

2022

5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Presentato a Roma, 11 ottobre 2022
Sala Capitolare, Chiostro del Convento
di Santa Maria sopra Minerva
Senato della Repubblica



5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Presentato a Roma, 11 ottobre 2022
Sala Capitolare, Chiostro del Convento
di Santa Maria sopra Minerva
Senato della Repubblica

Il presente Rapporto è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

L'indipendenza è la nostra forza, il tuo sostegno è prezioso: www.sostienigimbe.it

AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti

CITAZIONE

5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2022.
Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/5-rapporto. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

CONFLITTI DI INTERESSE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione no-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.

© Fondazione GIMBE, ottobre 2022.

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

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

Sergio Mattarella
Discorso di fine anno del Presidente della Repubblica
31 dicembre 2018

INDICE

PREMESSA	1
CAPITOLO 1 Introduzione.....	8
1.1. Le tutele offerte dal Servizio Sanitario Nazionale	8
1.2. Le modalità di erogazione dei LEA	9
CAPITOLO 2 L'approccio <i>One Health</i>	12
2.1. Contesto internazionale	12
2.2. Scenario nazionale	14
CAPITOLO 3 Il finanziamento pubblico	17
3.1. 2010-2019: la stagione dei tagli	17
3.2. 2020-2022: la stagione della pandemia	18
3.3. 2023-2025: la stagione del rilancio?	28
3.4. Benchmark internazionali.....	33
CAPITOLO 4 Livelli Essenziali di Assistenza.....	36
4.1. Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza	36
4.2. Esigibilità dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza	42
4.3. Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.....	44
CAPITOLO 5 Governance Stato-Regioni: il regionalismo differenziato	51
5.1. Le maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto.....	53
5.2. La survey GIMBE	57
CAPITOLO 6 Il piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale	60

PREMESSA

A cosa serve realmente un Servizio Sanitario Nazionale?

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

Ma a cosa serve realmente un servizio sanitario nazionale?

Differenti sono le risposte che si trovano in letteratura. Alla prevenzione, al controllo e al trattamento delle malattie; alla protezione e promozione della salute; oppure – citando l'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹ – al raggiungimento del più elevato stato di salute intesa come completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente come assenza di malattie o disabilità. In realtà, ciascuno di questi obiettivi appare inadeguato e incompleto: innanzitutto, un servizio sanitario nazionale “per le malattie” oggi risulta estremamente riduttivo dal punto di vista sociale; in secondo luogo, protezione e promozione della salute non riconoscono pienamente la necessità di integrare *public health*, servizi clinico-assistenziali e socio-sanitari; infine, il concetto di “completo benessere” è troppo astratto e poco utile a definire i principi per i quali diamo valore alla salute.

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

I Governi devono dunque investire nei sistemi sanitari per garantire ai cittadini la libertà di realizzare pienamente obiettivi e ambizioni, perché il fine ultimo di un servizio sanitario è proprio offrire ai cittadini le migliori opportunità per scegliere la vita che desiderano vivere.

¹ Constitution of the World Health Organization. Disponibile a: <http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

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

Mettere in discussione la sanità pubblica significa dunque compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, dovrebbero essere visti dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità, volando alto nel pensiero politico, nell'idea di welfare e nella programmazione socio-sanitaria. Per questo nel dibattito politico la spesa per salute non può essere relegata solo all'ambito sanitario, trascurandone sia l'impatto sociale sia quello sul sistema economico e produttivo.

Purtroppo limiti e contraddizioni dei Governi che si sono alternati negli ultimi decenni hanno perpetuato errori che hanno contribuito al progressivo sgretolamento del SSN svalutandone i principi fondanti e che minano il diritto costituzionale alla tutela della salute offuscando aspirazioni e prospettive delle persone e, soprattutto, delle future generazioni:

- considerare la sanità come un costo e non come un investimento per la salute e il benessere delle persone, oltre che per la crescita economica del Paese;
- ridurre il perimetro delle tutele pubbliche (sanità, scuola) per aumentare forme di sussidio individuale con l'obiettivo – non sempre centrato – di mantenere il consenso elettorale;
- permettere alla politica partitica (*politics*) di avvilupparsi in maniera indissolubile alle politiche sanitarie (*policies*), con decisioni condizionate da interessi di varia natura e non dalla tutela della salute;
- 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 compromessi con l'industria, sia perché un'elevata domanda di servizi e prestazioni sanitarie genera occupazione, sia perché l'introduzione di specifiche misure di prevenzione rischia di ridurre posti di lavoro.

Ecco perché all'alba della nuova legislatura, è indispensabile ribadire che la sostenibilità del sistema sanitario è innanzitutto un problema culturale e politico: ovvero, come riportato nelle conclusioni del Rapporto Romanow, "*il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia*"⁴.

²Nussbaum M, Sen A. The Quality of Life. Oxford University Press, 1993. Published to Oxford Scholarship Online: November 2003. Disponibile a: www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/0198287976.001.0001/acprof-9780198287971. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

³Report Osservatorio GIMBE n. 4/2018. Il Servizio Sanitario Nazionale nelle classifiche internazionali. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/SSN-classifiche. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁴Roy 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: 7 ottobre 2022.

Le analisi indipendenti condotte dalla Fondazione GIMBE nell'ambito della [campagna #SalviamoSSN](#) hanno documentato nel nostro Paese, sin dal marzo 2013, una grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In particolare, il 4° Rapporto GIMBE sul SSN⁵, pubblicato nel giugno 2019 aveva rappresentato 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 mentre il fabbisogno sanitario nazionale (FSN) è stato aumentato di soli € 8,2 miliardi.
- **Ampliamento del "paniere" dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):** a dispetto dell'agognato aggiornamento degli elenchi delle prestazioni, l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di protesica e specialistica ambulatoriale non è ancora stata effettuata, rendendo impossibile l'esigibilità dei nuovi LEA su tutto il territorio nazionale.
- **Sprechi e inefficienze:** si annidano a tutti i livelli del SSN ed erodono preziose risorse: sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate o dal basso *value*, sotto-utilizzo di prestazioni sanitarie efficaci, appropriate o dal *value* elevato, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza, in particolare tra ospedale e territorio.
- **Espansione incontrollata del secondo pilastro:** presentato come "LA" soluzione per salvare il SSN, in realtà aumenta spesa sanitaria e diseguaglianze sociali, dirotta denaro pubblico verso imprese private, alimenta il consumismo sanitario e rischia di danneggiare la salute inducendo fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento.

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

- Il primo squisitamente politico: un clima non particolarmente salubre che contribuisce a generare iniquità e diseguaglianze, conseguente sia alla non sempre leale collaborazione tra Governo e Regioni a cui è affidata la tutela della salute, sia alle modalità di governance tra Stato e Regioni e tra Regioni e 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 fanno lievitare la domanda di servizi e prestazioni sanitarie (anche se inefficaci, inappropriate o addirittura dannosi) e faticano a cambiare stili di vita inadeguati.

In questo contesto nel febbraio 2020 si è abbattuta come uno tsunami la pandemia di COVID-19, che ha confermato tutte le criticità e le contraddizioni di un sistema sanitario molto fragile, in particolare nel capitale umano e nell'assistenza territoriale, oltre che incapace di mettere in atto un'unica catena di comando. Al contempo però la pandemia – constatazione tanto amara quanto realistica – ha progressivamente aumentato la consapevolezza sociale che un sistema sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta un pilastro della nostra democrazia. Tuttavia, se inizialmente tutte le forze politiche convergevano sulla necessità di rilanciare il

⁵ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

SSN che sembrava finalmente tornato al centro dell'agenda politica, con la fine dell'emergenza la sanità è "rientrata nei ranghi". E di fatto, le criticità rilevate 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 € 11,2 miliardi, rispetto agli € 8,2 miliardi del decennio 2010-2019. Tuttavia, le risorse sono state interamente assorbite dalla pandemia e nel 2022 diverse Regioni rischiano di chiudere con i conti in rosso. Peraltro, se le ingenti risorse pubbliche non sono state sufficienti a rafforzare in maniera strutturale il SSN, nel medio periodo non si intravede alcun programma di rilancio degli investimenti. Infatti, nel DEF 2022 a fronte di una prevista crescita media annua del PIL nominale del 3,8% nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria si riduce mediamente dello 0,6% per anno e nel 2025 il rapporto spesa sanitaria/PIL precipita al 6,2%, al di sotto dei livelli pre-pandemia. E la Nota di aggiornamento al DEF (NaDEF) lo riduce ulteriormente al 6,1%.
- **Ampliamento del "paniere" dei nuovi LEA.** Nonostante le risorse assegnate dalla Legge di Bilancio 2022, ad oggi il cosiddetto "Decreto Tariffe" non è ancora stato pubblicato. Di conseguenza, a quasi sei anni dall'aggiornamento dei LEA, le prestazioni relative alla protesica e alla specialistica ambulatoriale sono esigibili solo nelle Regioni non in Piano di rientro che le finanziano con fondi propri, introducendo un ulteriore elemento di iniquità nel diritto alla tutela della salute.
- **Sprechi e inefficienze.** Non è mai stato avviato un piano nazionale per ridurre sprechi e inefficienze.
- **Espansione incontrollata del secondo pilastro.** Il ciclo di audizioni parlamentari avviato nel gennaio 2019 e finalizzato alla riforma della normativa frammentata e incompleta relativa alla sanità integrativa, che negli anni ha favorito l'utilizzo strumentale della defiscalizzazione dei fondi sanitari integrativi a favore di assicurazioni e sanità privata, si è arenato dopo pochi mesi.
- **Governance Stato-Regioni.** L'unica novità degna di nota è l'introduzione da gennaio 2020 del Nuovo Sistema di Garanzia, che ha mandato in soffitta la "griglia LEA", quale strumento per monitorare l'adempimento delle Regioni ai LEA. Nel contempo però nell'agenda politica è ricomparso il completamento delle istanze di regionalismo differenziato, la cui attuazione non potrà che esasperare le disuguaglianze regionali ed ampliare il divario tra Nord e Sud del Paese.
- **Informazione della popolazione.** Negli anni in cui la pandemia ha monopolizzato l'informazione il quadro è sensibilmente peggiorato per la diffusione di teorie negazioniste e posizioni no-vax che hanno contribuito a deteriorare il rapporto di fiducia tra sanità e cittadini.

Dal canto suo la pandemia non ha affatto mollato la presa e inizia a far vedere i suoi effetti a medio-lungo termine, identificandosi non solo come "patologia acuta recidivante", ma anche come un'altra malattia cronica che peggiora lo stato di salute del SSN. Innanzitutto, si accumula sempre più ritardo nell'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di screening non ancora recuperate dalle Regioni nonostante quasi € 1 miliardo di investimenti dedicati e la definizione di un Piano Nazionale per il recupero delle liste di attesa. In secondo luogo, il progressivo impatto del long-COVID ha richiesto l'apertura di centri dedicati in tutto il Paese con uno sforzo organizzativo e di personale specialistico sempre maggiore. Ancora, l'impatto sulla salute mentale, fortemente sotto-diagnosticato in particolare nelle fasce più giovani, fatica a trovare adeguate risposte assistenziali. Infine, la pandemia ha ulteriormente

indebolito il capitale umano del SSN: accanto al numero già molto elevato di pensionamenti di medici ospedalieri e medici di famiglia, il burnout, i licenziamenti volontari e la fuga verso il privato lasciano sempre più scoperti settori chiave della nostra sanità, uno per tutti i Pronto Soccorso. In altri termini, gli effetti “non acuti” della pandemia costituiscono oggi un’ulteriore determinante che indebolisce il SSN, sia in termini di ritardo nelle prestazioni ordinarie, sia per l’emergenza di nuovi bisogni di salute, sia soprattutto per il depauperamento quantitativo e la demotivazione di professionisti e operatori sanitari. E nonostante l’azzeramento dell’imbuto formativo grazie ai consistenti investimenti in borse di studio per le scuole di specializzazione e contratti di formazione specifica in medicina generale, la “questione personale” - ben lontana dall’essere risolta - è entrata nella fase più critica.

Al tempo stesso, il SSN si trova di fronte ad un’irripetibile occasione di svolta: oggi infatti le sfide della transizione digitale e dell’approccio *One Health* incrociano la fine della stagione dei tagli e, soprattutto, le grandi opportunità offerte dal PNRR che - insistendo nella metafora clinica - rappresenta un “prezioso organo da trapiantare in un paziente con malattie multiple”. Tenendo conto delle criticità che si frappongono all’attuazione delle misure del PNRR è necessario predisporre le adeguate contromisure per centrare i due obiettivi chiave: ottenere il massimo ritorno di salute dalle risorse investite e ridurre le disuguaglianze regionali. In particolare, servono ulteriori riforme per attuare la riorganizzazione dell’assistenza territoriale, un aumento della spesa corrente vincolata al personale sanitario e una rigorosa governance di 21 servizi sanitari regionali per rispettare le scadenze imposte dall’Europa. Ma soprattutto, in questa fase di crisi globale che rischia di lasciare sullo sfondo il rilancio del SSN, tutti gli stakeholder della sanità sono chiamati ad essere attori protagonisti, e non spettatori passivi, per consolidare la consapevolezza del valore sociale del SSN, che deve tornare al centro dall’agenda politica sin dalla Legge di Bilancio 2023.

A fronte di una campagna elettorale che ha trascurato la sanità pubblica, come documentato dal report GIMBE⁶, è certo che la prossima legislatura sarà determinante per il destino del SSN: tra gestione della pandemia, attuazione del PNRR, necessità di riforme strutturali, recupero delle prestazioni e gestione ordinaria, è indispensabile rimettere la sanità al centro dall’agenda politica, perché il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere ostaggio dell’avvicendamento dei Governi. E in questo contesto di crisi internazionale, bisogna tenere i riflettori accesi sul rischio reale per le persone: quello di perdere, lentamente ma inesorabilmente, il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile per l’eguaglianza di tutte le persone. E, cosa ancor più grave, di non approfittare della grande opportunità per rilanciarlo offerta dal PNRR, di fatto una *last call*.

Il 5° Rapporto GIMBE affronta le quattro grandi sfide squisitamente politiche che attendono il nuovo Esecutivo per rilanciare il SSN: l’approccio *One Health*, il finanziamento pubblico, l’aggiornamento, l’esigibilità e il monitoraggio dei LEA, la governance Stato-Regioni. Sfide interdipendenti, che a cascata condizionano tutti gli aspetti di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. E a fronte di criticità globali (crisi economica ed energetica,

⁶ 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: 7 ottobre 2022.

cambiamenti climatici), la politica deve prendere atto anche delle grandi opportunità (fine della stagione dei tagli alla sanità, PNRR, transizione digitale) per rilanciare il SSN.

Con questo obiettivo, la Fondazione GIMBE - impegnata dal 2013 nella strenua difesa del SSN⁷ (box) - presenta il piano di rilancio del SSN che propone coraggiose riforme e azioni indispensabili a garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute a tutte le persone. Un diritto fondamentale che, silenziosamente, rischia di trasformarsi in un privilegio per pochi, lasciando indietro le persone più fragili e svantaggiate.

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

Box. #SalviamoSSN: l'impegno della Fondazione GIMBE

- La campagna **Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale (#salviamoSSN)** viene lanciata il 15 marzo 2013 per diffondere la consapevolezza che un SSN equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile da difendere e garantire alle future generazioni⁸: migliaia di persone hanno aderito alla campagna sottoscrivendo il **Manifesto della Sostenibilità**.
- I principi guida della campagna sono stati elaborati tenendo conto della legislazione vigente, del contesto politico, economico e sociale, oltre che di evidenze ed esperienze mutate da sistemi sanitari internazionali. A seguito di un'ampia consultazione pubblica, tali principi hanno guidato la stesura della **Carta GIMBE per la tutela della Salute**, pubblicata nel dicembre 2014.
- Dopo oltre 3 anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti⁹, il 7 giugno 2016 la Fondazione GIMBE ha presentato il **Rapporto per la sostenibilità del SSN 2016-2025**, con il quale ha fermamente ribadito la necessità di rimettere al centro dell'agenda politica la sanità pubblica e, più in generale, l'intero sistema di welfare¹⁰.
- Dalla consultazione pubblica del primo Rapporto GIMBE è emersa la necessità di un monitoraggio continuo e indipendente di responsabilità e azioni di tutti gli stakeholder del SSN, con il fine ultimo di ottenere il massimo ritorno in termini di salute del denaro pubblico investito in sanità. Con questo obiettivo nel settembre 2016 è stato istituito l'**Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN**¹¹, le cui valutazioni sono guidate da tre principi:
 - *evidence for health*: le migliori evidenze scientifiche devono essere integrate in tutte le decisioni politiche, manageriali e professionali che riguardano la salute delle persone, oltre che guidare le scelte di cittadini e pazienti;
 - *value for money*: il sistema sanitario deve ottenere il massimo ritorno in termini di salute dal denaro investito in sanità, al tempo stesso mandato etico ed obiettivo economico;
 - *health in all policies*: la salute delle persone deve guidare tutte le politiche, non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali.
- Nel febbraio 2017 la Fondazione GIMBE ha inoltrato al Presidente della Repubblica e al Ministro

⁷ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000038. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁸ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Al via il progetto della Fondazione GIMBE. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/389/salviamo-il-nostro-ssn/articolo. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁹ Cartabellotta A. #salviamoSSN: tre anni di impegno per la sanità pubblica. Evidence 2016;8(6): e1000145. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/496/salviamossn-tre-anni-di-impegno-per-la-sanit%C3%A0-pubblica/articolo. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

¹⁰ Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

¹¹ Cartabellotta A. #salviamoSSN: dal Rapporto GIMBE all'Osservatorio sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2016;8(9): e1000151. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/502/salviamossn-dal-rapporto-gimbe-allosservatorio-sulla-sosten/articolo. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

della Salute formale richiesta di realizzare un **logo per il Servizio Sanitario Nazionale**, per confermare a 60 milioni di cittadini italiani che la salute rimane un diritto costituzionale tutelato dalla Repubblica e legittimare l'esistenza del SSN quale pilastro univoco di civiltà, democrazia e welfare¹². Le Istituzioni non hanno mai fornito alcun riscontro alla richiesta.

- Con il **2° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**, presentato il 6 giugno 2017¹³, la Fondazione GIMBE ha confermato che non esiste alcun disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, ma continua a mancare un preciso programma politico per il suo salvataggio.
- Facendo tesoro dei contributi ricevuti in occasione della consultazione pubblica del 2° Rapporto, è stato elaborato il **Piano di salvataggio del SSN**¹⁴ la cui attuazione viene continuamente monitorata dall'Osservatorio GIMBE. Il piano è stato utilizzato come benchmark sia per il fact-checking dei programmi elettorali in occasione delle elezioni politiche 2018¹⁵ e 2022¹⁶, sia per l'analisi indipendente del Contratto per il Governo del Cambiamento¹⁷.
- Con il **3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**¹⁸, presentato il 5 giugno 2018, la Fondazione GIMBE ha ribadito con fermezza che senza un consistente rilancio del finanziamento pubblico sarà impossibile salvare il SSN e che mettere in discussione la sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità.
- Nel dicembre 2018 la Fondazione GIMBE ha realizzato un **logo per i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale**¹⁹, non solo per celebrare questo importante traguardo, ma soprattutto per diffondere la consapevolezza che stiamo silenziosamente perdendo la nostra più grande conquista sociale, rischiando di lasciare in eredità alle generazioni future una sanità privata per i ricchi ed una pubblica residuale per i meno abbienti. Il logo è stato consegnato all'allora Ministro della Salute Giulia Grillo e inviato al Presidente della Repubblica Sergio Mattarella.
- Con il **4° Rapporto sul SSN**²⁰, presentato l'11 giugno 2019, dopo aver rivalutato la "prognosi" del SSN al 2025, la Fondazione GIMBE ha suggerito azioni di governance a tutti i livelli per attuare il "Piano di salvataggio del SSN", con l'obiettivo di preservare alle future generazioni la più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

¹² Fondazione GIMBE a Mattarella e Lorenzin: "Serve un logo per il Servizio sanitario nazionale". Adnkronos, 7 febbraio 2017. Disponibile a: www.adnkronos.com/salute/sanita/2017/02/07/fondazione-gimbe-mattarella-lorenzin-serve-logo-per-servizio-sanitario-nazionale_tGYVOR5iIB8sFzAlzTCe00.html. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

¹³ 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

¹⁴ Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2018;10(8): e1000186. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/537/il-piano-di-salvataggio-del-servizio-sanitario-nazionale/articolo. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

¹⁵ 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: 7 ottobre 2022.

¹⁶ Fondazione GIMBE. Report Osservatorio GIMBE n. 1/2022. Elezioni Politiche 2022. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali: sanità e ricerca biomedica. Bologna, settembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2022. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

¹⁷ Fondazione GIMBE. Analisi delle proposte su sanità e ricerca biomedica del "Contratto per il Governo del Cambiamento". Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/contratto-governo. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

¹⁸ 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

¹⁹ Compleanno SSN, GIMBE: «Bene celebrazioni ma per tramandarlo ai nostri figli servono investimenti e riforme di rottura». Sanità 24, 13 dicembre. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-12-13/compleanno-ssn-gimbe-bene-celebrazioni-ma-tramandarlo-nostri-figli-servono-investimenti-e-riforme-rottura-105735.php?uuid=AExOGGzG. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

²⁰ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

CAPITOLO 1

Introduzione

Il presente Rapporto si apre con la ricognizione dei due elementi fondamentali su cui si basano le analisi effettuate nei capitoli successivi: le tutele offerte dal SSN tramite i LEA e le modalità con cui questi vengono erogati.

1.1. Le tutele offerte dal Servizio Sanitario Nazionale

I LEA sono prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Il DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, lascia invariati i tre macro-livelli di assistenza²¹:

- **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 privata solo per le compartecipazioni), ma due forme di assistenza (socio-sanitaria domiciliare e territoriale e socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale) sono finanziate anche dalla spesa sociale di interesse sanitario, erogata prevalentemente tramite prestazioni in denaro (figura 1.1). In altre parole, accanto ai vari “silos” dell’assistenza sanitaria esiste un “silos” 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).

²¹ 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: 7 ottobre 2022.

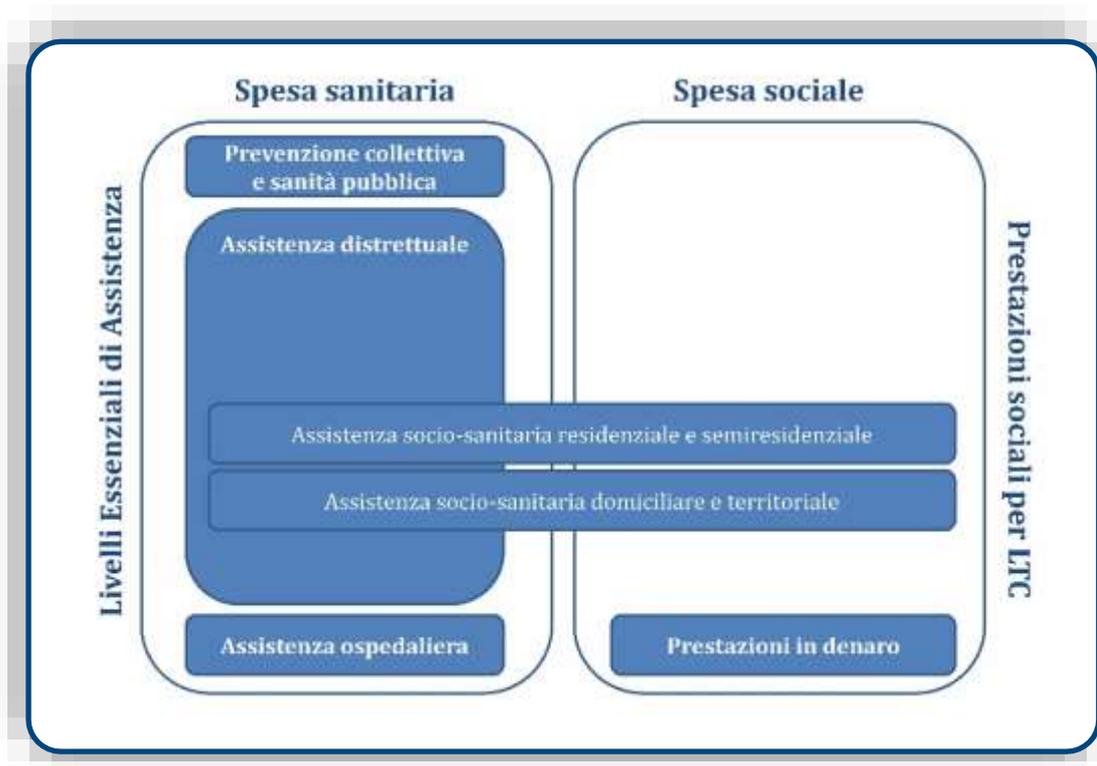


Figura 1.1. Il finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria (modificata da²²)

1.2. Le modalità di erogazione dei LEA

Considerato che il centro del dibattito è spesso occupato da modelli regionali e strategie di management aziendale (difficilmente applicabili a contesti differenti), il presente Rapporto riparte dalla semplificazione delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria. Un denominatore comune, "sterilizzato" dalla variabilità dei modelli regionali e aziendali, per consentire a tutti gli stakeholder di riconoscere le criticità che oggi condizionano le attuali modalità di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione dell'assistenza sanitaria e sociale (figura 1.2).

Questo tentativo di estrema semplificazione nasce da presupposti generali che poggiano sia sul modello di Donabedian²³, secondo cui la qualità di un servizio sanitario può essere misurata a tre livelli (struttura, processi, esiti), sia sui principi della *value-based healthcare*²⁴ 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 che, seppure generalmente identificati in "ospedale" e "territorio", includono di fatto varie articolazioni "ufficiali" (ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semi-residenziale, etc.) e

²² 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

²³ Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

²⁴ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

nuovi modelli organizzativi (case di comunità, ospedale di comunità, etc.).

- Ciascun setting è caratterizzato da differenti requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali (“patrimonio STOP”) in grado di condizionare la qualità dell’assistenza, sia in termini di processi che di esiti di salute.
- 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 valutati in termini di:
 - Output: misurano la capacità dell’organizzazione di produrre in maniera efficiente servizi e prestazioni sanitarie.
 - Outcome: forniscono evidenze dal *real world* sul miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita.

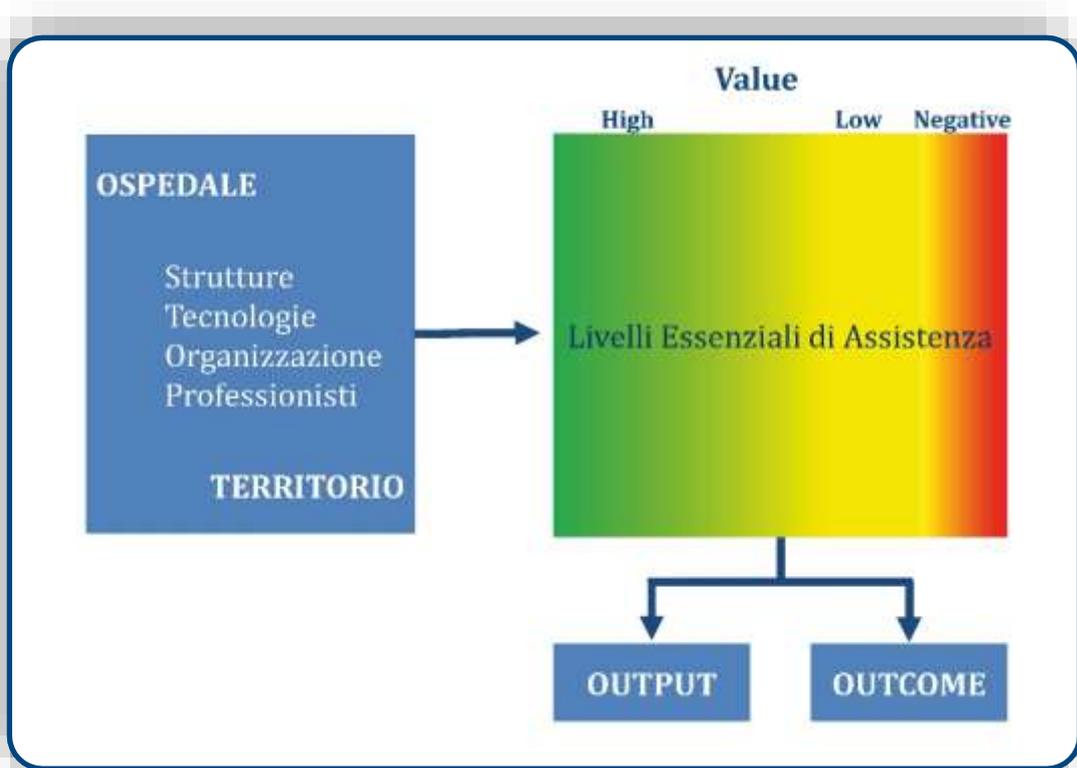


Figura 1.2. Modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria e sociale

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

- Il tentativo di uniformare il “patrimonio STOP” delle organizzazioni sanitarie è stato demandato alle Regioni attraverso la definizione dei requisiti minimi di accreditamento delle strutture sanitarie. In assenza di una governance nazionale questa scelta ha

generato enormi variabilità regionali su tre aspetti: innanzitutto, i requisiti minimi definiti e il loro livello di dettaglio; in secondo luogo l'opportunità (o meno) di accreditare anche le strutture pubbliche; infine, il completamento (o meno) di almeno due verifiche da parte degli auditor regionali per verificare la conformità dei requisiti minimi.

- L'appropriatezza dei processi è stata presa in considerazione quasi esclusivamente nella sua dimensione organizzativa, grazie a *policy* mirate ad erogare le stesse prestazioni in setting assistenziali a minor consumo di risorse: dal ricovero ordinario al day hospital/day surgery e da questo all'assistenza ambulatoriale, sino a setting territoriali ove adeguatamente potenziati. Gli indicatori di appropriatezza professionale, invece, più difficili da misurare e da sempre "indigesti" ai professionisti, sono rimasti sostanzialmente fuori dal dibattito sulla sostenibilità del SSN. Di conseguenza, una quota consistente di denaro pubblico continua ad essere sprecata sia per l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate, dal *value* basso o addirittura negativo (*overuse*), sia per curare le conseguenze della mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate dal *value* elevato.
- Budget e sistemi premianti a tutti i livelli sono prevalentemente guidati dagli output e, in parte, dall'appropriatezza organizzativa, ma tengono conto solo in minima parte degli esiti di salute e quasi mai dell'appropriatezza professionale. Di conseguenza i modelli organizzativi regionali e, a cascata, quelli aziendali sono stati inevitabilmente modellati secondo queste regole, di cui qualsiasi innovazione organizzativa (anche se basata su robuste evidenze scientifiche) non può non tenere conto.
- Le differenti modalità di erogazione dei processi vengono rimborsate secondo specifici nomenclatori tariffari (DRG, specialistica ambulatoriale, protesica, etc.) e/o devono rispettare specifici tetti di spesa (farmaci, dispositivi), con strutture rigide che ostacolano sia i processi di disinvestimento e riallocazione, sia la definizione di budget per PDTA interaziendali e reti per patologia.
- Le differenti modalità di finanziamento (es. rimborso vs quota 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 e verificate sino al 2019 con uno strumento (griglia LEA), ormai appiattito.

CAPITOLO 2

L'approccio *One Health*

One Health identifica un approccio alla salute sistematico e integrato, basato sulla consapevolezza che la salute umana è strettamente legata alla salubrità degli alimenti, alla salute degli animali e dell'ambiente e al sano equilibrio del loro impatto sugli ecosistemi di tutto il mondo. In altre parole, l'approccio *One Health* riconosce che salute umana, animale e dell'ambiente sono interconnesse in maniera indissolubile, generando vulnerabilità nella salute globale, come dimostrato dalla pandemia di COVID-19. Un approccio ora più che mai da mettere urgentemente in pratica attraverso una governance per la protezione e promozione della salute che non possono più essere confinate esclusivamente a quella del genere umano²⁵.

2.1. Contesto internazionale

Sebbene il concetto di *One Health* non sia nuovo e sia stato per anni oggetto di discussioni interdisciplinari e multisettoriali, il crescente interesse per l'implementazione di questo approccio ha portato a convergere i vertici di quattro organizzazioni internazionali che rappresentano un'ampia gamma di discipline a livello globale: *Food and Agriculture Organization* (FAO), *World Organization for Animal Health* (OIE), *United Nations Environment Programme* (UNEP), *World Health Organization* (WHO). Nel maggio 2021 è stato inoltre fondato il gruppo *One Health High Level Expert Panel* (OHHLEP)²⁶, di cui è disponibile il primo *Annual Report*²⁷.

Considerato che il concetto di *One Health* è stato associato a diverse interpretazioni teoriche e pratiche e che non mancano le definizioni in letteratura, una priorità immediata per OHHLEP era sviluppare una nuova definizione operativa con tre obiettivi: allineare il linguaggio tra membri del panel e organizzazioni partner; supportare partner e Stati membri nell'elaborazione di strategie, programmi e piani di attuazione di *One Health*; rendere l'approccio comprensibile ad un pubblico generalista su scala globale.

“One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua

²⁵ Lirussi F, Ziglio E. One Health: un approccio e un metodo non più rinviabili. Disponibile a: www.scienzainrete.it/articolo/one-health-approccio-e-metodo-non-pi%C3%B9-rinviabili/flavio-lirussi-erio-ziglio/2021-02-08. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022

²⁶ World Health Organization. One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Disponibile a: www.who.int/groups/one-health-high-level-expert-panel. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

²⁷ One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021. Disponibile a: www.who.int/publications/m/item/one-health-high-level-expert-panel-annual-report-2021. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile²⁸

Se questa definizione è stata elaborata con l'obiettivo della reale implementazione di *One Health*, come evidenziato dalle quattro C (Comunicazione, Coordinamento, Collaborazione e sviluppo delle Capacità) (figura 2.1), per valutarne applicazione ed efficacia è indispensabile monitorare i principi fondamentali identificati da OHHLEP:

- **Equità** tra settori e discipline.
- **Parità** socio-politica e multiculturale (dottrina secondo cui tutte le persone sono uguali e meritano uguali diritti e opportunità), inclusione e coinvolgimento delle comunità e delle voci emarginate.
- **Equilibrio socio-ecologico** per un bilanciamento armonico nell'interazione uomo-animale-ambiente, che riconosca l'importanza della biodiversità, dell'accesso a sufficienti spazi e risorse naturali e del valore intrinseco di tutti gli esseri viventi all'interno dell'ecosistema.
- **Gestione e responsabilità** degli esseri umani nel modificare i comportamenti e adottare soluzioni sostenibili che riconoscano l'importanza del benessere animale e l'integrità dell'intero ecosistema, assicurando così la salute delle generazioni attuali e future;
- **Transdisciplinarietà** e collaborazione multisettoriale, con il coinvolgimento di tutte le discipline rilevanti, le forme di conoscenza moderne e tradizionali e un'ampia rappresentanza di prospettive.

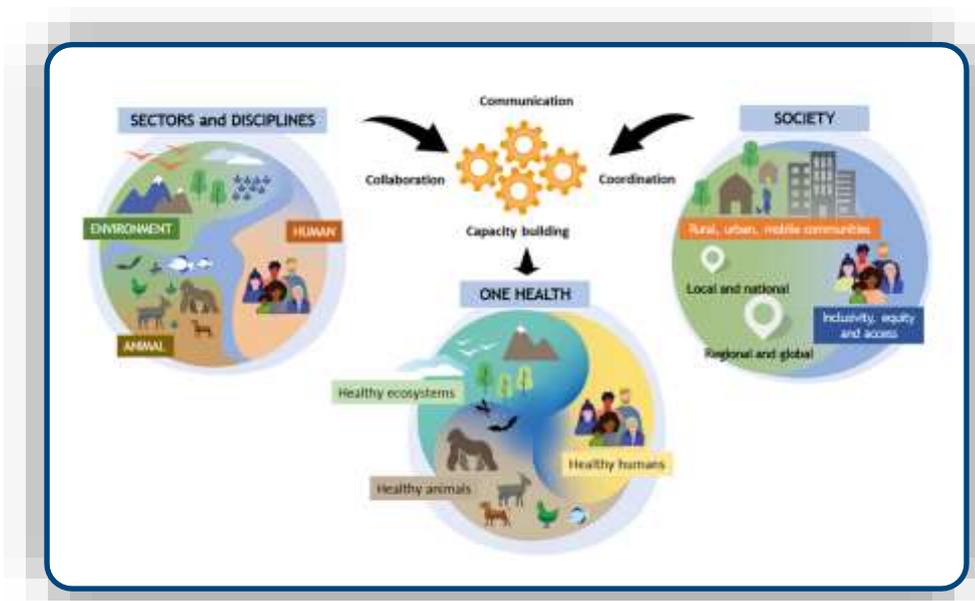


Figura 2.1. One Health: verso un futuro di sostenibilità e salute (da²⁹)

La nuova definizione sarà utilizzata per rendere operativo l'approccio *One Health* nel *Plan of Action for One Health 2022-2026*³⁰, il piano strategico che guiderà le attività collaborative di

²⁸ One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), Adisasmito WB, Almuhairei S, Behravesh CB, Bilivogui P, Bukachi SA, et al. (2022) One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. PLoS Pathog 2022;18(6): e1010537.

²⁹ One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), Adisasmito WB, Almuhairei S, Behravesh CB, Bilivogui P, Bukachi SA, et al. (2022) One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. PLoS Pathog 2022;18(6): e1010537.

FAO, OIE, UNEP e WHO. La definizione dovrebbe essere considerata come un insieme generale di principi guida che possono essere ulteriormente adattati secondo lo scopo delle parti interessate. Se sicurezza alimentare e idrica, energia e salute ambientale sono argomenti ampi con problematiche settoriali e specialistiche che possono estendersi oltre l'ambito dell'approccio *One Health*, il loro punto di incontro si colloca dove esistono responsabilità e rilevanza condivise da più settori nel proteggere la salute e affrontare le sfide sanitarie. In altri termini, l'approccio *One Health* non si concentra solo sulle malattie zoonotiche o sulla resistenza antimicrobica, ma può affrontare l'intero spettro dalla prevenzione, miglioramento e promozione della salute al rilevamento, preparazione, risposta e superamento delle crisi sanitarie. È un approccio applicabile a livello di comunità locale, regionale, nazionale, sovranazionale e globale. Si basa su governance, comunicazione, collaborazione e coordinamento condivisi ed efficaci per comprendere vantaggi collaterali, rischi, compromessi e opportunità per soluzioni eque e olistiche.

L'impegno politico e la leadership, inclusa la definizione delle priorità e l'allocatione delle risorse distribuite in modo equo, sono essenziali per attuare con successo la visione integrata di *One Health*. Tuttavia, esistono sostanziali barriere e complessità politiche, legali, etiche, finanziarie, operative e sociali nello sviluppo e nell'attuazione di un approccio unificato per la salute. L'impegno degli organismi politici, settoriali, organizzativi e individuali ad attuarlo con successo influenzerà la salute dell'uomo, animale e dell'ambiente, oltre che aspetti come la biodiversità, l'aria pulita e l'energia, l'impatto dei cambiamenti climatici, la sicurezza alimentare e idrica e disuguaglianze sociali. Questo approccio presenta chiari vantaggi per migliorare la salute di tutti, integrare la protezione sociale e ambientale e supportare lo sviluppo economico sostenibile e la resilienza.

2.2. Scenario nazionale

Il **Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025** rafforza una visione di salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente³¹ e ribadisce che l'approccio *One Health* consente di affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana, così come di contrastare efficacemente l'antimicrobico-resistenza o l'emergenza di epidemie e pandemie che originano da manomissioni e degrado degli ecosistemi con conseguenti trasferimenti di patogeni dalla fauna selvatica a quella domestica (*spillover*), con successiva trasmissione all'uomo. Tra le linee operative il PNP 2020-2025 prevede lo sviluppo dell'approccio *One Health* e *Planetary Health* per la governance della prevenzione primaria post-COVID-19, con l'obiettivo di sostenere il ruolo della prevenzione primaria sul rischio ambientale delle malattie infettive emergenti e sull'evoluzione delle epidemie, tramite la "*predisposizione di una linea guida di policy per sostenere il ruolo e per l'integrazione delle attività dei sistemi di prevenzione di salute ambientale, umana e veterinaria*".

³⁰ World Health Organization. One Health Joint Plan of Action (2022-2026) (Draft). Disponibile a: www.who.int/news-room/articles-detail/online-consultation-call-for-member-states-comments-on-the-draft-one-health-joint-plan-of-action. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

³¹ Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

L'**Istituto Superiore di Sanità (ISS)** ha già avviato collaborazioni multidisciplinari e azioni congiunte, trasversali ai suoi settori di ricerca di riferimento, per promuovere l'approccio *One Health* necessario a far fronte alle sfide presenti e future³².

La **Missione Salute del PNRR** punta ad un nuovo modello di assistenza territoriale attraverso *“la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione sul territorio in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato (One Health) e con una visione olistica (Planetary Health)”*³³. Tuttavia, l'investimento di € 500 milioni – che rientra tra i programmi finanziati con il Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) – ha l'obiettivo di fronteggiare i rischi sulla salute determinati dai cambiamenti ambientali e climatici ed è collegato all'istituzione del Sistema Nazionale Prevenzione Salute (SNPS) dai rischi ambientali e climatici. In altri termini, il riferimento all'approccio *One Health* appare un po' forzato, visto che le finalità sono riferite solo a *“rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese nell'affrontare gli impatti sanitari, presenti e futuri, associati ai rischi ambientali e climatici”* e il dettaglio dei sub-investimenti conferma che gli interventi finanziati vanno esclusivamente in questa direzione³⁴:

- rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi del SNPS e del Sistema Nazionale di Protezione dell'Ambiente (SNPA) a livello nazionale, regionale e locale, migliorando infrastrutture, capacità umane e tecnologiche e ricerca applicata;
- sviluppo e implementazione di specifici programmi operativi pilota per la definizione di modelli di intervento integrato salute-ambiente-clima in due siti contaminati selezionati di interesse nazionale;
- programma nazionale di formazione continua in salute-ambiente-clima anche di livello universitario;
- promozione e finanziamento di ricerca applicata con approcci multidisciplinari in specifiche aree di intervento salute-ambiente-clima;
- piattaforma di rete digitale nazionale SNPA-SNPS.

Il Decreto Legge 36/2022 ha istituito il SNPS di cui fanno parte, operando in maniera sinergica e in una logica di rete, i Dipartimenti di prevenzione, le Regioni e le Province autonome, gli Istituti zooprofilattici sperimentali, l'ISS e il Ministero della Salute. Il DM 9 giugno 2022 definisce nei dettagli i compiti di tali soggetti nell'ambito del SNPS.

Le due norme sopra citate hanno indubbiamente raggiunto l'obiettivo di modificare l'assetto dei rapporti Stato-Regioni istituendo il SNPS e prevedendo una sinergia forte e strutturata con il SNPA, anche al fine di approvare nei tempi definiti dal PNRR la riforma in materia di Prevenzione, inserita nella Componente 1 della Missione 6. Non si può tuttavia dire altrettanto rispetto alla predisposizione di un impianto istituzionale in grado di applicare in maniera realmente olistica l'approccio *One Health*. Le norme, infatti, confermano un'applicazione parziale, eccessivamente circoscritta all'ambito sanitario, senza il

³² Istituto Superiore di Sanità. One Health. Disponibile a: www.iss.it/one-health. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

³³ Ministero della Salute. Il nuovo modello di assistenza territoriale in un'ottica One Health. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/pnrرسالute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5828&area=PNRR-Salute&menu=comecambiassn. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022

³⁴ Ministero della Salute. Salute, ambiente, biodiversità e clima (PNC). Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/pnrرسالute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5855&area=PNRR-Salute&menu=investimenti. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

coinvolgimento di tutti i soggetti istituzionali per rispettare l'equità tra settori e discipline e la transdisciplinarietà (filiera degli alimenti, sicurezza sul lavoro, etc.). In altri termini, non si leggono affatto tra le righe, diversi principi fondamentali dell'approccio *One Health* identificati da OHHLEP. A questo si aggiungono alcune criticità operative del DM 9 giugno 2022 quali l'impostazione gerarchica e chiusa del SNPS e l'obbligo di comunicazione dei dati personali per i soggetti inclusi nel sistema (che peraltro non sono persone fisiche ma enti e istituzioni)³⁵. Si rilevano inoltre aspetti operativi poco chiari nelle gerarchie e nel coordinamento tra dipartimenti di prevenzione, SNPS e SNPA, considerato che ciascuna Regione dovrà istituire il Sistema regionale prevenzione salute dai rischi climatici e ambientali (SRPS)³⁶ e che, dal punto di vista giuridico un "semplice" Decreto Ministeriale non può assegnare compiti che impattano sui LEA e sull'organizzazione del SSN.

Infine, rispetto alla riorganizzazione del sistema di prevenzione previsto dal PNRR, l'Ufficio Parlamentare di Bilancio rileva che *"la sfida di procedere al superamento della separazione tra ambiente e salute appare rilevante, ma richiederebbe un potenziamento delle apposite strutture del SSN, da favorire con standard più dettagliati, e una chiara definizione del raccordo con le strutture del SNPA e con gli enti preposti alla sicurezza sul lavoro, tenendo anche conto della recente riforma costituzionale"*³⁷. Il riferimento è alla Legge costituzionale 1/2022 che prevede, tra l'altro, che l'iniziativa economica privata non possa svolgersi in modo da recare danno alla salute e all'ambiente, oltre che, come già disposto, alla sicurezza, alla libertà e alla dignità umana. Una riforma costituzionale che instaura un forte legame tra la protezione della salute umana, quella dell'ambiente e la tutela degli animali, consentendo di parlare di un'esplicita copertura costituzionale dell'approccio *One Health*³⁸.

³⁵ Palumbo F. Ambiente e salute. La sfida di Draghi e Speranza per portare l'Italia verso un approccio *"One Health"* *"Planetary Health"*. Gli errori da evitare. Quotidiano Sanità, 3 maggio 2022. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104429. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

³⁶ Palumbo F, La Falce MG. I Lea tra COVID e PNRR. Quali difficoltà per la governance del SSN (prima parte). Quotidiano Sanità, 27 luglio 2022. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=106629. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

³⁷ Ufficio Parlamentare di Bilancio. Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti. Focus tematico n° 4, 3 agosto 2022. Disponibile a: www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2022/08/Focus-4_2022_PNRR-salute.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

³⁸ Balduzzi R. Più "Europa" nella sanità italiana, più Italia nella sanità "europea". Corti supreme e salute 2022, 1. Disponibile a: www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2022/05/0.1.-Balduzzi-1b-2.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

CAPITOLO 3

Il finanziamento pubblico

3.1. 2010-2019: la stagione dei tagli

La crisi di sostenibilità del SSN coincide con un prolungato periodo di grave crisi economica durante il quale la curva del FSN si è progressivamente appiattita (figura 3.1), in conseguenza di scelte politiche che nel decennio 2010-2019 hanno determinato un imponente definanziamento del SSN. Secondo le analisi GIMBE³⁹ alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi, di cui circa € 25 miliardi nel periodo 2010-2015, in conseguenza di “tagli” previsti da varie manovre finanziarie e oltre € 12 miliardi nel periodo 2015-2019, in conseguenza del “definanziamento” che, per obiettivi di finanza pubblica, ha assegnato al SSN meno risorse rispetto ai livelli programmati.

Di conseguenza, nel decennio 2010-2019 il FSN è aumentato di soli € 8,2 miliardi (figura 3.1), crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell’inflazione media annua pari a 1,15%: in altre parole nel decennio 2010-2019 l’incremento del FSN non ha nemmeno mantenuto il potere di acquisto.

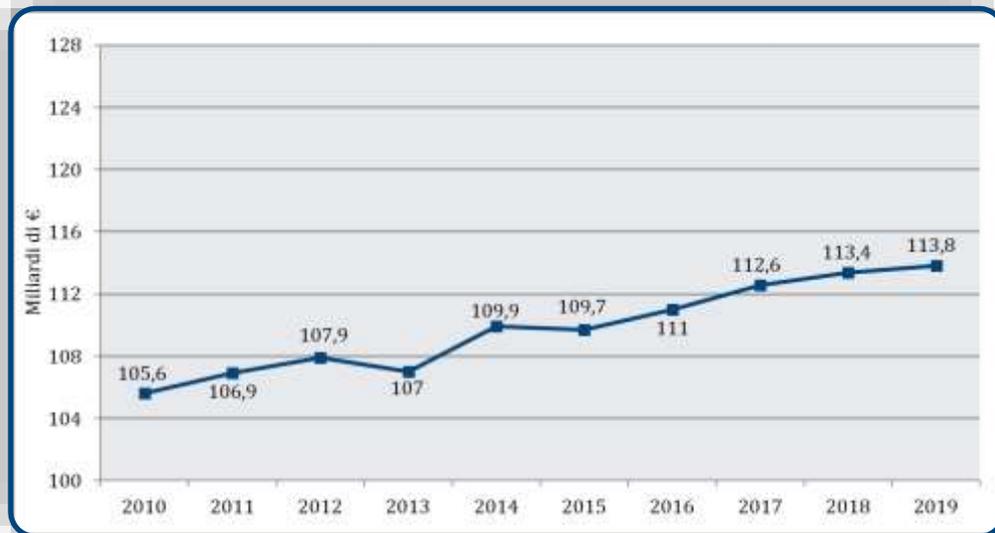


Figura 3.1. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2019

³⁹ 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: 7 ottobre 2022.

3.2. 2020-2022: la stagione della pandemia

3.2.1. Leggi di Bilancio

Vengono di seguito analizzate le risorse assegnate alla sanità dalle Leggi di Bilancio 2020, 2021, 2022, che hanno determinato nel triennio un incremento complessivo del FSN di € 11,2 miliardi, segnando un netto cambio di passo nel trend del finanziamento pubblico del SSN (figura 3.2) cresciuto in media del 3,4% annuo, tasso superiore a quello dell'inflazione media annua del periodo 2020-2021 (0,9%) e certificando formalmente la fine della stagione dei tagli.

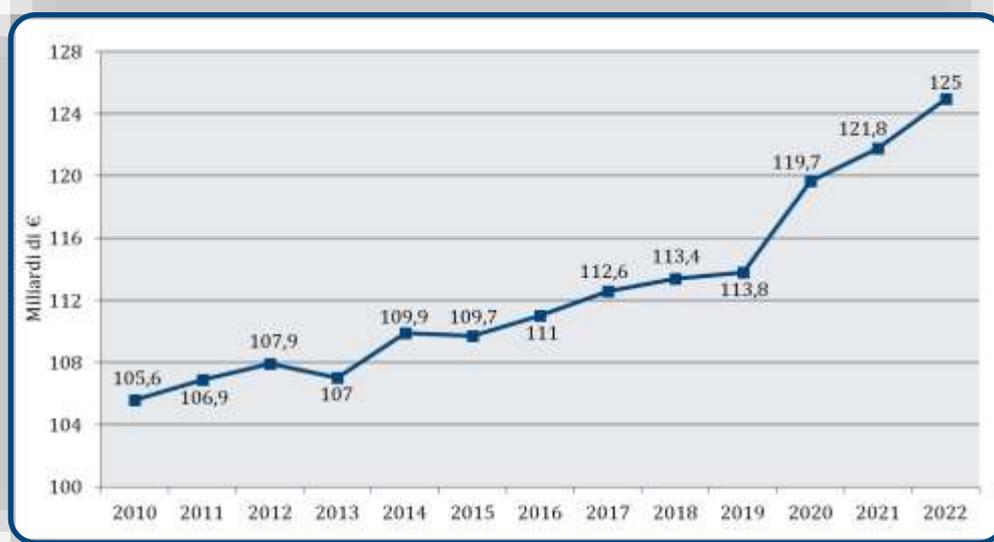


Figura 3.2. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2022

3.2.1.1. 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. Nel corso del 2020 il FSN previsto dalla Legge di Bilancio 2020 (€ 115.997 milioni) è stato incrementato a € 119.683 milioni, in ragione di € 3.686 milioni stanziati dai decreti per l'emergenza COVID-19 (§ 3.2.2).

La Legge di Bilancio 2020 ha incrementato il FSN solo ai fini dell'abolizione della quota di compartecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (cosiddetto "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 (tabella 3.1).

Incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Abolizione superticket (c. 446-448)	€ 185	€ 554 [§]	€ 554	€ 554	€ 554	€ 554
§A decorrere da						

Tabella 3.1. Legge di Bilancio 2020: incremento del FSN (dati in milioni)

La Legge di Bilancio 2020 ha destinato ulteriori risorse vincolate a specifiche misure:

- **Fondo per disabilità e non autosufficienza:** € 29 milioni per il 2020, € 200 milioni per il 2021 e € 300 milioni dal 2022. Queste risorse integrano i € 571 milioni del Fondo nazionale per la non autosufficienza a cui la manovra ha aggiunto € 50 milioni per il 2020 (c. 330, 331).
- **Contratti di formazione specialistica:** € 5,425 milioni per l'anno 2020, € 10,85 milioni per l'anno 2021, € 16,492 milioni per l'anno 2022, € 22,134 milioni per l'anno 2023 e € 24,995 milioni a decorrere dall'anno 2024 utili a stipulare nuovi contratti di formazione specialistica. Inoltre, la manovra ha autorizzato l'ulteriore spesa di € 25 milioni per gli anni 2020 e 2021 e di € 26 milioni a decorrere dal 2022 (c. 271 e 859).
- **Sperimentazione farmacia dei servizi:** € 25,3 milioni per ciascuno degli anni 2021 e 2022 al fine di estendere la sperimentazione della farmacia dei servizi su tutto il territorio nazionale (c. 461, 462).
- **Convenzioni medici INPS:** per assicurare il presidio delle funzioni relative all'invalidità civile e delle attività medico-legali in materia previdenziale e assistenziale affidategli, l'INPS è autorizzato a stipulare convenzioni per il conferimento di incarichi a un numero di medici non superiore a 820 unità all'anno. Ai maggiori oneri connessi ai rapporti convenzionali si provvede mediante assegnazione all'INPS di € 7,2 milioni per ciascun anno del triennio 2021-2023, di € 7,3 milioni per ciascun anno del triennio 2024-2026, di € 7,6 milioni per ciascun anno del triennio 2027-2029 e di € 7,8 milioni a decorrere dall'anno 2030 (c. 458-460).
- **Osservatorio sulla formazione specialistica e definizione del fabbisogno di medici e professionisti sanitari:** € 3 milioni annui a decorrere dal 2020 (c. 471).
- **Supporto a Agenas e Osservatorio nazionale ed agli Osservatori regionali:** € 3 milioni nel 2020 e € 2 milioni a decorrere dall'anno 2021, da destinare all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) per il supporto da essa reso alle attività del Ministero della Salute e delle Regioni, nonché all'Osservatorio nazionale ed agli Osservatori regionali al fine di sviluppare ed adottare metodologie e strumenti per la definizione del fabbisogno di medici e professionisti sanitari, nell'ottica di consentire una distribuzione dei posti da assegnare per l'accesso ai corsi di medicina e chirurgia e delle professioni sanitarie ed alle scuole di specializzazione di area sanitaria rispondente alle effettive esigenze del SSN (c. 472).
- **Endometriosi:** € 2 milioni per ciascuno degli anni 2020 e 2021 per il sostegno a studio, ricerca e valutazione dell'incidenza dell'endometriosi sul territorio nazionale (c. 469).
- **Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza:** € 1 milione per il 2020 (c. 463).
- **Fondo per l'acquisto di sostitutivi del latte materno:** € 2 milioni per l'anno 2020 e € 5 milioni a decorrere dall'anno 2021 (c. 456).
- **Programmi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico:** è stato aumentato di € 2 miliardi l'importo destinato al programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico. Una quota del fondo, pari a € 235,8 milioni, è destinata all'acquisto di apparecchiature sanitarie per prestazioni fornite da MMG e PLS e il totale sarà ripartito alle Regioni in un arco temporale di 10 anni a partire dal 2022: € 100 milioni/anno per il 2022 e il 2023 e € 200 milioni/anno dal 2024 al 2032 (c. 81-84).

3.2.1.2. Legge di Bilancio 2021

La Legge di Bilancio 2021 al comma 403 ha determinato un incremento del FSN standard, portandolo a € 121.370 milioni. Inoltre, per gli anni successivi, ha previsto € 823 milioni aggiuntivi per l'anno 2022, € 527 milioni per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025 e € 418 milioni a decorrere dal 2026. Nel corso del 2021 il FSN previsto dalla Legge di Bilancio 2021 è stato incrementato a € 121.775 in ragione dei € 405 milioni stanziati dai decreti per l'emergenza COVID-19 (§ 3.2.2).

La Legge di Bilancio 2021 ha previsto in dettaglio (tabella 3.2):

- **Fabbisogno Sanitario Nazionale standard** (c. 403): per l'anno 2021, il livello del finanziamento del FSN cui concorre lo Stato è stato fissato a € 121.370 milioni anche per l'attuazione di quanto previsto dai commi da 407 a 411, 416, 417 e 421 e al netto di € 117 milioni per l'istituzione di un fondo presso il Ministero della Salute per gli enti interessati dal finanziamento della Croce Rossa Italiana (c. 485).
- **Indennità di esclusività dei medici del SSN** (c. 407, 408). Al fine di valorizzare il servizio della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria presso le strutture del SSN, a decorrere dal 1° gennaio 2021, gli importi annui lordi, comprensivi della tredicesima mensilità, dell'indennità di cui all'articolo 15-quater, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, previsti, in favore dei dirigenti medici, veterinari e sanitari con rapporto di lavoro esclusivo, dal contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità 2016-2018 stipulato il 19 dicembre 2019, di cui al comunicato dell'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 22 del 28 gennaio 2020, sono stati incrementati del 27%. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni del comma 407, valutati in € 500 milioni annui a decorrere dall'anno 2021, si è provveduto a valere sul livello del finanziamento del FSN standard cui concorre lo Stato.
- **Indennità per infermieri del SSN** (c. 409-411). Ai fini del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte, agli infermieri dipendenti dalle aziende e dagli enti del SSN, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale del triennio 2019-2021 relativa al comparto sanità è stata riconosciuta, nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di € 335 milioni, un'indennità di specificità infermieristica da riconoscere al predetto personale con decorrenza dal 1° gennaio 2021 quale parte del trattamento economico fondamentale.
- **Tamponi MMG e PLS** (c. 416, 417). Al fine di sostenere ed implementare il sistema diagnostico dei casi di positività al virus SARS-CoV-2 attraverso l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta è stata autorizzata la spesa di € 70 milioni a valere sul FSN.
- **Indennità professioni sanitarie** (c. 414, 415). A decorrere dal 2021 è stata riconosciuta un'indennità di tutela – pari a € 100 milioni – del malato e per la promozione della salute quale parte del trattamento economico fondamentale ai dipendenti delle aziende e degli enti del SSN appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica, alla professione di assistente sociale nonché agli operatori socio-sanitari.
- **Piano vaccini** (c. 464, 466, 467). € 100 milioni per l'acquisto di prestazioni aggiuntive del personale del SSN da parte del Commissario straordinario per l'emergenza qualora le assunzioni fossero risultate insufficienti e € 10 milioni per il rimborso ai medici in formazione che partecipano al piano vaccini.

- **Mobilità sanitaria interregionale verso IRCCS** (c. 496). € 20 milioni per la compensazione per prestazioni rese da IRCCS a pazienti provenienti da fuori Regione.

Incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Incremento Fabbisogno Sanitario Nazionale standard (c. 403)	€ 3.318	€ 823	€ 527	€ 527	€ 527	€ 418 [§]
<i>di cui Indennità di esclusività dei medici del SSN* (c. 407, 408)</i>	€ 500 [§]	€ 500	€ 500	€ 500	€ 500	€ 500
<i>di cui Indennità per infermieri del SSN* (c. 409-411)</i>	€ 335	-	-	-	-	-
<i>di cui Tamponi MMG e PLS* (c. 416, 417)</i>	€ 70	-	-	-	-	-
<i>di cui Quota FSN non vincolata</i>	€ 2.413	€ 323	€ 27	€ 27	€ 27	-
Riduzione FSN per trasferimento finanziamento CRI presso il Ministero della Salute (c. 485)	- € 117 [§]	- € 117	- € 117	- € 117	- € 117	- € 117
Indennità professioni sanitarie (c. 414, 415)	€ 100 [§]	€ 100	€ 100	€ 100	€ 100	€ 100
Piano vaccini (c. 464, 466, 467)	€ 110	-	-	-	-	-
Mobilità sanitaria interregionale verso IRCCS (c. 496)	€ 20 [§]	€ 20	€ 20	€ 20	€ 20	€ 20
Totale incremento FSN	€ 3.431	€ 826	€ 530	€ 530	€ 530	€ 421
*quota vincolata; §a decorrere						

Tabella 3.2. Legge di Bilancio 2021: incremento del FSN (dati in milioni)

La Legge di Bilancio 2021 ha destinato ulteriori risorse vincolate a specifiche misure:

- **Remunerazione prestazioni del personale SSN impiegato in attività di lavoro straordinario per l'emergenza COVID:** € 40 milioni (c. 412, 413).
- **Contratti di formazione specialistica dei medici:** € 105 milioni per gli anni 2021 e 2022 con copertura a carico del Programma Next Generation EU e € 109,2 milioni per gli anni dal 2023 al 2026 (c. 421, 422).
- **Reclutamento personale per emergenza COVID e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA):** € 1.310 milioni di cui € 1.100 per l'emergenza con copertura a carico del Programma Next Generation EU e € 210 milioni per le USCA (c. 423, 425-428).
- **Edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico:** € 2.000 milioni (c. 442-444).
- **Fondo vaccini e farmaci:** € 400 milioni per l'acquisto di vaccini anti-SARS-COV-2 e farmaci per la cura del COVID-19 con copertura a carico del Programma Next Generation EU (c. 447-449).
- **Fondo per soggetti con disturbo dello spettro autistico:** € 50 milioni (c. 454-456).
- **Piano vaccini anti-COVID-19:** autorizzata la spesa di € 534,3 milioni nella contabilità speciale intestata al Commissario straordinario per l'emergenza (c. 462, 467).

- **Indennità per infermieri impegnati in studi di MMG e PLS:** € 35 milioni a valere sul FSN (c. 468-470).
- **Contributo a favore dell'Istituto Superiore di Sanità:** € 11,2 milioni per il 2021, € 15,2 milioni per il 2022 e € 19,2 milioni a decorrere dal 2023 (c. 472).
- **Ricerca carcinoma mammario:** € 20 milioni a decorrere dal 2021 (c. 479-480).

3.2.1.3. 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 (§ 3.2.2), 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 € 2.284 milioni per l'anno 2022, € 2.519 milioni per l'anno 2023 e € 2.647 milioni per l'anno 2024 (tabella 3.3).

Misure	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Incremento FSN standard (c. 258)	€ 1.868	€ 2.000	€ 2.000	-	-	-
Farmaci innovativi (c. 259)	€ 100	€ 200	€ 300 [§]	€ 300	€ 300	€ 300
Borse di studio specializzandi (c. 260)	€ 194	€ 319	€ 347	€ 425	€ 517	€ 543 [§]
Riduzione FSN per proroga al 2022 fondo accesso servizi psicologici persone fragili, minori (c. 292)	- € 10	-	-	-	-	-
Totale incremento FSN	€ 2.152	€ 2.519	€ 2.647	-	-	-

[§]A decorrere da

Tabella 3.3. Legge di Bilancio 2022: incremento del FSN (dati in milioni)

La Legge di Bilancio 2022 ha destinato ulteriori risorse vincolate a specifiche misure:

- **Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023:** € 200 milioni per il 2022 a valere sul FSN e € 350 milioni per il 2023 (c. 261).
- **Interventi di competenza del Commissario straordinario:** € 50 milioni (c. 262).
- **Edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico:** il fondo per il programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento

tecnologico (€ 32 miliardi) viene incrementato di € 2 miliardi. La manovra autorizza l'utilizzo di una parte del fondo per costituire una scorta nazionale di dispositivi di protezione individuale, di mascherine chirurgiche, di reagenti e di kit di genotipizzazione e per lo sviluppo di sistemi informativi utili per la sorveglianza epidemiologica e virologica, per l'acquisizione di strumentazioni utili a sostenere l'attività di ricerca e sviluppo correlata ad una fase di allerta pandemica (c. 263-267).

- **Proroga dei rapporti di lavoro flessibile:** la spesa per la stabilizzazione del personale è stimata nella Relazione Tecnica in € 690 milioni per il 2022 e di € 625 milioni a decorrere dal 2023 (c. 268, 269, 271).
- **Spesa di personale per il potenziamento dell'assistenza territoriale:** € 90,9 milioni per l'anno 2022, € 150,1 milioni per l'anno 2023, € 328,3 milioni per l'anno 2024, € 591,5 milioni per l'anno 2025 e € 1.015,3 milioni a decorrere dall'anno 2026, a valere sul finanziamento del SSN (c. 274).
- **Legge Italiana per la Lotta contro i Tumori:** € 2 milioni annui a decorrere dal 2022 (c. 275).
- **Proroga al 31 dicembre 2022 delle norme per l'abbattimento delle liste d'attesa:** fino a € 500 milioni a valere sul FSN (c. 276-279).
- **Aggiornamento LEA:** € 200 milioni a valere sul FSN a decorrere dal 2022.
- **Proroga assistenza psicologica:** € 8 milioni per i servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e di € 19,9 milioni per il reclutamento straordinario di psicologi a valere sul FSN (c. 290-292).
- **Indennità per il personale dei servizi di Pronto Soccorso:** € 27 milioni per la dirigenza medica e € 63 milioni per il personale del comparto sanità per un totale di € 90 milioni a carico del FSN a decorrere dal 2022 (c. 293-294).
- **Proroga al 30 giugno 2022 delle USCA:** € 105 milioni a carico del FSN (c. 295-296)
- **Acquisto vaccini anti-SARS-CoV-2 e farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19:** il Fondo speciale del Ministero della Salute viene incrementato di € 1.850 milioni nel 2022 (c. 650).

3.2.2. I decreti per l'emergenza COVID-19

Da marzo 2020 a settembre 2022 sono stati emanati 12 decreti legge che hanno stanziato risorse ad hoc per la gestione dell'emergenza COVID-19 per complessivi € 11.414,3 milioni (tabella 3.4).

Anno	Decreto	Milioni
2020	Decreto Cura Italia	€ 1.410,0
2020	Decreto Rilancio	€ 3.825,7
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	€ 11.414,3

Tabella 3.4. Misure finanziarie straordinarie per l'emergenza COVID-19

Decreto Cura Italia (2020). L'art. 18 del DL n. 18 del 17 marzo 2020 (convertito in legge con modificazioni dalla L. 27/2020) ha disposto per l'anno 2020 un incremento di € 1.410 milioni del livello di finanziamento del FSN standard destinato a:

- remunerare prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario: € 250 milioni;
- reclutare medici in formazione specialistica e personale medico e sanitario: € 650 milioni;
- aumentare il monte ore della specialistica: € 6 milioni;
- acquistare prestazioni dalle strutture private: € 240 milioni;
- utilizzare il personale sanitario in servizio, nonché locali e apparecchiature delle strutture sanitarie private, accreditate e non: € 160 milioni;
- finanziare alcune attività delle USCA: €104 milioni.

Il Decreto ha impegnato Regioni e Province autonome ad utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, nella quota di riparto loro assegnata, attraverso un centro di costo dedicato, redigendo un Programma operativo per la gestione dell'emergenza, da sottoporre all'approvazione e al monitoraggio congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Decreto Rilancio (2020). L'art. 1, comma 11, DL n. 34 del 19 maggio 2020 (convertito in legge da L. 77/2020) ha disposto:

- incremento del livello di finanziamento del FSN standard per il 2020 per oltre € 1.256,6 milioni per il rafforzamento dell'assistenza territoriale, ripartiti in:
 - € 838,7 milioni per la requisizione in uso di immobili, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), le centrali operative;
 - € 407,9 milioni per spese di personale sanitario:
 - € 332,64 milioni per gli infermieri di comunità;
 - € 61 milioni per le USCA e gli specialisti convenzionati;
 - € 14,256 milioni per gli assistenti sociali;
 - € 10 milioni per indennità personale infermieristico;
- incremento del FSN di € 431 milioni per l'assunzione di personale sanitario, in particolare:
 - € 190 milioni da destinare prioritariamente alla remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del SSN;
 - € 241 milioni per aumentare il numero dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19;
- incremento del livello di finanziamento del FSN (art. 5 comma 1) di € 537,6 milioni per contratti di formazione medica specialistica: € 105 milioni per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e € 109,2 milioni per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024;
- ulteriore incremento (art. 5 comma 1-bis) del FSN di € 128 milioni per un ulteriore aumento dei contratti di formazione medica specialistica: € 25 milioni per il 2022 e 2023 e € 26 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026;
- € 1.467,5 milioni per il potenziamento della rete ospedaliera ed i Pronto soccorso. A valere sul finanziamento statale del FSN il decreto ha inoltre previsto l'accantonamento di € 20 milioni annui, a decorrere dal 2021, allo scopo di attivare ulteriori borse di studio per medici che partecipano ai corsi di formazione specifica in medicina generale (articolo 1-bis);
- € 5 milioni nel 2020 (art. 104 c. 3-bis) per le misure dirette a rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena inclusione delle persone con disabilità nello svolgimento di attività sportive amatoriali.

Decreto Agosto (2020). Il comma 8 dell'articolo 29 del DL n. 104 del 14 agosto 2020 (convertito in legge da L. 126/2020) ha disposto per il 2020 l'incremento del FSN per complessivi € 478,2 milioni finalizzati al recupero, da parte di Regioni e Province autonome, dei ricoveri ospedalieri che non è stato possibile assicurare durante l'emergenza COVID-19 e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening.

Decreto Sostegni (2021). Il DL n. 41 del 22 marzo 2021 (convertito in L. 69/2021) ha stanziato complessivi € 3.145 milioni per la campagna vaccinale così ripartiti:

- € 345 milioni di incremento del FSN standard per l'anno 2021 per finanziare l'estensione dei professionisti sanitari competenti per la somministrazione della vaccinazione anti-COVID-19;
- € 2.100 milioni per l'acquisto dei vaccini anti-SARS-CoV-2;
- € 700 milioni per l'acquisto dei farmaci per la cura dei pazienti affetti da COVID-19.

Decreto Sostegni bis (2021). Il DL n. 73 del 25 maggio 2021 ha stanziato € 178,6 milioni per la sanità:

- € 109,6 milioni di incremento del FSN standard, così ripartiti:
 - € 58,2 milioni per esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex-COVID, di cui € 28,8 milioni per il periodo maggio-dicembre 2021, € 25 milioni per il 2022 e € 4,4 milioni per il 2023;
 - € 28 milioni per i Servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e reclutamento straordinario di psicologi;
 - € 3,4 milioni per il 2021 e € 10 milioni per ciascuno degli anni 2022 e 2023 per assunzioni nei dipartimenti di prevenzione di dirigenti medici e di tecnici della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro;
- € 69 milioni per incentivare i processi di riorganizzazione di strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, di cui € 46 milioni per il 2021 e € 23 milioni per il 2022.

Decreto Legge 105/2021. Il DL n. 105 del 23 luglio 2021 (coordinato con la legge di conversione 126/2021) ha previsto all'art. 5 l'introduzione di un prezzo calmierato per i test antigenici rapidi eseguiti in farmacia per i minori di 12 anni stanziando inizialmente € 45 milioni. A seguito dell'estensione della platea e delle strutture in cui eseguire i test l'importo complessivo è stato aumentato a € 115,85 milioni.

Decreto fiscale. Il DL n. 146 del 21 ottobre 2021 (convertito con modificazioni dalla L. 215/2021) ha istituito per l'anno 2021 un fondo con una dotazione di € 600 milioni quale contributo statale a titolo definitivo alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza rappresentate dalle Regioni e dalle Province autonome nell'anno 2021.

Decreto Milleproroghe (2021). Il DL n. 228 del 30 dicembre 2021 (coordinato con la legge di conversione 15/2022) all'articolo 1-quater autorizza la spesa complessiva di € 10 milioni per l'anno 2022, finalizzata al reclutamento di professionisti sanitari e di assistenti sociali al fine di potenziare i servizi di salute mentale. Inoltre, il DL ha previsto un contributo per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia fruibili presso specialisti privati regolarmente iscritti all'elenco degli psicoterapeuti nell'ambito dell'albo degli psicologi. Il limite massimo di spesa previsto per l'erogazione da parte delle Regioni del contributo per sostenere le spese per sessioni di psicoterapia è pari a € 10 milioni. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni si provvede a valere sul livello di finanziamento del FSN standard cui concorre lo Stato per l'anno 2022, che è corrispondentemente incrementato di € 20 milioni.

Decreto Sostegni ter (2022). Il DL n. 4 del 27 gennaio 2022 (convertito in legge da L. 25/2022) all'articolo 11 ha incrementato di € 400 milioni per l'anno 2022 il fondo istituito con il DL 146/2021 quale contributo statale a titolo definitivo alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza rappresentate dalle Regioni e dalle Province autonome. Inoltre all'articolo 20-quater ha prorogato dal 31 marzo 2022 al 31 ottobre 2022 la disciplina transitoria che consente il conferimento, da parte dell'INAIL, di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa, a tempo determinato, nell'ambito di un contingente massimo di 200 medici specialisti e di 100 infermieri; la proroga concerne i rapporti in essere alla data del 31 marzo 2022 e la misura è coperta con € 7,6 milioni. L'articolo 21-bis, inoltre, ha esteso, a decorrere dal 1° gennaio 2022, ferma restando la condizione dell'esclusività del rapporto di lavoro, al personale del ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della

Salute l'indennità di esclusività prevista per le corrispondenti figure professionali degli enti ed aziende del SSN, con esclusione di una quota percentuale della medesima indennità. L'onere è quantificato in € 6,3 milioni per il 2022, € 6,1 milioni per il 2023 e € 6 milioni annui a decorrere dal 2024.

Decreto Bollette (2022). Il DL n. 17 del 1° marzo 2022 (coordinato con la legge di conversione 34/2022) all'articolo 26 ha incrementato di ulteriori € 400 milioni per l'anno 2022 il fondo istituito con il DL 146/2021 quale contributo statale a titolo definitivo alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza rappresentate dalle Regioni e dalle Province autonome; inoltre all'articolo 30 ha autorizzato la spesa di € 200 milioni per l'acquisto di farmaci antivirali contro il SARS-CoV-2.

Decreto Aiuti (2022). Il DL n. 50 del 17 maggio 2022 (convertito dalla L. 91/2022) ha incrementato per l'anno in corso di € 200 milioni il livello del finanziamento corrente del SSN a cui concorre lo Stato allo scopo di contribuire ai maggiori costi per gli Enti del SSN determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche.

Decreto Aiuti bis (2022). Il DL n. 115 del 9 agosto 2022 (convertito dalla L. 142/2022) ha incrementato di € 15 milioni per l'anno 2022 – rispetto ai € 10 milioni previsti – il limite massimo di spesa previsto per l'erogazione da parte delle Regioni di un contributo per sostenere le spese per sessioni di psicoterapia. Agli oneri derivanti dall'attuazione della disposizione si provvede a valere sul livello di finanziamento del FSN standard cui concorre lo Stato per l'anno 2022, che è corrispondentemente incrementato di € 15 milioni.

Decreto Aiuti ter (2022). Il DL n. 144 del 23 settembre 2022 ha incrementato per l'anno in corso il livello del finanziamento corrente del SSN a cui concorre lo Stato di € 400 milioni allo scopo di contribuire ai maggiori costi per gli Enti del SSN determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche.

La tabella 3.5 riporta la destinazione d'uso delle risorse assegnate dai decreti COVID-19.

Decreti COVID-19: destinazione d'uso delle risorse	Milioni
Incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale	€ 5.336,0
<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>	€ 88,2
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	€ 11.414,3

Tabella 3.5. Destinazione d'uso delle risorse assegnate con i decreti COVID-19

3.3. 2023-2025: la stagione del rilancio?

3.3.1. Fabbisogno Sanitario Nazionale

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. Non è ancora disponibile l'importo destinato al FSN per il 2025.

3.3.2. Documento di Economia e Finanza 2022

Il DEF 2022, approvato dal Consiglio dei Ministri il 7 aprile 2022, è stato condizionato dal peggioramento del quadro economico conseguente allo scoppio del conflitto in Ucraina. Di conseguenza, sono state riviste al ribasso le previsioni di crescita economica rispetto alla

NaDEF del settembre 2021. In particolare, la previsione tendenziale di crescita del PIL per il 2022 è scesa dal 4,7% al 2,9% e quella per il 2023 dal 2,8% al 2,3%.

Nel triennio 2023-2025, il DEF 2022 prevede complessivamente una riduzione della spesa sanitaria ad un tasso medio annuo dello 0,6%, a fronte di una stima di crescita del PIL nominale media del 3,8% nello stesso arco temporale. Conseguentemente, il rapporto tra spesa sanitaria PIL decresce progressivamente, attestandosi nel 2025 al 6,2%.

In termini finanziari la spesa sanitaria diminuirebbe dai € 130.734 milioni stimati per il 2023 a € 128.872 milioni nel 2024 per poi risalire lievemente a € 129.518 milioni nel 2025. Per il 2022, invece, a fronte di una crescita del PIL nominale del 6%, il DEF 2022 stima una spesa sanitaria di € 131.710 milioni che corrisponde ad una crescita del 3% rispetto ai € 127.834 milioni del 2021 (tabella 3.6).

	2021	2022	2023	2024	2025
Spesa sanitaria (milioni di €)	127.834	131.710	130.734	128.872	129.518
Spesa sanitaria (% PIL)	7,2%	7,0%	6,6%	6,3%	6,2%
Tasso di variazione in %	4,2%	3%	-0,7%	-1,4%	0,5%

Tabella 3.6. DEF 2022: consuntivo 2021 e stime 2022-2025

Per il 2023 la riduzione della spesa è dovuta principalmente sia al venir meno degli arretrati per il rinnovo del triennio 2019-2021 dei contratti del personale non dirigente degli enti del SSN, sia alla cessazione dei costi analoghi a quelli sostenuti negli anni precedenti dal Commissario Straordinario all'emergenza. Tale riduzione risulta parzialmente attenuata dai maggiori oneri per il rinnovo dei contratti dei dirigenti degli enti del SSN e delle convenzioni per il triennio 2019-2021.

Per il 2024 la riduzione della spesa è attribuibile soprattutto alla mancata imputazione degli arretrati relativi a contratti e convenzioni che dovrebbero essere stati perfezionati nel 2023. La previsione riflette anche ulteriori fattori: la dinamica dei diversi aggregati di spesa coerente con gli andamenti medi registrati negli ultimi anni; gli interventi di razionalizzazione dei costi già programmati a legislazione vigente; la spesa sanitaria corrente per l'attuazione del PNRR; la parziale contabilizzazione degli oneri per il rinnovo di contratti e convenzioni del personale del SSN per il triennio 2022-2024 che determineranno un aumento della spesa successivo al perfezionamento degli accordi.

Dall'analisi emergono alcune considerazioni sul DEF 2022:

- Le stime sulla crescita economica del Paese sono influenzate dalle conseguenze dirette e indirette del conflitto in Ucraina: dall'aumento dei prezzi (energia, materie prime, alimentari) all'andamento dei tassi d'interesse; dalla minor crescita dei mercati di esportazione all'aumento delle spese militari per far fronte alla risoluzione NATO, sino al rischio di rallentamento della produzione.
- Nel periodo 2023-2025, a fronte di una stima di crescita media del PIL nominale del 3,8% la spesa sanitaria si riduce mediamente dello 0,6% per anno e nel 2025 il rapporto spesa sanitaria/PIL precipita al 6,2%, inferiore ai livelli pre-pandemia (6,4% nel DEF 2019 per l'anno 2022) (tabella 3.7).

Spesa sanitaria (milioni di €)	2022	2023	2024	2025
DEF 2019	123.052	-	-	-
DEF 2021	123.622	126.231	124.410	-
DEF 2022	131.710	130.734	128.872	129.518
Spesa sanitaria (% PIL)	2022	2023	2024	2025
DEF 2019	6,4%	-	-	-
DEF 2021	6,7%	6,6%	6,3%	-
DEF 2022	7,0%	6,6%	6,3%	6,2%
Tasso di variazione in %	2022	2023	2024	2025
DEF 2019	1,40%	-	-	-
DEF 2021	-2,80%	2,10%	-1,40%	-
DEF 2022	3,00%	-0,70%	-1,40%	0,50%

I valori del DEF 2020 non sono riportati perché le previsioni si arrestano al 2021

Tabella 3.7. Analisi comparata della tabella III.3-2 dei DEF 2019, 2021, 2022

- Anche se le stime su aumento del PIL e spesa sanitaria fossero corrette, la spesa sanitaria non potrà coprire l'aumento dei prezzi per quattro ragioni. Innanzitutto, perché la spesa sanitaria si riduce rispetto alla crescita del PIL nominale; in secondo luogo, perché l'indice dei prezzi del settore sanitario è superiore all'indice generale dei prezzi al consumo; ancora, per la recente impennata dell'inflazione; infine, per il rincaro delle spese per l'energia.
- Una riduzione media della spesa sanitaria dello 0,6% anno stimata per il triennio 2023-2025 non potrà garantire al SSN lo stesso potere d'acquisto nemmeno se la ripresa economica rispetterà le ottimistiche previsioni di una crescita media del PIL del 3,8% per il triennio 2023-2025.
- In termini assoluti, il DEF 2022 stima per l'anno in corso una spesa sanitaria di € 131.710 milioni, in aumento di € 16.049 milioni^{40,41} (+13,9%) rispetto al 2019, ultimo anno pre-pandemia. In altre parole, visto che negli anni 2020-2022 le risorse aggiuntive destinate alla sanità sono state quasi interamente assorbite dalla gestione dell'emergenza COVID-19, la scommessa è che il progressivo allentamento della pandemia permetta di riallocare parte del netto incremento della spesa sanitaria 2020-2022 nel potenziamento strutturale del SSN, in particolare per rilanciare gli investimenti sul capitale umano.

Il 20 aprile 2022 la Camera⁴² e il Senato⁴³ hanno approvato due risoluzioni di maggioranza sul DEF 2022 sostanzialmente analoghe, sollecitando il Governo a *“continuare a sostenere la*

⁴⁰ MEF. DEF 2022. Spesa sanitaria 2019 pari a 115.661 milioni. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Contabilit_e_finanza_pubblica/DEF/2022/DEF-2022-Sez-II-AnalisiETendenzeDellaFinanzaPubblica.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁴¹ MEF. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 7, agosto 2020. Rispetto al DEF 2022 la spesa sanitaria è pari a 117.338 milioni. www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2020/IMDSS-RS2020.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁴² Camera dei Deputati. Roma, 20 aprile 2022. Risoluzione in Assemblea 6/00220. Disponibile a: <https://aic.camera.it/aic/scheda.html?numero=6-00220&ramo=C&leg=18>. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

risposta del sistema sanitario” e in particolare di “*proseguire nell’azione di incremento delle risorse disponibili, ancorché finanziarie e professionali, ivi incluso il finanziamento dei cicli di specializzazione, per il potenziamento del sistema sanitario nazionale, compresa la domiciliarità, la medicina territoriale, l’assistenza e la terapia domiciliare, il potenziamento, l’adeguamento e rinforzo delle strutture ospedaliere e per il rafforzamento della governance dei distretti socio-sanitari, dando peraltro attuazione all’assistenza territoriale di prossimità con i relativi costi aggiuntivi*”. Tra gli impegni, inoltre, c’è quello di “*prevedere la sterilizzazione dei disavanzi sanitari COVID 2021 e 2022 valutando l’opportunità di spalmare i relativi oneri almeno in dieci anni*”, compatibilmente agli obiettivi di finanza pubblica indicati dal DEF 2022.

3.3.3. Nota di aggiornamento del DEF 2022

Il 29 settembre 2022 è stata pubblicata la NaDEF⁴⁴ dove si legge che “*L’andamento della spesa primaria corrente sta, d’altro canto, beneficiando del venir meno delle misure temporanee adottate per contrastare l’impatto economico e sociale della crisi pandemica. In particolare, la spesa sanitaria tornerà a segnare delle riduzioni nel biennio 2023-2024, mentre nel 2025 si prevede la sua stabilizzazione, a ragione dei minori oneri connessi alla gestione dell’emergenza epidemiologica.*”

Rispetto al DEF 2022 di aprile, la NaDEF riporta una maggior spesa sanitaria per il 2022 (€ 133.998 milioni vs € 131.710) e una maggior riduzione cumulativa negli anni 2023-2025 (-4,6% vs -2,6%). Di conseguenza, nel 2025 la spesa sanitaria prevista dalla NaDEF 2022, rispetto al DEF 2022, è quasi sovrapponibile in termini assoluti (€ 129.428 vs € 129.518), ma ulteriormente ridotta rispetto alla percentuale sul PIL (6,1% vs 6,2%) (tabella 3.8).

	2022	2023	2024	2025
Spesa sanitaria (milioni di €)	133.998	131.724	128.708	129.428
Spesa sanitaria (% PIL)	7,1%	6,7%	6,2%	6,1%
Tasso di variazione in %	4,8%	-1,7%	-2,3%	0,6%

Tabella 3.8. Le previsioni della NaDEF 2022 sulla spesa sanitaria

⁴³ Senato della Repubblica. Roma, 20 aprile 2022. Proposta di Risoluzione al Documento di economia e finanza 2022. Roma, 20 aprile 2022 Disponibile a: www.senato.it/japp/bgt/showdoc/18/Resaula/0/1348206/index.html?part=doc_dc-allegatoa_aa-gentit_ddln5. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁴⁴ MEF. Documento di Economia e Finanza 2022. Nota di Aggiornamento, Disponibile a: www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/nadef_2022/NADEF-2022.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

Keypoints

Periodo 2010-2019

- Alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi, di cui:
 - circa € 25 miliardi nel 2010-2015, in conseguenza di “tagli” previsti da varie manovre finanziarie;
 - oltre € 12 miliardi nel 2015-2019, in conseguenza del “definanziamento” che ha assegnato meno risorse al SSN rispetto ai livelli programmati, per l’attuazione degli obiettivi di finanza pubblica.
- Il FSN è aumentato di € 8,2 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell’inflazione media annua (1,15%).

Periodo 2020-2022

- Il FSN è aumentato di € 11,2 miliardi, crescendo in media del 3,4% annuo, certificando formalmente la fine della stagione dei tagli. Tuttavia, questo consistente rilancio del finanziamento pubblico è stato, di fatto, in larga parte assorbito dalla pandemia COVID-19 e risulta insufficiente a mantenere in ordine i bilanci delle Regioni per il 2022.

Periodo 2023-2025

- Nel 2023 e nel 2024 è previsto un incremento del FSN di € 2 miliardi per ciascun anno.
- Il DEF 2022, a fronte di una prevista crescita media annua del PIL nominale del 3,8% nel triennio 2023-2025, riduce progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2023 al 6,3% nel 2024, al 6,2% nel 2025.
- La NaDEF 2022 riduce ulteriormente il rapporto spesa sanitaria/PIL nel 2025° al 6,1%.

Seppur con i limiti di analisi effettuate post-hoc su documenti previsionali, i dati confermano ancora una volta che la politica non intende sostenere un consistente rilancio del finanziamento pubblico della sanità. Infatti, se nel periodo 2010-2015 il SSN si è fatto pesantemente carico della crisi, la successiva ripresa economica del Paese non ha avuto un corrispondente positivo impatto sulla spesa sanitaria. E anche la netta inversione di tendenza del finanziamento pubblico nel triennio 2020-2022 è stata imposta da necessità contingenti più che dalla volontà politica di rafforzare strutturalmente il SSN. Infatti, se il netto rilancio del finanziamento pubblico ha formalmente chiuso la stagione dei tagli, nei fatti è stato assorbito in larga misura dalla pandemia COVID-19 e risulta insufficiente a mantenere in ordine i bilanci regionali 2022. E, al soffiare dei primi venti di crisi, prima il DEF 2022 e poi la NaDEF hanno già riportato il rapporto spesa sanitaria/PIL a valori più bassi del periodo pre-pandemico.

Questa strategia politico-finanziaria documenta inequivocabilmente che, al di là delle dichiarazioni di intenti e dell’impegno di singoli, negli ultimi 12 anni nessun Governo ha posto il SSN al centro dell’agenda politica. Infatti, in condizioni di crisi economica la sanità si è trasformata inesorabilmente in un “bancomat” o, comunque, in un settore su cui investire in misura marginale. Per converso, nei periodi di crescita economica i benefici per il SSN non sono mai stati proporzionali, rendendo di fatto impossibile un rilancio consistente e duraturo del finanziamento pubblico. Un concetto ben espresso dal Presidente dell’Ufficio

Parlamentare di Bilancio, in occasione dell'audizione per la Legge di Bilancio 2022⁴⁵: «*Dal punto di vista finanziario, non sembra si intenda dare luogo a un effettivo rafforzamento strutturale del SSN, ma sarebbero piuttosto confermate le precedenti scelte di allocazione delle risorse, che ponevano l'Italia tra i paesi europei con spesa sanitaria meno elevata e in progressiva riduzione*».

3.4. Benchmark internazionali

Le analisi effettuate sul database *OECD.Stat*⁴⁶ – aggiornato il 5 luglio 2022 – dimostrano che se oggi in Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale è sostanzialmente pari alla media OCSE (9,5% vs 9,6%), siamo ormai fanalino di coda tra i paesi dell'Europa settentrionale e occidentale. Infatti, Germania, Francia, Austria, Regno Unito, Svizzera, Svezia, Portogallo, Olanda, Danimarca, Belgio, Spagna, Norvegia, Islanda, Finlandia, Slovenia e Grecia destinano alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra (figura 3.3).

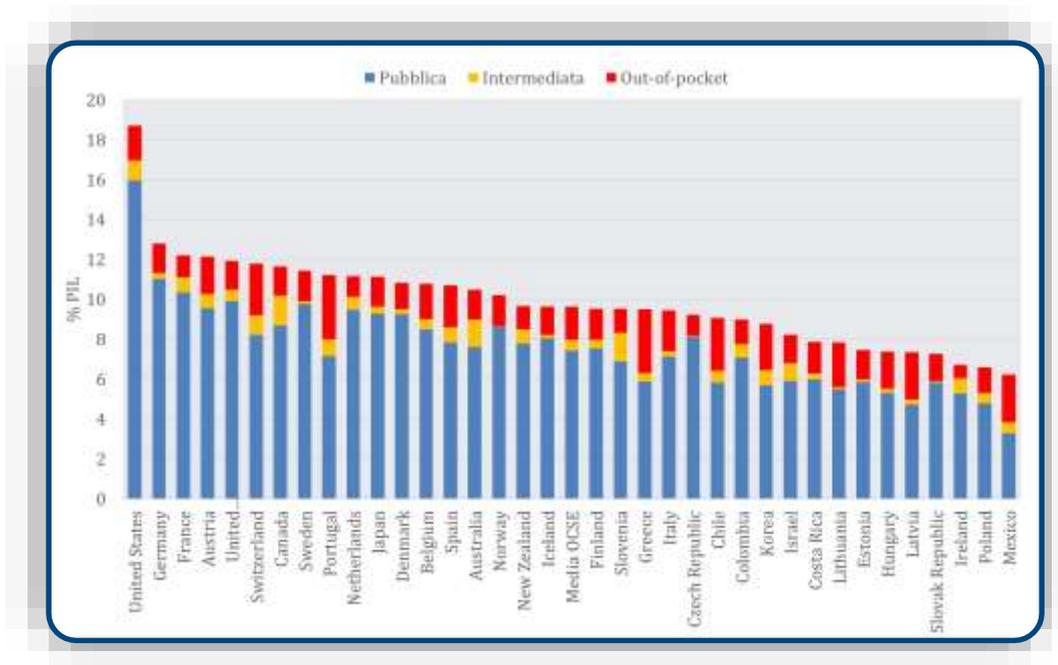


Figura 3.3. Spesa sanitaria nei paesi OCSE in percentuale del PIL (anno 2021 o più recente disponibile)

La posizione del nostro Paese peggiora ulteriormente prendendo in considerazione la spesa sanitaria pro-capite totale che, inferiore alla media OCSE (\$4.038 vs \$ 4.435), colloca l'Italia tra i paesi poveri dell'Europa: spendono meno di noi solo Portogallo, Repubblica Ceca, Spagna, Slovenia, Lituania, Estonia, Polonia, Grecia, Ungheria, Lettonia e Repubblica Slovacca (figura 3.4).

⁴⁵ Audizione del Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del disegno di legge di bilancio per il 2022. Roma, 23 novembre 2021. Disponibile a: www.upbilancio.it/audizione-sul-disegno-di-legge-di-bilancio-per-il-2022. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁴⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD.Stat. Last updated July 2022. Disponibile a: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

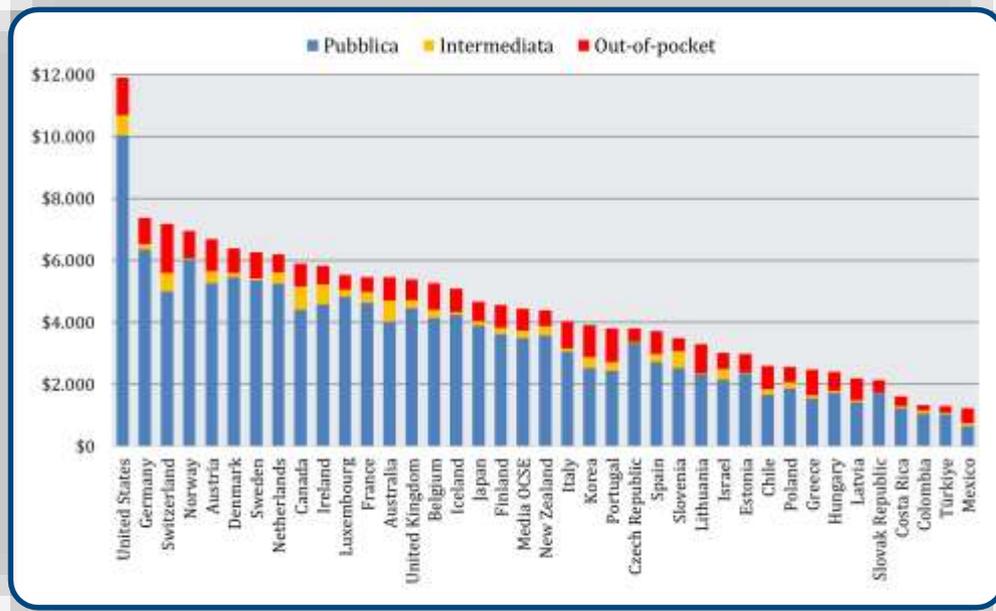


Figura 3.4. Spesa sanitaria pro-capite nei paesi OCSE (anno 2021 o più recente disponibile)

Analizzando solo la spesa sanitaria pubblica pro-capite l'Italia si conferma al di sotto della media OCSE (\$ 3.052 vs \$ 3.488) e in Europa ben 15 Paesi investono di più di con un gap che va dai \$ 285 della Repubblica Ceca ai \$ 3.299 della Germania (figura 3.5).

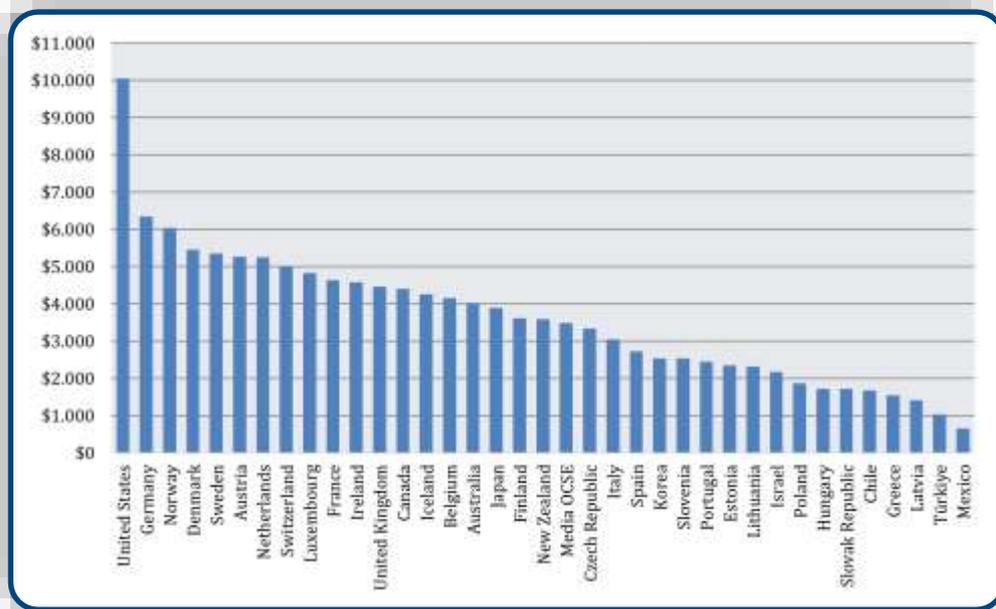


Figura 3.5. Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi OCSE (anno 2021 o più recente disponibile)

Impietoso il confronto con gli altri paesi del G7 sul trend della spesa pubblica 2008-2020, da cui emergono due dati di particolare rilievo (figura 3.6):

- negli altri paesi, ad eccezione del Regno Unito sino al 2012, la crisi economica del 2008 non ha minimamente scalfito la spesa pubblica per la sanità: infatti dopo il 2008 il trend

di crescita è stato mantenuto o ha addirittura subito un'impennata. In Italia, invece, a partire dal 2008 il trend si è sostanzialmente appiattito;

- se nel 2009 le differenze assolute sulla spesa pubblica tra l'Italia e gli altri paesi del G7 erano modeste, con il costante e progressivo definanziamento pubblico sono ormai divenute incolmabili: ad esempio, se nel 2009 la Germania investiva "solo" \$ 1.165 (+50,6%) in più dell'Italia (\$ 3.473 vs \$ 2.306), nel 2020 la differenza è di \$ 3.053,7 (+107,1%), ovvero \$ 5.904,5 vs \$ 2.850,7.

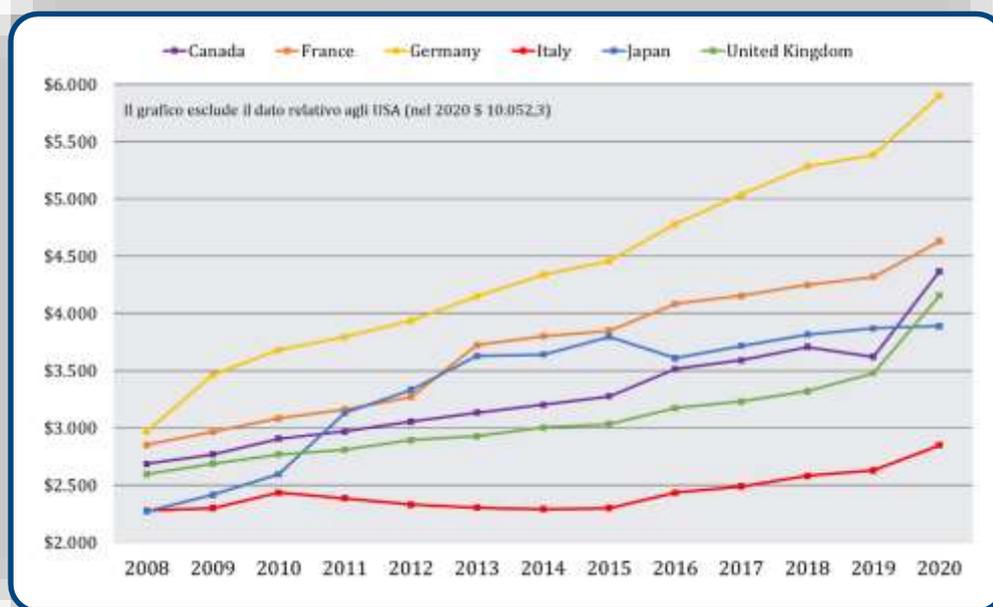


Figura 3.6. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2020 nei paesi del G7

Infine, utile rilevare che per fronteggiare la pandemia tutti i Paesi del G7 hanno aumentato la spesa pubblica pro-capite dal 2019 al 2020: ma in termini assoluti l'incremento dell'Italia è superiore solo a quello, irrisorio, del Giappone (tabella 3.10).

Paese	Aumento in \$	Incremento %
Stati Uniti	1.060,5	11,8%
Canada	748,0	20,7%
Regno Unito	677,5	19,5%
Germania	520,8	9,7%
Francia	314,3	7,3%
Italia	221,5	8,4%
Giappone	17,4	0,4%

Tabella 3.10. Aumento spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi del G7 (2020 vs 2019)

CAPITOLO 4

Livelli Essenziali di Assistenza

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)⁴⁷. I nuovi LEA rappresentano per questo un "sorvegliato speciale" della Fondazione GIMBE sin da quando, in occasione di un'audizione in 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato⁴⁸, si rilevava che i nuovi LEA non erano sostenibili in assenza di una esplicita metodologia per inserire/escludere le prestazioni⁴⁹.

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

4.1. Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

Commissione nazionale aggiornamento LEA. La Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208 - art. 1, comma 556) ha istituito la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN (di seguito denominata Commissione LEA), nominata e presieduta dal Ministro della Salute, con la partecipazione di Regioni, ISS, Agenzia italiana del Farmaco (AIFA), Ministero dell'Economia e Finanza e Agenas. I compiti della Commissione sono stati definiti dall'art. 2 dell'Intesa Stato-Regioni di approvazione dello schema di aggiornamento dei LEA. La Commissione LEA dura in carica tre anni a decorrere dalla data di insediamento, è supportata da una segreteria tecnico-scientifica e prevede, su richiesta del presidente, la partecipazione alle riunioni di esperti esterni⁵⁰.

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

⁴⁷ Cartabellotta A. Livelli Essenziali di Assistenza 15 anni dopo. Evidence 2016;8(2): e1000133.

⁴⁸ Audizione della Fondazione GIMBE su schema DPCM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)" in 12^a Commissione Igiene e Sanità al 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: 7 ottobre 2022.

⁴⁹ 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: 7 ottobre 2022.

⁵⁰ 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: 7 ottobre 2022.

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 prestazioni⁵¹. L'Intesa impegnava la Commissione a formulare entro il 28 febbraio 2017 la proposta di aggiornamento dei LEA per il 2017 e la conseguente adozione del provvedimento di revisione entro il 15 marzo 2017: tuttavia non è stato effettuato alcun aggiornamento.

La nuova Commissione LEA, costituita con il DM 5 maggio 2020, si è insediata il 28 luglio 2020 con l'obiettivo di provvedere all'aggiornamento continuo dei LEA e di mantenere il SSN sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini.

Procedura di aggiornamento dei LEA. La Commissione LEA esamina tutte le richieste di aggiornamento dei LEA, classificate in quattro categorie⁵²:

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

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

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

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

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

Vengono quindi definiti calendario e percorso di valutazione per le richieste ritenute prioritarie. La Commissione LEA, prima di assumere una decisione su attività di modifica dei LEA, può predisporre incontri con i diversi stakeholder. Sulla base delle valutazioni effettuate riguardo l'inclusione, l'esclusione o l'aggiornamento delle prestazioni e dei servizi

⁵¹ 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: 7 ottobre 2022.

⁵² 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: 7 ottobre 2022.

inclusi nei LEA, la Commissione LEA può assumere tre differenti decisioni (box 4.1) il cui esito viene in ogni caso comunicato al proponente.

Box 4.1. Esito delle decisioni della Commissione LEA

Aggiornamento dei LEA

- Attivazione delle procedure previste per LEA iso-risorse e LEA con incremento di oneri (figura 4.1)

Necessità di ulteriore ricerca

- Proposta di inserimento della prestazione/servizio nel Programma di Generazione di Evidenze avviato dall'ISS
- Proposta di inserimento della prestazione/servizio nei Programmi di ricerca finanziati dall'AIFA

Nessuna modifica dei LEA

- Per motivata inefficacia o per carenza di prove di efficacia sulla validità della prestazione
- Per carenza di sostenibilità economica

In caso di proposta di aggiornamento da parte della Commissione LEA, secondo quanto stabilito dall'articolo 1 della L. 208/2015, il Ministero della Salute avvia le procedure relative all'aggiornamento iso-risorse (comma 559) o con maggiori oneri (comma 554) (figura 4.1).

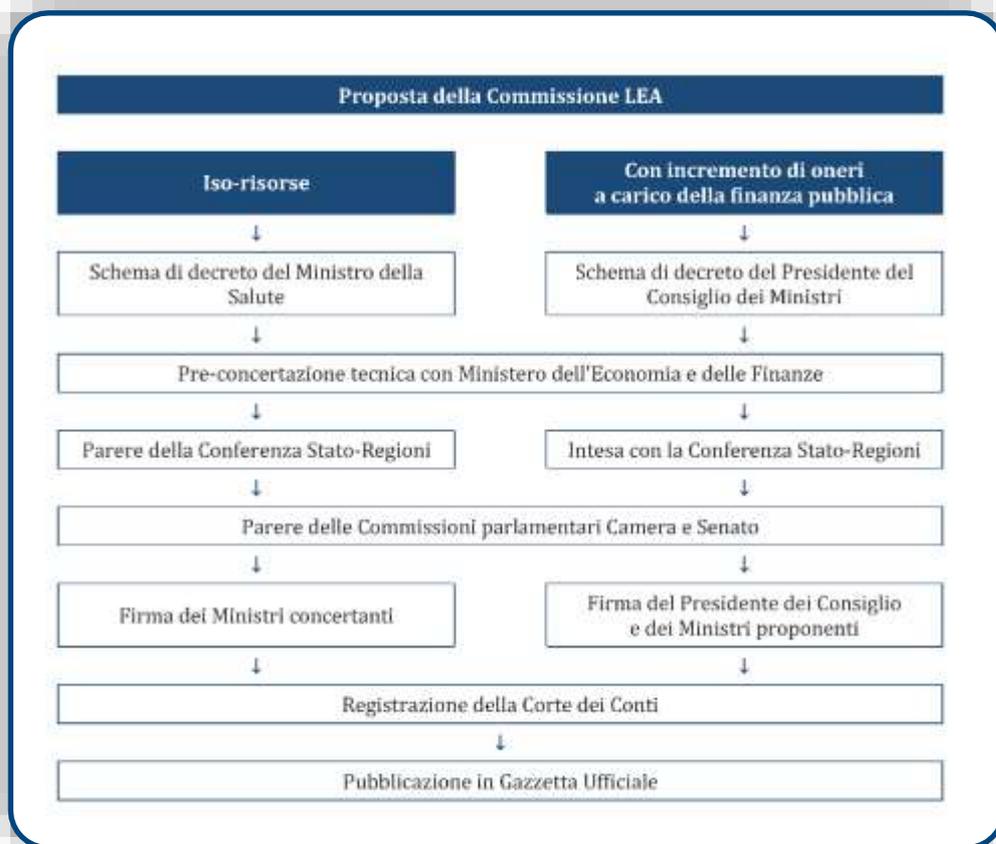


Figura 4.1. Procedure per l'aggiornamento dei LEA

Secondo quanto riportato dalla relazione illustrativa al disegno di Legge di Bilancio 2022-2024⁵³:

- nel triennio 2016-2018 risultano pervenute 9 richieste di aggiornamento (1 nel 2016, 2 nel 2017, 6 nel 2018), 56 nel 2019 e 122 nel 2020;
- le richieste provengono per il 49% da associazioni di pazienti o cittadini, per il 39% da società scientifiche o Enti del SSN e per il 12% da produttori di tecnologie sanitarie;
- 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.

Nel giugno 2022, la Corte dei Conti riporta che delle 112 richieste pervenute nel 2020, 12 sono state approvate dalle sotto-commissioni ed esaminate dalla plenaria. Di queste, 11 sono iso-risorse e una comporta maggiori oneri per la finanza pubblica. In ogni caso, non è stato possibile formalizzare la loro approvazione in attesa dell'emanazione del decreto interministeriale che definisce le tariffe massime⁵⁴.

Rispetto ai requisiti di *accountability*, se la procedura online disponibile sul portale del Ministero della Salute descrive un iter strutturato e trasparente per tutti gli stakeholder sulle modalità di attivazione del percorso di aggiornamento dei LEA, di fatto non risulta alcuna rendicontazione pubblica delle singole richieste di aggiornamento pervenute, né la relativa documentazione, né l'esito finale.

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

Considerato che la sostenibilità del SSN può essere garantita solo finanziando con il denaro pubblico prevalentemente interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*⁵⁵, la

⁵³ 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: 7 ottobre 2022.

⁵⁴ Corte dei Conti. Relazione sul Rendiconto Generale dello Stato 2021. Volume II Tomo II - La gestione del bilancio dello Stato 2021 per Amministrazione. Roma, maggio 2022. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=f59ce912-ce07-4f34-a73e-c3e6698990a0. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁵⁵ Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la tutela della salute. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/carta. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

Fondazione GIMBE ha proposto un framework *evidence- & value-based*⁵⁶ per classificare le prestazioni sanitarie in quattro categorie (figura 4.2):

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



Figura 4.2. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

L'applicazione del framework GIMBE permetterebbe di ottenere una relazione ottimale tra LEA, *value* delle prestazioni e spesa sanitaria (figura 4.3).

⁵⁶ 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: 7 ottobre 2022.

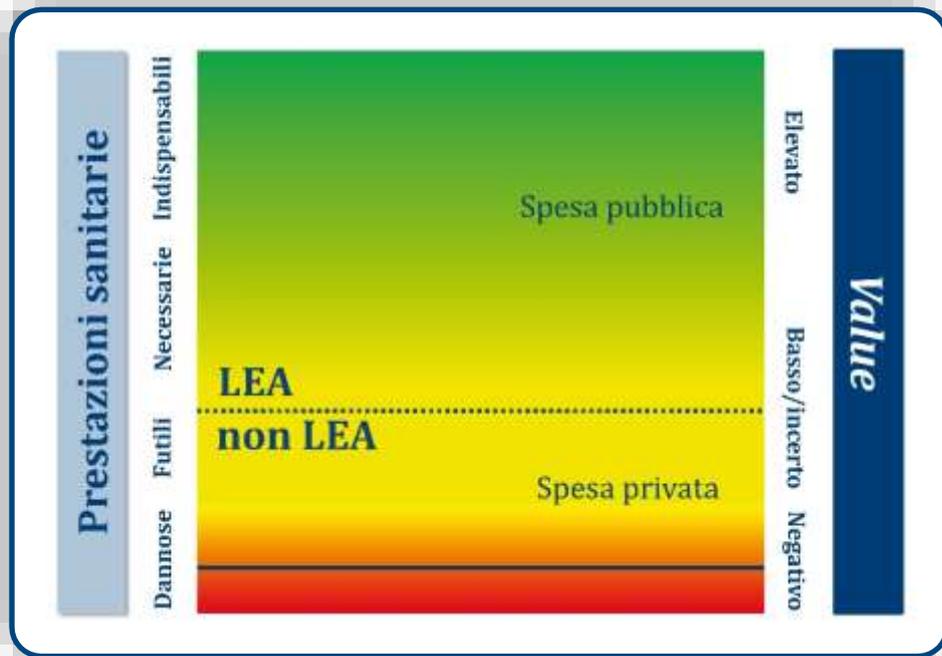


Figura 4.3. Relazione tra LEA, value delle prestazioni e spesa sanitaria

La vera sfida della Commissione LEA non consiste dunque 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 (compartecipazione, spesa out-of-pocket, spesa intermediata) quelle dal *value* basso e avviare ricerca comparativa indipendente per le prestazioni dal *value* incerto.

In conclusione, 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 riporta semplicemente che la Commissione LEA valuta l'eshaustività e la robustezza delle evidenze scientifiche inoltrate dal richiedente, senza fornire ulteriori dettagli.
- Le procedure istituzionali per l'aggiornamento dei LEA, sia iso-risorse, sia in particolare con incremento di oneri per la finanza pubblica, contrastano con l'obiettivo di *"un SSN sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini"* in quanto i tempi richiesti dalle procedure, che si aggiungono a quelli di valutazione tecnica della Commissione LEA, rallentano enormemente l'introduzione di innovazioni nel SSN.
- L'assenza di una rendicontazione pubblica dell'intero processo di valutazione dell'aggiornamento non permette di comprendere quanto attualmente l'aggiornamento dei LEA sia un processo prevalentemente "reattivo" - ovvero indotto dalle richieste degli stakeholder - e quanto "proattivo", dettato cioè da proposte che arrivano dalle Istituzioni.
- In assenza di un "robusto" *delisting* dai LEA di prestazioni obsolete e dal *value* basso o negativo è impossibile liberare risorse da investire in prestazioni innovative da rendere universalmente disponibili.

- La mancata approvazione del cd. “Decreto Tariffe” rende impossibile attuare gli aggiornamenti proposti dalla Commissione LEA.
- L’obiettivo dichiarato di *“continuo aggiornamento dei LEA, con proposta di esclusione di prestazioni, servizi o attività divenuti obsoleti e di inclusione di prestazioni innovative ed efficaci, al fine di mantenere allineati i LEA all’evoluzione delle conoscenze scientifiche”* non è al momento stato raggiunto.

4.2. Esigibilità dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza

Se il DPCM 12 gennaio 2017 rimandava ad ulteriori atti legislativi da concordare con Regioni e Province autonome, la mancata copertura economica ha condizionato, attraverso quattro Governi, la fruibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme sul territorio nazionale. In particolare, se era già prevista un’entrata in vigore dei nuovi LEA progressiva e legata ad una verifica della sostenibilità economica da parte delle Regioni, con il ritardo pluriennale nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari il traguardo politico dei nuovi LEA si è di fatto trasformato in un’illusione collettiva⁵⁷.

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», ovvero 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 un paradosso normativo ratificato dal comma 5 dell’art. 64: infatti, se il DPCM sui nuovi LEA sostituisce integralmente il precedente DPCM 29 novembre 2001, di fatto i nomenclatori tariffari in vigore saranno abrogati solo quando il “Decreto Tariffe” sarà pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

Dopo quasi quattro anni di silenzio istituzionale, il 29 dicembre 2021 il Ministero della Salute ha inviato alle Regioni lo schema del “Decreto Tariffe” in attuazione del DPCM sui nuovi LEA del 2017⁵⁸, ma la bozza è stata respinta in Conferenza Stato-Regioni, anche se non è reperibile alcun documento ufficiale recante le relative motivazioni.

Il 19 settembre 2022 una nuova bozza è stata inviata alla Conferenza Stato-Regioni unitamente ai relativi allegati: relazione illustrativa e metodologica, relazione tecnica, schema delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, schema delle

⁵⁷ 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: 7 ottobre 2022.

⁵⁸ 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: 7 ottobre 2022.

tariffe di assistenza protesica⁵⁹. Nel report della Conferenza Stato-Regioni del 28 settembre 2022⁶⁰, il punto 6 “Intesa [...] sullo schema di decreto concernente la definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica” viene riportato come “espunto”⁶¹, ovvero ritirato dall’ordine del giorno per un’ulteriore ridefinizione del testo.

A quasi 6 anni dalla pubblicazione del DPCM sui nuovi LEA, dunque, gran parte delle nuove prestazioni ambulatoriali e protesiche non sono ancora esigibili sull’intero territorio nazionale. Tali prestazioni possono solo essere erogate dalle Regioni non in Piano di rientro in regime extra-LEA, 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.

L’odissea istituzionale del “Decreto Tariffe” è frutto di una programmazione sanitaria sganciata dalla situazione finanziaria del Paese: da un lato la politica ha puntato ad ampliare i consensi offrendo sulla carta il “paniere LEA” più ricco d’Europa, dall’altro ha ridotto il finanziamento pubblico facendo retrocedere l’Italia a primo tra i paesi poveri. Di conseguenza, oggi più che mai, serve il coraggio politico di avviare una rimodulazione del perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia: la Commissione Nazionale LEA deve avviare un consistente *delisting* di prestazioni dal *value* basso o negativo, rivalutando tutte quelle inserite nei LEA tramite un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul *value*.

Se la legislazione concorrente affida allo Stato il compito di assegnare le risorse e definire i LEA e alle Regioni quello di erogarli previa pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari, l’evidente incongruenza tra entità delle risorse assegnate e LEA da garantire cova come un tizzone sotto la cenere sempre pronto a riaccendersi, trasformando la leale collaborazione Governo-Regioni in conflitto istituzionale e rendendo evanescente il ruolo della Repubblica nel tutelare la salute delle persone. Infatti, il conflitto Stato-Regioni scarica a cascata le responsabilità su aziende e professionisti sanitari, generando inevitabili ripercussioni su cittadini, pazienti e famiglie, in particolare nelle fasce socio-economiche più deboli e nelle Regioni del Centro-Sud.

Finanziamento dei “nuovi LEA”. In attesa della pubblicazione del “Decreto Tariffe”, la precedente Commissione LEA aveva proposto, al termine del triennio 2016-2019, una richiesta di aggiornamento iso-risorse. In effetti l’unico stanziamento di bilancio finalizzato all’aggiornamento dei LEA, pari a € 800 milioni da ripartire alle Regioni dopo l’adozione del DPCM LEA, è stato previsto dall’art. 1 comma 555 della stessa legge, per l’anno 2016, a valere sulla quota indistinta del FSN standard. La Relazione Tecnica del Ministero della Salute sulla valutazione di impatto dello schema di DPCM sulla revisione dei LEA ha stimato un impatto economico di € 771,8 milioni⁶². Successivamente, la Legge di Bilancio 2022 (art. 1, comma

⁵⁹ 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: 7 ottobre 2022.

⁶⁰ Conferenza Stato-Regioni. Report seduta del 28 settembre 2022. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/5245/report-csr-28set2022-signed.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022

⁶¹ Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Roma, 28 settembre 2022. Disponibile a: www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2022/seduta-del-28092022/report/. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁶² 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: 7 ottobre 2022.

288, della legge n. 234 del 2021) ha stanziato, a decorrere dal 2022, € 200 milioni per l'aggiornamento dei LEA, a valere sulla quota indistinta del FSN standard.

4.3. Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza

Adempimento del “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso la “griglia 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 Sicilia, 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 LEA, 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 territorio⁶³.

Gli adempimenti da rispettare includono il “Mantenimento nell'erogazione dei LEA”, valutato tramite la griglia LEA 2019 che si compone di 33 indicatori ripartiti tra attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Ogni anno il Ministero della Salute pubblica un report che raccoglie i risultati della valutazione dell'adempimento “Mantenimento nell'erogazione dei LEA”, e dal 2017 rende noti i punteggi di tutte le Regioni, incluse quelle non sottoposte a formale verifica degli adempimenti.

L'Osservatorio GIMBE già nel 2019 aveva rilevato un ritardo medio di 21 mesi nella pubblicazione dei report 2013-2017⁶⁴ rispetto all'anno di riferimento, che si è confermato anche per gli anni 2018-2019 (tabella 4.1). Tale ritardo è inaccettabile, sia perché rappresenta un ostacolo rilevante per la programmazione sanitaria regionale e per l'allineamento dei sistemi premianti a livello di aziende sanitarie, unità organizzative e professionisti sanitari, sia perché favorisce strumentalizzazioni politiche in occasione dell'avvicinarsi delle amministrazioni regionali.

⁶³ 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: 7 ottobre 2022.

⁶⁴ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

Anno di rilevazione	Data report	Data di pubblicazione	Mesi di ritardo*
2013	Luglio 2015	12 novembre 2015 ⁶⁵	22
2014	Giugno 2016	13 marzo 2017 ⁶⁶	26
2015	Luglio 2017	12 ottobre 2017 ⁶⁷	21
2016	Luglio 2018	29 settembre 2018 ⁶⁸	21
2017	Febbraio 2019	3 aprile 2019 ⁶⁹	15
2018	Luglio 2020	5 novembre 2020 ⁷⁰	22
2019	Maggio 2021	6 settembre 2021 ⁷¹	19

*Calcolati dal mese di dicembre dell'anno di rilevazione alla data di pubblicazione

Tabella 4.1. Ritardi nella pubblicazione del report sull'adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia LEA

Inoltre, la capacità della griglia LEA di "catturare" gli inadempimenti si è progressivamente ridotta nel corso degli anni, sia per le modalità di rilevazione (autocertificazione da parte delle Regioni), sia per la sostanziale stabilità degli indicatori nell'ultimo decennio. Infine, tale progressivo "appiattimento" dello strumento di monitoraggio degli adempimenti LEA ha generato un inaccettabile paradosso. Se nell'ultima rilevazione relativa al 2019⁷² (tabella 4.2) solo due Regioni (Molise e Calabria) risultano inadempienti, report indipendenti^{73,74,75,76} dimostrano un generale peggioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

⁶⁵ Ministero della Salute. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2013. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, luglio 2015. Disponibile a www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2397_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁶⁶ Ministero della Salute. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2014. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA 2014. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, giugno 2016. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2581_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁶⁷ 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: 7 ottobre 2022.

⁶⁸ 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: 7 ottobre 2022.

⁶⁹ 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: 7 ottobre 2022.

⁷⁰ 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: 7 ottobre 2022.

⁷¹ 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: 7 ottobre 2022.

⁷² 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: 7 ottobre 2022.

⁷³ Cittadinanzattiva. XXIII Rapporto PIT Salute. Roma, novembre 2020. Disponibile a: www.cittadinanzattiva.it/rapporti-osservatori-e-indagini/20-rapporto-pit-salute-2020-xxiii/download.html. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

Regione	Punteggio	Status*
Veneto	222	Adempiente
Toscana	222	Adempiente
Emilia-Romagna	221	Adempiente
Lombardia	215	Adempiente
Marche	212	Adempiente
Umbria	211	Adempiente
Liguria	206	Adempiente
Friuli-Venezia Giulia	205	Non sottoposta a verifica
Abruzzo	204	Adempiente
Lazio	203	Adempiente
Puglia	193	Adempiente
Piemonte	188	Adempiente
Prov. Aut. di Trento	187	Non sottoposta a verifica
Sicilia	173	Adempiente
Basilicata	172	Adempiente
Campania	168	Adempiente
Valle d'Aosta	160	Non sottoposta a verifica
Prov. Aut. di Bolzano	157	Non sottoposta a verifica
Molise	150	Inadempiente
Calabria	125	Inadempiente
Sardegna	111	Non sottoposta a verifica
*Adempiente: punteggio LEA ≥ 160 , o tra 140-160 e nessun indicatore critico (punteggio < 3)		
*Inadempiente: punteggio < 140 o tra 140-160 con almeno un indicatore critico (punteggio < 3)		

Tabella 4.2. Punteggi regionali griglia LEA, anno 2019

⁷⁴ Cittadinanzattiva. Osservatorio civico sul federalismo in sanità. Rapporto 2019. Disponibile a: www.cittadinanzattiva.it/rapporti-osservatori-e-indagini/34-osservatorio-civico-sul-federalismo-in-sanita-2019/download.html. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁷⁵ Gap Analysis per l'Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (a cura di: Aceti T, Del Bufalo P, Nardi S, Ruggieri MP). 8° Report Salutequità, giugno 2022. Disponibile a: <https://salutequita.it/rapporto-8-salutequita-gap-analysis-per-lequita-nel-nuovo-sistema-di-garanzia-dei-lea>. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁷⁶ Gap Analysis per l'Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (a cura di: Aceti T, Del Bufalo P, Nardi S, Ruggieri MP). 8° Report Salutequità, giugno 2022. Disponibile a: <https://salutequita.it/rapporto-8-salutequita-gap-analysis-per-lequita-nel-nuovo-sistema-di-garanzia-dei-lea>. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

A partire 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.

Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Il NSG è lo strumento che consente, grazie ai dati oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza le prestazioni erogate che rientrano nei LEA erogate da tutte le Regioni. Il NSG introdotto dal DM 12 marzo 2019, è operativo dal 1° gennaio 2020⁷⁷.

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)

La circolare del 27 ottobre 2020 contiene le schede tecniche degli indicatori NSG⁷⁸ e la metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA⁷⁹.

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 sul sottoinsieme di 22 indicatori, definiti CORE (box 4.2) che sostituisce la griglia LEA a partire dall'anno di valutazione 2020. I restanti 66 indicatori, che includono i 10 sui PDTA, vengono definiti "NO CORE" e non vengono utilizzati per assegnare i punteggi LEA alle Regioni. L'elenco degli indicatori NO CORE e i risultati della sperimentazione 2016-2019 sono disponibili sul sito del Ministero della Salute⁸⁰.

⁷⁷ 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: 7 ottobre 2022.

⁷⁸ Ministero della Salute. Schede tecniche degli indicatori NSG. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁷⁹ Ministero della Salute. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali Metodologia per il calcolo degli indicatori. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_3_file.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁸⁰ Ministero della Salute. Elenco degli indicatori NO CORE. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_1_file.pdf. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

Box 4.2. Indicatori CORE del NSG

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

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

Area distrettuale

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

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

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

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 e viene espresso con un punteggio compreso tra 0 e 100. Per considerare una Regione adempiente, il punteggio in ciascuna delle tre aree dovrà collocarsi tra 60 e 100; mentre con un punteggio inferiore a 60 anche in una sola area la Regione sarà classificata come inadempiente. Ovvero, 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 la soglia minima di adempimento. Secondo i risultati della sperimentazione 2019 risultano inadempienti 6 Regioni, con maggiori criticità nelle aree dell'assistenza distrettuale e della prevenzione (tabella 4.3).

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Piemonte	91,72	88,83	85,78	Adempiente
Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,59	Non adempiente
Lombardia	91,95	89,98	86,01	Adempiente
Prov. Aut. Bolzano	53,78	50,89	72,79	Non adempiente
Prov. Aut. Trento	78,63	75,06	96,98	Adempiente
Veneto	94,13	97,64	86,66	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	80,39	78,35	80,62	Adempiente
Liguria	82,09	85,48	75,99	Adempiente
Emilia Romagna	94,41	94,51	94,66	Adempiente
Toscana	90,67	88,50	91,39	Adempiente
Umbria	95,65	69,29	87,97	Adempiente
Marche	89,45	85,58	82,79	Adempiente
Lazio	86,23	73,51	72,44	Adempiente
Abruzzo	82,39	79,04	73,84	Adempiente
Molise	76,25	67,91	48,73	Non adempiente
Campania	78,88	63,04	60,40	Adempiente
Puglia	81,59	76,53	72,22	Adempiente
Basilicata	76,93	50,23	77,52	Non adempiente
Calabria	59,90	55,50	47,43	Non adempiente
Sicilia	58,18	75,20	70,47	Non adempiente
Sardegna	78,30	61,70	66,21	Adempiente
<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> ≥ 60 < 60 </div>				

Tabella 4.3. Risultati della sperimentazione 2019 del NSG per il monitoraggio dei LEA

In conclusione 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 (eccetto un solo indicatore per l'assistenza distrettuale) determinerà 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. effetti della pandemia), alle innovazioni tecnologiche e all'evoluzione delle politiche sanitarie (es. attuazione del PNRR).
- La soglia di adempimento (≥ 60) appare francamente molto bassa, legittimando sia un livello inaccettabile di mancata erogazione delle prestazioni, sia un "appiattimento" delle performance regionali a dispetto di marcate eterogeneità nell'erogazione dei LEA.
- Alla data di pubblicazione del presente Rapporto non è disponibile alcuna relazione sull'adempimento al mantenimento dei LEA 2020, nonostante il DM 12 marzo 2019 disponga che deve essere pubblicata sul sito del Ministero della Salute entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento della valutazione (ovvero per l'anno 2020 entro il 31 dicembre 2021).
- Pur riconoscendo gli aspetti positivi nell'evoluzione dello strumento per valutare l'adempimento delle Regioni al "mantenimento dell'erogazione dei LEA", i numerosi limiti segnalati rendono il NSG limitato agli indicatori CORE più uno strumento di *political agreement* tra Governo e Regioni, che un fedele specchio in grado di valutare in maniera tempestiva, sistematica e multidimensionale la qualità dell'assistenza erogata e garantire ai cittadini il diritto alla tutela della salute.

CAPITOLO 5

Governance Stato-Regioni: il regionalismo differenziato

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. Stabilita l'intesa, il Governo formulerà il DDL che dovrà essere quindi approvato dalle Camere con maggioranza assoluta. Gli ambiti su cui sono attivabili le ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia riguardano alcune materie riconducibili alla competenza legislativa esclusiva dello Stato (organizzazione della giustizia di pace, norme generali sull'istruzione, tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali) e tutte le materie che l'articolo 117 attribuisce alla competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni, tra cui la tutela della salute⁸¹.

Box 5.1. Cronistoria del regionalismo differenziato

- **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 bicamerale per le questioni regionali avvia un'indagine conoscitiva⁸² che si conclude con l'elaborazione di un documento⁸³.
- **28 febbraio 2018.** Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto sottoscrivono 3 differenti accordi preliminari sul regionalismo differenziato con il Governo Gentiloni⁸⁴. Le tre Regioni indicano le stesse materie di prioritario interesse oggetto del negoziato (tutela dell'ambiente e dell'ecosistema; tutela della salute; istruzione; tutela del lavoro; rapporti internazionali e con l'Unione Europea), riservandosi la possibilità di estendere successivamente il negoziato ad altre materie.
- **17 maggio 2018.** Il Contratto per il Governo del Cambiamento, sottoscritto da Lega e Movimento 5 Stelle, ribadisce come «*questione prioritaria [...] l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116 della Costituzione, portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte*».
- **Febbraio 2019.** All'inizio della XVIII Legislatura (Governo Conte I) le Regioni firmatarie

⁸¹ Camera dei Deputato. 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: 7 ottobre 2022.

⁸² 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: 7 ottobre 2022.

⁸³ 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_organo_parlamentare=2290&sezione=commissioni&tipoDoc=elencoResoconti&idLegislatura=17&tipoElenco=indaginiConoscitiveCronologico&calendario=false&breve=c23_Regioni&scheda=true. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁸⁴ 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: 7 ottobre 2022.

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 differenziato⁸⁵.
- **25 giugno 2021.** Il Ministro per gli affari regionali e le autonomie istituisce con il DM 25 giugno 2021 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 tappe⁸⁶.
- **Settembre 2022.** Il programma della coalizione di centro-destra, uscita vincente dalle ultime consultazioni elettorali, prevede di *“attuare il percorso già avviato per il riconoscimento delle Autonomie ai sensi dell’art. 116, comma 3 della Costituzione, garantendo tutti i meccanismi di perequazione previsti dall’art. 119 della Costituzione”*, oltre che la *“Piena attuazione della legge sul federalismo fiscale [...]”*.

Dalla ricostruzione delle tappe cronologiche effettuata dall'indagine conoscitiva emerge innanzitutto che il processo di attuazione del regionalismo differenziato ha già attraversato, con alti e bassi (condizionati anche dalla pandemia), due legislature e quattro Governi. La Commissione parlamentare per le questioni regionali offre alla riflessione in corso numerosi elementi di approfondimento raccolti ed auspica la conclusione del processo di attuazione del regionalismo differenziato tenendo conto di alcuni elementi fondamentali:

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

⁸⁵ Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale. Parlamento Italiano, Roma. Elenco delle audizioni. Disponibile a: https://parlamento18.camera.it/193?shadow_organico_parlamentare=3035&id_commissione=62. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁸⁶ 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: 7 ottobre 2022.

5.1. Le maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto

Le richieste effettuate da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto per l'ambito "tutela della salute" sono riportate nei box successivi⁸⁷.

Vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale

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

Accesso alle scuole di specializzazione

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

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.

⁸⁷ 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: 7 ottobre 2022.

Stipulare accordi con le Università

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

Sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione

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

Sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN

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

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

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

Interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN

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

Fondi sanitari integrativi

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

Gestione del personale

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

Distribuzione ed erogazione dei farmaci

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

Analizzando le richieste di autonomia avanzate dalle tre Regioni emergono le seguenti considerazioni generali:

- Alcune richieste di maggiore autonomia oggi rappresentano uno strumento per fronteggiare la grave carenza di personale sanitario da estendere a tutte le Regioni, come proposto dal Piano di Rilancio del SSN (§ 6). In particolare, l'abolizione dei tetti di spesa per il personale sanitario e l'istituzione di contratti di formazione-lavoro per gli specializzandi – strettamente legati agli accordi con le Università – al fine di anticipare il loro ingresso nel mondo del lavoro, se realmente intesi come contratti sostitutivi delle attuali borse di studio.
- Altre forme di autonomia rischiano, oltre che di amplificare le diseguaglianze regionali, di sovvertire totalmente gli strumenti di governance nazionale in un momento storico in cui la riorganizzazione dei servizi sanitari legata alle risorse del PNRR impone proprio di ridurre proprio le diseguaglianze regionali: dal sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione al sistema di governance delle aziende e degli enti del SSR all'autonomia nella determinazione del numero di borse di studio per la scuola di specializzazione e al corso di formazione specifica in medicina generale.
- Ci sono anche richieste francamente "eversive" rispetto al SSN⁸⁸. Una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via a sistema assicurativo-mutualistici regionali totalmente sganciato dalla, seppur frammentata, normativa nazionale. La richiesta del Veneto di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del SSN, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professionale, rischiano di concretizzare una concorrenza tra Regioni con trasferimento di personale dal Sud al Nord. Ponendo, peraltro, una pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sugli stessi sindacati⁸⁹.

⁸⁸ Geddes Da Filicaia M. L'autonomia differenziata in sanità Disponibile a: www.saluteinternazionale.info/2022/07/lautonomia-differenziata-in-sanita. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁸⁹ 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: 7 ottobre 2022.

- La richiesta all'AIFA di valutazioni sull'equivalenza terapeutica e le autonomie su distribuzione ed erogazione dei farmaci sembrano ragionevoli, 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" e non pone alcun vincolo.

In uno scenario di maggiori autonomie regionali la sanità rappresenta una cartina al tornasole, considerato che il diritto costituzionale alla tutela della salute - affidato alla leale collaborazione tra Stato e Regioni - è condizionato da 21 sistemi sanitari che generano diseguaglianze sia nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie, sia negli esiti di salute. Di conseguenza, l'attuazione tout court delle maggiori autonomie richieste è inevitabilmente destinata ad amplificare le diseguaglianze di un SSN, oggi universalistico ed equo solo sulla carta: in altre parole, senza un contestuale potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, il regionalismo differenziato rischia di legittimare normativamente il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute.

5.2. La survey GIMBE

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

Agli stakeholder si chiedeva di stimare l'impatto di ciascuna autonomia in sanità sulle diseguaglianze regionali, assegnando uno score da 1 (minimo) a 4 (massimo), con possibilità di "astenersi" e di aggiungere commenti. Hanno completato la consultazione 3.920 persone, un campione rappresentativo della popolazione italiana con un margine di errore inferiore all'1,6%. Sono stati inviati 5.610 commenti, pari a 1,43 per partecipante. Per ciascuna delle autonomie vengono riportati i risultati in termini di score medio (\pm deviazione standard), percentuale di "Non so" e numero di commenti.

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

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

Dai dati della survey GIMBE, ad oggi l'unica condotta sul tema, e dall'analisi dei commenti sono emerse alcune ragionevoli certezze:

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

Questi risultati suggeriscono che, relativamente alla sanità, il regionalismo differenziato deve essere "maneggiato con cura" con l'irrinunciabile obiettivo di rispettare gli equilibri previsti dalla Costituzione e garantire i diritti civili a tutti i cittadini sull'intero territorio nazionale. Considerato che il programma della coalizione di centro-destra, uscita vincente dalle ultime consultazioni elettorali, prevede di *"attuare il percorso già avviato per il riconoscimento delle Autonomie ai sensi dell'art. 116, comma 3 della Costituzione, garantendo tutti i meccanismi di perequazione previsti dall'art. 119 della Costituzione"*, la Fondazione GIMBE invita il nuovo Esecutivo a mettere da parte posizioni sbrigative e, soprattutto ad evitare di utilizzare il regionalismo differenziato come "merce di scambio" per conciliare gli obiettivi di un partito fortemente nazionalista con quelli di una forza politica che da tempo spinge sulle autonomie regionali e sul federalismo fiscale.

L'eventuale attuazione del regionalismo differenziato in sanità deve essere gestita con grande equilibrio perché i principi ispiratori del federalismo, volti alla piena applicazione del principio di sussidiarietà e a migliorare l'efficienza amministrativa, devono salvaguardare la capacità di redistribuzione del reddito per consentire a tutte le persone l'esercizio dei diritti fondamentali, in particolare il diritto alla tutela della salute.

CAPITOLO 6

Il piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

Il rilancio del SSN è subordinato alla presa di coscienza politica, professionale e più in generale di tutti i cittadini, “azionisti di maggioranza” del SSN, di alcuni presupposti:

- La perdita, lenta e progressiva, di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, oltre a compromettere la salute delle persone, diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione, rischia di portare ad una catastrofe sociale ed economica senza precedenti.
- L'Italia, seppur seduta al tavolo del G7, dispone di un finanziamento pubblico per la sanità allineato a quello dei paesi dell'Europa orientale. Pertanto, mentre la comunità scientifica e il mondo professionale seguono i progressi della scienza e l'industria investe in questa direzione, con il progressivo definanziamento la politica allontana sempre più il SSN dalle grandi innovazioni farmacologiche e tecnologiche, conducendolo verso la lista essenziale dei farmaci e diagnostici dell'OMS.
- Al di là di slogan e facili proclami, rilanciare la sanità pubblica richiede volontà politica, investimenti rilevanti, un programma di azioni a medio-lungo termine e innovazioni di rottura. In altre parole, la sola manutenzione ordinaria porterebbe al silenzioso sgretolamento della più grande opera sociale mai costruita in Italia: sarebbe solo una cura palliativa per mantenere in vita il SSN “malato cronico”, destinato a sperimentare sempre più “riesacerbazioni acute”, come quella gravissima che in questo momento interessa il personale sanitario.
- Serve la convergenza di tutte le forze politiche perché il rilancio del SSN non può essere condizionato da ideologie partitiche, dalla scadenza dei mandati elettorali o da un anacronistico Patto per la Salute triennale, di fatto l'unico strumento di programmazione economica e sanitaria con cui Governo e Regioni definiscono la “manutenzione ordinaria” del SSN. In tal senso, già nel 2016 il 1° Rapporto GIMBE⁹⁰ aveva definito come adeguato un orizzonte temporale decennale (2016-2025): a sei anni di distanza le “condizioni di salute” del SSN sono peggiorate e la sanità, dopo la fiammata di entusiasmo alimentata dalla pandemia, rimane ai margini dell'agenda politica. Al tempo stesso tutti gli stakeholder devono essere pronti a rinunciare ad una parte dei privilegi acquisiti per tutelare il bene comune.
- Per aumentare il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità (*value for money*) è indispensabile agire in maniera integrata sulle quattro “patologie” del SSN, rilanciando il finanziamento pubblico, restringendo contestualmente il perimetro dei LEA in maniera *evidence-* e *value-based*, riducendo sprechi e inefficienze e attuando una riforma della sanità integrativa. Tali azioni richiedono riforme di rottura nell'attuale sistema di finanziamento, pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari di seguito riportate, che si auspica informino le decisioni del nuovo Esecutivo.

⁹⁰ Fondazione GIMBE. Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

Sin dalla pubblicazione del 2° Rapporto sul SSN⁹¹, la Fondazione GIMBE ha ribadito che da un lato non esiste un piano occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, sia che manca un esplicito programma politico per il suo salvataggio. Sulla base dei dati del 2° Rapporto integrati con commenti e suggerimenti raccolti grazie alla consultazione pubblica, nel 2018 la Fondazione GIMBE ha elaborato il “Piano di salvataggio del SSN”⁹², la cui versione 2.0 è stata presentata il 4 marzo 2019, in occasione della 14^a Conferenza Nazionale⁹³. Il Piano di salvataggio, riferimento costante per l'Osservatorio GIMBE, è stato utilizzato come benchmark per il monitoraggio dei programmi elettorali dei partiti in occasione delle elezioni politiche del 2018⁹⁴ e del 2022⁹⁵, oltre che per l'analisi del “Contratto per il Governo del Cambiamento”⁹⁶.

Seguendo l'evoluzione degli eventi degli ultimi anni, la Fondazione GIMBE ha elaborato il Piano di Rilancio del SSN articolato in 14 punti:

- **LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE.** Mettere la salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali (*health in all*).
- **APPROCCIO ONE HEALTH.** Attuare un approccio integrato alla gestione della salute, perché la salute dell'uomo, degli animali, delle piante e dell'ambiente, ecosistemi inclusi, sono strettamente interdipendenti.
- **GOVERNANCE STATO-REGIONI.** Rafforzare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto delle loro autonomie, per ridurre disuguaglianze, iniquità e sprechi.
- **FINANZIAMENTO PUBBLICO.** Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera consistente e stabile, al fine di allinearla alla media dei paesi europei.
- **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** Garantire l'uniforme esigibilità dei LEA in tutto il territorio nazionale, il loro aggiornamento continuo e rigoroso monitoraggio, al fine di ridurre le disuguaglianze e rendere rapidamente accessibili le innovazioni.
- **PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI.** Programmare l'offerta di servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti integrate che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane, al fine di superare la dicotomia ospedale-territorio e quella tra assistenza sanitaria e sociale.
- **PERSONALE SANITARIO.** Rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti

⁹¹ 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁹² Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2018;10(8): e1000186. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000186. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁹³ Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/piano-di-salvataggio. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁹⁴ Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali su sanità e ricerca biomedica. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁹⁵ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2022. Elezioni Politiche 2022. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali: sanità e ricerca biomedica. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2022. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

⁹⁶ 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: 7 ottobre 2022.

e altri professionisti sanitari, riformare i processi di formazione e valutazione delle competenze, al fine di valorizzare e motivare la colonna portante del SSN.

- **SPRECHI E INEFFICIENZE.** Ridurre gli sprechi e le inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale, al fine di reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e vere innovazioni, aumentando il *value* della spesa sanitaria.
- **RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** Disciplinare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e regolamentare la libera professione per evitare diseguaglianze e iniquità di accesso.
- **SANITÀ INTEGRATIVA.** Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa al fine di arginare fenomeni di privatizzazione, aumento delle diseguaglianze, derive consumistiche ed erosione di risorse pubbliche.
- **TICKET E DETRAZIONI FISCALI.** Rimodulare ticket e detrazioni fiscali per le spese sanitarie, secondo principi di equità sociale e prove di efficacia di farmaci e prestazioni, al fine di evitare sprechi di denaro pubblico e ridurre il consumismo sanitario.
- **TRANSIZIONE DIGITALE.** Diffondere la cultura digitale e promuovere le competenze tecniche tra professionisti sanitari e cittadini, al fine di massimizzare le potenzialità delle tecnologie digitali e di migliorare accessibilità ed efficienza in sanità e minimizzare le diseguaglianze.
- **INFORMAZIONE AI CITTADINI.** Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle migliori evidenze scientifiche, al fine di promuovere sani stili di vita, ridurre il consumismo sanitario, aumentare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione, contrastare le fake news e favorire decisioni informate sulla salute.
- **RICERCA SANITARIA.** Destinare alla ricerca clinica indipendente e alla ricerca sui servizi sanitari un importo pari ad almeno il 2% del fabbisogno sanitario nazionale standard, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.



[#salviamoSSN](https://twitter.com/salviamoSSN)

www.rapportogimbe.it

Fondazione GIMBE

Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org