



XIX edizione del Forum Meridiano Sanità LA SALUTE IN ITALIA: DISUGUAGLIANZE, LEA E FINANZIAMENTO ALLE REGIONI

**INTERVENTO DEL VICEPRESIDENTE E ASSESSORE AL BILANCIO E FINANZA
DI REGIONE LOMBARDIA DOTT. MARCO ALPARONE**

5 Novembre 2024 ore 9.00 – 10.45 |

ROMA – presso Spazio Esposizioni (Scalinata di via Milano 9/a)

ACCORDO TRA GOVERNO E LE REGIONI IN MATERIA DI INTERVENTI PER IL COMPARTO REGIONALE NELL'AMBITO DELLA MANOVRA DI BILANCIO 2025

- Viene incrementato il vigente livello del finanziamento del fabbisogno sanitario standard cui concorre lo Stato, per 1.302 milioni di euro per l'anno 2025, 5.078 milioni di euro per l'anno 2026, 5.780 milioni di euro per l'anno 2027, 6.663 milioni di euro per l'anno 2028, 7.725 milioni di euro per l'anno 2029 e 8.898 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2030
- Il programma pluriennale straordinario di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico è incrementato di almeno 1,266 miliardi di euro. La ripartizione del predetto incremento avviene sulla base del valore degli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato «Verso un ospedale sicuro e sostenibile», precedentemente finanziati dal Fondo complementare al PNRR
- Le nuove regole di Governance europea, che impongono allo Stato una traiettoria di spesa netta con un tasso di crescita dell'1.3% per il 2025, consentono comunque agli enti territoriali di mantenere la regola contabile sulla salvaguardia degli equilibri di bilancio attualmente in vigore.

Fondo Sanitario Nazionale

	2023	2024	2025	2026
FSN - legge di bilancio 2024	128.865	134.013	135.391	135.683
<i>variazione % annua</i>	1,3%	4,0%	1,0%	0,2%
variazione legge bilancio 2025			1.302	5.078
totale FSN L.B. 2025			136.693	140.761
<i>variazione % su anno precedente</i>			2,0%	3,0%
<i>per memoria impegno tasso di crescita della spesa annuo PSB</i>			1,3%	1,6%
FSN- crescita secondo tasso PSB			135.755	137.854
differenza valore assoluto crescita FSN secondo L. B. 2025 rispetto tasso crescita PSB			938	2.907
<i>per memoria contributo alla finanza pubblica RSO ddl Legge bilancio 2025</i>			280	840
PIL reale programmatico			2.175.072	2.198.998
FSN L.B. 2025 in %PIL			6,28%	6,40%
PIL reale tendenziale			2.168.625	2.192.479
FSN L.B. 2025 in %PIL			6,30%	6,42%

Contributi alla finanza pubblica RSO							
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
L. 178/2020	175	175	175				
L. 213/2023 + DL 215/2023		305	350	350	350	350	
ddl Legge bilancio 2025			280	840	840	840	1.310
Totale	175	480	805	1.190	1.190	1.190	1.310
<i>variazione %</i>		174%	68%	48%	0%	0%	10%
<i>variazione assoluta</i>		305	325	385	-	-	120

FINANZIAMENTO DELLA SANITA': NECESSARIO UN CAMBIO DI PARADIGMA

IL BILANCIO SIA STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E DI INVESTIMENTO IN SALUTE

- Ripensare ad un nuovo modello di finanziamento della sanità che trovi vocazione attraverso la **PROGRAMMAZIONE, L'INNOVAZIONE E LA SOSTENIBILITA'**
- **PROGRAMMAZIONE**: per programmazione si intende programmare le azioni da spesa corrente a spesa in conto capitale, non possiamo investire in sanità nel vincolo di spesa corrente. Programmare nel tempo significa investire nel futuro, **il bilancio non sia elemento di rigidità finanziaria ma di efficienza programmatica nell'allocazione delle risorse, allineando i consumi ai bisogni.** Uscire dalla logica dei silos e dei tetti di spesa per una sanità che passi da COSTO (spesa) a INVESTIMENTO (ritorno dell'investimento/efficientamento delle risorse). Investire significa valorizzare il nostro CAPITALE UMANO, significa accesso delle TERAPIA AVANZATE, significa creare un ecosistema che sappia generare nel tempo salute e benessere ai nostri cittadini, significa rendere **ATTRATTIVO E SOSTENIBILE IL NOSTRO SISTEMA SANITARIO**
- **INNOVAZIONE**: non esiste innovazione se non è sostenibile, **il modello di finanziamento di oggi garantisce il binomio innovazione e sostenibilità?** A livello mondiale vi è un considerevole numero di terapie geniche, nel nostro paese nei prossimi 5 anni potenzialmente saranno introdotte 44 nuove terapie geniche destinate al trattamento di 25 patologie differenti. Secondo il modello di finanziamento corrente, il costo TOTALE per l'acquisto di una terapia genica deve essere REGISTRATO A BILANCIO DELL'ANNO IN CORSO esponendo il Sistema Sanitario ad un problema di sostenibilità finanziaria. Oggi prima ancora di effettuare delle valutazioni sul potenziale investimento per quella terapia avanzata che potrebbe sostituire un trattamento cronico con una somministrazione one shot, la domanda è se l'attuale modello di finanziamento può permettere di prendere una decisione, al contrario, **il vincolo di spesa corrente obbliga a prendere una decisione esclusivamente tecnico finanziaria e non politico programmatica, di conseguenza limitare se non escludere completamente la visione economica e l'approccio programmatico dell'azione politica**
- **SOSTENIBILITA'**: è il riassunto di tutte le nostre azioni, l'innovazione tecnologica è innovativa se integrata in un sistema, non è lo strumento in sé innovativo ma lo strumento integrato in un processo che riesce a generare innovazione, generare innovazione significa salute ma anche sostenibilità economico-finanziaria.

**IL FINANZIAMENTO SIA GARANZIA DI INNOVAZIONE E DI SOSTENIBILITA' per
la «SALUTE» DEI BILANCI REGIONALI E DEI PAZIENTI**

**OGGI DOBBIAMO CHIEDERCI SE L'ATTUALE MODELLO DI FINANZIAMENTO
PUO' PERMETTERE AI DECISORI DI COMPIERE DELLE SCELTE, PRENDERE UNA
DECISIONE SIGNIFICA AVERE UNA VISIONE**

**LA MIA VISIONE SI TRADUCE IN INVESTIMENTO NELLE CURE, NEL CAPITALE
UMANO, NELLE TECNOLOGIE E TERAPIE AVANZATE**

**NON RAGIONIAMO IN TERMINI DI COSTO, UN NUMERO DA INSERIRE IN UNO
STRUMENTO CONTABILE. QUEL NUMERO PUO' GENERARE NEL TEMPO UN
RISPARMIO E SOPRATTUTTO BENESSERE, UN DATO INSERITO E IDENTIFICATO
CON UN APPROCCIO PROGRAMMATARIO**

**INVESTIAMO IN SALUTE PRESERVANDO E RILANCIANDO IL NOSTRO SISTEMA
SANITARIO**

L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE PER LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA

➤ La nostra salute dipende dagli stili di vita per il 43%.

La prevenzione (es. stili di vita come alimentazione ed esercizio fisico, **screening e programmi vaccinali**) è un'azione ad alta efficacia e a basso costo:

- La prevenzione **primaria** in Lombardia può generare **1,5mld/anno**. Nella prevenzione primaria avviene di fatto la prevenzione dello sviluppo della patologia. I tipi di prevenzione primaria includono: **Vaccinazioni**

- La prevenzione **secondaria** può generare **850mln/anno**. Nella prevenzione secondaria, la malattia è riconosciuta e curata precocemente, spesso prima della comparsa dei sintomi, riducendo pertanto al minimo le conseguenze gravi.

I tipi di prevenzione secondaria includono: **Programmi di screening**

La Lombardia destina il 5% alla prevenzione, al di sopra della media europea ferma al 3,44%, ed è fra le regioni a più ampia estensione per gli screening (non solo oncologici), ma con risultati non soddisfacenti.

L'aderenza alle raccomandazioni è spesso bassa:

Nel 2022 il 54,8% delle donne ha risposto all'invito per la mammografia e nello stesso anno, solo il 42% dei cittadini ha aderito allo screening coloretale.

Circa il 40% delle donne ha risposto all'invito per il pap test.

L'obesità, responsabile del 40% delle malattie cardiovascolari e del 35% dei tumori, è cresciuta di oltre il 40% nel periodo 2001-2021:

In Lombardia, il 32% della popolazione è in sovrappeso e oltre il 10% della popolazione è obesa.

Un cittadino obeso costa mediamente al SSR il doppio di un cittadino normopeso e un 18enne obeso, con un'aspettativa di vita di 75 anni, costa 100.000Euro aggiuntivi rispetto a un 18enne normopeso.

DISUGUAGLIANZE

- DIGITALIZZAZIONE, EQUO ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E FORMAZIONE FATTORI LEVA
- FACILITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI PER DIMINUIRE I DIVARI TERRITORIALI E SOCIALI (ES. VACCINAZIONI IN FARMACIA E TELEMEDICINA)
- L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA SIA FATTORE DI INCLUSIONE ANCHE SOCIALE
- LA SANITA' DIGITALIZZATA NON SIA ESCLUSIVA MA INCLUSIVA
- FONDAMENTALE FORMARE PAZIENTI E CAREGIVER PER ACCOMPAGNARE IL PROCESSO DI DIGITALIZZAZIONE E DI INNOVAZIONE TECNOLOGICA
- LE NUOVE TECNOLOGIE MIGLIORINO L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI, SENZA AUMENTARE I DIVARI PER GAP CULTURALI, TERRITORIALI E SOCIALI
- ARMONIZZARE L'ACCESSO ALLE TERAPIE INNOVATIVE
- CAMPAGNE DI PREVENZIONE E DI SENSIBILIZZAZIONE PER DIMINUIRE I DIVARI CULTURALI E PER PROMUOVERE AZIONI DI PREVENZIONE COME VACCINAZIONI E SCREENING. Lo scopo dei programmi di prevenzione vaccinale non dovrebbe essere limitato solamente al raggiungimento di un livello ottimale di copertura nella popolazione generale, bensì anche alla riduzione delle disuguaglianze esistenti tra diversi gruppi di popolazione, realizzando appositi interventi indirizzati ai soggetti caratterizzati da una maggior vulnerabilità sociale o economica che determinano una maggior difficoltà nell'essere raggiunti dai servizi sanitari

LEA: PROMOSSE SOLO 13 REGIONI

La Lombardia presenta punteggi abbondantemente sopra la soglia di adempienza in tutte e tre le aree di assistenza

- Solo 13 Regioni hanno raggiunto la sufficienza nel garantire pienamente ai cittadini i livelli essenziali di assistenza sanitaria. Il dato, relativo al 2022 (ma validato a giugno 2024) emerge dal “Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia”, dove il Nuovo Sistema di Garanzia - lo strumento attraverso cui viene misurata la qualità e l'appropriatezza delle cure fornite ai cittadini dal SSN – nonostante sia stato istituito a partire dal 2020 dal DM 12 marzo 2019, è entrato in vigore per la prima volta proprio nel 2022, a causa della pandemia da COVID
- Dalle vaccinazioni alle cure ospedaliere, passando per i tempi di attesa per visite ed esami e molto altro, il Sistema considera 88 indicatori (10 dei quali riguardano monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, PDTA, riferiti a 6 patologie: BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore della mammella, tumore del colon, tumore del retto), attribuendo a ciascuno di essi un punteggio da 0 a 100, in cui 60 rappresenta la soglia di sufficienza
- **Gli aspetti più problematici – e cioè i capitoli Prevenzione (su cui influisce anche il tasso di vaccinazioni infantili), screening oncologici e stili di vita** - vedono quindi insufficienti Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano, Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna. Per quanto riguarda invece l'Area distrettuale, che valuta la qualità dell'assistenza sul territorio, risultano al di sotto della soglia minima Valle d'Aosta, Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna.
- **Uno degli aspetti più critici segnalati dal Rapporto riguarda senz'altro le vaccinazioni:** a fronte di un tasso di copertura più o meno stabile, infatti, sono solo 5 - Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Emilia-Romagna e Campania - le Regioni che totalizzano il punteggio pieno. E ancora più problematica è la situazione sul fronte degli screening oncologici: solo Provincia Autonoma di Trento, Veneto ed Emilia-Romagna totalizzano infatti il punteggio pieno, mentre ben sette Regioni del Centro e Sud Italia si classificano con punteggi insufficienti
- Passiamo alla cosiddetta “Area distrettuale”. Dove “l'indicatore **del tasso di ricoveri prevenibili per complicanze per diabete, BPCO e scompenso cardiaco** ha un punteggio positivo in tutte le Regioni
- Eccoci alle **liste d'attesa, in evidente peggioramento:** “I tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, misurati attraverso la quota di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi previsti dal Piano Nazionale Governo Liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 per la classe di priorità B, peggiorano in 11 Regioni” scrive il report
- Nel 2022 **l'indicatore sull'appropriatezza del setting assistenziale**, misurato con il rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario, appare sostanzialmente stabile, e in tutte le Regioni il punteggio raggiunge la soglia di sufficienza” afferma il report

Tabella 1 – NSG anno 2022, punteggi indicatori CORE

Nell'anno 2022 le Regioni Piemonte, Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia e Basilicata registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree

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

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

LEA: LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (Min. Schillaci)

- **Il Nuovo sistema di garanzia Nsg rappresenta uno strumento per verificare la capacità delle Regioni di garantire il diritto alla tutela della salute dei cittadini e per indirizzare la programmazione sanitaria, per aumentare qualità ed efficacia del Ssn. A partire dal 2024 il numero di indicatori ‘core’ passerà da 22 a 25 per renderlo sempre più efficace e puntuale nella valutazione”, ha spiegato il ministro della Salute nel messaggio inviato alla presentazione dei dati 2022 sui Livelli essenziali di assistenza (Lea)**
- I dati ci dicono che c’è ancora molto da lavorare sugli screening oncologici, caratterizzati ancora da alta variabilità regionale, sugli stili di vita, sui tempi d’attesa per le prestazioni ambulatoriali e sugli alti tassi di ospedalizzazioni. Su questo fronte abbiamo messo in campo misure importanti tra cui i provvedimenti per **abbattere le liste d’attesa e potenziare le reti di assistenza territoriale e ospedaliera che stiamo portando avanti nell’ambito del Pnrr**
- Gli indicatori individuati all’interno del NSG sono 88, distribuiti per macro-aree di assistenza e così ripartiti: 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; 33 per l’assistenza distrettuale; 24 per l’assistenza ospedaliera; 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; 1 indicatore di equità sociale; 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali – PDTA
- **Gli indicatori “CORE”**
Sono stati quindi identificati un sottoinsieme di 22 indicatori definiti ‘CORE’ cui viene assegnato un valore da 0 a 100 per semplificare il confronto tra le diverse aree. **Il punteggio 60 è considerato la soglia di sufficienza**

FINANZIAMENTO DELLA SANITA' TRA REGIONI

- il Bilancio dello Stato, tramite la compartecipazione delle Regioni all'IVA (per le Regioni a statuto ordinario, RSO) e il residuo del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) per la Sicilia e le spese sanitarie vincolate ad obiettivi particolari
- la “fiscalità generale” delle Regioni, in particolare l'Imposta regionale sulle attività produttive (Irap) e l'addizionale regionale Irpef
- le entrate proprie degli enti del SSN, rappresentati dai ricavi dell'attività intramoenia e dalle compartecipazioni alla spesa dei cittadini (ticket)
- a queste si aggiunge la compartecipazione ai tributi erariali di cui godono le Regioni a statuto speciale (RSS) e Province autonome (che abbiamo trattato nello specifico in una nota precedente) con l'eccezione della Regione siciliana per la quale l'aliquota di compartecipazione è rimasta, dal 2009, al 49,11% del fabbisogno sanitario

Come i fondi vengono ripartiti tra le diverse amministrazioni regionali

le risorse disponibili sono state ripartite come segue:

- il 98,5% dei fondi, sulla base del criterio della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per classi di età; il processo formale di riparto prevede che le risorse vengano distinte per tre macro-livelli di assistenza (prevenzione, distrettuale ed ospedaliera) che pesano rispettivamente per il 5, il 51 e il 44% del totale
- lo 0,75% delle risorse disponibili, sulla base del tasso di mortalità della popolazione di età inferiore ai 75 anni;
- lo 0,75% sulla base di indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali impattanti sui bisogni sanitari quali, in particolare, l'incidenza della povertà relativa individuale, l'incidenza della bassa scolarizzazione nella popolazione di età maggiore a quindici anni e, infine, il tasso di disoccupazione.

Finanziamento della Sanità: PERSONALE E ATTRATTIVITA' DEL SSN

- lavorare sull'attrattività del Servizio sanitario nazionale per la professione medica e infermieristica
- Decreto PNRR, che facilita le assunzioni di personale sanitario e sociosanitario con contratti flessibili: assumere medici e professionisti sanitari e sociosanitari con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato, ovvero mediante convenzioni o con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nonché nelle ipotesi di reclutamento di personale mediante contratti di formazione lavoro, o altri rapporti formativi, o con contratti di somministrazione di lavoro

FINANZIAMENTO DELLA SANITA': GOVERNANCE DELLE RISORSE

- Riguarda una revisione della sanità territoriale e ospedaliera, rivedere in maniera moderna la rete ospedaliera oltre alla medicina territoriale, al centro degli stanziamenti del Pnrr
- I compiti delle professioni sanitarie, per renderle anche più attrattive soprattutto in termini di vocazione
- La digitalizzazione della sanità può contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario, permettendo un'allocazione più efficiente delle risorse e una migliore misurazione delle performance. Questo porta a una miglior qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e a una migliore gestione economica delle risorse del sistema sanitario; schema: digitalizzazione - misurazione delle performance - allocazione delle risorse – sostenibilità
- **La riorganizzazione della sanità territoriale, la digitalizzazione della sanità e l'ingresso delle nuove tecnologie come la Telemedicina e l'Intelligenza Artificiale sono il mezzo e non il fine per definire modelli organizzativi evolutivi in termini di: appropriatezza delle prestazioni e soprattutto dei percorsi di cura, efficientamento nell'allocazione delle risorse e generare sostenibilità economico-finanziaria al sistema nel tempo**
- **PASSARE DAL NUMERO DI PRESTAZIONI EROGATE ALLA DEFINIZIONE DI PERCORSI DI CURA APPROPRIATI E MONITORATI, DEFINENDO BUDGET DI SALUTE NON SULLA SINGOLA PRESTAZIONE MA SUL PERCORSO DI CURA STABILITO. NON POSSIAMO MIGLIORARE QUALCOSA CHE NON RIUSCIAMO A MISURARE IN TERMINI DI CURE E RISORSE**
- Modelli di misurazione necessari per gli interventi di potenziamento della Sanità territoriale e alle numerose iniziative di delocalizzazione (case della salute, ospedali di comunità e centrali operative territoriali) promosse attraverso il PNRR

Decreto Liste d'attesa: “Serve gioco di squadra, nessuno può tirarsi indietro”

- sapere quali sono le prestazioni che mancano, dove mancano, quali sono i veri tempi di attesa. Questo fino ad oggi su base nazionale non è stato fatto in modo compiuto. Quindi il punto forte del provvedimento sta nel fatto che finalmente ci sarà una piattaforma nazionale per le liste d'attesa in cui tutte le Regioni dovranno mettere i dati. In questo modo sapremo che quando in una determinata Regione manca una determinata prestazione e potremo intervenire selettivamente per far sì che quella prestazione possa essere erogata finalmente nei tempi di attesa giusti. Questo è per me il punto più qualificante di tutto l'impianto
- **(la nostra visione di SISTEMA)** Per vincere la battaglia delle liste d'attesa: aumentare l'attrattività del SSN attraverso la vocazione professionale ed il riconoscimento economico, l'evoluzione dei modelli organizzativi di presa in carico attraverso le misure promosse dal PNRR, l'integrazione delle tecnologie avanzate nei percorsi e processi, agendo sull'appropriatezza e l'efficientamento delle cure e l'allocazione delle risorse generando salute e sostenibilità finanziaria nel tempo
- anche i cittadini sono chiamati a una **maggiore responsabilizzazione**, perché a volte prenotano la stessa prestazione in due, tre posti diversi ma si dimenticano di cancellare quelle alle quali non si presenteranno. Ci sarà una razionalizzazione di quello che oggi avviene, verranno anche richiamati i pazienti in lista d'attesa e verranno verificate le loro prestazioni