

LA SANITÀ IN LEGGE DI BILANCIO

Policy Brief

n° 3 – Dicembre 2023

Se pur implementato il Fondo Nazionale Sanitario, la legge di Bilancio in discussione in Parlamento non dà quelle garanzie di sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale e di presa in carico delle grandi sfide di sistema, tra le quali la gestione delle cronicità.

Angelo Avogaro, Presidente della Società Italiana di Diabetologia-SID e della Federazione delle Società di Diabetologia-FeSDI

Federico Serra, Responsabile relazioni istituzionali della Società Italiana di Diabetologia - SID

Introduzione

Il bilancio di previsione dello Stato è un atto con forma di legge, predisposto su base annuale e pluriennale, sia in termini di competenza che di cassa, col quale il Parlamento autorizza il Governo a prelevare ed utilizzare le risorse pubbliche necessarie per l'esecuzione delle politiche pubbliche e delle attività amministrative dello Stato e rappresenta il principale documento contabile per l'allocazione, la gestione e il monitoraggio delle risorse finanziarie dello Stato.

A partire dalla legge di bilancio per il triennio 2017-2019, per effetto delle modifiche normative intervenute (Legge rinforzata n. 243 del 2012 e Legge n. 163 del 2016) viene eliminata la legge di stabilità e contestualmente la legge di bilancio assume natura di legge sostanziale. La legge di bilancio si compone di due sezioni: la Sezione I, dedicata alle innovazioni legislative, definisce il quadro di riferimento finanziario e contiene le misure quantitative necessarie a realizzare gli obiettivi programmatici indicati nel DEF (e nella Nota di aggiornamento al DEF); La Sezione II espone, per l'entrata e per la spesa, le unità di voto parlamentare e riporta le variazioni non determinate da innovazioni normative (ad es., rimodulazioni compensative verticali - tra capitoli di spesa – ed orizzontali - su uno stesso capitolo di spesa, nonché rifinanziamenti, definanziamenti e riprogrammazioni di spese disposte da norme preesistenti). La manovra di finanza pubblica, ovvero l'insieme degli interventi volti a modificare la legislazione vigente, si compone degli interventi previsti dalla legge di bilancio nella Sezione I e nella Sezione II. In particolare, quest'ultima, deve esporre gli

stanziamenti complessivi ottenuti dall'integrazione delle due sezioni, dando separata evidenza agli effetti finanziari imputabili alle innovazioni normative contenute nella Sezione I, nonché agli altri

Policy Options

Option 1: elaborare un piano nazionale pluriennale di interventi di prevenzione primaria e secondaria con particolare riferimento alle malattie croniche non trasmissibili e in particolare al diabete tipo 2 e all'obesità

La legge di bilancio così come al momento formulata non destina fondi alla gestione della prevenzione e cura delle malattie croniche non trasmissibili. Questa appare una criticità di sistema in un contesto di invecchiamento della popolazione e aumento delle malattie croniche che costituiscono un aggravio di spesa per il SSN

Option 2: prevedere un piano di potenziamento della sanità e assistenza territoriale,

i tre miliardi di aumento del fondo sanitario nazionale non sono sufficienti a garantire un potenziamento della sanità pubblica anche in un'ottica di revisione del DM 77 e del DM 70. La strutturazione di una rete specialistica collegata al territorio deve essere garantita da risorse strutturali e organizzative

Option 3: intervenire per assicurare maggiore attrattività alle professioni sanitarie, incrementando le remunerazioni e le indennità specifiche,

Rendere più attrattiva la professione medico e sanitaria appare un punto inderogabile di azione. In tale contesto nasce la necessità di rivedere le attuali condizioni salariali e di incentivazione del personale medico-sanitario

interventi di modifica della legislazione vigente previsti. Il nuovo disegno di legge di bilancio viene presentato al Parlamento entro il 20 ottobre di ogni anno.

Lunedì 30 ottobre è stata presentata - dal Ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti (Lega) - al Senato della Repubblica la Legge di Bilancio per l'anno finanziario 2024 e il bilancio pluriennale 2024-2026 - A.S. 925 (approvata dal Consiglio dei Ministri il 16 ottobre).

In linea con quanto emerso dalla presentazione della NADEF - Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza, la Manovra ha rivelato avere un impatto complessivo di circa 25 miliardi di euro, di cui 16 di extragettilo. Il provvedimento racchiude un insieme di misure volte a sostenere il potere di acquisto delle famiglie, la riduzione delle tasse, il rinnovo dei contratti del pubblico impiego. In particolare, da segnalare i seguenti interventi di carattere generale previsti dalla Manovra:

- taglio del cuneo fiscale, con circa dieci miliardi di euro per il rinnovo dello stesso nel 2024 (7% per i redditi fino a 25mila euro, 6% per i redditi fino a 35 mila euro);
- rinnovi dei contratti della PA, con circa cinque miliardi, nonché detassazione dei premi di produttività al 5 per cento e dei fringe benefit;
- misure a favore delle famiglie e bonus alla natalità, con risorse pari a 1 miliardo di euro;
- per la sanità previsto uno stanziamento aggiuntivo pari a 3 miliardi di euro per l'anno 2024 e 4,2 miliardi a decorrere dall'anno 2026.

Il provvedimento è stato assegnato, in sede referente, alla Commissione 5° Bilancio del Senato della Repubblica, che, nel corso di martedì 7 novembre, ha avviato il consueto ciclo di audizioni, volto ad acquisire il punto di vista degli stakeholders coinvolte dalla norma in questione. Relatori del provvedimento in Commissione Bilancio al Senato sono: Sen. Guido Liris (FdI), Sen. Elena Testor (Lega) e Sen. Dario Damiani (FI).

Dopo aver recepito i pareri delle altre Commissioni e la prima approvazione in Commissione 5° Bilancio, la Legge di Bilancio per l'anno finanziario 2024 e il bilancio pluriennale 2024-2026 - A.S. 925 approderà in Aula al Senato e successivamente alla Camera per la conclusione delle votazioni, che dovrà avvenire entro il 31 dicembre. A tal riguardo, sembra sussistere un accordo tra le forze di maggioranza del Governo - promosso fortemente dalla Premier Giorgia Meloni (FdI) e condiviso anche dai Vice Premier Antonio Tajani (FI) e Matteo Salvini (Lega) - volto a evitare

la presentazione di emendamenti da parte di parlamentari di Centro-Dx, così da accelerare i tempi e assicurare i mercati esteri. Di contro, traspare disappunto tra le fila dell'opposizione, che boccia

la “blindatura” della Legge di Bilancio, così come evocata in sede di approvazione, durante il Consiglio dei Ministri.

Focus Sanità. In ambito sanitario, rispetto al pacchetto di misure segnalato dalla NADEF, la versione iniziale del DDL di Bilancio per l’anno finanziario 2024 e il bilancio pluriennale 2024-2026 prevede alcune conferme significative, soprattutto in relazione ai fondi per le liste d’attesa e il personale sanitario, ma anche novità, come la misura sul payback farmaceutico, la distribuzione dei medicinali e l’edilizia sanitaria. Non risultano presenti, rispetto a quanto ipotizzato nelle scorse settimane, gli interventi sui dispositivi medici.

In particolare, le principali misure di carattere sanitario risultano incentrate sui seguenti ambiti di interesse:

- **Rifinanziamento Fondo Sanitario Nazionale** | L’Art.41 dispone che il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato sia incrementato di:
 - 3 miliardi di euro per l’anno 2024, in aggiunta ai 2,3 già della precedente manovra, per un totale di 5,6 miliardi in più. Il FSN avrà quindi 134,1 miliardi (rispetto ai 132,9 indicati dalla NADEF);
 - 4 miliardi per l’anno 2025, in aggiunta ai 2,6 miliardi della precedente manovra, per un totale di 6,6 miliardi. Il FSN avrà quindi 135,39 miliardi (rispetto ai 136,7 indicati dalla NADEF);
 - 4,2 miliardi a decorrere dall’anno 2026, in aggiunta ai 2,6 precedenti miliardi, per un totale di 6,8 miliardi. Il FSN avrà quindi 136 miliardi (rispetto ai 138,97 indicati in NADEF);
- **Tetti Spesa Farmaceutica** | Con questo intervento (Art. 43) si ridisegna il tetto della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti (ospedaliera) a decorrere dal 2024 all’8,5% (+0,2 % rispetto alla disciplina vigente). Di conseguenza, il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato al 6,8% a decorrere dallo stesso anno(-0,2 % rispetto alla disciplina vigente). Resta invariato, nell’ambito della spesa farmaceutica per acquisti diretti, il tetto pari allo 0,20 % relativo alla spesa per acquisti diretti di gas medicinali;
 - da segnalare come, nel mese di giugno, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera era stato rideterminato all’8% per il 2022, dell’8,15 % 2023 e dell’8,30 % a decorrere dal 2024;
- **Distribuzione medicinali** | Il provvedimento (Art. 44) ha ridisegnato le seguenti regole della distribuzione farmaceutica:

- aggiornamento da parte di AIFA, entro il 30 marzo di ogni anno, del prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT);
- AIFA elabora un elenco di farmaci PHT che non sono coperti da brevetto e che possono essere distribuiti dalle farmacie;
- dal 1° marzo 2024 viene rideterminato un nuovo sistema di remunerazione delle farmacie (quota percentuale al 6% e fissa),
- a partire dal 1° marzo 2024, sono abrogati specifici sconti, tra cui lo sconto che ha rideterminato le quote di spettanza dei grossisti (3%) e dei farmacisti (30,35%) sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali di classe A;
- istituzione di un apposito tavolo tecnico che, a far data dal 1° marzo 2024 e con cadenza annuale, monitora l'andamento della spesa connessa all'espletamento del servizio di dispensazione dei farmaci SSN da parte delle farmacie;
- dal 1° marzo 2024 sono abrogate le disposizioni concernenti la remunerazione aggiuntiva in favore delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di SSN;
- Liste di attesa e LEA | in quest'ambito, risulta mantenuto quanto anticipato nelle scorse settimane, infatti:
 - l'Art. 45 prevede il coinvolgimento delle strutture private accreditate per completare l'attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa;
 - l'Art. 46 introduce l'aggiornamento del tetto di spesa per l'acquisto delle prestazioni dai privati. Con questo intervento viene incrementato il limite di spesa di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti per l'anno 2025 e di 4 punti a decorrere dall'anno 2026. Attualmente il limite di spesa è pari al 2% a partire dal 2014;
 - l'Art. 47 proroga il finanziamento delle quote premiali in sanità. Inoltre, si stabilisce che per l'anno 2024 la quota premiale a valere sulle risorse ordinarie previste per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è pari allo 0,5%;
 - l'Art. 48 dispone l'aumento del tetto di spesa per l'aggiornamento LEA così da vincolare una quota pari a 50 milioni di euro per l'anno 2024 e una quota pari a 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025, a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato;

- **Potenziamento SSN e Assistenza Territoriale** | l'Art. 50 prevede alcune modifiche ai finanziamenti e agli standard organizzativi nel settore sanitario in Italia, con particolare riferimento a:
 - aumento dei finanziamenti per l'assistenza territoriale, in aggiunta a quanto previsto dal PNRR - L'incremento è di 250 milioni di euro per il 2025 e di 350 milioni di euro a partire dal 2026;
 - aumento dei finanziamenti per l'assistenza in ambito palliativo e terapia del dolore, di 10 milioni di euro dal 2024 per i finanziamenti all'assistenza qualificata appropriata, in ambito palliativo e della terapia del dolore;
 - destinazione delle risorse incrementalì per obiettivi sanitari prioritari - in particolare si prevede che una parte dei fondi dell'art. 42 siano destinati come risorse incrementalì per obiettivi sanitari, di carattere prioritario e di rilievo nazionale;
- **Disabilità** | L'Art.40 istituisce, dal 1° gennaio 2024, il Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità con una dotazione di circa 231 milioni a partire dal 2024. Tali fondi sono destinati a finanziare: iniziative dedicate alle persone con disturbi del neuro-sviluppo e dello spettro autistico; interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare; attuazione degli interventi legislativi in materia di disabilità per il riordino e sistematizzazione delle politiche di sostegno;
- **Personale Sanitario** | una quota significativa delle norme di carattere sanitario è devoluta al personale medico, in particolare in relazione a:
 - Art. 10 | Rifinanziamento fondo CCNL personale pubblico. Sono stanziati 3 miliardi di euro per il 2024 e 5 miliardi di euro a decorrere dal 2025, per il triennio contrattuale di tutta la PA, compreso il personale convenzionato con il SSN;
 - Art. 33 | Adeguamento aliquote di rendimento delle gestioni previdenziali. Le quote di pensione a favore di dipendenti del SSN - nonché di Enti Locali e Asili e scuole elementari parificate - liquidate dal 1° gennaio 2024 vedono applicarsi dei coefficienti di riduzione per tutti coloro che al 31/12/1995 hanno maturato meno di 15 anni di contributi. Le prime stime segnalano una contrazione dell'assegno pensionistico - per il 50% del personale in servizio - che varia dal 5% al 25%;
 - Art. 42 | Incremento Tariffa Oraria prestazione aggiuntiva SSN. La disposizione proroga l'incremento delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive del contratto di lavoro dell'Area

sanità fino al 31 dicembre 2026, estendendo la misura - prevista solo per i servizi di emergenza-urgenza - a tutto il personale sanitario. In particolare, è autorizzata la spesa di:

- 200 milioni di euro per il personale medico;
- 80 milioni di euro per il personale sanitario del comparto;
- Edilizia Sanitaria | l'Art. 59 prevede come, nell'ambito dei piani triennali degli investimenti immobiliari:
 - l'INAIL possa destinare parte delle risorse finanziarie alla realizzazione e all'acquisto di immobili per le esigenze di ammodernamento delle strutture sanitarie e di ampliamento della rete sanitaria territoriale;
 - le iniziative di investimento, identificate dal Codice Unico di Progetto (CUP) da inserire nei piani triennali sono individuate con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro dell'Economia - adottato entro il 31 luglio di ciascun anno - su proposta delle Regioni.

COMMENTI POLITICI

Al netto del significativo investimento complessivo di 3 miliardi, a salire a 4,2 a partire dal 2026 per quanto riguarda il Rifinanziamento del FSN e delle misure inerenti i fondi per le liste d'attesa, il payback farmaceutico, la distribuzione dei medicinali e l'edilizia sanitaria, il provvedimento desta perplessità in relazione al tema personale sanitario e dei dispositivi medici - assente quest'ultimo nel DDL 926 recante Bilancio per l'anno finanziario 2024 e il bilancio pluriennale 2024-2026. Di seguito i commenti effettuati dai principali profili di interesse del settore salute, in relazione alle disposizioni della Manovra finanziaria 2024. In particolare:

- Ministero della Salute, Prof. Orazio Schillaci (Ministro della Salute) | Pensioni, PNRR e Sanità di prossimità
 - Consapevole delle criticità legate alle norme sulle pensioni, il Ministro Schillaci ha precisato di essere in continuo contatto con il Ministro Giorgetti e la Ministra del Lavoro Calderone per lavorare a una modifica finale;
 - al momento, sul tavolo ci sarebbe l'ipotesi di far scattare il taglio solo per chi decidesse di andare in pensione anticipata o di posticiparlo per tutti tra 3 anni;

- inoltre, si è dimostrato soddisfatto delle cifre stanziare per la sanità, che - sottolinea- superano quelle state stanziare in precedenza. In particolare, reputa di gran valore la cifra allocata per completare i progetti legati al PNRR, funzionali alla definizione di un sistema virtuoso di sanità di prossimità, che completi il processo di integrazione tra centri ospedalieri e territori;
- Conferenza delle Regioni, Marco Alparone (Coord. Commissione Affari Finanziari Conf. Regioni) | Risorse a disposizione ed equilibri di bilancio
 - soddisfatto del provvedimento, ha sottolineato come un outcome così positivo per le Regioni sia frutto di un proficuo confronto tra Stato e Istituzioni regionali, sancito da una forte collaborazione istituzionale utile per garantire maggiori disponibilità di risorse a livello regionale;
 - ha sottolineato come si debba trovare una soluzione tecnica alternativa - a invarianza dei saldi per la finanza pubblica - al contributo di 340 milioni richiesto alle Regioni a Statuto Ordinario;
- Farindustria, Marcello Cattani (Presidente di Farindustria) | FSN, payback e centralità strategica
 - ritiene provvedimenti virtuosi il maggiore stanziamento a favore del FSN e la rimodulazione dei tetti per la spesa farmaceutica in quanto - nonostante il payback sia una misura che strozza gli investimenti - compatibile con il cambiamento dell'attuale fabbisogno di cura, incrementato a causa dell'aumento delle cronicità;
 - inoltre, ha sottolineato come la filiera farmaceutica industriale rappresenti un asset strategico per l'Italia (+10.3% per produzione industriale, con ricadute positive su export e nuove assunzioni);
- Corte dei Conti | Inadeguatezza delle risorse e crescita dei prezzi
 - è stato segnalato come il settore sanitario, seppur subendo una limitata crescita del rapporto tra spesa sanitaria e il totale della spesa corrente primaria, stia conoscendo il peso di una crescita dei prezzi ben superiore all'aumento delle risorse disponibili;
 - pertanto risultano limitati gli spazi riservati alla revisione dei LEA e al rafforzamento delle risorse destinate alla riforma dell'assistenza territoriale;
- Anaa, Assomed, Fnomceo e FNOPI | Preoccupazioni, inadeguatezza risorse e sciopero
 - ricordando come sia fondamentale investire nel Capitale Umano del SSN per renderlo maggiormente attrattivo e per evitare le “fughe” dal SSN, tra le principali associazioni

professionali del settore vige una forte preoccupazione per la disposizione sulle aliquote di rendimento delle pensioni, in nome della quale è indetto uno sciopero - il 5 dicembre.

- L'opposizione (Castellone - M5S; Lorenzin - PD) si schiera al fianco di queste istanza, segnalando;
- i potenziali effetti disastrosi delle norme sul personale sanitario;
- l'inadeguatezza delle risorse stanziare per la risoluzione delle criticità sistemiche.

CONSIDERAZIONI FINALI

La sanità pubblica italiana ha rappresentato sin ad oggi, in Europa e nel mondo, un vero e proprio modello di tutela della salute, che ha garantito agli italiani, nel corso degli anni, il miglioramento delle condizioni di vita, la riduzione delle patologie, maggiore longevità e benessere e una risposta collettiva ai bisogni di salute e di vita di cittadini, famiglie e società nel suo complesso;

Circa quarantacinque anni fa la legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha istituito il servizio sanitario nazionale (da qui SSN), i cui principi cardine sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità e il cui obiettivo è la tutela della salute "come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", in ossequio all'articolo 32 della nostra Costituzione, nonché la promozione, il mantenimento e il recupero "della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini";

Sono tuttavia diverse le criticità che affliggono il nostro SSN, tra cui non può non richiamarsi il divario nella quantità e qualità dei servizi forniti dalle singole Regioni, legato sia alla diversa dotazione infrastrutturale, sia a capacità di programmazione e gestionali non omogenee;

l'insufficiente compensazione del ridimensionamento dei servizi ospedalieri ordinari con un rafforzamento di quelli territoriali, soprattutto in alcune Regioni; le difficoltà di accesso fisico (liste di attesa) ed economico alle cure; lo spostamento della domanda verso il privato come scelta obbligata per ritardi o mancanza di prestazioni da parte del settore pubblico, la carenza di personale e, non ultimo l'assenza di investimenti e programmi di spesa di prospettiva nel settore;

sul piano dell'assistenza territoriale, nonostante i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio - dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale, ai servizi domiciliari agli anziani ed ai malati - e il fondamentale ruolo

di “filtro” svolto dai medici di base il pronto soccorso viene percepita come unica opportunità per essere valutati adeguatamente, con conseguenti difficoltà sul piano delle risposte di tipo emergenziale;

appaiono molte disequità di accesso alle cure e ai trattamenti su tutto il territorio nazionale, che vanno al più presto affrontate e risolte;

nonostante la lieve ripresa degli ultimi due anni, i volumi delle prestazioni sanitarie non sono ancora tornati ai livelli pre-pandemici, né per le prestazioni programmate né per quelle urgenti, portando a 2,9 milioni il numero di mancati ricoveri registrati tra il 2020 e il 2021, biennio già segnato da una riduzione del 26 per cento delle ospedalizzazioni e del 44 per cento dei ricoveri programmati rispetto ai valori pre-Covid19;

ciò incide negativamente su un sistema di prevenzione tradizionalmente carente in ragione della mancanza di risorse finanziarie, umane e strumentali adeguate, cui si potrebbe dare risposta attraverso l’elaborazione di un piano nazionale pluriennale di interventi nel campo della prevenzione, differenziando gli stessi in interventi “primari” (volti a prevenire l’insorgere della patologia), “secondari” (volti a garantire diagnosi precoci) e “terziari” (volti a prevenire complicanze o danni ulteriori rispetto alla patologia già individuata);

i lunghi tempi d’attesa non riguardano solo le tempistiche relative alla diagnosi, ma anche quelle relative agli interventi terapeutici e assistenziali-riabilitativi, che vengono posti in essere con ritardi che spesso finiscono inesorabilmente per aggravare il quadro clinico del paziente;

si registrano criticità anche sul piano dell’assistenza di lungo termine prestata nelle strutture ospedaliere, che è scesa, del 2,5 per cento annuo, dal 2012 al 2021, confermando le difficoltà del SSN di garantire cure e assistenza con continuità e al di là di un orizzonte emergenziale;

l’assenza di risorse, il blocco delle assunzioni nelle regioni in piano di rientro e il tasso di turnover negativo hanno infatti determinato un aumento dell’età media del personale medico e infermieristico, spesso costretto a turni estenuanti e ininterrotti che in non pochi casi si sono riflessi direttamente sulla salute dei medici e degli infermieri, che a portato in molti casi all’abbandono precoce dal lavoro o alla migrazione alle strutture private;

la necessità di immettere nuovo organico nel SSN è dimostrata anche dalla forte carenza di infermieri, medici anestesisti e medici di medicina generale, anche per effetto dei pensionamenti e delle politiche di “pre-pensionamento” che non hanno fatto altro che aggravare le carenze di personale sanitario nei reparti;

queste difficoltà, negli anni, si sono riversate su cittadini e famiglie; per salvaguardare il servizio sanitario nazionale e garantire personale e strumentazione è indispensabile stanziare nuove risorse, prestando un sostegno concreto a tutte le strutture e le professionalità che si impegnano, nonostante le difficoltà ad adoperarsi per proteggere la salute dei cittadini;

lo scorso 31 dicembre è scaduto il termine per accedere al predetto MES sanitario ed è quindi sfumata la possibilità di ottenere i circa 37 miliardi di euro la cui unica condizionalità sarebbe stata l'utilizzo di tali risorse esclusivamente per sostenere il finanziamento, diretto e indiretto, del sistema sanitario nazionale;

dette risorse avrebbero rappresentato puro ossigeno per il nostro sistema sanitario, che versa in condizione critiche sotto molteplici aspetti sopra solo accennati e che ora risulta pure fortemente provato dagli sforzi (abnormi) profusi nel corso della pandemia per salvaguardare, costantemente e nonostante tutte le difficoltà, il primario e universale diritto alla salute;

preconcetti ideologici e fake news non possono in alcun modo giustificare l'assenza di risorse e risposte rispetto alle esigenze di cura e assistenza di cittadini e famiglie: proprio per tale ragione appaiono improcrastinabili interventi volti a potenziare il SSN e che si propongono di ricollocare al centro delle priorità del Paese la tutela della salute, vero e proprio cardine del nostro sistema di welfare e del nostro stato sociale.

i punti sui quali agire sono

- 1) reperire le risorse finanziarie necessarie a rispondere alle criticità
- 2) adottare iniziative volte a favorire il ricambio generazionale del personale medico e infermieristico,
- 3) intervenire per assicurare maggiore attrattività alle professioni sanitarie, incrementando le remunerazioni e le indennità specifiche,
- 4) elaborare un piano nazionale pluriennale di interventi di prevenzione primaria e secondaria con particolare riferimento alle malattie croniche non trasmissibili e in particolare al diabete tipo 2 e all'obesità,
- 5) prevedere un piano di potenziamento della sanità e assistenza territoriale,
- 6) dotare, un piano nazionale di edilizia ospedaliera che comporti il rinnovamento delle strutture sanitarie - i cui edifici risalgono, nel 70 per cento dei casi, a più di cinquant'anni fa
- 7) garantire l'equo accesso alle cure e ai trattamenti innovativi su tutto il territorio nazionale

In questo scenario appare indispensabile agire sulle leve che lo Stato mette a disposizione attraverso il bilancio di previsione dello Stato.

La lettura e l'analisi della Manovra e della relativa Relazione Tecnica fa emergere alcune criticità legate soprattutto all'esatta entità e la distribuzione delle risorse destinate al rinnovo del personale dipendente e convenzionato; in secondo luogo,

Inoltre l'incremento del tetto di spesa per le prestazioni da privato, e non diversamente precisato, finirà per favorire quelle Regioni che hanno registrato una spesa elevata nel 2011, come l'impatto della rimodulazione dei tetti di spesa è certamente 'non oneroso' per lo Stato, ma lo stesso non può essere visto per le Regioni perché questo determinerà minori entrate dal payback. Da considerare inoltre che nuovo sistema di remunerazione delle farmacie e l'aggiornamento del Lea potrebbero avere un impatto sulla finanza pubblica superiore alle stime.

Queste criticità potrebbero finire per influire sulla tenuta dei conti delle Regioni, che potrebbero condizionare scelte organizzative-assistenziali, anche alla luce dell'incertezza dei costi energetici e della crescita dei prezzi di acquisto di beni e servizi.

Certamente gli incrementi del Fondo sanitario nazionale, in Manovra rappresentano una opportunità e risorse aggiuntive per il sistema sanitario nazionale, ma tali incrementi serviranno a coprire voci di spesa già programmati, con circa € 2.400 milioni che saranno destinati al rinnovo contrattuale del personale sanitario, e le somme residue per tutte le altre misure saranno suddivise in € 600 milioni nel 2024, € 1.600 milioni nel 2025 e € 1.800 nel 2026.

Le risorse necessarie per il rinnovo dei contratti per il triennio 2022/2024, che pure sono sottofinanziati rispetto all'inflazione registrata nel triennio, sia dallo sblocco del tetto di spesa previsto per la sanità convenzionata e dai provvedimenti mai risolutivi di finanziamento delle prestazioni aggiuntive dei professionisti alle prese con un sovraccarico lavorativo non più gestibile. Questa ripartizione è certamente insufficiente per consentire alle Regioni di attuare tutti gli obiettivi della Manovra, considerano inoltre che essendo tutte le misure finalizzate a specifici interventi, non vi può essere alcun margine di manovra per adeguare la spesa sanitaria alla crescita dei prezzi.

Tutto questo potrebbe comportare di dover agire a livello regionale su altre leve di controllo, razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria e farmaceutica, finendo per penalizzare la qualità dell'assistenza e delle cure offerte e aumentando il gap socio-economico già in atto.

Inoltre, va notata come la Manovra non contenga le misure necessarie per stabilizzare i precari e sbloccare i tetti alle assunzioni di nuovo personale. Tutti nodi che attendono risposte.

La mancanza di interventi negli anni 2025 e 2026 potrebbe ulteriormente acuire questa situazione e dare un ulteriore colpo di grazia ai principi di universalismo, uguaglianza ed equità, erodendo il diritto costituzionale alla tutela della salute, fattori del resto emersi anche nei Governi precedenti. Il volere e dovere affrontare temi strutturali in sanità richiede visione a lungo termine e interventi strutturali a breve termine e non misure contingenti.

Le grandi sfide come l'organizzazione territoriale e il DM 77 , quella ospedaliera e il DM 70, il Piano delle cronicità, la prevenzione sin dai primi anni di vita, il potenziamento delle strutture di emergenza, i grandi temi legati ai Non communicable disease, in particolare Diabete e Obesità, il piano sulle malattie infettive, il sostegno alla ricerca e alla formazione, l'incentivazione contrattuale, la formazione e le risorse del personale medico e sanitario, sono tutte domande che attendo risposte, che non emergono da questa Legge di bilancio.