



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Memoria SVIMEZ
nell'ambito dell'esame
del disegno di legge n. 1161
(DL 73/2024 - liste di attesa)

10^a Commissione
Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale
Senato della Repubblica

Roma, 2 luglio 2024

Le principali misure previste dal provvedimento

Il DDL 1161 converte in legge il DL 73/2024 recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Il provvedimento è finalizzato a garantire l'erogazione e il monitoraggio delle prestazioni sanitarie, riducendo i tempi delle liste di attesa e un accesso effettivo e tempestivo ai livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia alle prestazioni e ai servizi sanitari che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini.

Con queste finalità, vengono previste due principali azioni:

- 1) l'introduzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, un nuovo sistema nazionale di monitoraggio delle prestazioni dai diversi Sistemi sanitari regionali (Ssr);
- 2) l'ampliamento dell'offerta delle prestazioni attraverso l'estensione degli orari di erogazione nelle strutture pubbliche e facilitando la possibilità di ricorso alle strutture private convenzionate e all'attività libero-professionale intramuraria.

La Piattaforma nazionale delle liste di attesa

L'istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa (presso l'AGENAS) intende superare gli attuali limiti del sistema di monitoraggio dei tempi di attesa (disciplinato dall'Allegato B del PNGLA 2019-21), che non dispone di un reale set di indicatori di flusso e non è in grado di quantificare le dimensioni delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

A regime, la Piattaforma fornirà gli strumenti conoscitivi necessari per monitorare in maniera rigorosa le varie prestazioni sanitarie fornite dai Ssr e i relativi tempi di attesa per la loro erogazione.¹

Viene demandato a un decreto del Ministro della salute, sentita AGENAS e previo parere della Conferenza permanente Stato-Regioni, l'adozione delle Linee guida nazionali per la definizione dei criteri di realizzazione, funzionamento e interoperabilità tra la nuova Piattaforma e le attuali piattaforme regionali.

Oltre ai tempi per l'espletamento dei procedimenti amministrativi necessari all'avvio della misura, bisognerà attendere quelli, medio-lunghi, di entrata in funzione della Piattaforma: gli attuali sistemi informativi regionali utilizzano modalità di rilevazione eterogenee, e in alcuni casi poco trasparenti, che renderanno presumibilmente molto complessa la realizzazione dell'interoperabilità tra piattaforme.

La nuova Piattaforma ha potenzialità di uno strumento conoscitivo molto efficace. Andrà però verificato quanto queste informazioni potranno effettivamente fornire la base per un'efficace azione di riduzione dei tempi di attesa.

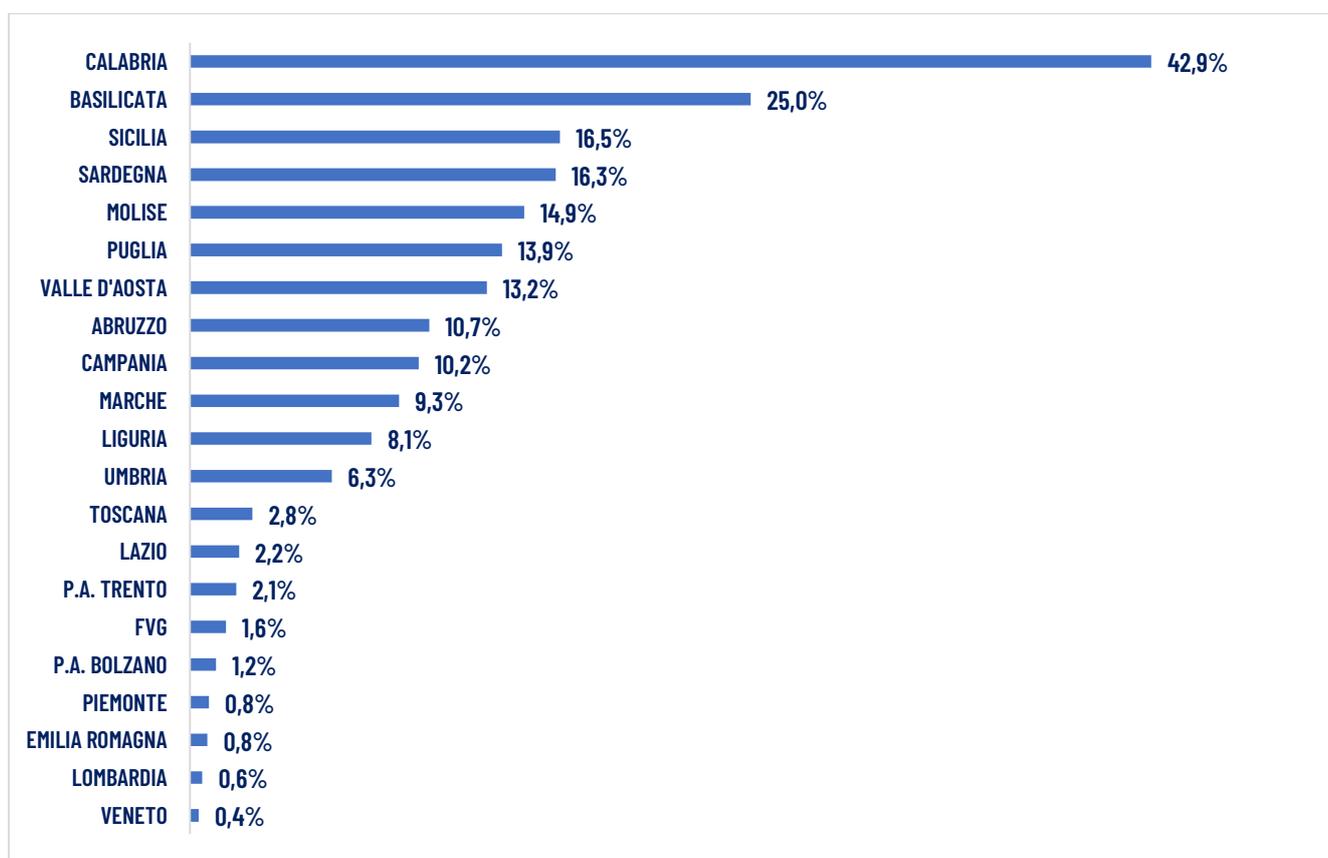
Per convergere verso il rispetto da parte di tutti i Ssr dei tempi massimi di attesa, sarebbe necessario un coordinamento nazionale per rendere "interoperabili" non solo le banche dati, ma anche le attività di programmazione ed erogazione delle prestazioni, sulle quali al momento i diversi Ssr agiscono in piena autonomia, offrendo servizi molto differenziati per quantità e qualità.

¹ Ad oggi si basa sul mero calcolo delle percentuali di copertura dei tempi di attesa per classe di priorità sulle prestazioni prenotate (monitoraggio ex ante ambulatoriale) ed erogate (monitoraggio ex-post ambulatoriale e ricoveri) con tempistiche differite e con numerose distorsioni di calcolo. Inoltre, il sistema attuale di monitoraggio ex ante è basato su dati autodichiarati dalle regioni e lo stesso vale per il monitoraggio delle agende pubbliche e accreditate collegate ai sistemi CUP regionali e sovra-aziendali.

Come discusso di recente dalla SVIMEZ, nei Ssr meridionali i servizi di prevenzione e cura sono più carenti, maggiori i tempi di attesa per l'erogazione di molte prestazioni, minori i livelli di spesa².

Il monitoraggio LEA, che offre un quadro delle differenze nell'efficacia e qualità delle prestazioni fornite dai diversi Ssr, fa emergere i deludenti risultati del Sud. Nell'ambito della prevenzione oncologica, il ritardo è particolarmente evidente nei tassi di adesione ai programmi di screening, che riflettono anche le carenze di offerta dei Ssr meridionali. Queste spiegano anche la "fuga" dal Sud per ricevere assistenza in strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per le patologie più gravi: nel 2022 il saldo netto del Mezzogiorno è di oltre 11 mila pazienti oncologici. Per le patologie oncologiche (Fig. 1), è la Calabria a registrare l'incidenza più elevata di migrazioni: il 43% dei pazienti si rivolge a strutture sanitarie di Regioni non confinanti. Seguono Basilicata (25%) e Sicilia (16,5%).

Fig. 1: Percentuale di pazienti oncologici in cura presso un Ssr diverso da quello di residenza e non confinante



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati Agenas 2022

L'ampliamento dell'offerta di prestazioni

Come anticipato, si prevede di ampliare l'offerta di prestazioni attraverso l'estensione degli orari di erogazione nelle strutture pubbliche e facilitando la possibilità di ricorso alle strutture private convenzionate e all'attività libero-professionale intramuraria.

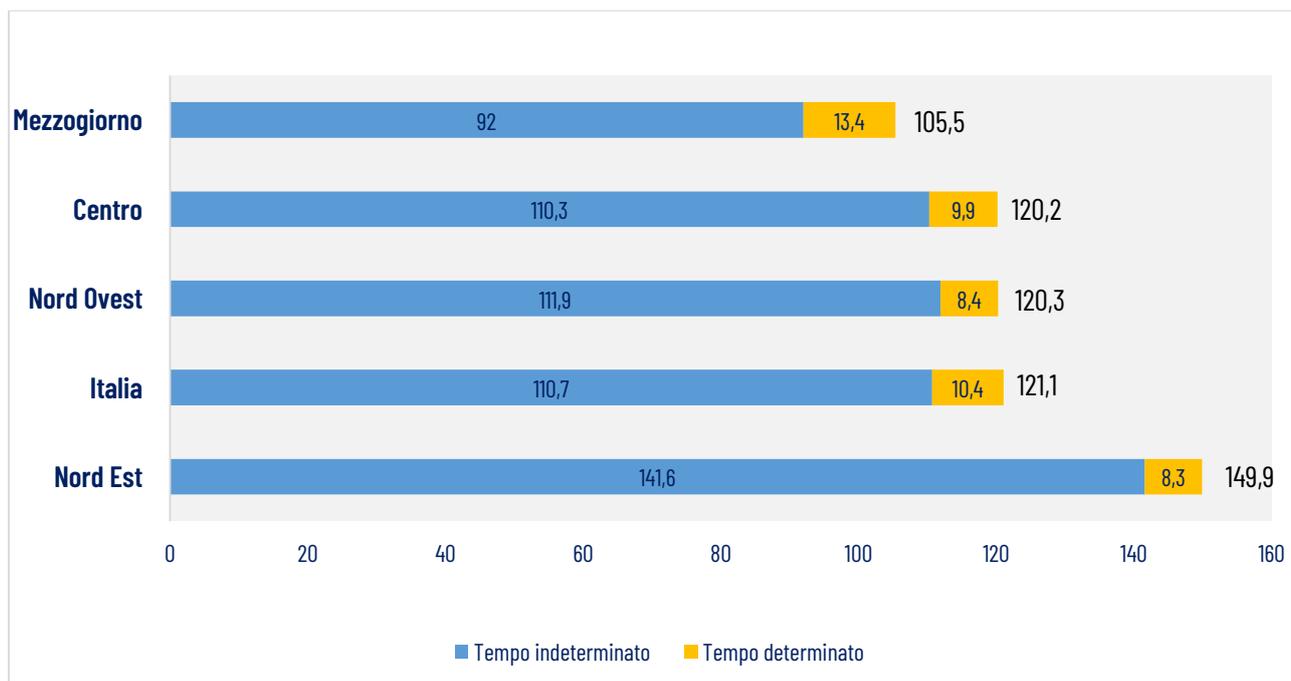
² SVIMEZ, Un paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute. Informazioni SVIMEZ, febbraio 2024.

In particolare, si prevede che le visite mediche e specialistiche possano essere effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e che la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni possa essere prolungata (art. 4). Le coperture finanziarie per questa misura sono assicurate solo per l'anno in corso dalla Legge di Bilancio 2024. Una misura, dunque, che, intervenendo a organici invariati, comporterà necessariamente un incremento dei carichi di lavoro e dei turni straordinari di lavoro degli organici in forza nelle strutture.

L'articolo 5 interviene sulla disciplina dei limiti di spesa per il personale del Ssn, ma si prevede espressamente che, prima di ogni intervento espansivo della spesa sanitaria in materia di personale, dovrà preventivamente essere valutata la compatibilità con il quadro economico finanziario dell'intero Ssr. L'ampliamento del tetto di spesa per il personale deve dunque trovare compensazione in apposite riduzioni di altre voci di spesa, non comportando maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

A tal proposito, è utile riportare i dati relativi alle dotazioni di organico nelle strutture sanitarie di fonte Ragioneria Generale dello Stato (Fig. 2). Essi segnalano, complessivamente, un numero di dipendenti pesato sulla popolazione differenziato a livello territoriale: il Mezzogiorno presenta un valore pari a 105,5 dipendenti per 10 mila abitanti, a fronte di valori pari a circa 120 nel Centro e nel Nord-Ovest (150 nel Nord-Est). Su tale divario incide soprattutto una dotazione inferiore di personale infermieristico e tecnico. Nel Sud risulta inoltre più elevata la quota di personale a tempo determinato: 13,4 dipendenti per 10 mila abitanti contro circa 10 nella media nazionale.

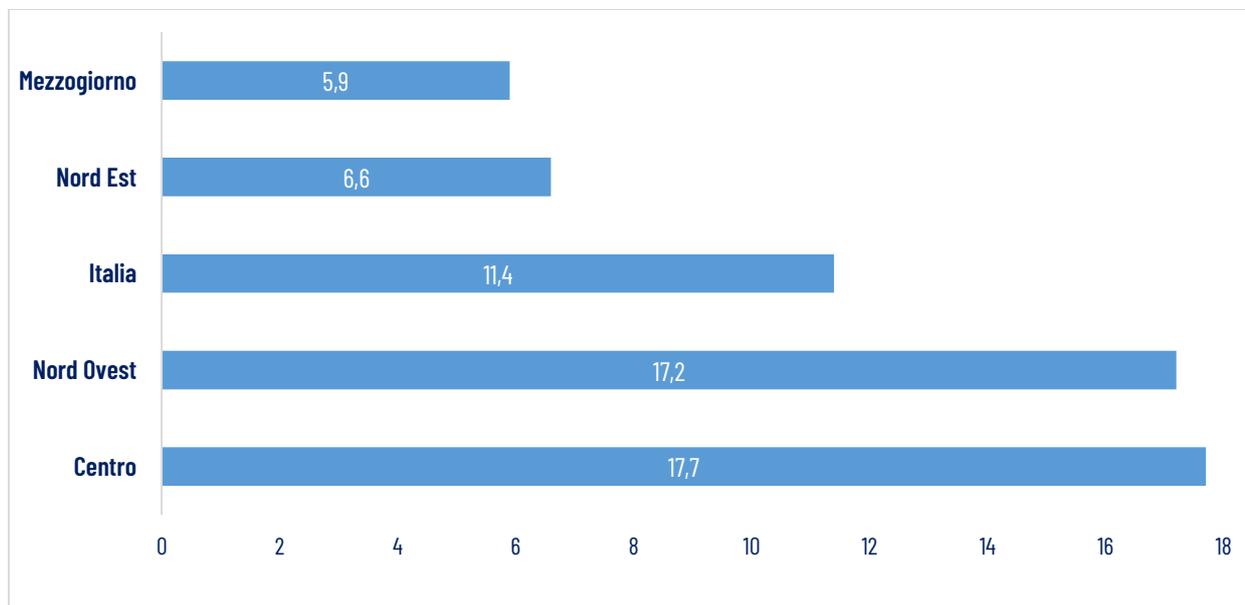
Fig. 2: Personale delle strutture sanitarie pubbliche per macro-area (per 10mila abitanti)



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati Ragioneria Generale dello Stato- Conto annuale 2021

Nella Fig. 3 si riportano i dati relativi al personale delle strutture private equiparate. Si conferma il ruolo più contenuto del sistema privato convenzionato nel Mezzogiorno e, di conseguenza, la sua più contenuta capacità di integrare l'offerta sanitaria pubblica. I dipendenti per 10 mila abitanti sono infatti circa 6 nel Mezzogiorno, un dato non molto distante da quello del del Nord-Est (6,6), ma pari a circa un terzo rispetto al Nord-Ovest e al Centro.

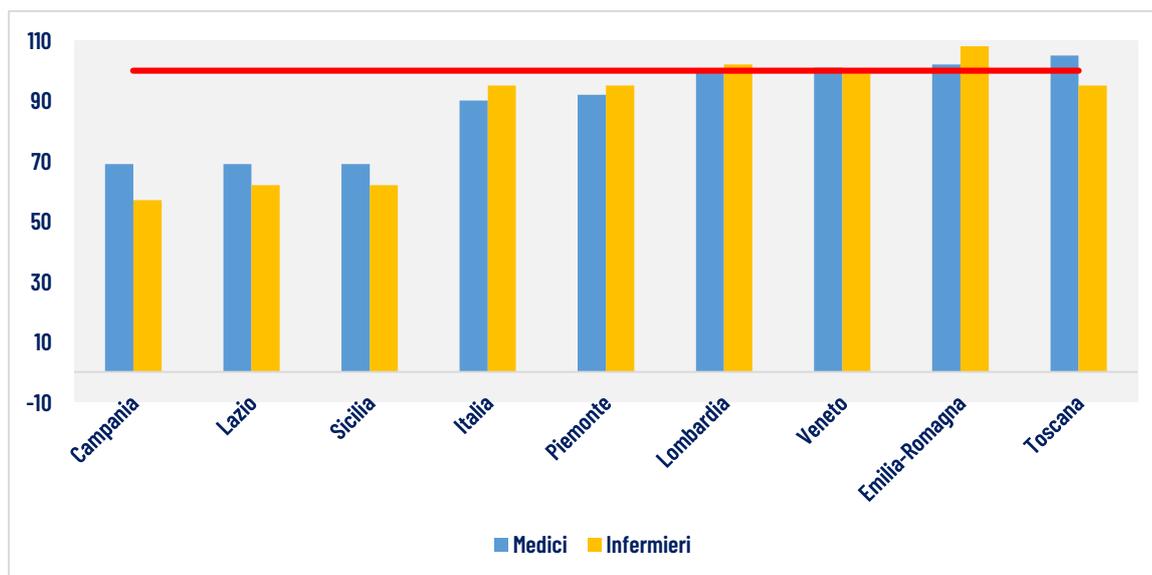
Fig. 3: Personale delle strutture sanitarie private equiparate per macro-area (per 10mila abitanti)



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati Ragioneria Generale dello Stato- Conto annuale 2021

Infine, la Fig. 4 riporta i dati relativi al tasso di turn-over medio nel periodo 2010-2019 del personale sanitario, ossia il rapporto tra numero degli assunti a numero dei cessati (se maggiore di 100, il tasso indica che si è in presenza di un ampliamento degli organici). Dai dati risulta un quadro molto differenziato a livello territoriale. Soprattutto, il tasso è ampiamente inferiore a 100 nelle regioni in piano di rientro, prevalentemente collocate nel Mezzogiorno.

Fig. 4: Tasso di turnover del personale sanitario, media nel decennio 2010-2019 (Regioni con più di 40.000 professionisti)



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati Agenas 2023

Si prevede nel decreto che, nei casi di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa, le direzioni generali aziendali siano tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente e nei limiti delle risorse stabilite dalla Legge di bilancio 2024.

Ciò implica che nell'eventualità, tutt'altro che remota, di strutture inadempienti nel rispetto dei tempi di erogazione, i costi delle prestazioni intramuraria saranno sostenuti dal pubblico anziché dal cittadino.

Non è da escludersi che la misura possa creare ulteriori pressioni sugli organici. In considerazione delle differenze nelle situazioni finanziarie dei diversi Ssr è anche possibile che la misura generi effetti asimmetrici a livello territoriale, creando maggiori pressioni sui bilanci delle regioni in maggiore difficoltà finanziaria.

Il sottofinanziamento della sanità in Italia

Il provvedimento non prevede finanziamenti aggiuntivi con particolare riferimento a due delle misure oggetto di intervento: la copertura pubblica dei costi relativi al ricorso all'attività libero-professionale intramuraria; l'ampliamento del tetto di spesa per il personale.

Per le nuove misure si prevede, infatti, una copertura a risorse date: le coperture andranno reperite attraverso parallele riduzioni di altre voci di spesa. Tutto ciò in una situazione nella quale il Fondo nazionale per la sanità è strutturalmente sottodimensionato, non consentendo la copertura integrale del costo dei LEA. Il finanziamento della sanità italiana dovrebbe infatti essere commisurato ai fabbisogni di copertura dei LEA, ossia delle prestazioni e dei servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini, nel rispetto del principio di equità orizzontale, in base al quale ciascun cittadino dovrebbe ricevere il medesimo livello e qualità di cure e di servizi sanitari indipendentemente dal luogo in cui risiede. Ma, di fatto, lo stanziamento viene definito a monte nel rispetto dei vincoli di bilancio pubblico e, pertanto, non corrisponde alla somma del costo dei LEA. Questi, di conseguenza, sono finanziati solo parzialmente.