

Le dieci leve per l'equità

LEVE	DATI E ANALISI DI BACKGROUND	AZIONI DA COMPIERE PER L'EQUITÀ'
Risorse Ssn: maggiore equità nel riparto tra Regioni	<p>Nel 2021 il finanziamento pro-capite medio è stato di 2.072,8€. Agli estremi l'Emilia-Romagna con 2.227,6€ e la Calabria con 1.925,7€. Il decreto 30 dicembre 2022 "Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard" introduce nuovi criteri di riparto: 98,5 % in base alla popolazione residente e alla frequenza dei consumi sanitari per età, lo 0,75% in base al tasso di mortalità della popolazione e lo 0,75% in base all'incidenza della povertà relativa individuale; livello di bassa scolarizzazione; tasso di disoccupazione della popolazione. Gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2023, per i quali sono destinati circa 1,5 MLD, sono stati definiti e approvati solo a novembre 2023.</p>	<p>Incrementare la percentuale di risorse da distribuire in base all'incidenza della povertà relativa individuale; livello di bassa scolarizzazione; tasso di disoccupazione della popolazione, aumentando la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva da parte del livello centrale degli adempimenti LEA nelle Regioni e quelle per gli obiettivi di piano sanitario nazionale.</p>
Programmazione sanitaria integrata con il sociale, in accordo con le Regioni	<p>L'adozione del Piano Sanitario Nazionale è prevista dalla Legge 833/1978, dal D.lgs 502/1992 e dal D. lgs 229/99 e dovrebbe essere aggiornato di norma ogni tre anni, ma l'ultimo PSN risale al periodo 2006-2008. Nonostante da circa quindici anni non lo si aggiorni, le Regioni continuano a adottare propri Piani Regionali socio-sanitari e si continua ogni anno a destinare ingenti risorse agli "Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale". Il PSN è stato sostituito nei fatti dal Patto per la Salute: l'ultimo è approvato prima della pandemia e relativo al periodo 2019-2021</p>	<p>Aggiornare il Piano sanitario nazionale e riformare metodologia di definizione e verifica degli obiettivi di PSN e di erogazione dei relativi fondi, vincolati e che valgono circa 1,5 miliardi l'anno. Aggiornare il Patto della Salute e istituire presso la Presidenza del Consiglio un Dipartimento per l'integrazione sociosanitaria degli interventi a favore della persona.</p>
Rafforzamento "controllo di gestione" politiche sanitarie omogenee	<p>Stato e Regioni nel corso degli anni hanno approvato molteplici provvedimenti di programmazione sanitario in specifici ambiti. In diverse occasioni dopo l'approvazione a livello nazionale si sono riscontrati ritardi nell'implementazione regionale e locale. Un esempio paradigmatico è rappresentato dal Piano nazionale della Cronicità approvato nel 2016 con Accordo Stato-Regioni: la Regione Sardegna lo ha recepito formalmente dopo cinque anni.</p>	<p>Rendere più incisivo il monitoraggio centrale dell'attuazione da parte di Regioni e Asl degli atti di programmazione e pianificazione approvati a livello nazionale, revisionare il sistema degli adempimenti Lea e garantire il coinvolgimento degli stakeholders nella definizione e monitoraggio delle politiche sanitarie.</p>
Più alto livello di garanzia ed equità di accesso ai Lea	<p>Sette Regioni sono inadempienti nel 2021 nell'erogazione dei Lea. Prima della pandemia (2019) erano sei. Anche tra le adempienti le differenze nel punteggio Lea sono considerevoli. A fronte di 134 MLD di finanziamento SSN per il 2024, monitoraggio e valutazione della garanzia dei LEA dalle Regioni è effettuato con soli 22 indicatori "core" previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei Lea. A partire da gennaio 2024, entreranno in vigore i nuovi Lea, a distanza di circa sette anni dalla loro approvazione.</p>	<p>Aggiornare i LEA annualmente con i fondi ad hoc della L: di Bilancio 2022 e quella in discussione 2024. Nuova Commissione Nazionale per l'aggiornamento, anche per revisionare la procedura rendendola più snella e dinamica, con standard assistenziali, strutturali, organizzativi e tecnologici negli ambiti scoperti e con quelli di personale nelle aree e servizi scoperti (es. prevenzione).</p>
Contrasto alle liste di attesa	<p>Nel 2022 è saltata circa 1 prestazione di specialistica ambulatoriale su 10 rispetto al 2019. Quasi 3,4 milioni di prime visite in meno (-15,5%) e oltre 5,5 milioni di visite di controllo in meno (17%). Nel 2021 persi 1,2 milioni ricoveri rispetto al 2019. Le ultime Leggi di Bilancio hanno stanziato centinaia di milioni per il recupero delle liste di attesa, cresciute in modo esponenziale a causa di Covid-19, ma secondo la Corte dei conti, nel 2022 sono state recuperate il 57% delle prestazioni ambulatoriali, con differenze tra Regioni. Rispetto ai ricoveri programmati ne sono stati recuperati in Italia il 66%. Le Regioni non hanno inoltre speso tutte risorse assegnate: (152 milioni). Anche la rinuncia alle cure è cresciuta negli anni della pandemia fino all'11% del 2021. Nel 2022 è circa il 7% medio nel paese. L'ultimo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa è del 2019-2021, solo parzialmente applicato dalle Regioni. Il sistema centrale di verifica dei tempi di attesa ha limiti, a partire dalla previsione di un solo indicatore di monitoraggio ra i Lea.</p>	<p>La strategia di contrasto deve diventare un obiettivo di Piano sanitario nazionale con risorse vincolate annualmente per le Regioni. Va rafforzato il monitoraggio ex ante dei tempi di attesa, superando la metodologia della rilevazione trimestrale nella settimana indice e solo per alcune prestazioni, integrato il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA con ulteriori specifici e più robusti indicatori "core" di monitoraggio e valutazione (prevedendo anche l'inserimento di nuovi riferimenti come ad esempio quello alla PMA e alla terapia del dolore oggi ancora poco monitorata nelle Regioni). Va previsto che l'atto della prenotazione coincida contestualmente con quello della prescrizione, sempre e per tutte le tipologie di prestazioni.</p>

<p>Valorizzazione, sviluppo e attrattività personale del SSN</p>	<p><i>Dal 2009 al 2019 perse circa 45.000 unità di personale nel Ssn di cui quasi 8.000 medici e oltre 12.000 infermieri. L'aumento di organici legato alla pandemia ha ridotto le cifre, ma del personale immesso nel Ssn sono stati finora stabilizzati solo circa 1.500 medici e 8.000 infermieri. La carenza assoluta di medici e infermieri è sempre elevata: mancano circa 20-30.000 medici (soprattutto di medicina generale e alcuni specialisti in determinate specialità) e 65.000 infermieri (tra cui gran parte anche dei 20.000 infermieri di famiglia comunità indicati dal DM 77/2022), come dichiarato dalla Corte dei conti a fine 2022. Le prospettive indicano poi pensionamenti e fughe all'estero dei professionisti in cerca di condizioni economiche e professionali migliori. Negli ultimi anni sono "emigrati" all'estero circa 21 mila medici e 30 mila infermieri e si prevedono pensionamenti nei prossimi anni per oltre altri 30.000 medici e 100.000 infermieri.</i></p>	<p>Va previsto un vero proprio "Articolo 20" per il personale, in analogia con quello di investimenti per l'ammodernamento delle strutture in vigore dal 1988, aggiornato e rifinanziato ogni anno con fondi vincolati per valorizzare, sviluppare e attrarre il personale del SSN. Questo per il recupero anche dell'attrattività economica: ad esempio in Germania, guadagna +79% e nel Regno Unito +40% rispetto al collega italiano, e un infermiere +56% in Germania, +46,2% in Svizzera circa il 20% nel Regno Unito rispetto all'Italia.</p>
<p>Prevenzione e Presa in carico delle Cronicità</p>	<p><i>La cronicità in Europa è responsabile dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria intorno ai 700 miliardi/anno. A livello mondiale il 70-80% delle risorse sanitarie è speso per la gestione di malattie croniche. In Italia il 39,9% della popolazione ha dichiarato di avere una o più malattie croniche. Nel 2022 sono saltate circa 5,5 milioni di visite di controllo rispetto al 2019 (-17%). In Italia è stato approvato 7 anni fa il Piano Nazionale della Cronicità, attuato solo in poche Regioni. Il PNRR e il DM 77/2022 prevedono risorse, strutture e standard per l'assistenza territoriale funzionali alla presa in carico della cronicità.</i></p>	<p>Va finanziato e attuato il Piano Nazionale Cronicità e vanno attuati in fretta in tutte le Regioni, anche definendo il modello di collaborazione dei professionisti coinvolti nel percorso di presa in carico e orientando contratti e convenzioni in perfetta integrazione con il modello tracciata dalle nuove leggi. E nel PNC vanno inserite nuove cronicità (es. psoriasi, oncomatologia ...)</p>
<p>Il Digitale</p>	<p><i>La pandemia ha accelerato la diffusione dei servizi di sanità digitale e la definizione di un quadro di regole più preciso: dalle "Indicazioni nazionali" sulla telemedicina sino al Decreto 21 settembre 2022. Nel periodo 2019-2021 il Ministero della Salute ha mappato la presenza di 369 esperienze di telemedicina, con differenze regionali che vanno dalle 66 esperienze della Lombardia alle 3 del Friuli-Venezia Giulia. Il PNRR stanZIA diverse risorse per la digitalizzazione della sanità, a partire dal miliardo di euro previsto per la telemedicina. Nonostante la sua importanza, la telemedicina non è ancora inserita formalmente nel Lea e questo potrebbe creare un problema di sostenibilità.</i></p>	<p>Va definito e adottato un "Livello Essenziale di Assistenza Digitale (LEAD)", da garantire in tutte le Regioni, anche con lo stanziamento e la finalizzazione di specifiche risorse del Fondo Sanitario; e si deve inserire la telemedicina nei Lea. Superare i blocchi normativi previsti dalla tutela della privacy che ostacolano creazione, sviluppo, innovazione e manutenzione delle infrastrutture digitali.</p>
<p>Equità nell'accesso all'assistenza farmaceutica</p>	<p><i>Secondo i dati IQVIA, l'Italia impiega 429 giorni per garantire la disponibilità dei farmaci ai pazienti dopo l'autorizzazione europea. La media europea è 511 giorni, ma alcuni Paesi come Svizzera, Danimarca e Germania hanno tempi più ridotti rispetto all'Italia: 191 giorni, 176 e 133. Nel 2022 il tempo medio della sola procedura italiana di autorizzazione e rimborso è stato di 206 giorni per le nuove entità chimiche (non generiche) e 49,6 giorni per i farmaci generici. A questa tempistica vanno aggiunti oltre 60 giorni per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Inoltre, in sette Regioni vi sono Prontuari Terapeutici vincolanti che ritardano ulteriormente l'accesso ai farmaci.</i></p>	<p>Ridurre i tempi nazionali di autorizzazione all'immissione in commercio e di rimborso a carico del SSN, anche attraverso la definizione di standard di servizio che l'AIFA dovrà garantire. Abrogare i Prontuari farmaceutici regionali vincolanti. Riformare la contabilità di Stato nella direzione della "programmazione integrata della spesa pubblica", al fine di superare i silos budget.</p>
<p>Riduzione divario infrastrutturale</p>	<p><i>La capacità di spesa per investimenti è differenziata da Regione a Regione. Gli investimenti pro capite degli enti sanitari nel 2021 passano dai 72€ del Trentino-Alto Adige, ai 18€ della Campania, ai 13€ della Calabria. Nonostante ciò, ammontano a 10,4 MLD le risorse non ancora utilizzate per la sottoscrizione degli accordi previsti dall'art. 20 della L. 67/1988, con profonde differenze tra le Regioni. Infine, anche il PNRR interviene con lo stanziamento di ingenti risorse a sostegno delle infrastrutture sanitarie.</i></p>	<p>Rivedere e semplificare le procedure per l'accesso ai fondi dell'Art.20 della L. 67/1988 – che va rifinanziato - per superarne le difficoltà di utilizzo da parte delle regioni. Implementare il PNRR in tutte le Regioni e nei tempi previsti</p>
<p>Fonte: Summit Salutequità 12 dicembre 2023</p>		