrente, relativa all'assegnazione di 2.700 borse di studio aggiuntive per corsi specifici di medicina generale, che garantiranno il completamento di tre cicli di apprendimento triennali. Relativamente al raggiungimento del target EU per l'assegnazione di 2.700 borse di studio aggiuntive per la medicina generale, sebbene sia certo che le 900 borse annuali finanziate dal PNRR sono state assegnate, l'assenza di una rendicontazione pubblica del totale delle borse di studio ordinarie rende impossibile verificare se le borse PNRR siano realmente "aggiuntive".
- **Milestone e target IT:** alla fine del primo semestre 2024 sono stati raggiunti tutti i target previsti nel 2021, 2022 e 2023, ad eccezione del target "Stipula di un contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria", che era già stato differito dal 30 giugno 2023 al 31 dicembre 2024 (+18 mesi). Relativamente al 2024, il target "Realizzazione, implementazione e messa in funzione delle componenti architetture che garantiscono l'interoperabilità nazionale di documenti e dati sanitari all'interno del Fascicolo sanitario elettronico" è stato rinviato dal 30 giugno al 31 dicembre 2024 (+6 mesi). È stato invece stato raggiunto con un anticipo di 6 mesi il target "Pubblicazione di una procedura di selezione biennale per l'assegnazione di voucher per progetti PoC (*Proof of Concept*) e stipula di convenzioni, progetti di ricerca su tumori e malattie rare e progetti di ricerca ad alto impatto sulla salute" fissato al 31 dicembre 2024 (tabella 8.8).

M/T	Descrizione	Target raggiunto	Scadenza iniziale	Nuova scadenza	Gap (mesi)
T	Stipula contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria	N.A.	30/06/23	31/12/24*	+18
T	Realizzazione, implementazione e messa in funzione delle componenti architetture che garantiscono l'interoperabilità nazionale di documenti e dati sanitari all'interno del Fascicolo sanitario elettronico	83%	30/06/24	31/12/24	+6

*Alla data di pubblicazione del presente Rapporto non è noto il raggiungimento dei target con scadenza 30 settembre 2024, in quanto il Ministero della Salute garantisce l'aggiornamento del raggiungimento entro il 20 del mese successivo al periodo di riferimento.

Tabella 8.8. Missione Salute: target e milestone IT con scadenze differite (anno 2024)

Complessivamente, al 30 giugno 2024, le scadenze EU sono state tutte raggiunte, ad eccezione di quella posticipata dal piano di rimodulazione (tabella 8.7). Anche le scadenze IT sono state tutte conseguite al primo semestre 2024, tranne due target posticipati a fine anno (tabella 8.8).

8.3.2. Monitoraggio del Governo: relazione semestrale sul PNRR

I dati della V Relazione Semestrale sullo Stato di Avanzamento del PNRR²²⁴, presentati il 22 luglio 2024 dal Ministro per gli affari europei, le Politiche di Coesione e il PNRR, mostrano che al 30 giugno la spesa sostenuta per il PNRR procede a rilento, con € 51,36 miliardi su un totale di € 192,42 miliardi, pari al 31%. Sebbene la Missione 6 risulti la prima per rapporto tra misure attivate e importo assegnato (95%), è penultima per percentuale di spesa sulle misure attivate (12%), precedendo solo la Missione 5 (Inclusione e coesione), ferma al 10% (tabella 8.9).

Missione	Importo assegnato ^a (A)	Misure attivate ^a (B)	Misure attivate/ Importo assegnato (A/B)	Spesa PNRR sostenuta ^a (C)	Percentuale spesa su misure attivate (C/B)
M1	€ 41,34	€ 37,49	91%	€ 18,33	49%
M2	€ 55,53	€ 49,65	89%	€ 16,48	33%
M3	€ 23,74	€ 23,12	99%	€ 6,61	29%
M4	€ 30,08	€ 25,58	84%	€ 6,73	26%
M5	€ 16,92	€ 14,17	84%	€ 1,39	10%
M6	€ 15,63	€ 14,78	95%	€ 1,82	12%
M7	€ 11,18	€ 0,00	0%	€ 0,00	0%
Italia	€ 192,42	164,79	85%	€ 51,36	31%

^a Miliardi di euro

**Tabella 8.9. Avanzamento procedurale e finanziario del PNRR per Missione
(dati Ministero dell'Economia e delle Finanze al 30 giugno 2024)**

Secondo la “Relazione sullo stato di attuazione del PNRR”²²⁵, approvata nell’adunanza delle Sezioni riunite della Corte dei Conti in sede di controllo del 9 maggio 2024 e che si basa sui dati disponibili al 13 marzo 2024, il Ministero della Salute ha indicato come critica la misura connessa allo sviluppo dell’assistenza domiciliare. I dati 2023 provenienti dal flusso del sistema informativo per il monitoraggio dell’Assistenza Domiciliare, aggiornati al 1° marzo 2024, documentano che alcune Regioni non hanno conseguito l’obiettivo incrementale assegnato per l’anno 2023 (vedi *supra*). Anche il traguardo relativo alla realizzazione, implementazione e messa in funzione di un registro centrale per i documenti digitali e di una piattaforma di interoperabilità e servizi, secondo lo standard *Fast Healthcare Interoperability Resources*, incontra difficoltà attuative di media intensità. Queste difficoltà riguardano l’intervento di rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione (FSE) a causa di complesse interlocuzioni con il Garante della privacy per la realizzazione dell’Ecosistema dei dati sanitari (EDS); non essendo possibile prevedere né l’esito né le tempistiche dei possibili rilievi mossi dall’Autorità, il Ministero della Salute sta prendendo in considerazione l’ipotesi di una riprogrammazione della milestone in esame.

²²⁴ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Quinta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 22 luglio 2024. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/dam/sogei-ng/documenti/Quinta%20Relazione%20al%20Parlamento_Sezione%20I.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²²⁵ Corte dei Conti. Relazione sullo stato di attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Maggio 2024. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=7c438424-a7db-4a5f-99a0-3e55c2875447. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

8.3.3. Monitoraggio della Corte dei Conti

La Relazione sullo stato di attuazione del PNRR²²⁶, approvata nell'adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 9 maggio 2024, si basa sui dati disponibili al 13 marzo 2024. Vengono di seguito riportate le considerazioni più rilevanti relative alla Missione 6.

Misure da completare. Sotto il profilo finanziario, la Corte dei Conti rileva che l'unica misura della Missione 6 tra quelle incomplete, è quella relativa all'assistenza domiciliare, che pesa per il 38% del finanziamento della Componente 1 (circa € 3 miliardi su € 7,7 miliardi).

Progetti in essere. Come noto, il PNRR finanzia anche interventi già previsti all'atto della predisposizione del Piano. A seguito della revisione del dicembre 2023 e dell'esclusione/definanziamento di alcune iniziative di investimento, le risorse finanziarie complessive associate ai progetti in essere sono diminuite di € 9,8 miliardi (-19,1%), passando da € 51,4 a € 41,6 miliardi. In tutte le missioni la nuova programmazione finanziaria determina una riduzione dei fondi dei "progetti in essere": per la Missione 6 tale riduzione è del 25,1% ed è relativa alla misura "Verso un ospedale sicuro" (M6C2I1.2), che subisce una diminuzione di risorse per progetti in essere di € 750 milioni (da € 2.982,7 a € 2.232,7 milioni). A differenza di altre missioni, la Missione Salute non presenta riduzioni finanziate con il Fondo Sviluppo e Coesione (FSC).

Monitoraggio degli atti inerenti al PNRR inviati al controllo preventivo di legittimità. Il Ministero della Salute ha adottato 70 provvedimenti attuativi del PNRR. Quasi tutti i provvedimenti giunti al controllo concernono l'attuazione del piano, tripartendosi in approvazione di convenzioni e piani operativi, valorizzazione della ricerca biomedica (numerosi e parte della Missione 6, Componente 2, "Innovazione della ricerca") e bandi approvativi di progetti precedentemente finanziati. Solo due provvedimenti concernono l'allocatione di risorse, modificando la ripartizione degli stanziamenti originariamente previsti e destinati alla formazione di medici. Nel primo semestre del 2023 si è proceduto all'adozione di provvedimenti attuativi del piano e di un esiguo numero di provvedimenti di assegnazione dei fondi. Nel 2022, invece, sono stati adottati provvedimenti di assegnazione di fondi e nessuno concernente l'attuazione del piano. Non sono state formulate osservazioni né si è proceduto a registrazioni.

8.3.4. Monitoraggio Agenas sull'attuazione del DM 77/2022

L'Agenas assicura il monitoraggio semestrale sullo stato di implementazione del DM 77 nelle Regioni e Province autonome e invia una relazione al Ministero della Salute; tuttavia, non tutte le relazioni sono pubblicamente disponibili. Quella relativa alla prima fase del monitoraggio, conclusa nel dicembre 2022²²⁷ non risulta essere pubblica; quella relativa alla seconda fase, relativa al semestre gennaio-giugno 2023²²⁸, riporta i dati inerenti 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 (CIS)

²²⁶ Corte dei Conti. Relazione sullo stato di attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Maggio 2024. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=7c438424-a7db-4a5f-99a0-3e55c2875447. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²²⁷ 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: 30 settembre 2024.

²²⁸ 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: 30 settembre 2024.

nell'ambito del PNRR, sia quelle extra-POR aventi cioè fonti di finanziamento diverse dal PNRR. La terza relazione (luglio-dicembre 2023) non risulta essere pubblica, mentre i risultati preliminari del 4° monitoraggio (gennaio-giugno 2024), aggiornati al 30 giugno 2024, sono stati recentemente presentati²²⁹: si tratta dei dati trasmessi dalle Regioni e in corso di verifica da parte di Agenas, da considerarsi quindi non definitivi. Si riporta di seguito una sintesi di tali risultati, che non si basano sulle modifiche apportate dalla rimodulazione della Missione Salute, ma si riferiscono ai target originali contenuti nel PNRR e definiti dai CIS, escludendo le strutture extra-POR.

Case della Comunità. Rispetto alle 1.421 CdC da attivare entro il 2026 ne sono state dichiarate attive dalle Regioni (con standard non sempre completi) solo 268, il 19% del totale. 5 Regioni si collocano sopra alla media nazionale: Lombardia (66%), Veneto (62%), Emilia-Romagna (52%), Molise (38%), Piemonte (21%). Toscana (11%), Marche (10%), Liguria (3%) e Sicilia (1%), pur restando sotto la media nazionale, hanno attivato delle CdC, mentre 12 Regioni e Province autonome, tra cui 6 del Mezzogiorno, non hanno ancora dichiarato attiva alcuna CdC (tabella 8.10).

Regione	CdC previste	CdC dichiarate attive	%
Lombardia	196	129	66%
Veneto	95	59	62%
Emilia-Romagna	85	44	52%
Molise	13	5	38%
Piemonte	82	17	21%
Toscana	76	8	11%
Marche	29	3	10%
Liguria	32	1	3%
Sicilia	155	2	1%
Abruzzo	40	0	0%
Basilicata	19	0	0%
Calabria	61	0	0%
Campania	172	0	0%
Friuli Venezia Giulia	23	0	0%
Lazio	131	0	0%
Prov. Aut. di Bolzano	10	0	0%
Prov. Aut. di Trento	10	0	0%
Puglia	121	0	0%
Sardegna	50	0	0%
Umbria	17	0	0%
Valle D'Aosta	4	0	0%
Italia	1.421	268	19%

Tabella 8.10. CdC previste e dichiarate attive dalle Regioni (dati Agenas)

²²⁹ Fortino A. Monitoraggio DM 77 e Regioni del Sud. Dati Agenas. In: Missione 5 e Missione 6. Lo stato di attuazione degli obiettivi del PNRR. Forum Mediterraneo in Sanità. Bari, 19 settembre 2024. Disponibile a: www.youtube.com/watch?v=-m5oJbdTjKA. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Centrali Operative Territoriali. Delle 611 COT da attivare entro il 2024, pur essendone state dichiarate attive dalle Regioni 416, solo 362 (59% del totale) sono definite “pienamente funzionanti” a seguito della verifica dei requisiti da parte di un ingegnere indipendente: fra le 13 Regioni che si collocano sopra alla media nazionale, Abruzzo, Marche, Provincia autonoma di Bolzano, Umbria e Valle D'Aosta raggiungono il 100%. Sotto media nazionale la Sicilia (18%) e 7 Regioni che non hanno ancora attivato nessuna COT, di cui 5 del Mezzogiorno: Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Molise, Provincia autonoma di Trento, Puglia (tabella 8.11).

Regione	COT previste	COT pienamente funzionanti	%
Abruzzo	13	13	100%
Marche	15	15	100%
Prov. Aut. di Bolzano	5	5	100%
Umbria	9	9	100%
Valle D'Aosta	1	1	100%
Veneto	49	48	98%
Emilia-Romagna	45	44	98%
Toscana	37	35	95%
Sardegna	16	14	88%
Lombardia	101	85	84%
Lazio	59	45	76%
Liguria	16	12	75%
Piemonte	43	27	63%
Sicilia	50	9	18%
Basilicata	6	0	0%
Calabria	21	0	0%
Campania	65	0	0%
Friuli Venezia Giulia	12	0	0%
Molise	3	0	0%
Prov. Aut. di Trento	5	0	0%
Puglia	40	0	0%
Italia	611	362	59%

Tabella 8.11. COT previste e attive già verificate (dati Agenas)

Da rilevare che la scadenza del target EU di “almeno 480 COT pienamente funzionanti” è fissata al 31 dicembre 2024 e al momento ne rimangono ancora 118 da rendere pienamente funzionanti (24,6% del totale da raggiungere).

Ospedali di Comunità. Dei 429 OdC da attivare entro il 2026 ne sono stati dichiarati attivi solo 56, il 13% del totale. La Regione Molise ha raggiunto il 100% e altre 6 Regioni si collocano sopra alla media nazionale: Veneto (43%), Lombardia (33%), Puglia (18%), Abruzzo (18%), Liguria (18%) ed Emilia-Romagna (15%). Marche (11%), Sardegna (8%) e Campania (2%), pur restando sotto la media nazionale, hanno attivato almeno un OdC, mentre le restanti 11

Regioni e Province autonome, di cui 3 nel Mezzogiorno, non ne hanno ancora attivato nessuno (tabella 8.12).

Regione	OdC previsti	OdC dichiarati attivi	%
Molise	2	2	100%
Veneto	35	15	43%
Lombardia	63	21	33%
Puglia	38	7	18%
Abruzzo	11	2	18%
Liguria	11	2	18%
Emilia-Romagna	27	4	15%
Marche	9	1	11%
Sardegna	13	1	8%
Campania	48	1	2%
Basilicata	5	0	0%
Calabria	20	0	0%
Friuli Venezia Giulia	7	0	0%
Lazio	35	0	0%
Piemonte	27	0	0%
Prov. Aut. di Bolzano	3	0	0%
Prov. Aut. di Trento	3	0	0%
Sicilia	43	0	0%
Toscana	23	0	0%
Umbria	5	0	0%
Valle D'Aosta	1	0	0%
Italia	429	56	13%

Tabella 8.12. OdC previsti, attivi e percentuale di OdC attivi sul totale (dati Agenas)

A giugno 2024 si conferma il netto ritardo delle Regioni del Mezzogiorno: le CdC dichiarate attive sono solo in Sicilia (2 su 155) e in Molise (5 su 13); le COT risultano attivate solo in Abruzzo (13 su 13), Sardegna (14 su 16) e Sicilia (9 su 50); gli OdC sono dichiarati attivi in Molise (2 su 2), Puglia (7 su 38), Abruzzo (2 su 11), Sardegna (1 su 13) e Campania (1 su 48).

Monitoraggio ADI. Secondo quanto previsto dal DM 13 marzo 2023, per assistere almeno il 10% della popolazione over 65 in ADI, il PNRR ha l'obiettivo di aumentare le persone prese in carico da oltre 640 mila del dicembre 2019 a poco meno di 1,5 milioni nel 2026, per un incremento totale di oltre 808 mila assistiti. Rispetto ai target intermedi per raggiungere tale obiettivo, la recente relazione dell'Agenas²³⁰ documenta che nel 2023 il target nazionale di 526 mila, previsto dal DM 13 marzo 2023, è stato superato (+1%). Tuttavia il dato nazionale è

²³⁰ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti dal Decreto Interministeriale 24 novembre 2023 "Modifiche al decreto 23 gennaio 2023, recante ripartizione delle risorse relative all'investimento M6C1 - 1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)". Anno 2023. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/PNRR/Relazione_monitoraggio_M6C1-1.2.1_Casa_come_primo_luogo_di_cura_ADI.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

distorto dai risultati estremamente eterogenei raggiunti dalle Regioni. Infatti, rispetto ad una media nazionale del 101%, alcune Regioni mostrano incrementi molto rilevanti: Provincia autonoma di Trento (235%), Umbria (206%), Puglia (145%), Toscana (144%). Al contrario, tre Regioni del Sud non raggiungono il target: Sardegna (77%), Campania (62%) e Sicilia (1%) (figura 8.5).

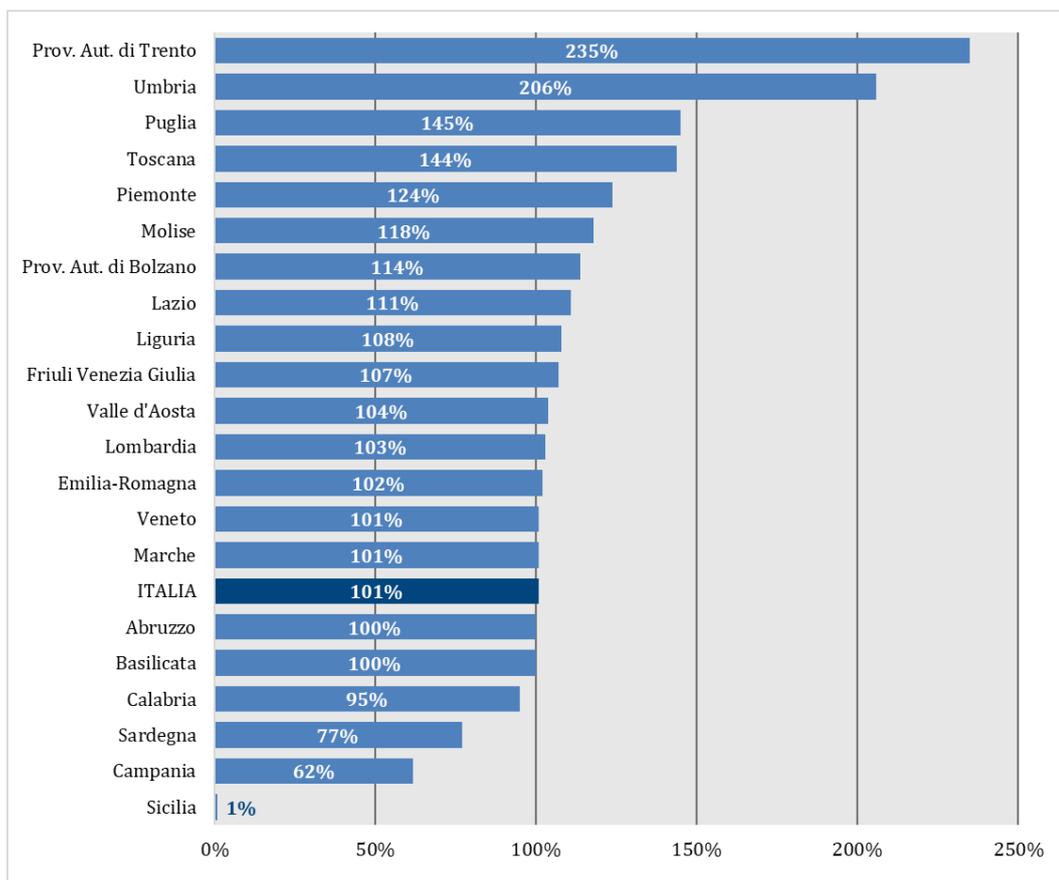


Figura 8.5. Percentuale d'incremento dei pazienti over 65 in ADI (dati Agenas al 31 dicembre 2023)

Agenzia per la Sanità Digitale. L'Agenas, nell'ambito delle funzioni previste dalla L. 25/2022, ha assunto anche il ruolo di Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale (ASD) ed è pertanto impegnata nel garantire omogeneità a livello nazionale ed efficienza nell'attuazione delle politiche di digitalizzazione del settore sanitario, attraverso l'implementazione di nuovi modelli organizzativi improntati all'utilizzo di soluzioni innovative tra cui i servizi di telemedicina. Secondo una recente relazione ²³¹, l'attività svolta dall'ASD nel 2023 ha riguardato:

- predisposizione, pubblicazione e aggiornamento di Linee Guida;
- monitoraggio periodico sull'attuazione delle Linee Guida;
- promozione e realizzazione di servizi sanitari e socio-sanitari basati sui dati;
- certificazione delle soluzioni di tecnologia dell'informazione;
- supporto al Ministero della salute per la valutazione delle richieste da parte di soggetti terzi di consultazione dei dati raccolti nell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS) per finalità di ricerca;

²³¹ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Agenzia nazionale per la sanità digitale. Relazione sull'attività svolta ai sensi dell'articolo 21, comma 15-duodecies, della legge 28 marzo 2022, n. 25. Anno 2023. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/PNRR/Relazione_annuale_Agenzia_Sanita%CC%80_Digitale_2023.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

- supporto alla Cabina di regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- gestione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina;
- proposta per definire e aggiornare le tariffe per i servizi di telemedicina.

8.3.5. Monitoraggio posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva

Il DL 34/2020 prevedeva l'incremento dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva con uno stanziamento di € 1.468 milioni, secondo una programmazione definita dai piani di riorganizzazione di Regioni e Province autonome approvati dal Ministero della Salute pari a 3.453 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva e 3.983 di terapia sub-intensiva. Successivamente, tale obiettivo, come progetto in essere, è confluito nella componente M6C2 della Missione Salute, prevedendo entro giugno 2026 la realizzazione di almeno 5.922 posti letto aggiuntivi, di cui 2.692 in terapia intensiva e 3.230 in sub-intensiva (§ 8.2.2.).

Secondo i dati riportati da una recente interrogazione parlamentare²³², al 31 luglio 2024 sono stati realizzati il 52% (1.795 su 3.453) dei posti letto di terapia intensiva e il 50% (1.993 su 3.983) di quelli di terapia sub-intensiva, con impressionanti differenze regionali. In particolare, per i posti letto di terapia intensiva, la percentuale di realizzazione va dallo 0% del Molise al 100% dell'Abruzzo, con quasi due terzi delle Regioni che si collocano sotto la media nazionale (figura 8.6). Per i posti letto di terapia sub-intensiva la percentuale di realizzazione va dallo 0% di Valle D'Aosta, Molise e Sardegna al 100% dell'Abruzzo e della Provincia autonoma di Bolzano (figura 8.7).

²³² XII Commissione Affari Sociali – Camera dei Deputati. Interrogazione a risposta diretta di Loizzo: Incremento del numero di specialisti in anestesia e rianimazione e del numero di posti letto di terapia intensiva. Roma, 18 settembre 2024. Disponibile a: <https://documenti.camera.it/leg19/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2024/09/18/leg.19.bol0369.data20240918.com12.pdf>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

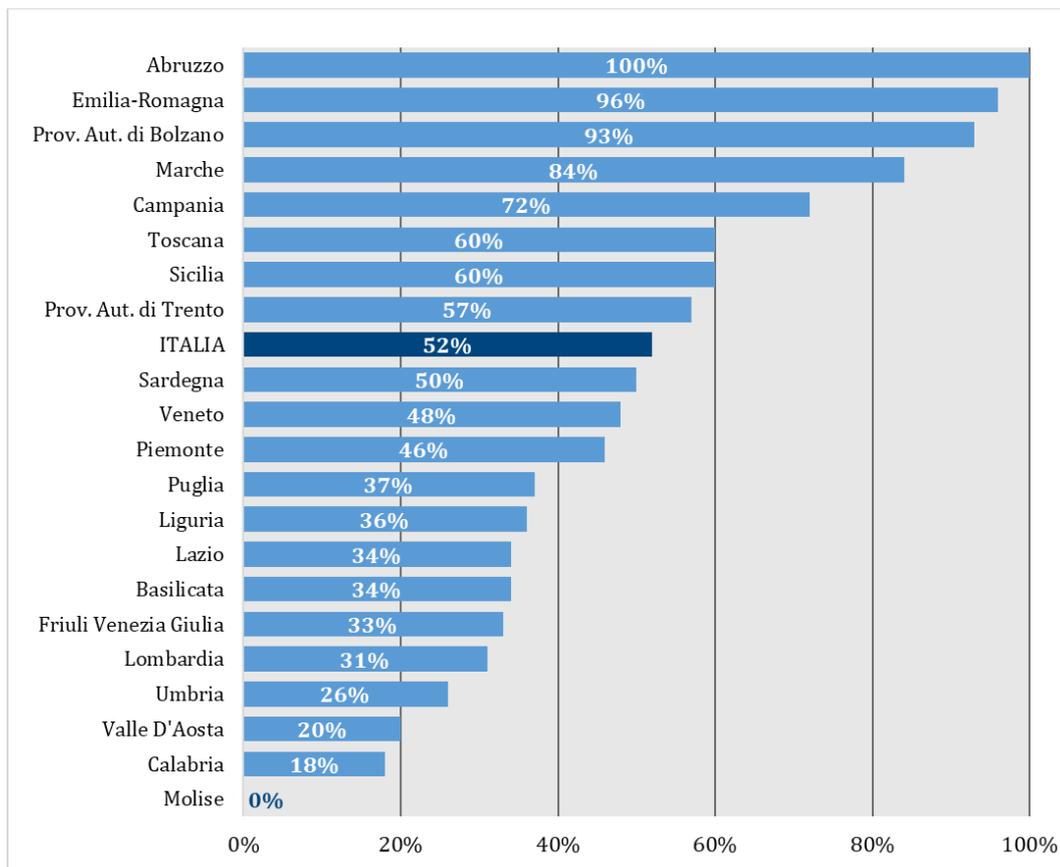


Figura 8.6. Percentuale di posti letto aggiuntivi di terapia intensiva realizzati al 31 luglio 2024 (dati MdS)

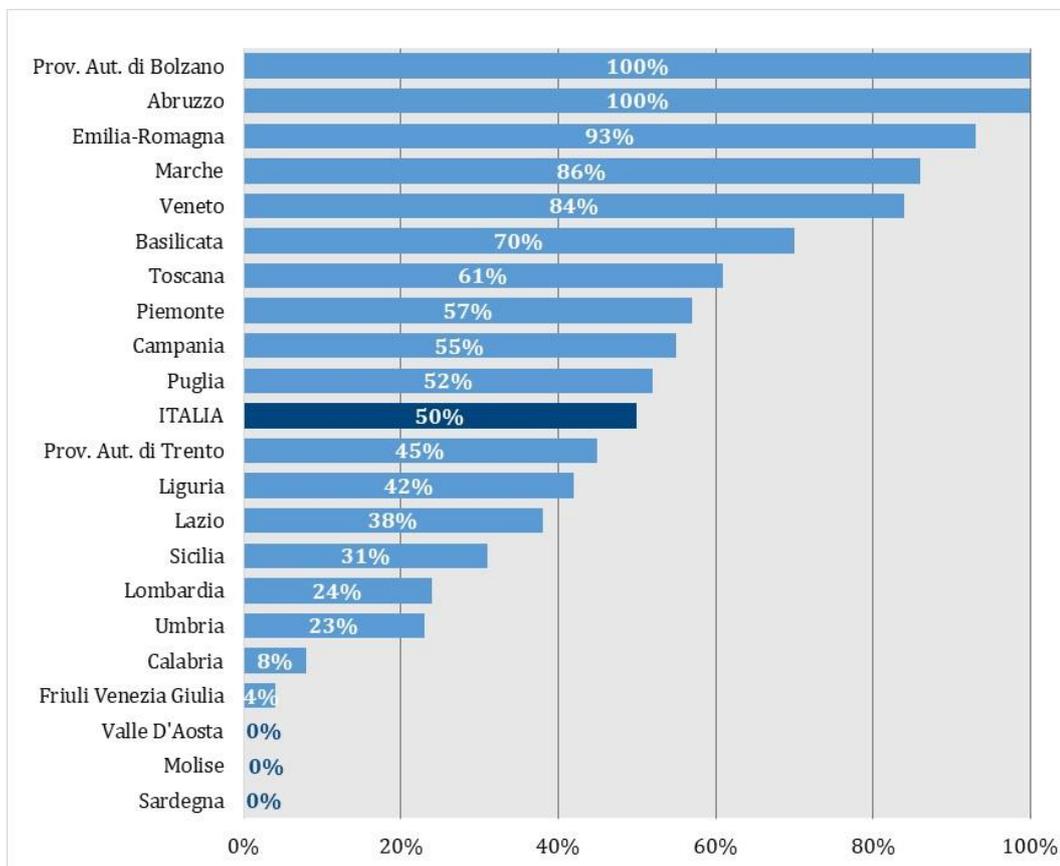


Figura 8.7. Percentuale di posti letto aggiuntivi di terapia sub-intensiva realizzati al 31 luglio 2024 (dati MdS)

8.4. 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 in collaborazione con FIASO e Federsanità²³³, sono state identificate – e poi progressivamente rivalutate ed estese attraverso il 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.

8.4.1. Diseguaglianze regionali

Adempimenti LEA. Le diseguaglianze regionali sugli adempimenti LEA (§ 4.4.2) conseguono a rilevanti differenze di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo e professionale che condizionano la qualità dei 21 servizi sanitari regionali. A fronte delle scadenze IT ed EU di milestone e target, le Regioni non si trovano infatti sulla stessa linea di partenza e l'entità del gap tra Regioni settentrionali e meridionali in sanità è tale che rende poco realistico raggiungere l'obiettivo trasversale del PNRR di ridurre le diseguaglianze regionali e locali. Inevitabilmente, dunque, il raggiungimento dei target nazionali sarà condizionato dalla capacità delle Regioni del Nord di trainare quelle del Mezzogiorno.

Innanzitutto, il problema riguarda 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. A questo proposito, è utile ribadire che il DM 77 è stato concepito principalmente sul modello dell'Emilia-Romagna, dal quale la maggior parte delle Regioni si discostano sia a livello strutturale-organizzativo, sia in termini di coinvolgimento dei professionisti sanitari e di consapevolezza da parte della popolazione. In particolare, 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 eterogenea²³⁴.

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 (+842 mila persone). Tuttavia, se da un lato il raggiungimento del target nazionale appare realistico, la riduzione delle differenze regionali è condizionata da differenti "punti di partenza". Infatti, a dicembre 2023 tre Regioni non hanno raggiunto i target intermedi: Sardegna, Campania e Sicilia.

Fascicolo sanitario elettronico (FSE). In base ai target EU del PNRR, entro il 31 dicembre 2025 almeno l'85% dei MMG dovrà alimentare il FSE, la cui implementazione presenta notevoli differenze regionali. Nel maggio 2022 sono state emanate le "Linee Guida per

²³³ 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: 30 settembre 2024.

²³⁴ Servizio Studi Affari Sociali – Camera dei Deputati. 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: 30 settembre 2024.

l'attuazione del nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico²³⁵ sulla base delle quali, nel giugno 2022, il Ministero per l'innovazione tecnologica e transizione digitale ha rilevato che, oltre ad un'implementazione disomogenea nelle Regioni in termini di contenuti e standard, il nucleo minimo dei documenti clinici non era pienamente implementato ovunque: solo Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana e Piemonte avevano una percentuale di alimentazione del FSE superiore al 50%, mentre Campania, Liguria, Sicilia e Calabria non superavano il 5%.

Oggi tramite il portale realizzato dal Ministero della Salute e dal Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri è possibile monitorare i dati di utilizzo del FSE da parte di cittadini, medici e aziende sanitarie²³⁶. In dettaglio:

- I cittadini che nel periodo gennaio-marzo 2024 hanno effettuato almeno un accesso al FSE, sul totale di coloro ai quali nello stesso periodo è stato messo a disposizione sul fascicolo almeno un documento sono il 18%, con un range che varia dall'1% di Calabria, Marche e Sicilia al 64% della Provincia autonoma di Trento (figura 8.8). Tutte le Regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Campania (21%), si collocano al di sotto della media nazionale, con percentuali di utilizzo $\leq 3\%$, fatta eccezione per la Sardegna (8%).

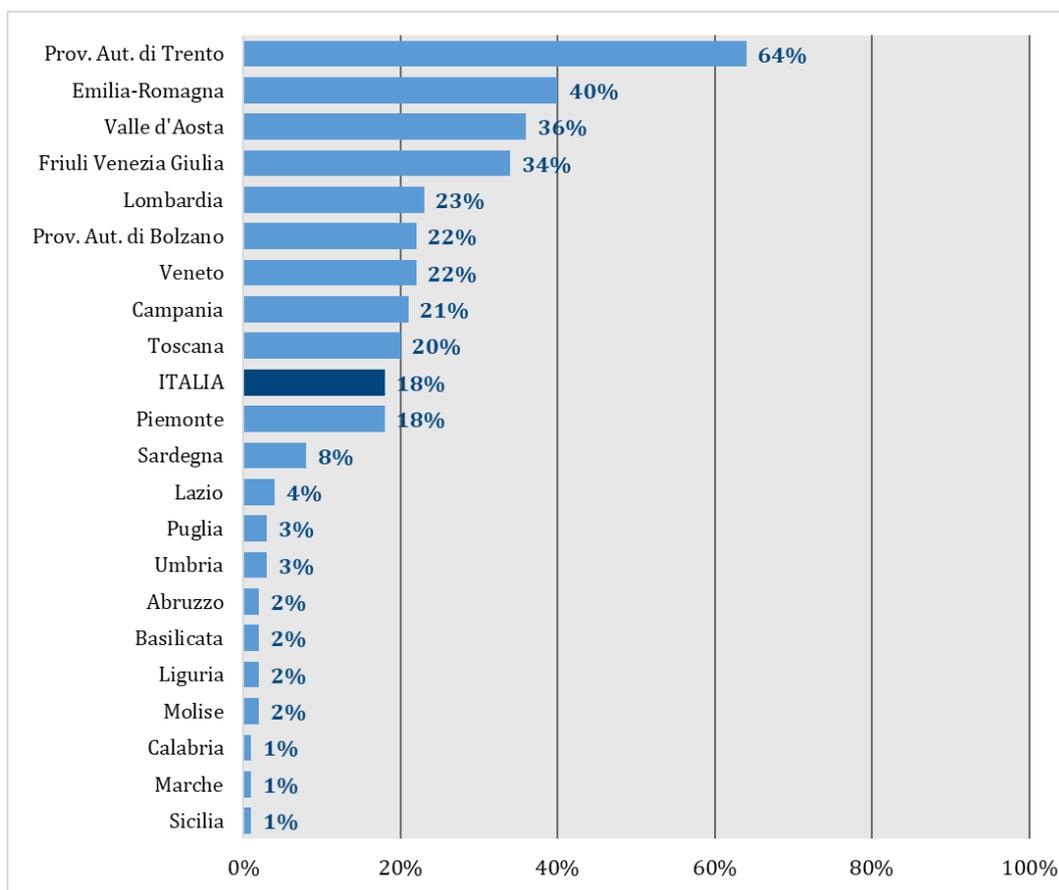


Figura 8.8. Cittadini che hanno utilizzato il FSE nel periodo gennaio-marzo 2024 (dati MdS e Dipartimento per la Trasformazione Digitale)

²³⁵ 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: 30 settembre 2024.

²³⁶ Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale. Portale Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. Dati aggiornati al 9 maggio 2024. Disponibile a: <https://monitopen.fse.salute.gov.it/usage>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

- I cittadini che al 31 marzo 2024 hanno espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti a medici e operatori del SSN per le finalità previste dal DM 7 settembre 2023 sono il 40%, con un range che varia dall'1% di Abruzzo, Calabria e Campania all'88% dell'Emilia-Romagna. Tra le Regioni del Mezzogiorno solo la Puglia (68%) supera la media nazionale (figura 8.9).

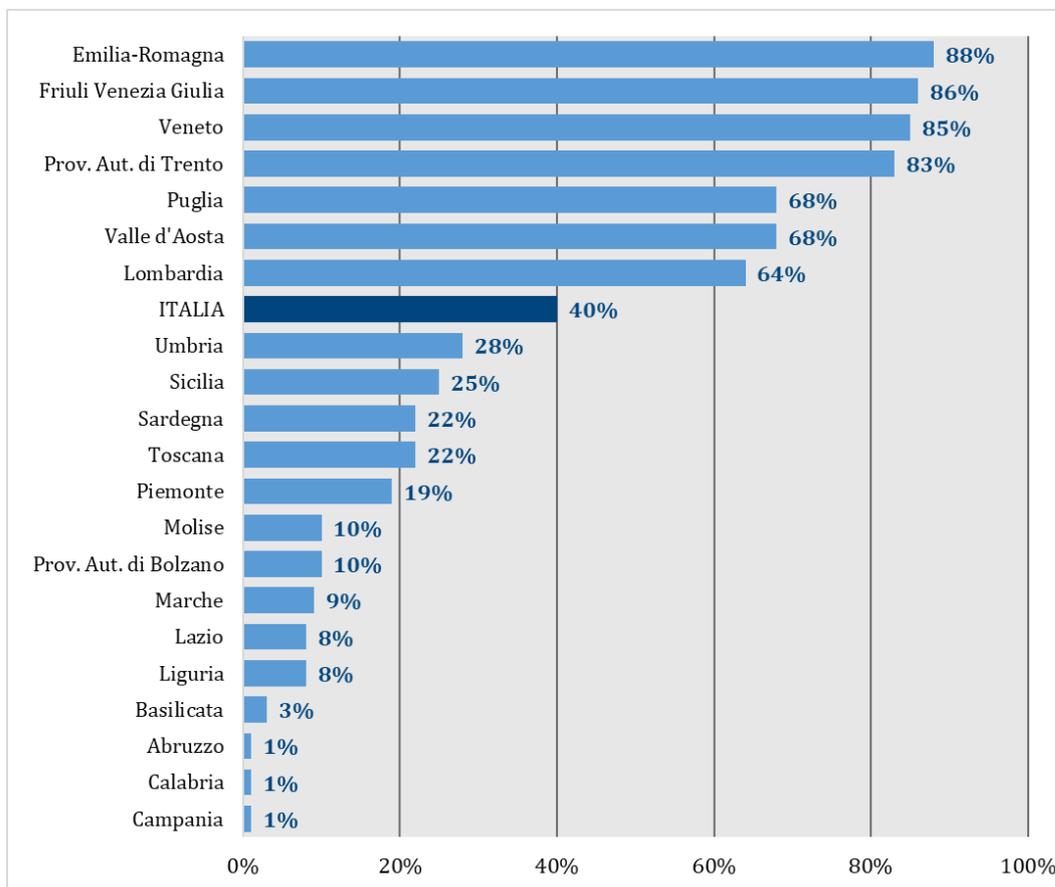


Figura 8.9. Cittadini che hanno espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti al 31 marzo 2024 (dati Mds e Dipartimento per la Trasformazione Digitale)

- La percentuale di MMG e PLS che hanno effettuato almeno un'operazione sul FSE nel periodo gennaio-marzo 2024 è del 96%, con 8 Regioni al 100% (Basilicata, Emilia-Romagna, Molise, Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Sardegna, Valle d'Aosta e Veneto) e solo 5 sotto la media nazionale, seppur con percentuali elevate: Calabria (94%), Marche (92%), Sicilia (92%), Abruzzo (88%) e Toscana (83%).
- La percentuale di medici specialisti delle Aziende sanitarie abilitati alla consultazione del FSE al 31 marzo 2024 è del 74%, con un range che varia dallo 0% della Liguria al 100% di Lombardia, Molise, Provincia autonoma di Bolzano, Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto. Al di sotto della media nazionale si collocano Sicilia (66%), Lazio (62%), Calabria (20%), Abruzzo (17%), Marche (2%) e Umbria (1%), oltre alla già citata Liguria (0%).

8.4.2. Personale sanitario

La grave carenza di personale sanitario 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. Il "piano di sostenibilità" contenuto nella versione iniziale del PNRR puntava su potenziali risparmi che dal 2027 dovrebbero essere ottenuti grazie alla 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. 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), secondo il piano di sostenibilità del PNRR il fabbisogno residuo di € 1.339,2 milioni dovrebbe essere coperto dall'esiguo incremento del FSN (€ 180 milioni) e dal disinvestimento di prestazioni inappropriate (€ 1.159,2 milioni). Pur condividendo la strategia di disinvestimento da servizi e prestazioni inappropriate e della successiva riallocazione delle risorse, è irrealistico sia stimare l'entità del disinvestimento conseguente 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) per prevedere la riallocazione delle risorse verso la spesa per il personale (costi fissi) che dovrebbe, invece, essere finanziata dalla spesa corrente.

In tal senso, 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 (IFoC); € 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) da:
 - Legge di Bilancio 2022: ha previsto per l'assunzione di personale dipendente anche in deroga al tetto di spesa previsto dalla legislazione vigente, oltre che per il personale convenzionato, € 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.
 - Legge di Bilancio 2024: ha previsto € 250 milioni per l'anno 2025 e € 350 milioni a decorrere dal 2026 per nuove assunzioni di personale sanitario anche in deroga al tetto di spesa sul personale.
- **Aumento del FSN** di € 180 milioni annui dal 2027 previsto dal PNRR.

Modalità di coinvolgimento dei medici famiglia. Il ruolo chiave dei medici di medicina generale (MMG) 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. Il Ministro Schillaci, lo scorso 17 settembre

in audizione presso la 10^a Commissione del Senato ha dichiarato²³⁷: *“Dobbiamo pensare ad una riforma della medicina territoriale che valorizzi il ruolo dei medici di base, e bisogna rivedere il ruolo svolto dai medici del territorio. A prescindere dalle regole di ingaggio, ciò che rileva è che queste figure devono dare un contributo effettivo orario nell'ambito del SSN all'interno delle strutture che saranno deputate ad erogare la medicina territoriale. Senza entrare nel merito della tipologia del contratto, anche se per molti presidenti di Regione i MMG dovrebbero diventare dipendenti del SSN, ritengo indispensabile che i medici di base lavorino un determinato numero di ore assicurando quel lavoro all'interno delle case di comunità”*.

L'ipotesi di passare da un rapporto di convenzione ad un rapporto di lavoro dipendente sembra ormai definitivamente tramontata e le regole sono state definite dal nuovo ACN 2019-2021²³⁸, siglato l'8 febbraio 2014: l'accordo prevede l'istituzione del cosiddetto “ruolo unico” all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), in cui confluiranno sia i medici di ex assistenza primaria (MMG) sia quelli di continuità assistenziale (ex guardia medica). Dal 1° gennaio 2025, infatti, queste due tipologie di incarico – rispettivamente a scelte degli assistiti e a rapporto orario – non saranno più pubblicate separatamente, bensì assegnate in maniera univoca, impegnando il medico ad assicurare sia l'attività a ciclo di scelta sia quella oraria per un massimo di 38 ore settimanali. Il testo dell'ACN prevede una progressiva riduzione dell'attività oraria in funzione dell'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti, secondo i seguenti scaglioni:

- 38 ore: dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti
- 24 ore: da 401 assistiti a 1.000 assistiti
- 12 ore: da 1.001 assistiti a 1.200 assistiti
- 6 ore: da 1.201 assistiti a 1.500 assistiti

Per l'attività di scelta i medici continueranno ad operare presso il proprio studio, mentre per la parte oraria sarà l'ASL a definire la sede di lavoro: Case della Comunità, postazioni di guardia medica, ambulatori aziendali, etc. Con questo meccanismo l'ASL potrà individuare tra i nuovi incaricati dal 1° gennaio 2025 i medici che presteranno servizio nelle Case della Comunità. I MMG già in servizio a tale data potranno optare per il passaggio al ruolo unico. Peraltro, le ore svolte in quelle sedi saranno remunerate per il 60% in più rispetto alle ore svolte in guardia medica.

Il nuovo ACN prevede l'adesione obbligatoria dei MMG all'assetto organizzativo definito dalla Regione, il superamento di tutte le forme organizzative esistenti e la loro sostituzione con le AFT per l'intero arco della giornata e per 7/7 giorni e con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Prevede inoltre l'adesione obbligatoria dei MMG al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo Nazionale (NSIS, TS, FSE), quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione, pena la decadenza. Inoltre, definisce la coincidenza tra UCCP e CdC in cui équipe multi-professionali operano in forma integrata e declina le sedi in cui si articolano le strutture territoriali *hub* e *spoke*. Tra le sedi *spoke* si richiamano anche le eventuali sedi di riferimento delle AFT.

²³⁷ 10^a Commissione Affari sociali – Senato della Repubblica. Roma, 17 settembre 2024. Disponibile a: <https://webtv.senato.it/webtv/commissioni/comunicazioni-del-ministro-schillaci>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²³⁸ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata – Accordo Collettivo Nazionale. Roma, 4 aprile 2024. Disponibile a: www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=20240408092317568&tit=&cat=&ddal=&dal=30/09/2024. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Riconoscendo che, in assenza di coraggiose riforme, il nuovo ACN rappresenta un ragionevole compromesso per assicurare la presenza dei MMG nelle CdC, il “popolamento” di queste strutture resta comunque legato a due variabili. Innanzitutto, occorre implementare concretamente il nuovo ACN a livello regionale tramite gli accordi attuativi regionali e aziendali. In secondo luogo emerge la difficoltà di programmare l’effettivo monte ore che i MMG garantiranno per ciascuna ASL per la quota parte relativa al ciclo orario, poiché di fatto il nuovo ACN crea una sorta di “competizione”: le ore dedicate alle CdC si riducono infatti proporzionalmente all’aumento del numero di assistiti. In altri termini, se l’obiettivo del MMG è quello di acquisire il massimo numero di assistiti, il numero complessivo di ore assicurate alle CdC rischia di essere esiguo e, comunque, fortemente condizionato dall’inserimento di nuovi MMG. In tal senso sono auspicabili incentivazioni regionali e aziendali nell’ambito degli accordi attuativi.

Nel frattempo, sono state avviate due iniziative di incerta interpretazione. Un protocollo di intesa tra FIMMG e Legacoop²³⁹, volto a migliorare la gestione delle cure attraverso cooperative mediche, garantendo standard uniformi e supporti tecnologici per i MMG. Inoltre, l’ENPAM ha affidato a un fondo immobiliare lo sviluppo di CdC *spoke*²⁴⁰, integrate con tecnologie avanzate, che dovrebbero posizionarsi come collegamento di prossimità tra il domicilio dei pazienti e le CdC finanziate con il PNRR, offrendo spazi di lavoro per i MMG e i PLS.

Carenza di personale infermieristico. Il DM 77 assegna un ruolo chiave all’infermiere di famiglia o di comunità (IFoC) per il quale l’Agenas ha recentemente definito le linee di indirizzo²⁴¹. Lo standard minimo stimato è di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti, inteso come numero complessivo di professionisti impiegati nei diversi setting assistenziali previsti dalla riforma dell’assistenza territoriale. Il bacino di utenza può comunque variare in base alle caratteristiche orografiche del territorio: aree interne, isole, comunità montane, zone metropolitane ad alta densità abitativa. Secondo le stime dell’Agenas il fabbisogno minimo di IFoC è di quasi 19.500 mila infermieri di famiglia²⁴² (tabella 8.11).

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 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 8.11. Stime del fabbisogno di personale infermieristico per l’attuazione del DM 77 (elaborazione GIMBE su dati Agenas)

²³⁹ Legacoop. Comunicato stampa: “Sanità territoriale: intesa FIMMG e Legacoop per sviluppare l’offerta sanitaria dei medici di medicina generale”. Roma, 22 maggio 2024. Disponibile a: www.legacoop.coop/sanita-territoriale-intesa-fimmg-e-legacoop-per-sviluppare-lofferta-sanitaria-dei-medici-di-medicina-generale/. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁴⁰ Enpam. Comunicato stampa: “Arrivano le Case di comunità spoke fatte dai medici”. Roma, 20 settembre 2023. Disponibile a: www.enpam.it/2023/arrivano-le-case-di-comunita-spoke-fatte-dai-medici/. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁴¹ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Linee di indirizzo: infermiere di famiglia o di comunità. Novembre 2023. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁴² 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: 30 settembre 2024.

Queste stime si scontrano con l'attuale carenza di personale infermieristico nel SSN che non ha permesso alle Regioni nemmeno di poter investire tutte le risorse assegnate dal DL 34/2020. Infatti, il numero di IFoC inseriti nei servizi è di gran lunga inferiore rispetto a quanto previsto dalla normativa: al 25 giugno 2021 circa 1.380 rispetto ai 9.552 previsti dal legislatore²⁴³, con una distribuzione disomogenea tra le varie Regioni. A questa carenza si aggiunge un problema ancor più rilevante: la mancanza di attrattività della professione documentata dal progressivo calo delle domande per i Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche. Secondo quanto segnalato da FNOPI per l'Anno Accademico 2023-2024 sono pervenute 23.627 domande per 20.058 posti disponibili e per il 2024-2025 21.250 domande per 20.435 posti²⁴⁴. 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 un numero adeguato di IFoC che, insieme ai MMG, rappresentano la colonna portante per riorganizzare l'assistenza territoriale secondo quanto previsto dal DM 77.

8.4.3. Telemedicina

L'enfasi sulle grandi opportunità offerte dalla telemedicina nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria si sono concentrate soprattutto sulla creazione e utilizzo di dispositivi tecnologici sempre più sofisticati e molto meno sulla necessità di risolvere due criticità fondamentali per evitare nuove diseguaglianze, già identificate e classificate dall'OMS²⁴⁵. Innanzitutto l'elevato livello di *digital illiteracy* in Italia 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"²⁴⁶ e dal piano "Banda ultra larga"²⁴⁷, dove una delle 7 linee di intervento è rappresentata dagli interventi per la "Sanità connessa"²⁴⁸, 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.

²⁴³ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Linee di indirizzo: infermiere di famiglia o di comunità. Novembre 2023. Disponibile a: [www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento Tecnico Linee di Indirizzo IFoC - def.pdf](http://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf). Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁴⁴ FNOPI – Federazione Nazionale Ordini e Professioni Infermieristiche. Test di ingresso a Infermieristica 2024-2025, circa una domanda per posto. Disponibile a: www.fnopi.it/2024/09/05/test-infermieristica/. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁴⁵ Equity within digital health technology within the WHO European Region: a scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Disponibile a: www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6810-46576-67595. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁴⁶ Governo Italiano, Dipartimento per la trasformazione digitale. Italia Digitale 2026. Disponibile a: <https://innovazione.gov.it/italia-digitale-2026>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁴⁷ Governo Italiano, Dipartimento per la trasformazione digitale. Banda Ultra Larga. Agosto 2022. Disponibile a: <https://innovazione.gov.it/progetti/banda-ultra-larga>. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁴⁸ 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: 30 settembre 2024.

8.5. Considerazioni conclusive

Se da un lato la Missione Salute del PNRR rappresenta una grande opportunità per potenziare il SSN, dall'altro è evidente che per ottenere il massimo ritorno in termini di salute delle risorse investite e per ridurre le diseguaglianze regionali e locali, la sua attuazione deve tenere conto delle criticità di implementazione ed essere sostenuta da diverse azioni politiche.

Infatti, effettuata la “messa a terra” della Missione Salute, il rispetto delle scadenze successive sarà condizionato soprattutto dalle criticità di attuazione del DM 77 nei 21 servizi sanitari regionali, legate sia alle figure chiave del personale sanitario coinvolte nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale (MMG e IFoC), sia alle rilevanti diseguaglianze regionali. Di conseguenza, per attuare il DM 77 bisogna mettere in campo coraggiose riforme di sistema, finalizzate in particolare a ridisegnare ruolo e responsabilità dei MMG e facilitare l'integrazione con l'IFoC; in secondo luogo, sono necessari investimenti certi e vincolati per il personale sanitario dal 2027, oltre che soluzioni concrete per rendere attrattiva la professione infermieristica, poiché la sua carenza rappresenta attualmente un grande ostacolo per attuare il DM 77; infine, occorre un affiancamento delle Regioni del Mezzogiorno per colmare i gap esistenti che non può coincidere, come previsto dal contratto istituzionale di sviluppo, con 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 davvero nell'impianto della Missione Salute, 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.

CAPITOLO 9

Il Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

Il rilancio del SSN è subordinato alla presa di coscienza politica, professionale e di tutti i cittadini, 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 gap rispetto alla media dei paesi europei che, crescendo ininterrottamente dal 2010, è diventato ormai incolmabile. Pertanto, sebbene l'Italia sieda al tavolo del G7, i mancati investimenti in sanità 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 servono visione politica, investimenti rilevanti, coraggiose riforme e un piano di azioni a medio-lungo termine. Perché la manutenzione ordinaria del SSN rappresenta solo una “terapia palliativa” per mantenere in vita un “paziente cronico”, destinato a sviluppare sempre più frequenti “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, dall'alternanza dei Governi né tantomeno legato ad 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 GIMBE²⁴⁹ aveva indicato un orizzonte temporale adeguato di dieci anni (2016-2025): a otto anni di distanza le “condizioni di salute” del SSN sono nettamente peggiorate e la sanità pubblica, dopo la fiammata di entusiasmo durante la fase più drammatica della pandemia, è tornata 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 rilanciare progressivamente il finanziamento pubblico, rivalutare il perimetro dei LEA in maniera *evidence-* e *value-based*, ridurre sprechi e inefficienze e attuare una riforma della sanità integrativa. E, naturalmente, potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, invece di legittimare normativamente le disuguaglianze regionali con l'autonomia differenziata, e avviare un programma di informazione scientifica della popolazione. Tutte queste azioni richiedono coraggiose riforme nell'attuale sistema di finanziamento, pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, da attuare parallelamente al rilancio del finanziamento pubblico. Infatti, da un lato, senza un progressivo e consistente rifinanziamento del SSN

²⁴⁹ Fondazione GIMBE. Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

non è possibile attuare alcuna riforma per rilanciarlo; dall'altro, senza una visione chiara e un piano coerente di riforme coraggiose, l'aumento del finanziamento pubblico rischia di disperdersi in misure volte a risolvere problemi contingenti, risultando non coordinate, inefficaci e incapaci di garantire un ritorno adeguato in termini di salute delle risorse investite (figura 9.1).

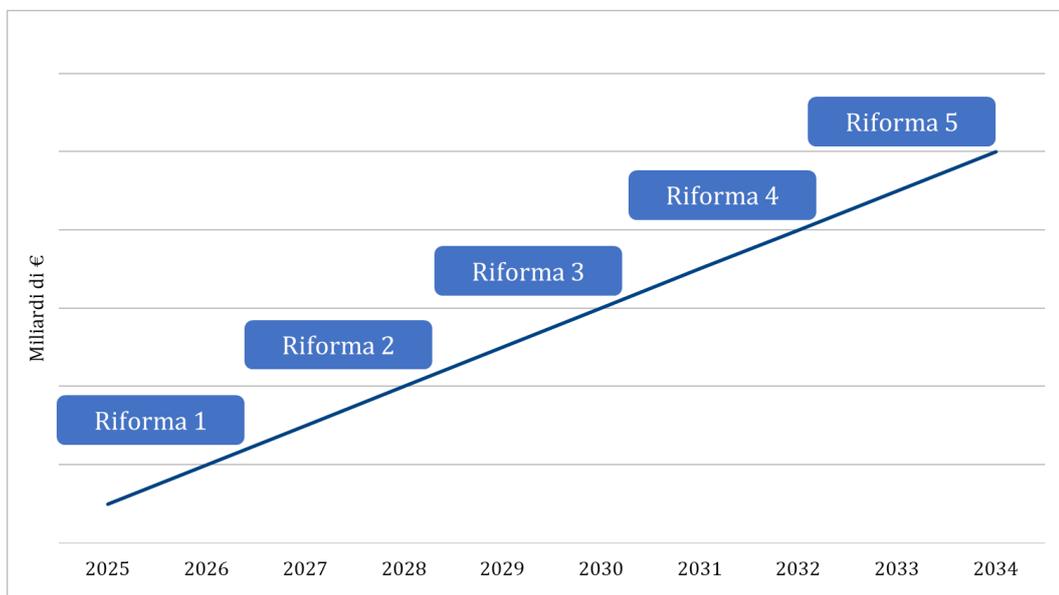


Figura 9.1. Coerenza tra aumento del FSN e riforme

Sin dalla pubblicazione del 2° Rapporto sul SSN²⁵⁰, 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. E 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 nel marzo 2023 ha presentato il Piano di Rilancio del SSN, integrando i feedback di una consultazione pubblica molto partecipata che ha coinvolto oltre 1.500 stakeholder. Il Piano di Rilancio del SSN è stato aggiornato in occasione della pubblicazione del presente Rapporto (figura 9.2).

²⁵⁰ 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

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*)

GOVERNANCE STATO-REGIONI

Potenziare la capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto dei loro poteri, per ridurre disuguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute

FINANZIAMENTO PUBBLICO

Aumentare in maniera progressiva e consistente il finanziamento pubblico per la sanità per allinearla alla media dei paesi europei, al fine di garantire il rilancio delle politiche del personale sanitario, l'erogazione uniforme dei LEA e l'equità di accesso alle innovazioni

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA per rendere rapidamente accessibili le vere innovazioni escludendo le prestazioni sanitarie obsolete e ridurre le disuguaglianze regionali nell'esigibilità dei LEA

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Diffondere la cultura e aumentare gli investimenti in prevenzione e promozione della salute e attuare l'approccio integrato *One Health*, perché la salute di persone, animali, piante e ambiente sono strettamente interdipendenti



PERSONALE SANITARIO

Rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica e rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN, innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze professionali

RICERCA INDIPENDENTE

Potenziare la ricerca clinica e organizzativa integrandole in un programma nazionale di ricerca e sviluppo, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN

SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

Programmare l'offerta di servizi sanitari secondo i reali bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti integrate multiprofessionali, al fine di ridurre la frammentazione tra assistenza sanitaria e sociale e tra ospedale e territorio

INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE

Aumentare la consapevolezza civica del valore del SSN, potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumo sanitario e contrastare le fake news

TRASFORMAZIONE DIGITALE

Promuovere cultura e competenze digitali della popolazione, in particolare di professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregiver, e rimuovere gli ostacoli alla digitalizzazione, al fine di ridurre le disuguaglianze e migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e l'efficienza del SSN

SPRECHI E INEFFICIENZE

Ridurre inappropriately e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria

SANITÀ INTEGRATIVA

Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto alle prestazioni già incluse nei LEA, al fine di arginare disuguaglianze, privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche

RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Favorire una sana integrazione pubblico-privato al fine di ridurre le disuguaglianze d'accesso ai servizi sanitari e arginare l'espansione incontrollata della sanità privata

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Figura 9.2. Il Piano di Rilancio del SSN

Il Piano si articola in 13 punti e rappresenta lo standard per il monitoraggio continuo da parte dell'Osservatorio GIMBE delle azioni di Governo e Regioni:

- **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 aumentare gli investimenti in prevenzione e promozione della salute e attuare l'approccio integrato *One Health*, perché la salute di persone, animali, piante e 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 disuguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute.
- **FINANZIAMENTO PUBBLICO.** Aumentare in maniera progressiva e consistente il finanziamento pubblico per la sanità per allinearla alla media dei paesi europei, al fine di garantire il rilancio delle politiche del personale sanitario, l'erogazione uniforme dei LEA e l'equità di accesso alle innovazioni.
- **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA per rendere rapidamente accessibili le vere innovazioni escludendo le prestazioni sanitarie obsolete e ridurre le disuguaglianze regionali nell'esigibilità dei LEA.
- **SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI.** Programmare l'offerta di servizi sanitari secondo i reali bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti integrate multiprofessionali, al fine di ridurre la frammentazione tra assistenza sanitaria e sociale e tra ospedale e territorio

- **PERSONALE SANITARIO.** Rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica e rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN, innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze professionali.
- **SPRECHI E INEFFICIENZE.** Ridurre inapproprietezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.
- **RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** Favorire una sana integrazione pubblico-privato al fine di ridurre le diseguaglianze d'accesso ai servizi sanitari e arginare l'espansione incontrollata della sanità privata.
- **SANITÀ INTEGRATIVA.** Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto alle prestazioni già incluse nei LEA, al fine di arginare diseguaglianze, privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.
- **TRASFORMAZIONE DIGITALE.** Promuovere cultura e competenze digitali della popolazione, in particolare di professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregiver, e rimuovere gli ostacoli alla digitalizzazione, al fine di ridurre le diseguaglianze e migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e l'efficienza del SSN.
- **INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE.** Aumentare la consapevolezza civica del valore del SSN, potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumismo sanitario e contrastare le fake news.
- **RICERCA INDIPENDENTE.** Potenziare la ricerca clinica e organizzativa integrandole in un programma nazionale di ricerca e sviluppo, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.

L'obiettivo ultimo del Piano di Rilancio della Fondazione GIMBE è quello rafforzare e innovare quel modello di SSN istituito nel 1978, finanziato dalla fiscalità generale e basato su principi di universalità, uguaglianza ed equità, al fine di garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute a tutte le persone.

Per attuare questo piano, la Fondazione GIMBE invoca un nuovo patto politico e sociale, che superi divisioni ideologiche e avvicendamenti dei Governi, riconoscendo nel SSN un pilastro della nostra democrazia, uno strumento di coesione sociale e un motore per lo sviluppo economico dell'Italia. Un patto che chiede ai cittadini di diventare utenti informati e responsabili, consapevoli del valore del SSN, e a tutti gli attori della sanità di rinunciare ai privilegi acquisiti per salvaguardare il bene comune.

Appendice 1

#SalviamoSSN: l'impegno della Fondazione GIMBE per la sanità pubblica

La Fondazione GIMBE, dal marzo 2013 ha mantenuto sempre alta l'attenzione sulla tenuta della sanità pubblica: attraverso la pubblicazione annuale del Rapporto sul SSN, di analisi e report e la costante attività di advocacy istituzionale e comunicazione pubblica ha portato all'attenzione della politica e della società tutte le criticità che minano la tenuta del SSN proponendo soluzioni concrete per garantire in maniera equa il diritto alla tutela della salute.

- 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 generazioni²⁵¹: 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 indipendenti²⁵², 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 welfare²⁵³.
- 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 SSN**²⁵⁴, che ad oggi ha pubblicato 29 report²⁵⁵, 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;

²⁵¹ 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: 30 settembre 2024.

²⁵² 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-sanita%C3%A0-pubblica/articolo. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁵³ Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁵⁴ 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: 30 settembre 2024.

²⁵⁵ Fondazione GIMBE. Osservatorio sul Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.osservatoriogimbe.it. Ultimo Accesso: 30 settembre 2024.

- *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.
- 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 ai 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 welfare²⁵⁶. Le Istituzioni non hanno mai fornito alcun riscontro alla richiesta.
- Con il **2° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**²⁵⁷, 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**²⁵⁸. Il piano è stato utilizzato come benchmark sia per il fact-checking dei programmi elettorali in occasione delle elezioni politiche 2018²⁵⁹ e 2022²⁶⁰, sia per l'analisi indipendente del Contratto per il Governo del Cambiamento²⁶¹.
- Con il **3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**²⁶², 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**²⁶³, 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

²⁵⁶ 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: 30 settembre 2024.

²⁵⁷ 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁵⁸ 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: 30 settembre 2024.

²⁵⁹ Fondazione GIMBE. Elezioni 2018. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali. Sanità e ricerca biomedica. Bologna, 22 febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁶⁰ 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: 30 settembre 2024.

²⁶¹ 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: 30 settembre 2024.

²⁶² 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁶³ 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.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2018-12-13/compleanno-ssn-gimbe-bene-celebrazioni-ma-tramandarlo-nostri-figli-servono-investimenti-e-riforme-rottura-105735.php?uuid=AExOGGzG. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

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.

- Con il **4° Rapporto sul SSN**²⁶⁴, 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 per le future generazioni la più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.
- Il **5° Rapporto GIMBE sul SSN**²⁶⁵, 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**²⁶⁶, 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 15ª Conferenza Nazionale GIMBE, quale standard di riferimento per monitorare le decisioni e le azioni di chi decide sul diritto alla tutela della salute.
- Nel giugno 2022, la Fondazione GIMBE ha lanciato il progetto **La Salute tiene banco**²⁶⁷, dedicato ai ragazzi delle scuole superiori italiane, che mira a diffondere l'approccio globale alla salute, a migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, a fornire gli strumenti per contrastare le fake news sulla salute e ad utilizzare in maniera informata i servizi sanitari.
- Con il **6° Rapporto GIMBE sul SSN**²⁶⁸, presentato il 10 ottobre 2023, la Fondazione GIMBE ha constatato che il rilancio del SSN non rientra tra le priorità dell'attuale 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: interminabili tempi di attesa, affollamento dei pronto soccorso, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, inaccettabili diseguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria, aumento della spesa privata e impoverimento delle famiglie sino alla rinuncia alle cure.
- Nel dicembre 2023, a 45 anni dall'istituzione della L. 883/78, la Fondazione GIMBE ha pubblicato una **monografia celebrativa**²⁶⁹ e trasmesso al Presidente della Repubblica, alle Alte Cariche dello Stato e al Ministro della Salute una nuova formale richiesta, tuttora senza risposta, di **istituire un logo per il SSN**. L'obiettivo è quello di legittimare con un

²⁶⁴ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁶⁵ 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2022. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁶⁶ Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, marzo 2023. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/piano-di-rilancio. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁶⁷ Fondazione GIMBE. La Salute tiene banco. Disponibile a: www.lasalutetienebanco.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁶⁸ 6° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Roma, ottobre 2023. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

²⁶⁹ Cartabellotta N. Il Servizio Sanitario Nazionale compie 45 anni: lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale! Fondazione GIMBE. 23 dicembre 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/SSN45. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

simbolo l'esistenza del SSN quale pilastro univoco di civiltà e democrazia, confermando che la tutela della salute rimane un diritto costituzionale garantito dalla Repubblica.

- Nel dicembre 2023, la Fondazione GIMBE ha promosso l'istituzione della **rete civica #SalviamoSSN**²⁷⁰, per coinvolgere sempre più persone nella tutela e nel rilancio del SSN: una causa così rilevante che deve essere portata nelle piazze, nelle comunità, nelle scuole, nelle istituzioni, per aumentare la consapevolezza pubblica del valore del SSN, con il fine ultimo di garantire a tutte le persone una sanità pubblica accessibile ed equa.

²⁷⁰ Fondazione GIMBE. Rete civica #SalviamoSSN. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/rete. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

L'indipendenza è la nostra forza,
il tuo sostegno è indispensabile.
Aiutaci a realizzare nuovi report
per difendere i tuoi diritti.

Dona su
www.sostienigimbe.it



#SalviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org