

VALUTARE BENE PER GARANTIRE EQUITÀ

Raccomandazioni per l'Equità nel
Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei Livelli Essenziali di Assistenza

11° Report

A cura di:
Carla Mariotti, Tonino Aceti, Paolo Del Bufalo, Sabrina Nardi, Maria Pia Ruggieri

SALUTE=QUITÀ[®]

Sostengono il documento:



► SEM. INIZIARE UNA CONQUISTA DI PIÙ SCELTA



© Salutequità, dicembre 2023

Attribuzione: Raccomandazioni per l'Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, dicembre 2023

Disponibile su www.salutequitait.it

È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte.

INDICE

PERCHÈ OCCUPARSI DEL NSG?	4
COSA VALUTA IL NSG E COMPOSIZIONE DEL COMITATO LEA	6
1. IL NSG ALLA LUCE DEL POST PANDEMIA: ASPETTI PROBLEMATICI E ATTUALI	
INDICATORI	9
PREVENZIONE: SCREENING ONCOLOGICI ORGANIZZATI e VACCINAZIONI	9
CURE MANCATE: SPECIALISTICA AMBULATORIALE E RICOVERI	12
ASSISTENZA OSPEDALIERA e PNE	14
SICUREZZA DELLE CURE	17
UMANIZZAZIONE DELLE CURE	18
PRONTO SOCCORSO	19
ADERENZA TERAPEUTICA	20
PDTA	22
2. PNRR E DM 77/2022: RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	23
ASSISTENZA PRIMARIA	25
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	25
IL NODO SUL PERSONALE SANITARIO	26
STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE	29
TELEMEDICINA e FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	30
REVISIONE del PNRR: MODIFICA della MISSIONE 6	36
3. DECRETO TARIFFE DEI NUOVI LEA	37
4. AUTONOMIA DIFFERENZIATA	39
5. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	41
FONTI DI RIFERIMENTO	46

PERCHÈ OCCUPARSI DEL NSG?

Il nuovo sistema di garanzia (NSG) è uno strumento istituzionale attraverso il quale il livello centrale misura, monitora e valuta il grado di esigibilità dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e cioè le prestazioni sanitarie da garantire a tutti i cittadini in modo appropriato, uniforme e di qualità in tutte le Regioni.

Il NSG è la cartina di tornasole rispetto alla capacità delle regioni di spendere il finanziamento pubblico a loro accordato e per comprendere come le risorse economiche siano utilizzate e spese a vantaggio dei bisogni di salute dei cittadini.

Sebbene il NSG sia un argomento piuttosto tecnico, Salutequità ha deciso di dare seguito¹ all'impegno volto a rafforzare ed innovare il "nuovo" Sistema di Garanzia dei LEA al fine di promuovere un più alto livello di accesso alle cure e di ridurre le disuguaglianze che oggi esistono nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'obiettivo di questo documento è dunque quello di proporre raccomandazioni condivise per perfezionare il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA in un'ottica di maggiore equità di accesso all'assistenza sanitaria.

Per fare ciò, Salutequità ha raccolto intorno ad un tavolo un numero rappresentativo di attori del sistema per condividere l'argomento, approfondirlo e rifletterne sull'importanza, facendo anche riferimento all'ambito di competenza inerente alla mission di ciascuna organizzazione che è stata coinvolta.

Il NSG non è infatti un argomento di nicchia piuttosto è uno strumento con un'elevata ricaduta sull'intera comunità, motivo per il quale è necessario divulgarne la portata, metterne in luce le problematiche e capire insieme come migliorarle.

Rispetto alla situazione attuale, tale strumento acquisisce ancor più un peso straordinario, basti pensare al **Decreto Tariffe dei nuovi LEA** e al **Disegno di Legge sull'Autonomia Differenziata**, due grandi innovazioni intervenute recentemente e che devono trovare un riscontro nel NSG del Ministero della Salute; nel primo caso, lo scopo è scongiurare il monitoraggio di una piccola porzione di LEA a fronte dei nuovi LEA in vigore a partire dal 2024 mentre nel secondo caso, benché il percorso legislativo, al momento della presente scrittura, non si sia ancora definitivamente concluso, è risolvere lo squilibrio tra livello centrale e livello regionale: dare infatti maggiore autonomia alle regioni dovrebbe comportare più potere al livello centrale e quindi più peso al sistema di controllo nei territori.

Mettere mano al NSG significa inoltre **puntare ad un sistema dinamico che tempestivamente e sistematicamente fotografi la situazione dell'accesso alle cure sui territori**, permettendo ad esempio al Ministero della Salute di procedere in tempo reale al *rafforzamento dei LEA* così come è stato previsto nel Patto per la Salute del 2019-2021.

¹ Salutequità. Gap Analysis per l'Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA. 2022

L'attenzione al NSG merita **più di una semplice manutenzione ordinaria**; ad esempio il tema dell'**equità sociale** non è ancora un "tema core", cioè il suo indicatore di misurazione non concorre alla valutazione delle regioni nonostante oggi l'equità sociale sia il fulcro di molti aspetti connessi all'accesso alle cure; allo stesso modo i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (**PDTA**), per i quali sono stati previsti indicatori afferenti a specifiche patologie, presentano all'interno dei sotto-indicatori come quello dell'*aderenza ai trattamenti farmacologici* (**aderenza terapeutica**) ma sono ricompresi nell'area No Core.

Altro aspetto che motiva l'impegno a perfezionare il NSG e che rappresenta a tutt'oggi un elemento di forte preoccupazione è quello delle numerose **cure mancate** durante la pandemia; nel 2022 il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha mostrato un progressivo recupero delle prestazioni ma i numeri raggiunti, se confrontati con il 2019, evidenziano in media ancora **importanti scostamenti**: molte regioni, nonostante mirati interventi, si trovano ancora in affanno nel gestire **sia le liste di attesa** e i finanziamenti stanziati per il recupero delle prestazioni (Tab. 1) **sia gli interventi mirati** come quello sul **personale sanitario** che, seppur limitati, avrebbero dovuto rappresentare una spinta verso la garanzia del diritto alle cure.

Questi aspetti non concorrono all'assegnazione del punteggio LEA nelle regioni: **non sono stati oggetto di misurazione** già dalla prima fase della pandemia e **attualmente continuano a non esserlo**.

Tab. 1 – Principali finanziamenti stanziati durante l'emergenza sanitaria da Covid-19

CRITICITA'	PROVVEDIMENTO/FINANZIAMENTO
Liste di attesa	DL n° 104/ 2020: 112,406 milioni di euro per ricoveri ospedalieri 365,812 milioni di euro per recupero delle prestazioni ambulatoriali. L. 106/2021 ulteriore stanziamento per ricoveri ospedalieri e per specialistica ambulatoriale.
Attuazione Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa	Legge di Bilancio 2022: 500 milioni di euro di cui max. 150 milioni per coinvolgimento strutture private accreditate.
Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute	

In poche parole, non è possibile verificare la capacità delle regioni di controbattere alla pesante eredità lasciata dall'emergenza sanitaria; ciò contribuisce a rafforzare il già preoccupante **aumento della spesa privata**² da parte del cittadino e più in generale, ad incrementare un problema di salute pubblica per le casse del SSN in relazione ai costi che quest'ultimo dovrà sostenere.

² Cfr. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Monitoraggio della Spesa Sanitaria - 10° Rapporto. La spesa out of pocket nel 2022 ha raggiunto 40,26 miliardi, circa ¼ spesa sanitaria totale e con un incremento del 43% in più rispetto ai 6 anni precedenti.

Altro capitolo altrettanto importante riguarda l'area della prevenzione con il **numero di screening organizzati persi** e quello delle **vaccinazioni**, molte delle quali ad oggi parzialmente interessate dal monitoraggio dei LEA.

Altro tema ugualmente centrale riguarda il nodo sull'**aderenza terapeutica** attualmente misurata tramite tre indicatori No Core appartenenti al blocco relativo ai PDTA.

Da perfezionare risultano inoltre aspetti che qualificano l'assistenza e che o non sono tracciati e verificati o lo sono in minima parte. Tra questi **l'accesso alle innovazioni tecnologiche (farmaci e dispositivi medici)**, la **sicurezza delle cure**, il **Fascicolo Sanitario Elettronico**, il **Pronto Soccorso**, le **liste di attesa**, **l'assistenza alle persone con malattia cronica e rara**, **l'umanizzazione delle cure**, **l'intramoenia**.

Tutto ciò senza dimenticare la sfida ancora aperta sia della Missione 6 (Salute) del **PNRR** che, tra le tante componenti ad esempio ha dedicato un ampio spazio alla **telemedicina**, sia del **DM 77/2022** che nel richiamare un modello di stratificazione *comune su tutto il territorio nazionale*, mette al centro i bisogni della popolazione.

Ecco, attualmente non esiste nessun indicatore di misurazione NSG (o altro adempimento Lea) né per la **telemedicina** né tantomeno per verificare e misurare in futuro l'adozione da parte delle regioni di un modello di **stratificazione in funzione dei bisogni di salute**.

Premesso ciò, c'è bisogno quindi di un sistema di misurazione sfidante, all'altezza delle situazioni sanitarie che ogni giorno i cittadini sperimentano, di una svolta positiva centrata su una modifica degli indicatori tale da trasformare il NSG in uno strumento flessibile, dinamico, revisionabile all'occorrenza, con indicatori al passo con i tempi.

COSA VALUTA il NSG e COMPOSIZIONE del COMITATO LEA

Il Nuovo sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che permette di misurare le prestazioni erogate ai cittadini ed inserite nei LEA; per convenzione e distinguerlo dal precedente sistema "Griglia LEA" ci si riferisce ancora allo strumento con il termine "nuovo". Dalla sua introduzione sono tuttavia trascorsi ormai quattro anni³ e da tre è diventato operativo, mostrando non poche lacune se solo si pensa agli strascichi lasciati dalla pandemia.

Il NSG presenta una struttura declinata in 88 indicatori: **solo ¼ di questi (22) concorrono all'assegnazione del punteggio LEA alle Regioni**. (Fig. 1). Questo primo gruppo, definito **sottoinsieme CORE**, è utilizzato per valutare l'operato delle regioni le quali, in base al punteggio LEA ottenuto (soglia minima 60), accedono alla quota integrativa di risorse⁴.

³ Cfr. DM del 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Gazzetta Ufficiale del 14 giugno 2019.

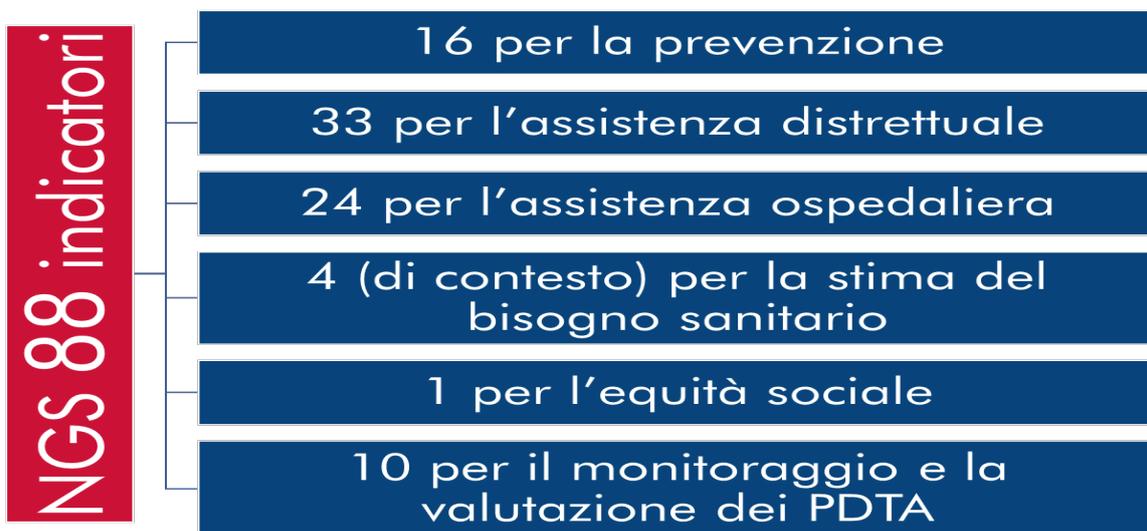
⁴ Art. 2, comma 68 della Legge n°191/09 e art. 15, comma 24 del DL n°95/12 successivamente convertito in Legge n°135/2012.

I restanti 66 indicatori appartengono invece al sottoinsieme No Core, cioè non sono funzionali all'assegnazione del punteggio alle Regioni.

Tra gli indicatori che ricadono in questo ampio sottoinsieme ci sono ad esempio i **10 sui PDTA** e 4 indicatori inseriti nell'area di **"Contesto e Equità"** sui quali torneremo nei successivi paragrafi.

Ogni anno è prevista una **revisione del set di indicatori** da parte di un gruppo costituito da esperti della materia e tecnici che procede a confermare o a proporre singoli indicatori al Comitato Lea.

Fig. 1 – Indicatori NSG totali



Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute

Tralasciando gli indicatori relativi agli aspetti di **salute pubblica veterinaria**, la seguente tabella riporta i **principali indicatori CORE** (Tab. 2).

Tab. 2 – I 22 indicatori CORE del NGS escluso l'ambito di salute pubblica veterinaria.

AREA PREVENZIONE
P01C. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, differite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).
P02C. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).
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 (per 100.000 ab.) 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 ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.
AREA OSPEDALIERA
H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti
H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario
H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute

Il principio secondo il quale “chi controlla, verifica, monitora” deve avere garantita una posizione di indipendenza, obiettiva e oggettiva rispetto a colui che ha un ruolo attivo nella gestione dell'attività controllata, in questo caso la garanzia della piena erogazione dei LEA, mostra alcuni aspetti dissonanti.

Il Comitato LEA nella sua composizione (Tab. 3) prevede infatti 4 rappresentanti del Ministero della salute, 2 rappresentanti del MEF, 1 rappresentante del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei ministri e 7 rappresentanti delle regioni indicati dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome (CSR).

Gli adempimenti LEA sono certificati dal Comitato LEA il quale stabilisce anche i criteri di valutazione; si tratta di un procedimento complesso e piuttosto lungo nel tempo che nella prima fase vede coinvolti il Ministero della Salute, AIFA e Agenas e successivamente una convalida di quanto emerso da parte del Comitato LEA.

Prima della chiusura del processo si attua un confronto con i rappresentanti regionali.

Tab. 3 – Composizione del Comitato LEA

Attuale composizione	Composizione ideale del Comitato LEA
Ministero della salute, MEF, Dip. Affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e 7 rappresentanti delle regioni indicati dalla CSR	Comitato LEA integrato da componenti laici
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

In pratica la verifica degli adempimenti LEA, **prerogativa del livello centrale**, vede di fatto un ruolo particolarmente importante svolto anche dalle Regioni che devono essere esse stesse monitorate e valutate.

Questo aspetto si lega strettamente al tema dei **flussi informativi** il cui insieme di dati⁵ non è “omogeneo” dal momento che ogni azienda sanitaria spesso possiede un proprio sistema informativo più o meno organizzato.

1. IL NSG alla LUCE DEL POST PANDEMIA: ASPETTI PROBLEMATICI e ATTUALI INDICATORI

PREVENZIONE: SCREENING ONCOLOGICI ORGANIZZATI e VACCINAZIONI

Secondo I Numeri del Cancro In Italia⁶, a livello nazionale, la copertura dello **screening mammografico** nel 2022 ha mostrato un lieve calo (43%) rispetto al 2021, quando il valore nazionale era tornato in linea con quello del periodo pre-pandemico (46%).

Prima della pandemia, lo **screening cervicale** si attestava complessivamente intorno al 39%; nel 2020 il calo registrato era pari al 23% mentre nel 2021 venivano recuperati circa 12 punti percentuali (35%). Nel 2022 la copertura si attestava al 41% (2021=35%). *Per la corretta lettura di questi dati è bene tenere presente che la prevenzione del tumore del collo dell’utero riconosce una componente opportunistica molto rilevante e questo rende ragione dei valori di copertura osservati.* Sempre nel 2022 per lo **screening coloretale** il livello di copertura registrato era di molto inferiore al dato dello screening mammografico, sia per macroarea geografica che complessivamente per l’Italia.

⁵ Tutti insieme prendono il nome di Sistemi Informativi Sanitari (SIS).

⁶ AIOM et al., I numeri del Cancro in Italia 2023. Anno 2023

Il valore più basso era stato registrato nel 2020 (17%) ma una ripresa aveva interessato il 2021 (30%). Nel 2022 il valore nazionale (27%) ha perso circa 3 punti percentuali rispetto all'anno precedente (Tab. 4 e 5).

Tab. 4 - Copertura Screening Oncologici organizzati

	2022	2021	NOTE sul 2022 per macroarea
SCREENING MAMMOGRAFICO	43%	46%	<p>Nord= maggiore contrazione dell'indicatore che passa dal 63% nel 2021 al 54% nel 2022. La riduzione di copertura non è omogenea in tutte le regioni: spiccata in Emilia-Romagna (84% nel 2021 e 67% nel 2022) ed in Piemonte (57% del 2021 e 43% nel 2022). Più contenuta è la flessione in Lombardia (56% nel 2021 e 50% nel 2022), in Friuli Venezia Giulia (57% nel 2021 e 54% nel 2022) e in Veneto (66% nel 2021 e 60% nel 2022).</p> <p>Centro= sostanziale tenuta del dato.</p> <p>Sud e Isole= aumento di 3 punti percentuali (23% nel 2021 e 26% nel 2022). Relativamente alle altre macroaree: calo di 22 punti percentuali rispetto al 2021 in Basilicata e flessione più contenuta in Toscana (-6 pt.) e Umbria (-9 pt.).</p>
SCREENING CERVICALE	41%	35%	<p>Nord= miglioramento della copertura rispetto al 2021</p> <p>Sud e Isole= miglioramento della copertura.</p> <p>Tale miglioramento è da imputare <i>alla maggiore estensione degli inviti alla popolazione con una contemporanea transizione da Pap test a HPV test a partire dai 30 anni</i>. In generale quasi tutte le regioni migliorano i loro punteggi rispetto al 2021 <u>tranne l'Umbria</u> in cui, in termini di offerta dell'invito, si passa da 139% nel 2021 al 75% nel 2022).</p>
SCREENING COLORETTALE	27%	30%	<p>Marcata disomogeneità tra macroaree con il Nord che dal 45% del 2021 passa al 38% nel 2022.</p> <p>La flessione, seppur più contenuta riguarda anche il Centro (31% nel 2021 e 28% nel 2022).</p> <p>Sud e Isole= aumento di 2 punti percentuali tuttavia la copertura (12%) è <i>decisamente sub-ottimale</i>.</p>
Fonte: Salutequità su dati I numeri del Cancro in Italia 2023			

Tab. 5 – Screening oncologici e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
P15C (a, b, c) - Proporzione di persone (in età target) che hanno effettuato test di screening di 1° livello in un programma organizzato per cervicite uterina, mammella, colon-retto attraverso NSG.	Sarebbe utile tracciare anche la capacità di raggiungere con invito la popolazione target oltre alla percentuale delle adesioni registrate.
P16C - Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (No Core)	Rendere CORE anche l'indicatore sulle lesioni individuate (P16C).
Note: i Piani operativi del recupero screening (% prestazioni recuperate rispetto al target) sarebbero dovuti divenire un indicatore	
Fonte: Salutequità su dati I numeri del Cancro in Italia 2023	

Per ciò che concerne invece le vaccinazioni, premesso che la **copertura vaccinale è di per sé l'indicatore più idoneo per verificare la capacità delle regioni di offrire attivamente la vaccinazione** e che tutte le vaccinazioni indicate nel PNPV vigente sono da intendersi come Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ci si aspetterebbe di poter disporre di uno specifico indicatore di monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) capace di restituire cosa accade ad esempio per tutte le **vaccinazioni raccomandate nell'anziano**⁷.

Per la vaccinazione antinfluenzale nell'anziano il NSG si avvale dell'indicatore No Core **P06C** (Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano) mentre per gli anziani (≥ 65 anni) vaccinati contro lo **Pneumococco e l'Herpes zoster (HZ)**, **non esiste alcun indicatore di misurazione**⁸ (Tab. 6 e 7).

Tab. 6 – Vaccinazione nell'anziano e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
Esclusivamente la vaccinazione antinfluenzale nell'anziano con l'indicatore No Core P06C	Le coperture raggiunte nelle vaccinazioni per gli anziani previste dal PNPV 2023-2025 (FLU, PNEUMO e HZ)
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

⁷ Ministero della Salute. Persone di età ≥ 60 anni. Vaccinazione Antinfluenzale, Pneumococcica, Anti Herpes Zoster – link [QUI](#)

⁸ Cfr. Salutequità, Prevenzione sfida per l'equità nelle Regioni. 2023

Tab. 7 - Copertura antinfluenzale negli anziani – Dettaglio regionale in %. Confronto ultime tre stagioni

Regione	2020-21	2021-22	2022-23
Piemonte	62,4	55,4	54,3
Valle d'Aosta	52,6	49,3	45,9
Lombardia	60,6	56,0	55,3
P.A. Bolzano	41,1	36,1	38,7
P. A. Trento	65,9	46,5	54,8
Veneto	59,6	51,8	54,7
Friuli Venezia Giulia	66,5	60,3	58,3
Liguria	68,4	55,8	53,7
Emilia Romagna	70,1	65,1	62,3
Toscana	65,5	58,4	58,9
Umbria	77,4	68,8	68,7
Marche	65,0	62,8	55,1
Lazio	67,7	61,2	60,2
Abruzzo	64,1	64,2	62,5
Molise	62,3	50,7	52,8
Campania	66,1	58,1	53,9
Puglia	61,1	58,2	56,7
Basilicata	56,4	68,5	66,3
Calabria	79,0	62,9	62,1
Sicilia	75,3	63,7	58,9
Sardegna	61,0	41,2	37,3
Italia	65,3	58,1	56,7

Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute

CURE MANCATE: SPECIALISTICA AMBULATORIALE E RICOVERI

A distanza di tre anni dalla pandemia il recupero delle cure mancate registra ancora uno scenario preoccupante; per strada si sono perse moltissime prestazioni e nel 2022 sebbene il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) abbia mostrato un progressivo recupero, i numeri raggiunti, se confrontati con quelli del 2019 evidenziano in media ancora **importanti scostamenti**: secondo i dati Agenas mancano all'appello circa **9 mln di visite** per ricevere una eventuale diagnosi o per controllare patologie o condizioni pregresse; il confronto con il 2019 mostra che non sono state effettuate 3,4 milioni di prime visite (-15,49%) e 5,5 milioni di visite di controllo (-16,89%). A saltare è stata **1 prima visita su 2** nella P.A. di Bolzano, circa **1 visita su 3** in **Calabria, Sardegna, Valle d'Aosta e Umbria**; **1 su 4** in **Abruzzo e Marche** e **1 su 5** in **Veneto**. Rispetto alle visite di controllo, le regioni che registrano i peggiori valori sono: Calabria, P.A. Bolzano, Sardegna e Valle d'Aosta ove è stata persa **oltre 1 visita di controllo su 3** (Tab. 8).

Tab. 8 - Differenza 2022-2019 per prime visite e visite di controllo (valore percentuale)

Regione	Delta prime visite (%)	Delta visite controllo (%)
Abruzzo	-25,53	-13,59
Basilicata	-7,99	-23,54
Calabria	-33,21	-30,61
Campania	-10,65	-18,87
Emilia-Romagna	-7,83	-13,06
Friuli-Venezia Giulia	-14,73	-16,35
Lazio	-13,10	-17,95
Liguria	-16,83	-15,59
Lombardia	-3,95	-10,03
Marche	-24,48	-14,37
Molise	-15,21	-22,67
P.A. Bolzano	-57,80	-35,65
P.A. Trento	-13,49	-13,77
Piemonte	-18,59	-19,53
Puglia	-15,84	-15,44
Sardegna	-33,14	-36,16
Sicilia	-22,46	-26,17
Toscana	-10,81	-7,68
Umbria	-27,86	-16,25
Valle d'Aosta	-36,79	-38,11
Veneto	-22,85	-19,54
Italia	-15,49	-16,89

Fonte: Salutequità su dati Agenas 2023

Se si guarda alla **specialistica ambulatoriale** nel complesso (esclusi esami di laboratorio), nel 2022 la **Toscana** è l'unica regione ad aver recuperato completamente i volumi delle prestazioni. Si posizionano meglio rispetto alla media nazionale **Campania** (-1,19%), **Lazio** (-4,77%), **Lombardia** (-4,79%), **Basilicata** (-5,98%) mentre manca oltre 1 prestazione su 5 in **Calabria** (-20,51%), **Sardegna** (-21,27%), 1 su 3 in **Valle d'Aosta** (-32,55%) e 2 su 5 nelle **P.A. Bolzano** (-45,34%) (Tab. 9).

Tab. 9 - Specialistica ambulatoriale* (esclusi esami di laboratorio) anni 2019-2022

Regione	Variazione 2022-2019 (valori %)
Recupero prestazioni migliore della media nazionale	
Toscana	+0,78
Campania	-1,19
Lazio	-4,77
Lombardia	-4,79
Basilicata	-5,98
Prestazioni in meno rispetto al 2019: oltre una su 10	
Molise	-18,98
Marche	-18,96
Friuli-Venezia Giulia	-17,43
Sicilia	-16,75
Umbria	-16,35
Liguria	-16,01
Piemonte	-16,01
Veneto	-12,23
Puglia	-10,66
Abruzzo	-10,56
PA Trento	-10,43
Emilia-Romagna	-10,34
Prestazioni in meno rispetto al 2019: oltre una su 5	
PA Bolzano	-45,34
Valle d'Aosta	-32,55
Sardegna	-21,27
Calabria	-20,51
Italia	-9,83
Fonte: rielaborazione Salutequità su dati Agenas	
*comprende attività diagnostica strumentale, visite specialistiche, attività terapeutica come radioterapia, dialisi, riabilitazione.	

Per ciò che concerne i **ricoveri ospedalieri**, il dato più aggiornato è pubblicato nel **Programma Nazionale Esiti (PNE)**⁹ secondo cui i numeri sono ancora lontani dai livelli pre-pandemia: nel 2021 sono stati recuperati 501.158 ricoveri rispetto al 2020 ma mancano 1.200.000 mila ricoveri rispetto al 2019 da sommare a 1.700.000 del 2020.

ASSISTENZA OSPEDALIERA e PNE

Il risultati del Programma Nazionale Esiti (PNE) offrono uno spaccato su efficacia, appropriatezza, equità di accesso e sicurezza delle cure del nostro SSN; il programma con il suo monitoraggio svolge pertanto una **funzione di "osservatorio permanente" sui processi e sugli esiti dell'assistenza sanitaria e consta di quasi 200 indicatori**, la maggior parte volta a monitorare l'assistenza ospedaliera.

⁹ Agenas, Programma Nazionale Esiti 2022. Anno 2023 disponibile su <https://pne.agenas.it/>

Il PNE è uno **strumento di governo indispensabile** anche per alzare il livello di qualità delle cure oltretché **intervenire e risolvere le criticità assistenziali** al fine di fornire ai cittadini risposte puntuali rispetto ai bisogni di salute.

Nonostante le analisi del PNE siano in grado di approfondire specifiche tematiche (es. impatto della pandemia da COVID-19), **tale sistema di misurazione delle performance regionali non influisce invece come dovrebbe** sulla valutazione del NSG a partire da alcuni indicatori considerati No Core. Un altro esempio è rappresentato dagli **indicatori del Treemap** (PNE) che potrebbero divenire oggetto di attenzione tra quelli da ricomprendere nella sezione dedicata all'assistenza ospedaliera (Tab. 10).

Tab. 10 – PNE e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
Attraverso PNE: efficacia, appropriatezza, equità di accesso e sicurezza delle cure del SSN.	A partire dal PNE costruire un numero indice che possa concorrere all'assegnazione del punteggio Lea nel NSG
Nel 2022 sono stati considerati 194 indicatori (+10 rispetto al 2021); 171 relativi all'assistenza ospedaliera e 23 all'assistenza territoriale.	Attenzionare il set di indicatori del Treemap
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

Gli esiti delle **cure mancate** evidenziano l'importanza di concentrarsi anche sul **potenziamento della capacità di monitoraggio dell'area distrettuale**, premettendo che diversi aspetti saranno approfonditi nei paragrafi successivi.

L'attuale momento storico e la situazione precedentemente descritta richiamano l'urgenza di iniziare ad interrogarsi sulla **capacità dell'intero sistema di monitoraggio dei LEA di garantire il diritto alla salute** su tutto il territorio nazionale e sull'urgenza di ammodernare o perfezionare il sottoinsieme "CORE"¹⁰ in modo da rendere il nuovo sistema di garanzia **agile, flessibile e dinamico** ma soprattutto al passo con i tempi.

Prima della pandemia vi era infatti un'inclinazione a soffermarsi sulle acuzie e a ritenere molto meno rilevante il "territorio", luogo invece basilare per garantire la tutela della salute pubblica.

Per meglio esplicitare ci vengono incontro l'indicatore NSG **D10Z** (Core) e **D11Z** (No Core) dal momento che nessuno dei due verifica e garantisce il completo rispetto delle norme sul **governo delle liste di attesa** e nulla dice sul **recupero delle prestazioni mancate** durante la pandemia (Tab. 11).

¹⁰ Per fare ciò è necessario modificare l'art. 5 del **DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"**

Tab. 11 – Indicatori NSG - prestazioni garantite entro i tempi, classe B e D – Confronto 2020 vs 2021

Regioni	2021	2020	2021	2020
	D10Z % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B		D11Z % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	
	Punteggio finale	Punteggio finale	Punteggio finale	Punteggio finale
Piemonte	66,05	87,32	78,56	86,14
Valle d'Aosta	100,00	100,00	99,54	87,23
Lombardia	92,88	100,00	90,39	94,47
P.A. Bolzano	nd	nd	nd	nd
P.A. Trento	0,00	0,00	22,22	27,42
Veneto	95,79	100,00	93,36	95,97
Friuli V.G.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Liguria	91,69	96,81	86,96	83,45
Emilia Romagna	93,23	92,41	77,85	79,02
Toscana	96,51	96,23	80,91	80,44
Umbria	91,68	95,03	86,67	91,71
Marche	82,17	85,72	84,64	82,78
Lazio	100,00	100,00	91,57	93,93
Abruzzo	100,00	98,29	88,57	89,19
Molise	100,00	100,00	96,50	99,79
Campania	96,74	99,41	94,63	93,77
Puglia	70,24	87,60	78,84	88,33
Basilicata	100,00	91,79	92,52	92,54
Calabria	100,00	100,00	93,94	96,32
Sicilia	80,05	88,28	80,81	86,27
Sardegna	100,00	100,00	86,13	88,82

Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute

La seguente tabella (Tab. 12) mostra come la verifica di alcuni **elementi in grado di misurare la realtà con la quale cittadini e pazienti fanno i conti ogni giorno** sia fortemente circoscritta.

Tab. 12 – Accesso alle prestazioni e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
D10Z (CORE) Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B attraverso NSG	il completo rispetto delle norme sul governo delle liste di attesa tutti i codici di priorità, perfezionando l'indicatore core D10Z
D11Z (No Core) Prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D attraverso NSG	il rispetto delle norme relative alla regolamentazione dell'intramoenia il recupero delle prestazioni mancate durante la pandemia
Note: L'utilizzo delle risorse stanziare per il recupero delle prestazioni mancate avrebbe dovuto essere monitorato ai fini del NSG	

Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute

È utile sottolineare che il tema delle liste di attesa e del recupero delle prestazioni mancate si lega strettamente a quello della **rinuncia alle cure**.

Stando al Rapporto Eurispes¹¹ il trend storico mostra una situazione allarmante: ¼ delle famiglie italiane ha riferito *difficoltà economiche relativamente alle prestazioni sanitarie*. Nel 2022 la difficoltà ha riguardato soprattutto le regioni del **Sud (28,5%)** e delle **Isole (30,5%)**. Il **33,3%** ha affermato di *aver dovuto rinunciare a prestazioni e/o interventi sanitari per indisponibilità delle strutture sanitarie*; un andamento confermato e in aumento anche nel 2023.

Il NSG ha previsto all'interno **dell'Area di Contesto ed Equità** l'indicatore sociale **EO01**¹² (Tab. 13) che attualmente si sostanzia nel tasso di **rinuncia alle cure**¹³.

Tale indicatore dovrebbe diventare parte integrante del sottoinsieme di **indicatori "Core"** del NSG proprio per la sua grande capacità di restituire un'informazione robusta sul ruolo delle regioni nell'eliminare o ridurre al minimo le disparità di salute oltreché garantire un accesso, senza alcuna discriminazione, alle prestazioni sanitarie.

Tab. 13 – Rinuncia alle cure e indicatori NSG di equità

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
EO01 (No Core) Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzazione nell'offerta dei servizi e/o ragioni economiche	EO01 dovrebbe diventare parte integrante del sottoinsieme di indicatori "Core"
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

SICUREZZA DELLE CURE

La Legge N°24/2017 nota come Legge Gelli contiene disposizioni riguardanti la sicurezza delle cure. Tra i diversi punti chiave (es. responsabilità professionale civile e penale dei medici, informativa al paziente, registrazione delle procedure mediche e gestione degli eventi avversi) vi è la **sicurezza dei pazienti** con disposizioni per migliorarla all'interno delle strutture sanitarie, includendo misure per prevenire gli errori medici, garantire la corretta gestione delle informazioni sanitarie del paziente e promuovere **pratiche mediche sicure**.

Indicatori di qualità e sicurezza delle cure sono parte integrante del **monitoraggio SIMES** (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) che *prevede l'attivazione di tre livelli di intervento, tra loro complementari*¹⁴ (monitoraggio, raccomandazioni e formazione del personale) ma attualmente, né gli indicatori SIMES

¹¹ Eurispes, ENPAM, Il Termometro Della Salute. 2° Rapporto sul Sistema Sanitario Italiano. Giugno 2023

¹² Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzazione nell'offerta dei servizi e/o ragioni economiche.

¹³ *Percentuale di popolazione che dichiara di aver rinunciato ad una prestazione sanitaria, ovvero ad una visita medica specialistica (esclusa visita odontoiatrica) o ad accertamenti specialistici negli ultimi 12 mesi, per motivi economici o legati all'offerta (tempi d'attesa o difficoltà a raggiungere la struttura).*

¹⁴ Ministero della Salute, Monitoraggio errori in sanità – link [QUI](#)

che attenzionino il **tema del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti** né l'attuazione della Legge Gelli sono oggetto di monitoraggio del NSG dei LEA.

Tra gli indicatori No Core del NSG – area ospedaliera - rientra invece l'**H016S (Frequenza di infezioni post-chirurgiche)** (Tab. 14)

Tab. 14 – Sicurezza delle Cure e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
Gestione Eventi Sentinella e Denunce dei Sinistri attraverso il SIMES	Attuazione della Legge 24/2017 e maggiore valorizzazione dei dati sugli esiti del Programma Nazionale Esiti (PNE).
H016S (Frequenza di infezioni post-chirurgiche) attraverso NSG	Esistenza funzione aziendale dedicata alla gestione del Rischio Clinico e Sicurezza dei Pazienti
	Monitoraggio della implementazione delle Raccomandazioni ministeriali*
	Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	
* Raccomandazioni Ministeriali (Governo Clinico e Sicurezza delle Cure) – Link QUI	

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Nel nostro Paese, come in molte altre nazioni, l'umanizzazione delle cure è diventato un tema rilevante nelle politiche sanitarie e nelle pratiche cliniche.

L'umanizzazione delle cure rappresenta **un approccio centrato sulla persona** che mira a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, mettendo insieme gli aspetti umani e le esigenze individuali dei pazienti. Tra gli aspetti chiave dell'umanizzazione delle cure vi sono la **comunicazione empatica**, il **rispetto** della dignità e della privacy del paziente, la **partecipazione** di quest'ultimo nel processo decisionale e nella pianificazione della cura (es. coinvolgimento del paziente nelle scelte riguardanti i trattamenti e gestione delle proprie condizioni), il riconoscimento dell'importanza delle **relazioni familiari e sociali** per il benessere del paziente, **ambienti di cura accoglienti**, **formazione** degli operatori sanitari e **gestione del dolore**, incluso il ricorso ai servizi di **supporto psicologico**.

Dal 2011 l'AGENAS ha *progettato, sperimentato ed implementato metodi e strumenti per la rilevazione periodica e il miglioramento partecipato della qualità degli ospedali pubblici e privati accreditati*¹⁵ (Tab. 15).

La **Valutazione partecipata del Grado di Umanizzazione delle strutture di Ricovero** permette di disporre di attente informazioni sull'organizzazione sanitaria in termini di *capacità di accogliere i pazienti nella loro interezza, con tutte le loro esigenze psicologiche e sociali*. Tale rilevazione periodica tuttavia non è adeguatamente valorizzata e i dati derivanti da questa non concorrono all'assegnazione del punteggio LEA nelle regioni.

¹⁵ AGENAS. Umanizzazione in Ospedale – link ([QUI](#))

Tab. 15 – Umanizzazione delle Cure e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
Aspetti chiave dell'umanizzazione delle cure attraverso la rilevazione periodica da parte di AGENAS	Verificare e garantire il grado di umanizzazione delle cure attraverso la valorizzazione dei dati derivanti dal sistema di "Rilevazione periodica e partecipata del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici" già disponibile.
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

PRONTO SOCCORSO

L'assistenza medica immediata di persone che versano in condizioni urgenti e in condizioni cliniche **non trattabili** all'interno del contesto delle cure primarie è tradotta dalle attività di Pronto Soccorso (PS). Tale servizio, generalmente ubicato all'interno degli ospedali, è progettato per essere accessibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7 e presenta personale sanitario capace di gestire molteplici situazioni (es. crisi cardiovascolari, incidenti automobilistici).

Il **triage** è un processo cui le persone, una volta giunte al PS, vengono sottoposte per stabilire la priorità di intervento e di accesso alle cure. A gennaio 2023, sulle scorta delle *Linee Guida Nazionali per il Triage Intraospedaliero*¹⁶ si è passati ad un **sistema a cinque codici numerici** così articolato:

1. **Codice Rosso**, emergenza: *interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali;*
2. **Codice Arancione**, urgenza: *rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo*
3. **Codice Azzurro**, urgenza differibile: *condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse*
4. **Codice Verde**, urgenza minore: *condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono specialistiche*
5. **Codice Bianco**, non urgenza: *problema non urgente o di minima rilevanza clinica.*

¹⁶ Ministero della Salute. Linee Guida Nazionali per il Triage Intraospedaliero - link [QUI](#)

Guardando gli indicatori **NSG D05C e D06C**¹⁷ la verifica e il più alto rispetto del livello di accessibilità, qualità e sicurezza delle cure all'interno dei **Pronto Soccorso non paiono sufficientemente attenzionati** all'interno del NGS: manca ad esempio un indicatore sul **tempo di attesa al ricovero in PS** (Tab. 16).

Di contro si dispone di due indicatori che segnalano ex post *l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso* riconducibile a non meglio specificate ... *difficoltà di accedere ai servizi della medicina territoriale o a quelli della pediatria di libera scelta.*

Tab. 16 – Pronto Soccorso e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
D05C e D06C (NSG) inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso attraverso NSG	Il più alto livello di accessibilità, qualità e sicurezza delle cure all'interno dei Pronto Soccorso.
	Tempi di attesa al PS e tempi di attesa per il ricovero ospedaliero
	Adozione delle Linee di Indirizzo sul Triage Intraospedaliero (attualmente non adottate in modo uniforme sul territorio nazionale), delle Linee di Indirizzo Nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso e delle Linee di Indirizzo Nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – Obi
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

ADERENZA TERAPEUTICA

Nel 2022 la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata di 34,1 miliardi di euro (+6,0% rispetto al 2021). *La spesa farmaceutica pubblica, pari a 23,5 miliardi, che rappresenta il 68,9% della spesa farmaceutica complessiva e il 17,9% della spesa sanitaria pubblica, è in aumento rispetto al 2021 (+5,5%)*¹⁸.

Durante la pandemia abbiamo visto come il problema dell'accesso alle prestazioni abbia provocato anche un effetto domino **sull'aderenza e sulla persistenza** alle terapie¹⁹.

Secondo il più recente Rapporto OSMED *le categorie terapeutiche in cui si riscontrano percentuali più alte di soggetti con una copertura al trattamento inferiore al 40%... sono rappresentate dalla terapia con i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (53,6%), dalla terapia con antidepressivi (27,7%) e dai farmaci antidiabetici (27,1%).*

¹⁷ D05C: Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti) e D06C: Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).

¹⁸ AIFA, L'uso dei Farmaci in Italia, Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma 2023.

¹⁹ Ibidem. *“La bassa aderenza al trattamento è definita come copertura terapeutica inferiore al 40% del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è definita come copertura terapeutica maggiore o uguale all'80% del periodo di osservazione. La persistenza è definita come “tempo intercorrente fra l'inizio e l'interruzione di un trattamento farmacologico prescritto”*

Per quanto riguarda la persistenza, le categorie terapeutiche che raggiungono percentuali più elevate a 12 mesi sono gli anticoagulanti (65,1%), gli antiaggreganti (52,9%) e gli antipertensivi (52%).

In relazione ai farmaci contro l'ipertensione, si consideri che la bassa aderenza alle terapie, dopo un lieve miglioramento registrato nel 2021 (18%), nel 2022 è tornata ad aumentare di 0,2 punti percentuali, mostrando una tendenza a crescere nell'arco di tempo compreso tra il 2019 e il 2022 (Tab. 19).

Tab. 19 - Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco nella popolazione di età ≥45 anni nel periodo 2019-2022 e variazione 2022-2021

Bassa aderenza*												
	2019	2020	2021	2022	Δ % 22-21	Δ % 22-19	2019	2020	2021	2022	Δ % 22-21	Δ % 22-19
Totale N=273.179						Nord N=127.331						
45-54 anni	16,4	16,3	16,9	17,1	1	4	15,1	14,9	15,5	15,9	3	5
55-64 anni	16,1	16,5	16,9	16,9	0	5	15,0	15,6	15,9	15,6	-2	4
65-74 anni	17,7	18,2	17,9	18,2	2	3	16,7	16,7	16,7	16,8	0	1
75-84 anni	20,2	21,1	20,2	20,5	1	2	18,8	19,7	18,5	18,9	2	1
≥85 anni	25,0	25,8	23,7	25,2	6	1	22,8	23,3	21,8	22,3	2	-2
Femmine	20,5	20,9	20,8	21,2	2	4	19,1	19,4	19,4	19,6	1	3
Maschi	14,7	15,1	14,8	14,9	1	1	13,9	14,2	13,8	13,9	1	0
Totale	17,7	18,1	18,0	18,2	1	3	16,6	16,9	16,8	16,9	1	2
Centro N=56.128						Sud N=89.720						
45-54 anni	16,6	16,9	17,3	17,1	-1	3	17,6	17,6	18,3	18,4	1	5
55-64 anni	16,0	16,7	17,0	17,1	1	7	17,4	17,6	18,0	18,5	3	6
65-74 anni	17,5	19,2	18,4	18,7	2	7	19,2	19,7	19,3	20,0	4	4
75-84 anni	20,8	21,5	21,3	21,4	0	3	22,2	23,4	22,6	23,1	2	4
≥85 anni	25,7	27,3	24,3	26,4	9	3	28,2	28,8	26,5	29,5	11	5
Femmine	20,8	22,2	21,5	22,1	3	6	22,1	22,2	22,3	23,0	3	4
Maschi	14,7	15,1	15,1	14,8	-2	1	15,8	16,3	16,0	16,4	3	4
Totale	18,0	18,8	18,5	18,6	1	4	19,1	19,4	19,3	19,9	3	4
Alta aderenza*												
	2019	2020	2021	2022	Δ % 22-21	Δ % 22-19	2019	2020	2021	2022	Δ % 22-21	Δ % 22-19
Totale N=273.179						Nord N=127.331						
45-54 anni	54,8	54,9	54,0	54,0	-1	-1	56,7	56,8	55,6	55,1	-3	-1
55-64 anni	55,4	54,6	54,7	54,1	-2	-2	56,5	56,0	55,9	55,2	-2	-1
65-74 anni	53,9	53,0	53,9	53,0	-2	-2	54,6	54,3	54,5	54,0	-1	-1
75-84 anni	49,5	48,2	49,7	49,1	-1	-1	50,6	49,5	51,1	50,4	0	-1
≥85 anni	41,0	40,9	42,7	40,9	0	0	42,1	43,0	44,6	43,8	4	-2
Femmine	48,7	48,1	48,6	47,9	-2	-2	49,9	49,5	49,9	49,4	-1	-1
Maschi	58,0	57,3	57,8	57,3	-1	-1	58,7	58,5	58,6	58,0	-1	-1
Totale	53,1	52,5	53,0	52,4	-1	-1	54,1	53,8	54,0	53,5	-1	-1
Centro N=56.128						Sud N=89.720						
45-54 anni	55,8	55,9	55,5	56,1	1	1	52,3	52,2	51,3	51,4	-2	-2
55-64 anni	56,7	55,7	56,4	55,8	-2	-2	53,5	52,2	52,1	51,6	-3	-3
65-74 anni	55,9	53,5	54,9	55,0	-2	-2	51,8	51,1	52,2	50,1	-3	-3
75-84 anni	50,0	48,7	50,2	50,0	0	0	47,3	45,6	46,5	46,1	-2	-2
≥85 anni	41,2	39,5	42,5	40,2	-2	-2	39,0	38,8	39,6	36,2	-7	-7
Femmine	49,5	48,4	49,4	49,4	0	0	46,7	46,1	46,3	45,0	-4	-4
Maschi	59,5	58,2	59,4	59,1	-1	-1	56,2	55,2	55,6	55,2	-2	-2
Totale	54,1	53,0	54,1	53,9	0	0	51,2	50,5	50,8	49,9	-3	-3

* L'aderenza al trattamento è stata valutata nei 365 giorni successivi alla data della prima prescrizione (data indice) solo per i nuovi utilizzatori con almeno 2 prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) < 40% del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥ 80% del periodo di osservazione (per ulteriori dettagli consultare i metodi statistici).
N: si riferisce ai nuovi utilizzatori, soggetti che hanno ricevuto una prima prescrizione nel periodo 01/10/2021-31/12/2021, non trattati nei mesi precedenti a partire dal 01/01/2021. Percentuali dei soggetti con bassa/alta aderenza relativamente alla categoria specificata.
Tempo mediano (IQR) di follow-up: 327 (277-348).

Fonte: AIFA, L'uso dei Farmaci in Italia, Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma 2023

Oggi l'aderenza alle terapie è misurata solo parzialmente all'interno dei 10 indicatori No Core per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali – PDTA²⁰. Gli indicatori di riferimento sono PDTA01 (diagnosi di BPCO), PDTA03A e PDTA03B (diagnosi di scompenso cardiaco) (Tab. 20).

Nel 2021 in un documento promosso da Italia Longeva²¹ era stato proposto un indicatore sintetico di aderenza da inserire nel NSG quale strategia standardizzata di misurazione capace di fotografare la qualità dell'assistenza sanitaria in particolar modo nell'ambito della cronicità. Ad oggi l'indicatore sintetico proposto non risulta inserito tra quelli oggetto di monitoraggio dei LEA e l'aderenza terapeutica resta confinata tra gli indicatori No Core.

Tab. 20 – Aderenza alle terapie e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
PDTA01 % di pz. con diagnosi di BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico come da Manuale PDTA del Min. Salute	PDTA01, PDTA03A e PDTA03B dovrebbero diventare indicatori CORE e concorrere all'assegnazione del punteggio LEA nelle regioni
PDTA03A e PDTA03B % di pz. con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (ACE e beta bloccanti) come da Manuale PDTA del Min. Salute	L'aderenza alle terapie con un indicatore specifico e indipendente da quelli utilizzati per i PDTA
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

PDTA

Stando ad un recente studio sui PDTA²² negli ultimi quindici anni “sono stati approvati 729 PDTA regionali”; 404 sono relativi a patologie croniche e 325 relativi alle malattie rare. Per le **malattie croniche**, il **Piemonte** è la regione ad aver redatto il maggior numero di PDTA (45), seguita dalla Campania (34) e dalla Toscana (33). Questi PDTA interessano soprattutto *diabete (19), BPCO (15), scompenso cardiaco (13), ictus, sclerosi multipla²³ e neoplasie del colon-retto (12 ciascuna), neoplasie della mammella (11), demenza e insufficienza renale cronica (10 ciascuna).*

Per le **malattie rare** il maggior numero di PDTA è stato redatto nelle regioni ove è presente la Rete delle Malattie Rare: **Lombardia** con 125 PDTA, **Lazio** con 74 e **Toscana** con 40. Lo studio richiamato afferma come a fronte dell'elevato numero di PDTA

²⁰ Cfr. Ministero della Salute, Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali Metodologia per il calcolo degli indicatori, Roma 2018.

²¹ Italia Longeva, L'aderenza nella Governance della Long-term care: proposta di Indicatore Sintetico, 2021

²² Fondazione Ricerca e Salute (ReS), Conoscere i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta) regionali approvati in Italia per affrontare il cambiamento della assistenza di prossimità: analisi quali-quantitativa del database Pdta Net. Roma 2023.

²³ Per i PDTA della SM si veda anche AISM, I PDTA aziendali per la Realizzazione della Presa in Carico Integrata. 2023 – link [QUI](#)

rilevati, sia evidente l'eterogeneità dei documenti per *denominazione, struttura e patologie trattate*.

Il NSG valuta alcuni PDTA attraverso 10 indicatori, tutti No Core; 2 di questi sono relativi alla BPCO, 2 allo scompenso cardiaco, 1 al diabete e 5 alle patologie tumorali (1 tumore della mammella; 2 tumore del colon; 2 tumore del retto).

Sotto la lente della misurazione vi sono ad esempio l'aderenza alle terapie farmacologiche richiamata in precedenza, le tempistiche degli interventi chirurgici e gli esami di laboratorio per le patologie considerate ma ciò che colpisce - proprio per l'importanza rivestita dai PDTA in termini di strumenti deputati a definire un migliore processo assistenziale - è che **nessuno di questi indicatori concorre all'assegnazione del punteggio LEA alle Regioni** (Tab. 21).

Tab. 21 – PDTA e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
2 BPCO, 2 scompenso cardiaco, 1 diabete, 1 tumore della mammella, 2 tumore del colon, 2 tumore del retto attraverso NSG (oggi indicatori No Core)	Attuazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC) introducendo indicatori specifici relativi ai PDTA. Andrebbe incrementato il loro numero da monitorare e da valutare (es. indicatori proposti nel PDTA per la Sclerosi Multipla (SM) da AISM e pubblicati dall'Agenas nel 2022).
	Qualità, accessibilità ed equità dell'assistenza garantita alle persone con malattia rara, anche attraverso indicatori di monitoraggio e verifica dell'attuazione del Piano Nazionale Malattie Rare
	Tutti gli indicatori relativi ai PDTA dovrebbero diventare indicatori CORE e concorrere all'assegnazione del punteggio LEA nelle regioni

Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute

2. PNRR e DM 77/2022: RIORGANIZZAZIONE dell'ASSISTENZA TERRITORIALE

Altro esempio che mostra come il NSG non sia completamente in grado di cogliere i processi di erogazione delle prestazioni in termini di *efficienza, appropriatezza, efficacia e sicurezza delle cure* è rappresentato dalla **mancata verifica della qualità e accessibilità dell'assistenza territoriale** nelle Regioni.

Se il **PNRR** ha l'obiettivo di mettere in piedi un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale, potenziando i servizi assistenziali territoriali, il **DM 77/2022**²⁴ non dimentica il ruolo centrale dell'**assistenza primaria**, ricordando come questa rappresenti *la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario universalistico, equo, di prossimità...per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società*.

Il DM 77/2022 è stato approvato il 23 maggio del 2022 contribuendo a dare gambe a una parte sostanziale della **Missione 6 del PNRR** relativa ai servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio.

²⁴ Cfr. Decreto n. 77/2022 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Disponibile in GU n.144 del 22.6.2022.

Nel decreto per la prima volta vengono infatti **fissati gli standard per l'assistenza territoriale**, inseriti modelli organizzativi ed assistenziali come le Case della Comunità, delineato il contesto organizzativo e professionale all'interno del quale si dovrebbero sviluppare gli investimenti del PNRR. La cornice normativa del DM 77/2022 lascia però alle regioni ampi spazi di manovra che a livello di tempistiche vengono colmate dal PNRR solo nella parte del rispetto dei tempi relativi alla realizzazione delle strutture (Tab. 22).

Tab. 22 – Realizzazione di Case della Comunità, Ospedali e di Comunità e Centrali Operative (COT)

Strutture	Attive	Previste	% realizzazione	Anno target PNRR
Case di Comunità:	187	1.430	13,07	2026
Ospedali di Comunità	76	434	17,51	2026
COT	77	611	12,60	2024

Fonte: Salutequità su dati Agenas, Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022

In pratica sull'attuazione del DM 77/2022 gira l'intera riorganizzazione dell'assistenza territoriale con il distretto che resta un punto di riferimento dell'erogazione delle cure. Attraverso il **monitoraggio di Agenas**²⁵ si indaga il recepimento degli adempimenti normativi e giuridici, sulla programmazione regionale e sulle attuazioni organizzative.

Il monitoraggio richiamato dalla norma è **in capo ad Agenas** ma ad oggi nessuno di questi indicatori rientra tra quelli del NSG dei LEA (Tab. 23).

Preme quindi avere un **sistema di monitoraggio nazionale più robusto** in grado di fotografare quanto sarà messo in campo ma soprattutto di evidenziare se e quali standard sono rispettati, tenendo presente che il provvedimento è entrato in vigore lo scorso luglio 2022 e che le Regioni dovrebbero aver già adottato il provvedimento generale di **programmazione dell'assistenza territoriale** anche sulla base dei rilievi di quanto già esistente in termini di modelli di medicina generale e pediatria di libera scelta, evoluti e organizzati fisicamente e funzionalmente sul territorio.

Tra le aree che dovrebbero essere misurate, monitorate e valutate dal "Nuovo Sistema di Garanzia" dei LEA rientra ad esempio l'integrazione tra **servizi sanitari e sociali** che seppur obbligatoria nel DM 77/2022, è affrontata in modo troppo debole quando vengono fissati gli standard.

²⁵ Agenas, Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022. Settembre 2023 https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2_finale.pdf

Tab. 23 - Monitoraggio degli standard dell'assistenza territoriale e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
Attuazione e rispetto del DM 77/2022 attraverso monitoraggio Agenas	Qualità e accessibilità dell'assistenza primaria (MMG, PLS, Continuità Assistenziale – DM 77/2022) nelle Regioni
	Attuazione e rispetto del DM 77/2022/2022 in termini di standard dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFEC) e all'ulteriore personale infermieristico, medico e delle altre professioni coinvolte
	Integrazione con i Servizi Sociali
	Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

ASSISTENZA PRIMARIA

Le Case della Comunità (Hub o Spoke) rappresentano la porta di accesso dell'assistenza primaria. L'offerta dei servizi ruota intorno a MMG/PLS, medici specialisti, infermieri di famiglia o comunità (IFOC), infermieri impegnati nell'assistenza domiciliare, farmacisti, psicologi e assistenti sociali.

Il DM 77/2022 assegna "indicazioni" strutturali, organizzative e tecnologiche per le Case della Comunità alcune delle quali rappresentano i requisiti minimi obbligatori per il loro funzionamento.

I **MMG organizzati in AFT** (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e in aggiunta alle attività svolte nei confronti dei loro assistiti dovranno **garantire** nelle Case della Comunità l'assistenza medica, integrandosi con il servizio di Continuità Assistenziale (h 24) in linea con gli standard fissati. **L'uso del termine "garantire"** stimola all'istante il richiamo al monitoraggio dei LEA e ad un aggiornamento/integrazione dei suoi indicatori, senza il quale, la robusta variabilità di "comportamenti" nelle regioni tenderà a restare così come già la conosciamo.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Dei 4 indicatori che contribuiscono alla misurazione dell'Assistenza domiciliare integrata (D20Z, D21Z, D22Z e D23Z), solo l'indicatore D22Z che fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (coefficienti di intensità assistenziali = CIA 1, CIA 2, CIA 3) è considerato CORE.

La Corte dei Conti²⁶ nel prendere a riferimento il Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza dell'anno 2021 ha segnalato come il tasso di pazienti trattati in ADI sia **rimasto carente**, soprattutto nel caso dell'indicatore CIA 1, mostrando **ben 8 regioni** al di sotto della soglia minima del 2,6%: **Valle d'Aosta, Lombardia, PA Bolzano e le regioni in piano di rientro ad eccezione dell'Abruzzo.**

²⁶ Corte dei Conti, Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica. 2023

Considerato che tra gli obiettivi del PNRR rientra il potenziamento dell'ADI e che il DM 77/2022 ha fissato lo **standard nazionale in 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente**, tale processo di erogazione entro il 2026 andrebbe verificato e garantito, andando ad analizzare anche il numero e la tipologia di professionisti coinvolti nell'equipe e le ore di assistenza dedicate.

Si tenga infine conto che per confrontare l'obiettivo del PNRR con il livello di assistenza attualmente garantito, andrebbero presi a riferimento tutti i CIA mentre **attualmente il "livello base"** (gg. 4 di assistenza su gg. 30 di cura) **ai fini dell'indicatore LEA non è contemplato** (Tab. 24).

Tab. 24 – Assistenza domiciliare integrata e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3 relativi a cure che richiedono un'intensità più elevata) attraverso NSG	Composizione dell'equipe e numero di professionisti
	Ore di assistenza dedicata ai pazienti
	CIA di livello base
	Rispetto dei criteri di accreditamento come da Intesa Stato Regioni (Rep. Atti 151/CSR . 4/08/21)
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

IL NODO SUL PERSONALE SANITARIO

Per lo sviluppo dell'assistenza territoriale il DM 77/2022 ha previsto anche gli **standard di personale** con un numero di professionisti differente a seconda della struttura considerata e della necessaria intensità di cura (Tab. 25).

Il PNRR nel finanziare le opere strutturali, ha tuttavia **escluso il costo del personale necessario** per farle funzionare e tali costi confluiscono pertanto nel bilancio dello Stato.

Tab. 25 – Standard del personale

STRUTTURA	STANDARD DEL PERSONALE
Casa della Comunità (solo HUB)	7-11 Infermieri 1 assistente sociale 5-8 unità di Personale di Supporto (es. amministrativo)
Centrale operativa territoriale (COT)	1 Coordinatore Infermieristico 3-5 Infermieri 1-2 unità di Personale di supporto (in coerenza con Legge 30/2021 n° 234, art. 1, comma 274)
Unità di Continuità Assistenziale (UCA)	1 medico 1 infermiere (integrabile con altre figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale)
Ospedale di Comunità	7-9 infermieri (1 dei quali = Coordinatore infermieristico) 4-6 Operatori Sociosanitari 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative 1 Medico (4,5 ore al giorno 6 giorni su 7)
Rete delle cure palliative	...nell'ambito delle risorse umane disponibili... anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza è assicurata: 1. nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un'équipe di cure palliative; 2. nell'ambito ambulatoriale da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; 3. a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari dall'Unità di Cure Palliative – UCP...in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; 4. all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti
Fonte: DM n° 77/2022 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale	

Per garantire l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale, il Governo dapprima ha stanziato **94,4 milioni di euro per le Case di Comunità** (DL 34/2020) e successivamente, con la **Legge di Bilancio 2022** ha stanziato un ulteriore finanziamento per tutti quegli oneri di spesa relativi al personale dipendente, non coperti dal DL 34/2020 e per quello convenzionato.

In buona sostanza, il Governo ha iniziato a finanziare le spese per il personale gradualmente con ampio anticipo; tentativi per fronteggiarne la carenza affondano le radici anche in epoca antecedente all'emergenza da Covid-19; con il DL n° 198/2022, prorogato con Legge n° 14/2023, ad esempio è stato elevato il limite massimo di età

da 70 a 72 anni fino a dicembre 2026 per lo svolgimento dei rapporti di convenzione dei medici con il SSN, in caso di mancanza di personale collocabile²⁷.

Di seguito le più recenti fonti di finanziamento per il personale sanitario (Tab. 26) e come il fabbisogno di questi è verificato dal NSG (Tab. 27).

Tab. 26 – Fonti di finanziamento per il personale sanitario

FONTI	TIPOLOGIA RISORSE
DL 34/2020 (risorse stabili)	- € 480 milioni per il reclutamento di personale infermieristico - € 766.466.017 di cui 733.969.086 per il rafforzamento dell'ADI e 32.496.931 per l'operatività delle COT
Legge di bilancio 2022 (L. n° 234/21) (risorse a valere sul FSN)	- € 90,9 milioni per il 2022 - € 150,1 milioni per il 2023 - € 328,3 milioni per il 2024 - € 591,5 milioni per il 2025 -€ 1.015,3 milioni a decorrere dal 2026. <i>Le risorse sono finalizzate all'assunzione di personale dipendente da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente e per quello convenzionato.</i>
Altre tipologie di risorse	Risorse derivanti dal PNRR mediante risparmi sulla riorganizzazione delle cure territoriali e conseguente riduzione di ricoveri inappropriati, di accessi al pronto soccorso e di spesa farmaceutica.
Fonte: Salutequità su dati Camera dei Deputati, Documentazione e ricerche. Marzo 2023	

Tab. 27 – Fabbisogno di personale e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
Ad oggi nessun indicatore all'interno del NSG	Rispetto della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, prevista dal Decreto di gennaio 2023
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

All'interno di questo quadro, merita un breve approfondimento la figura professionale dell'**infermiere di famiglia o Comunità (IFoC)**: il DM 77/2022 ne prevede uno ogni 3.000 abitanti a fronte del DL 34/2020 che ne prevedeva 1 ogni 50.000 abitanti.

Guardando bene, la norma pare non "valorizzare" pienamente il tratto identitario dell'IFoC poiché quest'ultimo risulta direttamente impegnato in tutte le attività e in tutti i setting assistenziali del distretto (Tab. 28), svuotandolo di fatto di quel peculiare profilo di competenze e funzioni a questo specificatamente attribuite (dalla letteratura), anche a seguito di specifici percorsi post lauream, master compresi.

²⁷ Camera dei Deputati. Servizio studi. Organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Giugno 2023.

Tab. 28 – Standard infermiere di Famiglia o Comunità secondo il DM 77/2022

1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità *impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola...*

Fonte: DM n° 77/2022 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale... - Distretto: funzioni e standard organizzativi

STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE

La stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni, inserita nel più ampio quadro della “medicina di iniziativa”, rappresenta un altro punto cardine del DM 77/2022.

Si tratta di uno strumento che permette di rafforzare e valorizzare i servizi territoriali poiché volto ad implementare e supportare la programmazione e la presa in carico.

La **Stratificazione della Popolazione per profili di rischio**, per mezzo di algoritmi predittivi consente di diversificare le strategie di intervento da rivolgere alla popolazione in termini di presa in carico sulla base del livello di rischio, bisogni di salute e consumo delle risorse e permette inoltre di **definire il “Progetto di salute”²⁸**.

L'art. 7 del DL n°24/2020 sulla scorta della crescente disponibilità di dati digitali, aveva già alzato l'attenzione sulla *possibilità di sviluppare modelli predittivi...*e dunque la stratificazione e l'identificazione dei bisogni di salute si basano sull'utilizzo di dati che permetteranno di identificare il livello di rischio e come secondo step, di individuare interventi personalizzati e maggiormente appropriati da inserire nel Progetto di Salute.

In questo modo si chiede ai servizi sanitari non solo di tutelare la salute di chi richiede una prestazione ma quella dell'intera popolazione.

L'adozione di un *modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale* (Tab. 29) permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme a garanzia di equità di accesso ed omogeneità di presa in carico; per fare ciò è stata prevista una **piattaforma** all'interno della quale confluiranno tutte le informazioni utili della popolazione di un determinato territorio.

²⁸ Cfr. DM77/22, Allegato 1. Il Progetto di salute si attiva al momento dell'accesso al SSN e supporta la persona e i professionisti nelle diverse fasi di cura. Il progetto di salute rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così' come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

Tab. 29 – Stratificazione della popolazione e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
Attualmente non risultano verifiche rispetto allo stato di attuazione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale	L'adozione del sistema di stratificazione della popolazione comune su tutto il territorio nazionale (oggi assente nel NSG ma previsto anche all'interno del DM 77/2022)
Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute	

TELEMEDICINA e FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

La sanità elettronica è la spina dorsale della riorganizzazione del territorio poiché in tutte le unità operative territoriali che compongono il distretto sono previste **soluzioni digitali**: ogni distretto dovrà poter contare su **infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili** con i sistemi di sanità digitale nazionale (es. Tessera Sanitaria, SPID) e regionale (es. FSE) e con le soluzioni di telemedicina.

La Missione 6 include anche misure che permetteranno il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), strumento indispensabile per permettere tra singolo paziente e professionisti sanitari la produzione e la condivisione di documenti in formato elettronico.

Al FSE il PNRR ha destinato 1,38 miliardi di euro con l'obiettivo di potenziarlo, garantirne la diffusione e un uso omogeneo su tutto il territorio oltreché l'accessibilità sia da parte dei pazienti sia dei professionisti sanitari.

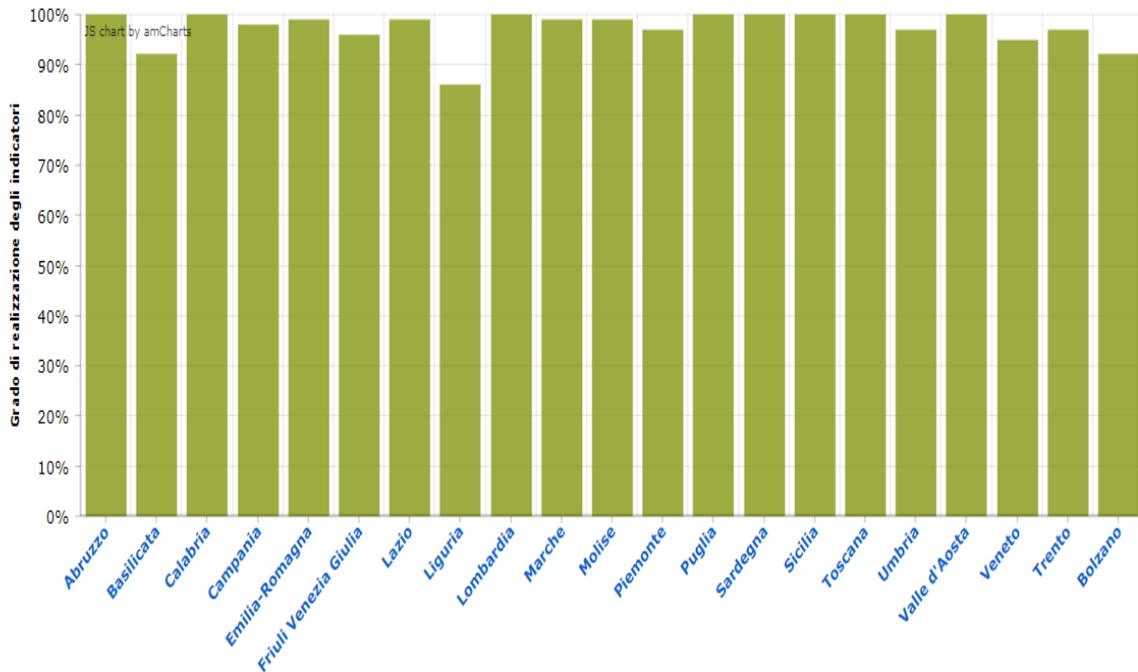
Una sfida ardua solo a guardare in particolar modo gli *indicatori di utilizzo* messi a disposizione dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) e Ministero della Salute²⁹ (Graf. 1-6).

²⁹ Monitoraggio utilizzo FSE – Disponibile [QUI](#) - Ultimo accesso novembre 2023

Grafico 1 – Monitoraggio FSE, Indicatori di Attuazione

Indicatore monitoraggio di attuazione per tutte le regioni

Dati riferiti al 3° trimestre 2023 o all'ultimo aggiornamento rilevato dalle singole regioni.
Cliccando sul nome della singola regione si possono consultare i relativi dati specifici



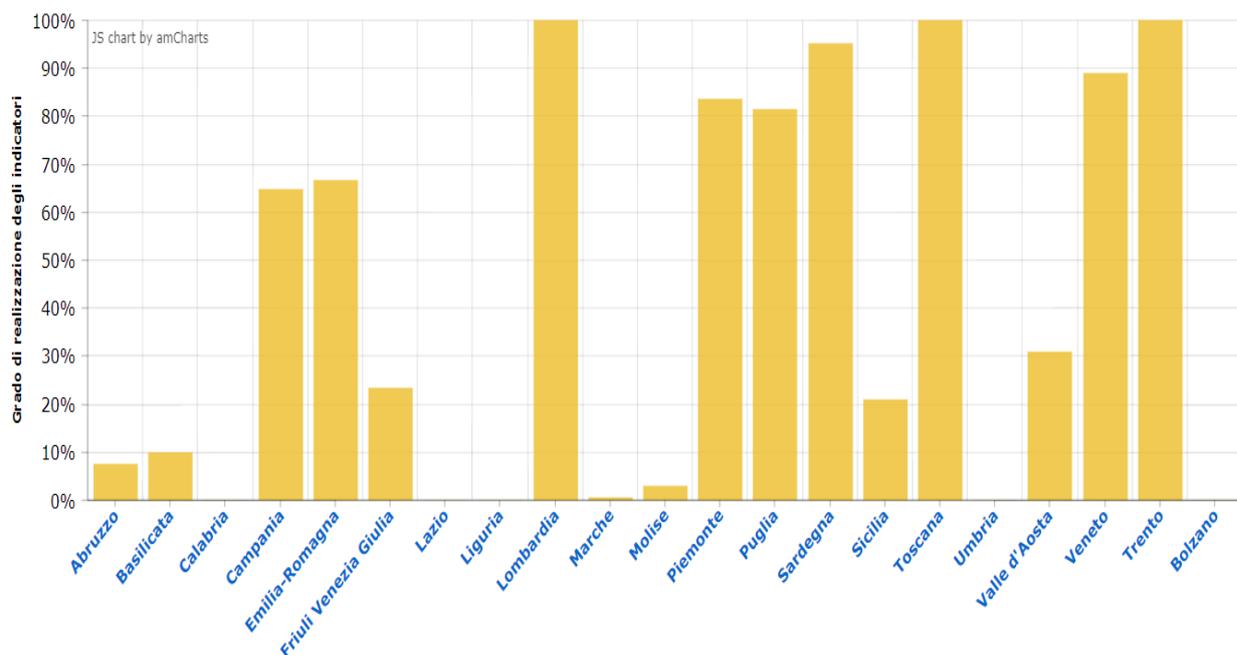
Fonte: AgID e Ministero della Salute Monitoraggio attuazione FSE – Ultimo accesso novembre 2023

Grafico 2 – Monitoraggio FSE, Indicatori di Utilizzo

Indicatore monitoraggio di utilizzo "Aziende Sanitarie" per tutte le regioni

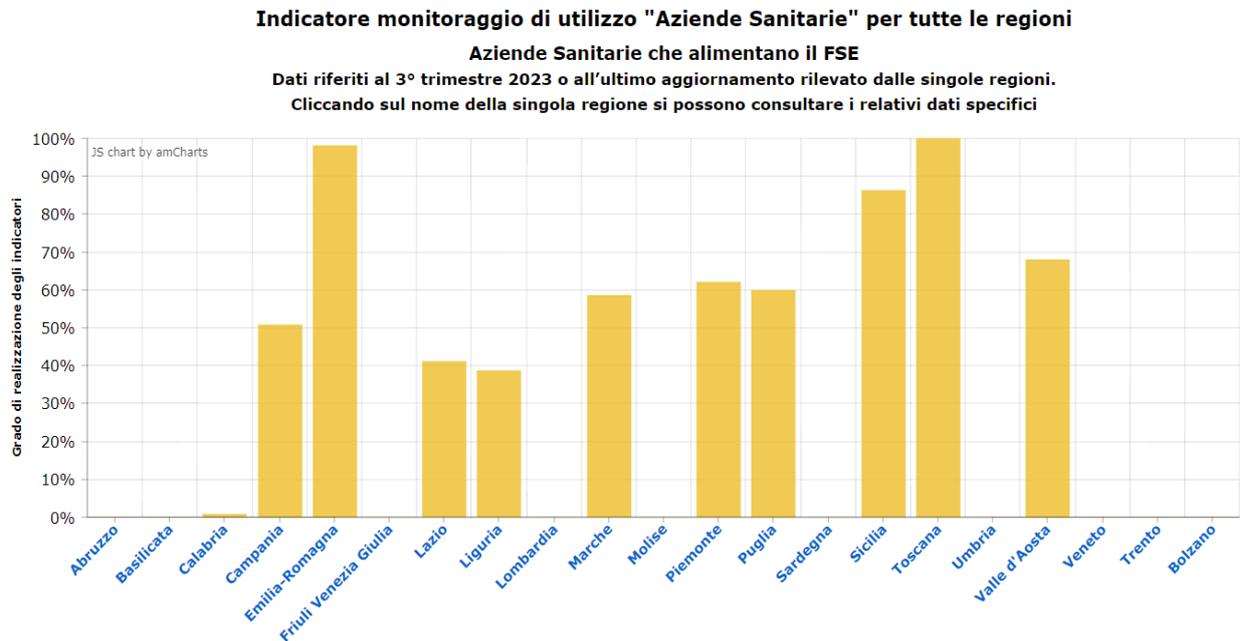
Operatori sanitari abilitati al FSE

Dati riferiti al 3° trimestre 2023 o all'ultimo aggiornamento rilevato dalle singole regioni.
Cliccando sul nome della singola regione si possono consultare i relativi dati specifici



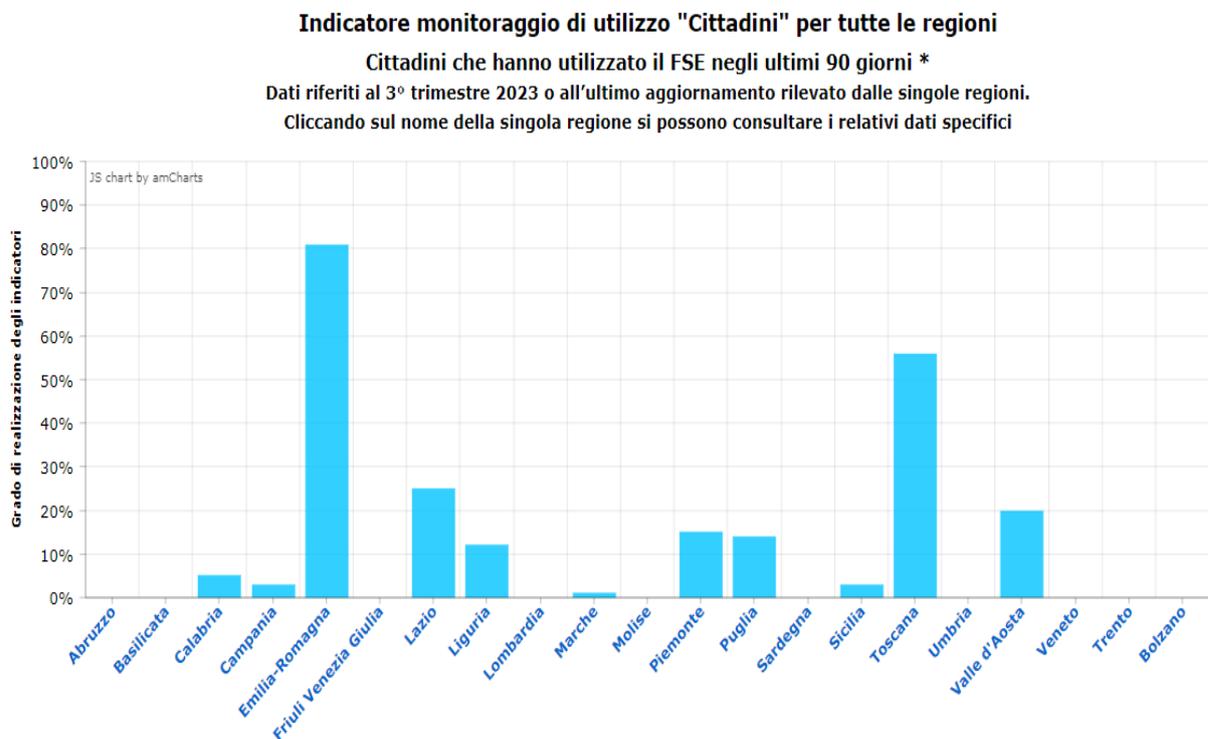
Fonte: AgID e Ministero della Salute Monitoraggio utilizzo FSE – Ultimo accesso novembre 2023

Grafico 3 – Monitoraggio FSE, Indicatori di Utilizzo



Fonte: AgID e Ministero della Salute Monitoraggio utilizzo FSE – Ultimo accesso novembre 2023

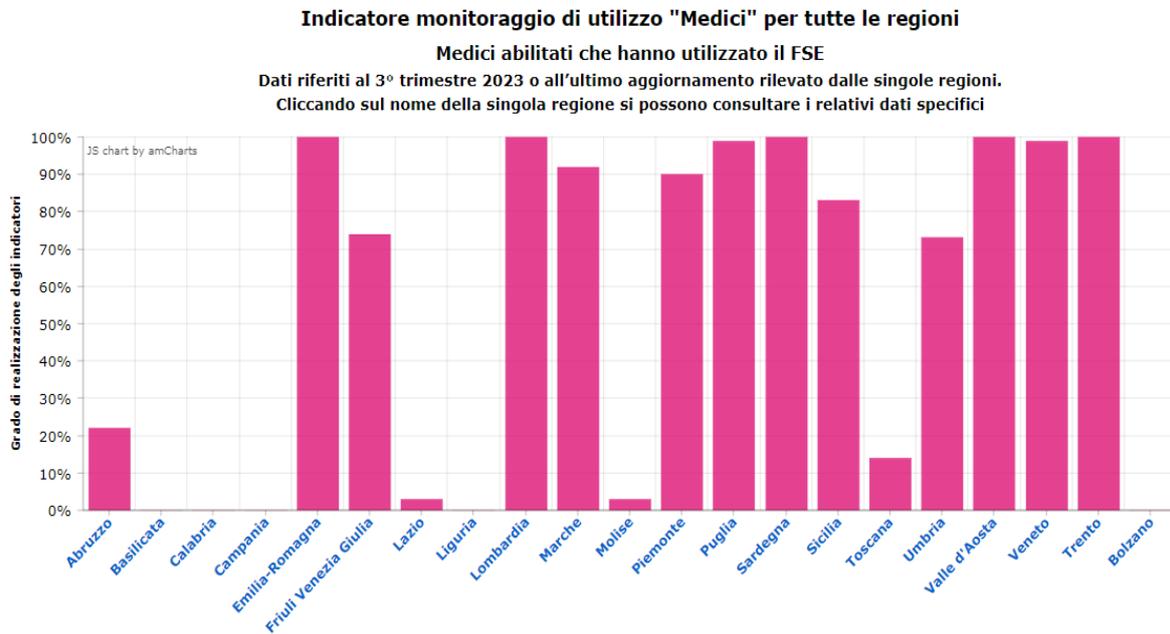
Grafico 4 – Monitoraggio FSE, Indicatori di Utilizzo



* Il dato si riferisce alla % di accesso da parte dei cittadini ai propri FSE nei quali è stato reso disponibile almeno un nuovo documento negli ultimi 90 giorni.

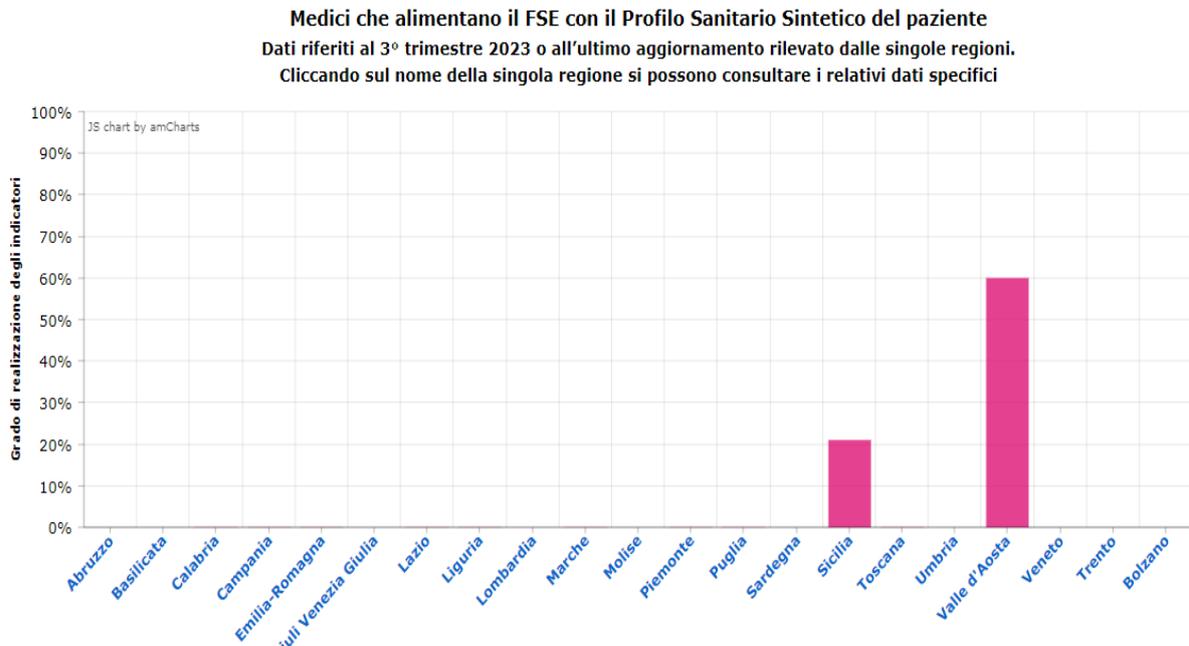
Fonte: AgID e Ministero della Salute Monitoraggio utilizzo FSE – Ultimo accesso novembre 2023

Grafico 5 – Monitoraggio FSE, Indicatori di Utilizzo



Fonte: AgID e Ministero della Salute Monitoraggio utilizzo FSE – Ultimo accesso novembre 2023

Grafico 6 – Monitoraggio FSE, Indicatori di Utilizzo



Fonte: AgID e Ministero della Salute Monitoraggio utilizzo FSE – Ultimo accesso novembre 2023

Alla **Missione 6 Componente 1 del PNRR (M6C1)** che tra gli obiettivi ha quello di rafforzare la telemedicina e la domotica, sono stati assegnati **7 miliardi di euro**³⁰.

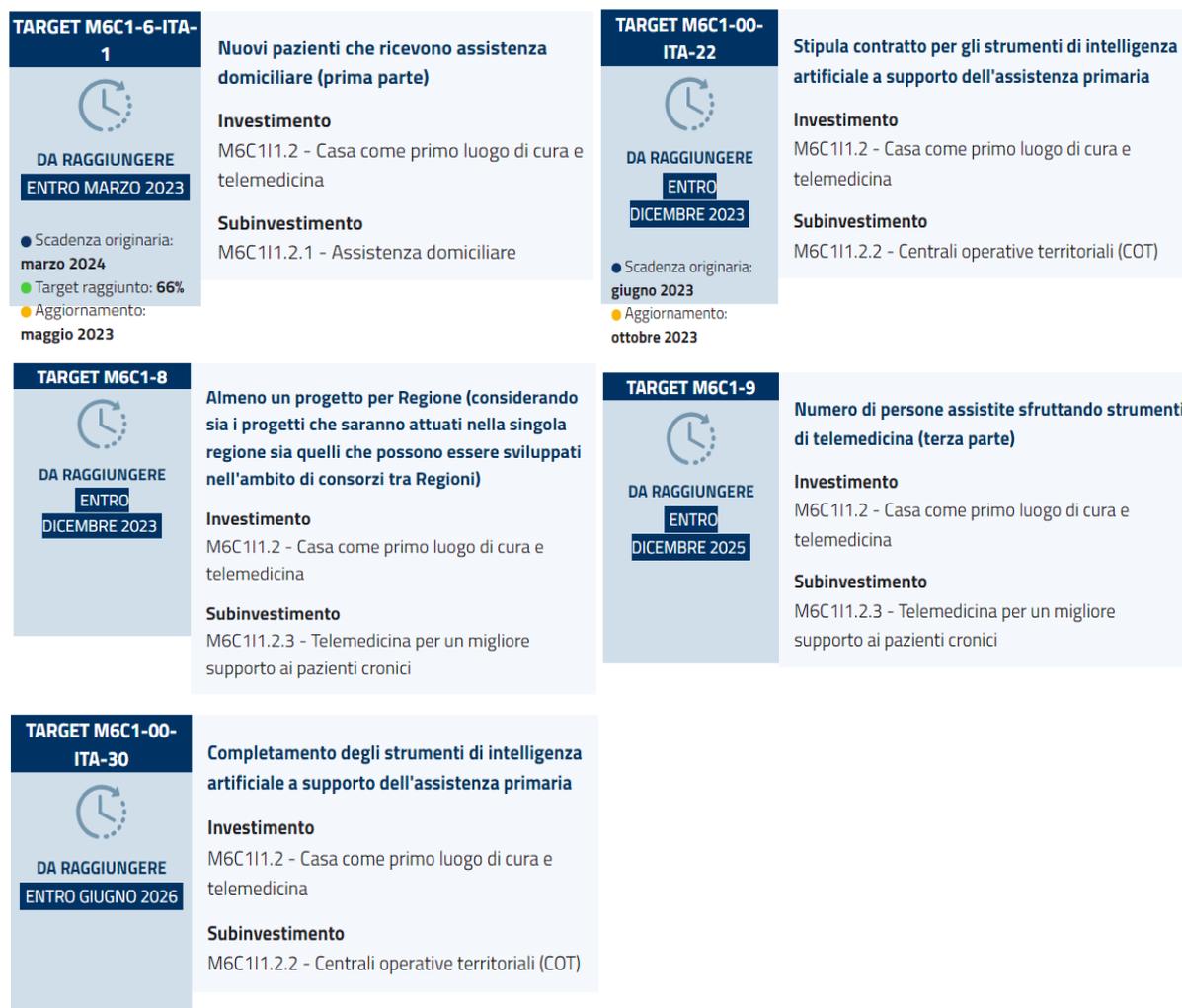
La seguente tabella (Tab. 30) sintetizza i principali investimenti previsti per queste innovazioni mentre le successive figure (Fig. 2) i target prossimi alla scadenza del 2023 e ancora da raggiungere per ciascun sub-investimento.

Tab. 30 – Investimenti previsti per la telemedicina

MISSIONE	SUB INVESTIMENTO	OBIETTIVO
M6C1 1.2 "Casa come primo luogo di cura e Telemedicina" 4 miliardi di euro ripartiti in sub-investimenti	1) sub-investimento 1.2.1 Assistenza domiciliare: identificazione di un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari (ADI) sfruttando le nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione) - 2.720 milioni	Aumentare prestazioni ADI entro giugno 2026 (10% popolazione di età > 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti).
	Nel 2022 sono state pubblicate le Linee guida modello digitale ADI	
	2) sub-investimento 1.2.2 attivazione di 600 Centrali Operative Territoriali (COT con funzione di coordinare i servizi domiciliari con altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza - 280 milioni Tale sub-investimento si divide in ulteriori sub-investimenti. - 1.2.2.2 per l'"Interconnessione aziendale"; - 1.2.2.3 per i "Device" - 1.2.2.4 per la "Piattaforma di Intelligenza Artificiale a supporto dell'Assistenza sanitaria primaria" che servirà per l'erogazione di servizi digitali. - 1.2.2.5 "Portale della trasparenza" - 25.482.412 milioni	
	3) sub-investimento 1.2.3 Utilizzo della Telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche - 1 miliardo Con il Decreto del Ministero della Salute del 1° aprile 2022, il sub-investimento 1.2.3 è stato articolato in: - 1.2.3.1 per "Piattaforma di telemedicina" - 250 milioni; - 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina" - 750 milioni	Assistere, nel 2025 almeno 200.000 persone sfruttando strumenti di telemedicina
Il DM Salute 21 settembre 2022 ha approvato le linee guida per i servizi di telemedicina fissando i requisiti a garantire di omogeneità a livello nazionale ed efficienza nell'attuazione dei servizi di telemedicina.		
Fonte: Salutequità su dati Camera dei Deputati, Documentazione e ricerche. Marzo 2023		

³⁰ Cfr. Decreto di ripartizione programmatica delle risorse del 20 gennaio 2022.

Fig. 2 – Target M6C1 - Reti di prossimità - investimento M6C1 11.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina



Fonte: Ministero della Salute

La fotografia sopra restituita testimonia l'urgenza di verificare e garantire il livello di completezza e di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte di cittadini, professionisti sanitari e ASL e di verificare e garantire l'equità di accesso alle prestazioni di telemedicina in tutte le Regioni (Tab. 31).

Tab. 31 – FSE, telemedicina e indicatori NSG

Cosa si valuta	Alcuni esempi di cosa dovrebbe valutare il NSG
Fascicolo Sanitario Elettronico: ad oggi nessun indicatore all'interno del NSG	Verificare e garantire il livello di completezza e di utilizzo del FSE (da parte di cittadini, professionisti sanitari e ASL)
Telemedicina in tutte le Regioni: ad oggi nessun indicatore all'interno del NSG	Verificare e garantire l'equità di accesso alle prestazioni di telemedicina in tutte le Regioni

Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute

REVISIONE del PNRR: MODIFICA della MISSIONE 6

Nella bozza³¹ diramata dal Ministero per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR vi sono proposte per la revisione del PNRR che interessano anche la M6.

Per la Componente 1 è stata prevista principalmente *una rimodulazione del target da un punto di vista quantitativo o nel differimento della scadenza...* Le strutture espunte a seguito della rimodulazione del target verrebbero realizzate mediante il ricorso alle risorse nazionali del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico ex art. 20 della legge n. 67/1988, o, se necessario, mediante riprogrammazione delle risorse della politica di coesione (FSC).

In generale, le proposte di rimodulazione hanno l'obiettivo di *preservare l'ambizione della missione Salute e a realizzare appieno quanto previsto dal DM n. 77/22, rendendo le strutture territoriali pienamente funzionanti ed operative anche attraverso l'integrazione di figure professionali quali gli specialisti ambulatoriali interni e la dotazione di attrezzature e tecnologie innovative e sostenibili dal punto di vista energetico.*

La riprogrammazione degli interventi è così proposta (Tab. 32):

Tab. 32 – Ri-programmazione degli investimenti per Sub Missione. Componente 1 e 2

Missione 6 Componente 1	Intervento/Modifica
Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	<p>CdC da 1.350 a 936. Numero ridotto a causa dell'aumento dei costi di investimento e dei tempi di attuazione (Art. 21 del regolamento 2021/241).</p> <p>La rimodulazione interessa i nuovi edifici per i quali la realizzazione entro giugno 2026 è a rischio.</p> <p><i>Gli investimenti espunti verranno comunque realizzati... mediante il ricorso alle risorse nazionali del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico...</i></p> <p>Le risorse residue dovute alla riduzione del target potrebbero essere utilizzate per: nuova sub-linea d'investimento (rafforzamento dei Poliambulatori), sostituzione o implementazione di apparecchiature di radiodiagnostica di base e/o radiologia domiciliare e laboratoristica...</p>
Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	<p>COT da 600 a 524 + differimento di mesi 6 (2024)</p> <p>Le COT escluse dal target verranno realizzate con risorse a valere su fondi nazionali, ex art. 20 della legge n. 67/88.</p> <p>TARGET PERSONE ASSISTITE ATTRAVERSO GLI STRUMENTI DELLA TELEMEDICINA: differimento di mesi 6 (da fine 2025 al 2026) a causa della difficoltà a reperire materie prime (es. metalli e materiali utilizzati nelle apparecchiature tecnologiche) e dell'incremento generalizzato dei relativi prezzi e del costo dell'energia (Art. 21 del regolamento 2021/241).</p>

³¹ Ministero per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR, Proposte per la revisione del PNRR e capitolo RePowerEU. 27 luglio 2023

M6C1 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).	Progetti da 400 a 304. Le risorse saranno investite in progetti di ristrutturazione di edifici esistenti. <i>I progetti che presentano un maggior rischio di mancata realizzazione entro i termini saranno invece finanziati con le risorse dell'art. 20 legge n. 67/1988 ...</i>
Missione 6 Componente 2	
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	Ampliare disponibilità di strumenti contrattuali disponibili ai soggetti attuatori per consentire il perfezionamento degli interventi avviati sugli accordi quadro Consip già ad oggi disponibili... <i>...con le economie di gara e di progetto nonché le risorse dei progetti in essere ex art. 20 della legge 67/88 non rendicontate potrà essere inserita una linea d'intervento a favore della gestione dei farmaci mediante il finanziamento di 100 progetti innovativi di logistica del farmaco.</i> Differimento dal 2024 al 2025 per completare tutte le attività necessarie per l'acquisto, l'installazione e la sostituzione delle apparecchiature obsolete o fuori uso <i>Le economie di gara e di progetto nonché le risorse del fondo ex art. 20 della legge 67/88 inoltre potrebbero essere destinate all'introduzione di apparecchiature innovative e/o upgrade di quelle esistenti...</i> <i>...le economie dei progetti in essere ex art. 20 l 67/88 non rendicontate potranno finanziare due nuove linee d'intervento a favore dell'adeguamento di 100 sale operatorie e del rafforzamento tecnologico mediante l'introduzione di tecnologie innovative in ambito chirurgico con l'acquisto e/o noleggio di 80 robot chirurgici.</i>
M6C2 – Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	Riduzione degli interventi antisismici nelle strutture ospedaliere funzionali all'allineamento alle norme antisismiche da 109 ad 87. <i>Per tali progetti, ritenuti a rischio di conseguimento del target per criticità relative all'esecuzione delle opere o all'organizzazione del cantiere, è previsto il finanziamento con le risorse ex art. 20 legge 67/88. Le risorse liberate dalla rimodulazione del target potranno essere destinate a coprire i maggiori costi... intervenendo con opere impiantistiche finalizzate all'adeguamento degli impianti aereazioni e all'adeguamento antincendio.</i>
M6C2 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE).	<i>La proposta di modifica riguarda la previsione secondo la quale l'integrazione/l'inserimento dei documenti nel FSE deve iniziare dai documenti nativi digitali, escludendo dal perimetro dell'intervento la migrazione/trasposizione ad hoc di documenti cartacei attuali o vecchi.</i>
Fonte: Salutequità su dati del Ministero per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR. 2023	

3. DECRETO TARIFFE dei NUOVI LEA

Lo scorso aprile 2023 la Conferenza Stato-Regioni ha raggiunto l'intesa sul “Nuovo Decreto Tariffe” che recepisce l'aggiornamento dei LEA 2017. Le sostanziali modifiche riguardano il **nomenclatore della specialistica ambulatoriale** e quello **dell'assistenza protesica** che entreranno entrambe in vigore il 1° aprile 2024³².

³² Si segnala che fino a novembre 2023, il **nomenclatore della specialistica ambulatoriale** e quello **dell'assistenza protesica** sarebbero dovuti entrare in vigore rispettivamente il 1° gennaio e il 1° aprile 2024.

In tali nomenclatori, “congelati” da oltre vent’anni, sono state introdotte prestazioni tecnologicamente più avanzate ed escluse quelle ritenute obsolete.

A giugno 2023 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto³³ recante la *Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica* che recepisce l’aggiornamento dei LEA. La definizione delle tariffe permette di erogare concretamente e uniformemente su tutto il territorio nazionale le nuove prestazioni inserite nei nuovi LEA. **Le principali novità dei due nomenclatori** sono riportate nella successiva tabella (Tab. 33); al contempo si segnala sia la revisione dell’elenco delle **malattie rare**, le cui prestazioni saranno erogate in regime di esenzione sia la revisione dell’elenco delle **malattie croniche**, introducendo ad esempio nuove patologie esenti e **spostando tra le malattie croniche** alcune patologie prima ricomprese tra le malattie rare (es. celiachia).

Tab. 33 – Principali aggiornamenti del nomenclatore per la specialistica ambulatoriale e per l’assistenza protesica

SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Prestazioni di procreazione medicalmente assistita (PMA) a carico del SSN in regime di assistenza specialistica ambulatoriale e non più solo in regime di ricovero
	Prestazioni di genetica con aggiornamento dell’elenco di patologie per le quali è necessaria l’indagine su un determinato numero di geni;
	Consulenza genetica per illustrare al paziente i diversi aspetti relativi al test genetico (es. spiegazione e implicazione del test genetico)
	Prestazioni ad elevato contenuto tecnologico (es. adroterapia, enteroscopia con microcamera ingeribile)
ASSISTENZA PROTESICA	Qualità: Le descrizioni degli ausili riportano informazioni sulle componenti innovative e criteri di qualità costruttiva, <i>al fine di scongiurare l’erogazione di ausili di scarsa qualità e con caratteristiche tecniche insufficienti</i>
	Destinatari: sono incluse anche le persone affette da alcune malattie rare e gli assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI).
	Burocrazia: le procedure di fornitura vengono semplificate e snellite
	Sarà possibile prescrivere:
	<ul style="list-style-type: none"> • strumenti e software di comunicazione alternativa ed aumentativa; • tastiere adattate per persone con gravissime disabilità; • dispositivi per il puntamento con lo sguardo; • apparecchi acustici a tecnologia digitale; • dispositivi per allarme e telesoccorso; • posaterie e suppellettili adattati per le persone con disabilità motorie; • scooter elettrici a quattro ruote; • carrozzine con sistema di verticalizzazione, bariatriche e per assistiti affetti da distonie; • sollevatori fissi e carrelli servoscala per ambienti interni; • maniglioni, braccioli e supporti per l’ambiente bagno; • ausili (sensori e telecomandi) per il controllo degli ambienti; • protesi ed ortesi di tecnologie innovative.
Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute	

³³ Ministero della Salute. Decreto 23 giugno 2023, Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica – link [QUI](#)

Premesso ciò, emerge la necessità di mettere in campo una **rilevazione puntuale** e dunque un monitoraggio di tutte le nuove prestazioni che già a partire da gennaio 2024 dovranno essere garantite ai cittadini in tutte le Regioni.

Tenuto conto delle “innovazioni” contenute nei **due nomenclatori e delle scelte difficili che il decreto** implica sotto il profilo della spesa, il rischio è che in assenza di nuovi indicatori, ad essere monitorata sarà una quota irrisoria di LEA rispetto a quella che entrerà in vigore a partire dai primi mesi del 2024.

Attualmente infatti il NSG non prevede indicatori capaci di rappresentare con precisione quanto intervenuto e nel monitoraggio è contemplata solo una piccola porzione di LEA.

4. AUTONOMIA DIFFERENZIATA

Sul riconoscimento di maggiori forme di autonomia alle Regioni si dibatte da circa 6 anni; capofila di iniziative sul tema sono state **Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna**. A partire dal 2018 altre regioni hanno mostrato interesse nel raggiungimento di particolari forme di autonomia motivo per il quale, nei successivi periodi di tempo, sono stati intavolati dibattiti che hanno riguardato in modo particolare il rispetto del **principio di sussidiarietà**, la esplicitazione dell'**ampiezza delle materie da attribuire** e soprattutto i **Livelli Essenziali delle Prestazioni e dei Servizi (LEP)** da garantire in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

Di lì a poco è stata predisposta una bozza di disegno di legge sull'attuazione dell'autonomia differenziata che nell'attuale legislatura è stata ulteriormente attenzionata e presentata in Parlamento sottoforma di *Disegno di Legge - Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario* – “DDL Calderoli”- portando con sé anche una riorganizzazione delle responsabilità riguardanti la Sanità.

A marzo 2023 la Conferenza delle Regioni ad eccezione di **Campania, Puglia, Emilia Romagna e Toscana** ha approvato il DDL Calderoli. L'iter parlamentare è proceduto tra audizioni e un significativo numero di emendamenti per approdare più recentemente in Senato; al momento della presente scrittura il percorso è in avanzamento³⁴.

L'**approvazione di un emendamento** del settembre 2023 vede al pari dell'autonomia differenziata, attribuita alle regioni che ne faranno richiesta, la possibilità di essere *modificata o revocata* dallo Stato.

Nell'assegnare maggiore autonomia alle Regioni non si rafforza contestualmente il ruolo dello Stato a garanzia dell'unitarietà, in particolare per gli aspetti relativi al contrasto delle disuguaglianze che rischiano nel tempo di acuirsi ulteriormente. L'approvazione e il finanziamento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) non sono un contrappeso sufficiente per scongiurare l'aumento delle iniquità nell'accesso ai servizi sanitari nelle diverse Regioni.

³⁴ Cfr. Senato della Repubblica, Atto n°615 – link [QUI](#)

L'autonomia differenziata non è infatti subordinata:

- alla individuazione di criteri di riparto del finanziamento dei LEP volti a garantire equità e a rispondere alle caratteristiche specifiche delle Regioni;
- alla definizione e all'approvazione di un Sistema di Garanzia dei LEP all'altezza che permetta al livello centrale di verificare concretamente, tempestivamente e in modo dinamico e puntuale la loro effettiva ed equa erogazione nelle Regioni;
- alla verifica positiva della garanzia dei LEP;
- alla definizione, al finanziamento, all'approvazione e alla verifica degli standard nazionali di personale, tecnologici, organizzativi e infrastrutturali che dovranno concretamente sostenere i LEP.

Proprio per questo, lavorare nella direzione di un rafforzamento e ammodernamento del NSG dei Lea rappresenta una priorità ineludibile per il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

5. CONCLUSIONI e RACCOMANDAZIONI

Il NSG dovrebbe essere uno strumento flessibile capace di adattarsi costantemente alle priorità di salute dei cittadini e a quelle di politica sanitaria del SSN, che sono in continua evoluzione, a partire dalle innovazioni previste dal PNRR. Questo vuol dire poter contare su un sistema dinamico di aggiornamento degli indicatori, **oggi poco sfidanti** (non solo per oggetto ma anche per modalità di calcolo) e inadeguati a misurare la realtà vissuta dai cittadini, oltretutto relativi ad un SSN del periodo pre-pandemico.

Purtroppo, invece, **l'attuale modalità di aggiornamento degli indicatori**, disciplinata dall'art. 5 del DM 12-03-2019, è **rigida**: serve un Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni e sentito il Comitato LEA.

Il Comitato LEA inoltre ha una composizione esclusivamente istituzionale, non prevedendo alcun partecipante laico che possa ridurre il rischio di autoreferenzialità delle attività. Per quanto riguarda gli altri adempimenti LEA si segnala la rilevante attività di verifica formale, come nel caso dell'adempimento "W) Accordi successivi al DPCM 29/11/2001", cioè tutti gli Accordi e le Intese tra lo Stato e le Regioni, con il rischio di perdere di vista la verifica di tipo sostanziale relativa alla concreta implementazione degli Accordi stessi.

1	<p>Prevedere un sistema di aggiornamento agile, flessibile e dinamico degli indicatori di monitoraggio attualmente previsti dal Decreto, andando a modificare la relativa norma che prevede l'adozione di un nuovo Decreto di modifica degli indicatori.</p> <p>Sarebbe inoltre auspicabile l'adozione di una procedura "open" che tenga in considerazione anche proposte di modifica/aggiornamento/integrazione provenienti dall'esterno, così come già accade per l'iter di aggiornamento dei LEA e garantendo un sistema con un elevato livello di accountability.</p>
2	<p>Integrare la composizione del Comitato Lea con la partecipazione di componenti laici, superando l'attuale condizione dove "il controllore è anche il controllato" e introducendo elementi di terzietà nella figura di esperti della materia ed altri stakeholder riconosciuti.</p>
3	<p>Garantire maggiore tempestività e dinamicità di pubblicazione dei punteggi LEA, rivedendo le attuali tempistiche "a consuntivo" (31 dicembre dell'anno successivo), al fine di disporre di un dato più vicino alla realtà e funzionale ad intervenire tempestivamente per aumentare</p>

	la capacità delle Regioni di assicurare senza alcuna discriminazione e dunque con un più alto livello di equità, l'accesso alle prestazioni sanitarie.
4	Attuare la Scheda 2 "Garanzia dei Lea" del Patto per la Salute 2019-2021 con particolare riguardo all'implementazione della previsione dell' "Intervento di potenziamento dei Lea" da parte delle Regioni.
5	Pubblicare i contenuti dei processi di audit con le Regioni e i relativi percorsi di miglioramento dei Lea, i Piani di potenziamento del "Lea critico" (come previsto dal Patto per la Salute 2019- 2021), nonché gli interventi di competenza del Ministro adottati in caso di inerzia o di mancato raggiungimento degli obiettivi di miglioramento.
6	Definire in modo sfidante le soglie di ciascun indicatore, in modo da innalzare progressivamente l'asticella della valutazione delle performance Lea delle Regioni.
7	Verificare tutti gli ulteriori adempimenti Lea in modo sostanziale, a partire dall'adempimento "W) Accordi successivi al DPCM 29/11/2001". Ammodernare e rafforzare il sistema degli adempimenti Lea con nuovi adempimenti, garantendone una pubblicazione tempestiva: l'ultima disponibile risale al 2019. Andrebbe inoltre incrementata almeno al 5% la quota di risorse erogate subordinatamente alla verifica positiva degli adempimenti LEA.
8	<p>Ammodernare, rafforzare e integrare il sottoinsieme "Core" del NSG (possibilità prevista non solo all'interno del suo Decreto istitutivo ma anche all'interno del Patto per la Salute 2019-2021), con l'introduzione di ulteriori indicatori funzionali a:</p> <p>1. Verificare le coperture raggiunte nelle vaccinazioni raccomandate per gli anziani (FLU, PNEUMO e HZ) previste dal PNPV 2023-2025.</p>

	<p>2. Verificare e garantire l'adesione agli screening oncologici organizzati. Sarebbe utile tracciare anche la capacità di raggiungere con invito la popolazione target oltre alla percentuale delle adesioni registrate. Rendere CORE anche l'indicatore sulle lesioni individuate.</p>
	<p>3. Verificare e garantire l'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC). In questo senso dovrebbero essere introdotti indicatori specifici relativi all'adozione del sistema di stratificazione della popolazione (oggi assente nel NSG ma previsto anche all'interno del DM 77/2022), all'aderenza terapeutica (oggi misurata solo parzialmente all'interno di indicatori No Core) e ai PDTA (oggi indicatori No Core e relativi solo a BPCO, scompenso cardiaco, diabete, cancro del colon, del retto e della mammella). In merito ai PDTA si dovrebbe incrementare il numero di PDTA da monitorare e da valutare, partendo ad esempio dagli indicatori proposti nel PDTA per la Sclerosi Multipla (SM) da AISM e pubblicati dall'Agenas nel 2022.</p>
	<p>4. Verificare e garantire la qualità e l'accessibilità dell'assistenza primaria (MMG, PLS, Continuità Assistenziale – DM 77/2022) nelle Regioni (oggi nessun indicatore diretto all'interno del NSG).</p>
	<p>5. Verificare e garantire la qualità dell'ADI (DM 77/2022), andando ad analizzare i professionisti coinvolti nell'equipe e le ore di assistenza per caso (ad oggi l'indicatore previsto all'interno del sottoinsieme è di carattere quantitativo). Andrebbe inoltre verificata l'erogazione della CIA di livello base, nonché l'attuazione e il rispetto dei requisiti di accreditamento delle cure domiciliari (Intesa Stato-regioni agosto 2021).</p>
	<p>6. Verificare e garantire il più alto livello d'integrazione socio-sanitaria degli interventi assistenziali.</p>
	<p>7. Verificare e garantire il livello di completezza e di utilizzo (da parte di cittadini, professionisti sanitari e ASL) del Fascicolo Sanitario Elettronico (ad oggi nessun indicatore all'interno del NSG).</p>
	<p>8. Verificare e garantire l'equità di accesso alle prestazioni di telemedicina (PNRR) in tutte le Regioni (ad oggi nessun indicatore all'interno del NSG).</p>
	<p>9. Verificare e garantire il pieno, tempestivo ed equo accesso alle innovazioni tecnologiche (ad oggi non è previsto alcun indicatore all'interno del NSG).</p>
	<p>10. Verificare e garantire il rispetto dei tempi di accesso alle cure relativi ad ogni codice di priorità, nonché il completo rispetto delle norme previste dal Piano nazionale di governo delle liste di</p>

	<p>attesa (oggi è previsto un solo indicatore nel sottoinsieme Core e un altro all'interno del sottoinsieme No Core).</p>
	<p>11. Verificare e garantire l'attuazione e il rispetto del Decreto sugli standard dell'assistenza territoriale (DM 77/2022), a partire dagli standard dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFEC) e all'ulteriore personale infermieristico, medico e delle altre professioni coinvolte (ad oggi nessun indicatore all'interno del NSG).</p>
	<p>12. Verificare e garantire il rispetto della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, prevista dal Decreto di gennaio 2023.</p>
	<p>13. Verificare e garantire la sicurezza delle cure, quale elemento qualificante dei Lea, attraverso il monitoraggio dell'attuazione della Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), il sistematico monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e una maggiore valorizzazione dei dati sugli esiti del Piano Nazionale Esiti (PNE, compresi gli indicatori del Treemap). Relativamente al PNE si dovrebbe lavorare alla costruzione di un apposito numero indice che possa concorrere all'assegnazione del punteggio Lea nel NSG.</p>
	<p>14. Verificare e garantire il più alto livello di accessibilità, qualità e sicurezza delle cure all'interno dei Pronto Soccorso. Si dovrebbe lavorare ad un indicatore sul tempo di attesa al ricovero in PS (ad oggi non previsto all'interno del NSG) e all'individuazione di un <u>set di indicatori</u>, facendo riferimento alle <i>Linee di Indirizzo sul Triage Intraospedaliero</i> (attualmente non adottate in modo uniforme sul territorio nazionale), alle <i>Linee di Indirizzo Nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso</i> (es. esistenza della funzione di Bed Management) e alle <i>Linee di Indirizzo Nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – Obi</i> (es. tempo di permanenza all'OBI e esito del percorso ricovero/dimissioni dall'OBI).</p>
	<p>15. Verificare e garantire la qualità, l'accessibilità e l'equità dell'assistenza garantita alle persone con malattia rara, anche attraverso indicatori di monitoraggio e verifica dell'attuazione del Piano Nazionale Malattie Rare.</p>
	<p>16. Verificare e garantire il grado di umanizzazione delle cure attraverso la valorizzazione dei dati derivanti dal sistema di "rilevazione periodica e partecipata del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici" già disponibile. Si dovrebbe lavorare alla costruzione di un apposito numero indice che possa concorrere all'assegnazione del punteggio Lea.</p>

	17. Verificare e garantire il rispetto delle norme relative alla regolamentazione di alcuni specifici aspetti dell'assistenza sanitaria come l'intramoenia, la Procreazione medicalmente assistita (PMA), utilizzando i dati certificati contenuti all'interno delle specifiche Relazioni al Parlamento .
	18. Verificare e promuovere il più alto livello di equità sociale (ora indicatore No Core), che attualmente si sostanzia nel tasso di rinuncia alle cure, trasformando l'indicatore, già previsto nel NSG, da "No Core" a "CORE".
	19. Verificare il livello di attuazione e garanzia del Decreto Tariffe sui nuovi Lea, attraverso il monitoraggio dell'erogazione di tutte le nuove prestazioni che a partire dal 1° aprile 2024 dovranno essere garantite ai cittadini in tutte le Regioni.

FONTI DI RIFERIMENTO

1. **Agenas.** Programma Nazionale Esiti 2022. Anno 2023
2. **Agenas.** [Umanizzazione in Ospedale](#) – Ultimo accesso novembre 2023.
3. **Agenas.** Monitoraggio fase 2 concernente l’attuazione del DM n. 77 del 2022. Settembre 2023
4. **AgID.** [Monitoraggio utilizzo FSE](#) – Ultimo accesso novembre 2023
5. **AIFA,** L’uso dei Farmaci in Italia, Rapporto Nazionale 2022. Anno 2023.
6. **AIOM et al.,** I numeri del Cancro in Italia 2023. Anno 2023
7. **Camera dei Deputati. Servizio studi.** Organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Giugno 2023.
8. **Camera dei Deputati. Servizio studi.** I presidi dell’assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR. 2023
9. **Corte dei Conti.** Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica. 2023
10. **Corte dei Conti.** Relazione sullo stato di attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), 2023.
11. **Conferenza Stato – Regioni.** Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021.
12. **Conferenza Stato – Regioni.** Intesa concernente la definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. 2021
13. **Conferenza Stato – Regioni.** Intesa concernente il Patto per la Salute (2019-2021). 2019.
14. **Eurispes, ENPAM.** Il Termometro della Salute. 2° Rapporto sul Sistema Sanitario Italiano. 2023
15. **Fondazione Ricerca e Salute (ReS),** Conoscere i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) regionali approvati in Italia per affrontare il cambiamento della assistenza di prossimità: analisi quali-quantitativa del database PDTA Net. Roma 2023.
16. **Gazzetta Ufficiale.** DM del 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria.
17. **Gazzetta Ufficiale** n.144 del 22.6.2022. Decreto n. 77/2022 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
18. **Italia Longeva,** L’aderenza nella Governance della Long-term care: proposta di Indicatore Sintetico, 2021
19. **Ministero della Salute.** Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell’anno 2021.
20. **Ministero della Salute.** [Vaccinazione Antinfluenzale, Pneumococcica, Anti Herpes Zoster](#)
21. **Ministero della Salute,** [Monitoraggio errori in sanità](#)– Ultimo accesso novembre 2023.
22. **Ministero della Salute.** Linee Guida Nazionali per il Triage Intraospedaliero.
23. **Ministero della Salute.** Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali Metodologia per il calcolo degli indicatori, 2018.
24. **Ministero della Salute.** Decreto 23 giugno 2023, Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.
25. **Ministero della Salute.** Schede tecniche degli indicatori NSG. (Dec. Intermin. 12 marzo 2019 “Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” Art.3, comma 1)
26. **Ministero della Salute.** Linee di Indirizzo sul Triage Intraospedaliero. 2019
27. **Ministero della Salute.** Linee di Indirizzo Nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso. 2019
28. **Ministero della Salute.** Linee di Indirizzo Nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva – Obi. 2019
29. **Ministero per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR.** Proposte per la revisione del PNRR e capitolo RePowerEU. Luglio 2023
30. **Ministero dell’Economia e delle Finanze.** Monitoraggio della Spesa Sanitaria - 10° Rapporto. 2023
31. **NOMOS Centro Studi Parlamentari.** Il dm 71. La riforma dell’assistenza territoriale. 2022.
32. **Salutequità.** Gap Analysis per l’Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA. 2022
33. **Salutequità.** Prevenzione sfida per l’equità nelle Regioni. 2023
34. **Senato della Repubblica,** XIX Legislatura - Attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario, Atto n°615

SALUTE QUITÀ[®]

Realizzato con il contributo non condizionato di:



© Salutequità, dicembre 2023

Attribuzione: Raccomandazioni per l'Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, dicembre 2023

Disponibile su www.salutequita.it

È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte.