

Camera
dei
deputati

XII Commissione, Affari sociali

Roma, 26 giugno 2024

Audizione informale

**Proposta di legge C. 1298 Quartini, recante
“Disposizioni concernenti il finanziamento,
l’organizzazione e il funzionamento del Servizio
Sanitario Nazionale”**

Nino Cartabellotta

Presidente Fondazione GIMBE

Disclosure

- La Fondazione GIMBE realizza attività di formazione e consulenza su alcuni temi trattati nella presente audizione
- Le valutazioni contenute nella presente audizione sono espresse in assenza di alcun conflitto di interesse di categoria
- Singoli parlamentari e gruppi parlamentari, oltre che soggetti terzi, non hanno influenzato in alcun modo le valutazioni esposte nella presente audizione

Disclosure

1. Finanziamento
2. Appropriatelyzza concernente i LEA e i raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG, Diagnosis Related Groups)
3. Risorse umane
4. Accredimento delle strutture sanitarie
5. Sanità integrativa
6. Tracciabilità della spesa sanitaria
7. Nomine della dirigenza sanitaria
8. Liste di attesa e attività intramoenia
9. Ricerca sanitaria
10. Digitalizzazione del SSN
11. Riordino del sistema di emergenza sanitaria territoriale e ospedaliero

Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE

Mettere la salute e il benessere delle persone al centro di tutte le decisioni politiche: non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali, oltre che di istruzione, formazione e ricerca (*Health in All Policies*).

GOVERNANCE STATO-REGIONI

Potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto dei loro poteri, per ridurre disuguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale.

FINANZIAMENTO PUBBLICO

Aumentare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera consistente e stabile, allineandolo entro il 2030 alla media dei paesi europei, al fine di garantire l'erogazione uniforme dei LEA, l'accesso equo alle innovazioni e il rilancio delle politiche del personale sanitario.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA per rendere rapidamente accessibili le innovazioni e potenziare gli strumenti per monitorare le Regioni, al fine di ridurre le disuguaglianze e garantire l'uniforme esigibilità dei LEA in tutto il territorio nazionale.

SPRECHI E INEFFICIENZE

Ridurre sprechi e inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale e riallocare le risorse in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Diffondere la cultura e potenziare gli investimenti per la prevenzione e la promozione della salute e attuare l'approccio integrato *One Health*, perché la salute delle persone, degli animali, delle piante e dell'ambiente sono strettamente interdipendenti.

RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Normare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e disciplinare la libera professione, al fine di ridurre le disuguaglianze d'accesso ai servizi sanitari e arginare l'espansione della sanità privata accreditata.

PERSONALE SANITARIO

Rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità al fine di valorizzare e (ri)motivare la colonna portante del SSN: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di tutti i professionisti sanitari, riformare i processi di formazione, valutazione e valorizzazione delle competenze secondo un approccio multi-professionale.

RICERCA

Destinare alla ricerca clinica indipendente e alla ricerca sui servizi sanitari almeno il 2% del finanziamento pubblico per la sanità, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.

SANITÀ INTEGRATIVA

Riordinare la normativa sui fondi sanitari al fine di renderli esclusivamente integrativi rispetto a quanto già incluso nei LEA, arginando disuguaglianze, fenomeni di privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.

PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

Programmare l'offerta di servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute e renderla disponibile tramite reti integrate, che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane, al fine di ridurre la frammentazione dell'assistenza, superare la dicotomia ospedale-territorio e integrare assistenza sanitaria e sociale.

INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE

Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria delle persone, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumismo sanitario e contrastare le fake news, oltre che aumentare la consapevolezza del valore del SSN.

TRASFORMAZIONE DIGITALE

Promuovere cultura e competenze digitali nella popolazione e tra professionisti della sanità e caregiver e rimuovere gli ostacoli infrastrutturali, tecnologici e organizzativi, al fine di minimizzare le disuguaglianze e migliorare l'accessibilità ai servizi e l'efficienza in sanità.

TICKET E DETRAZIONI FISCALI

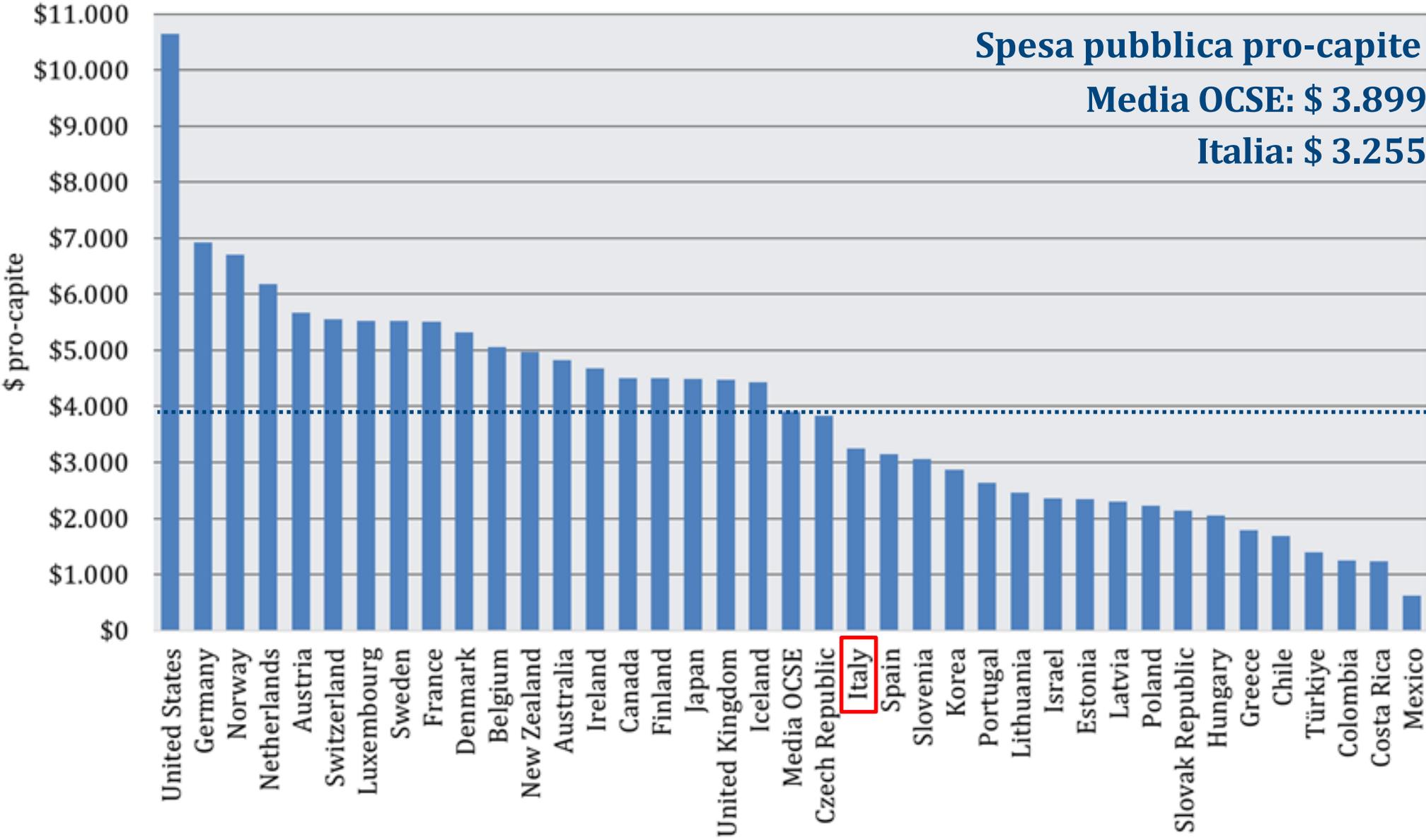
Rimodulare ticket e detrazioni fiscali per le spese sanitarie, secondo principi di equità sociale ed evidenze scientifiche, al fine di ridurre lo spreco di denaro pubblico e il consumismo sanitario.



Spesa pubblica pro-capite

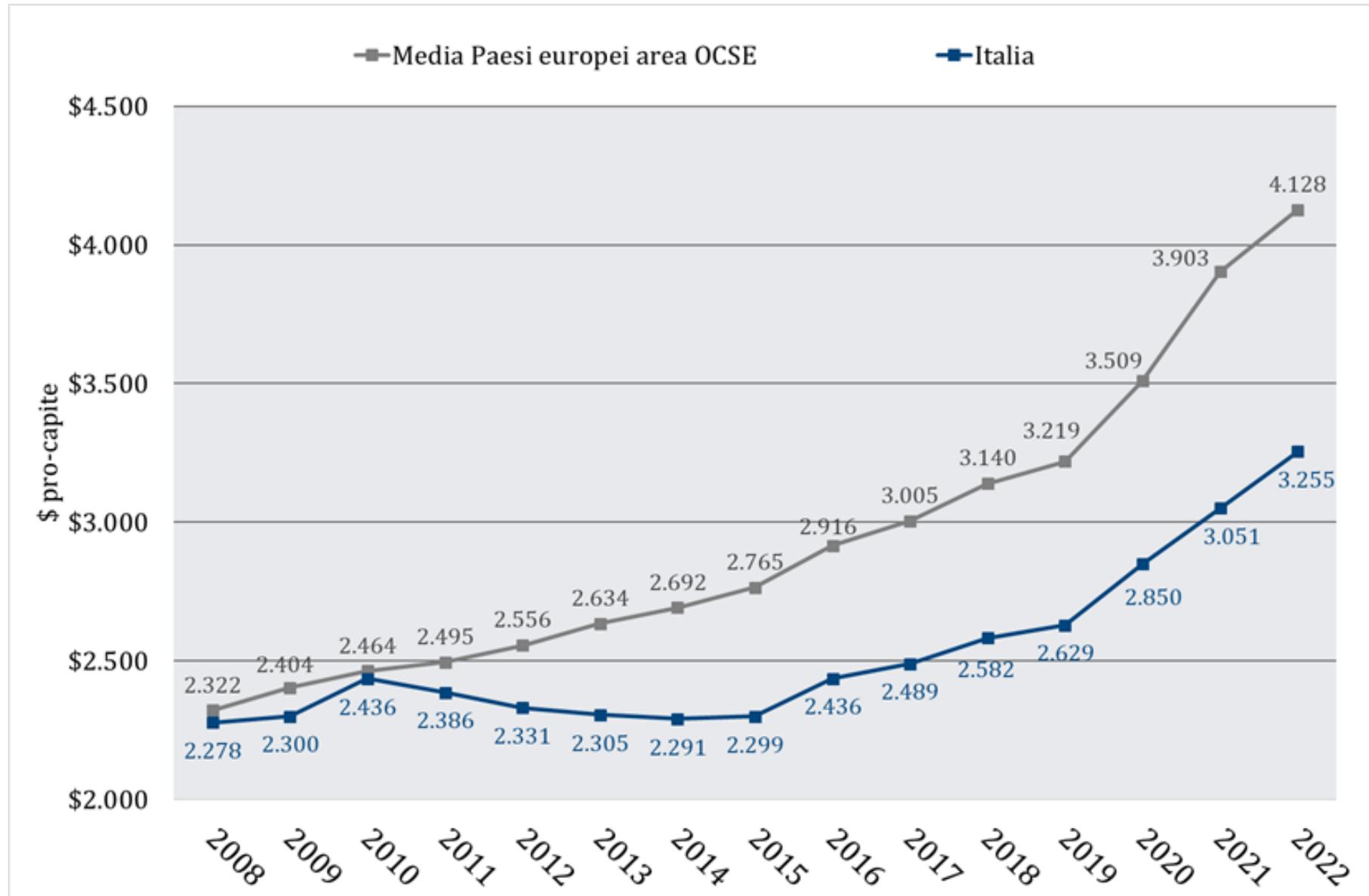
Media OCSE: \$ 3.899

Italia: \$ 3.255

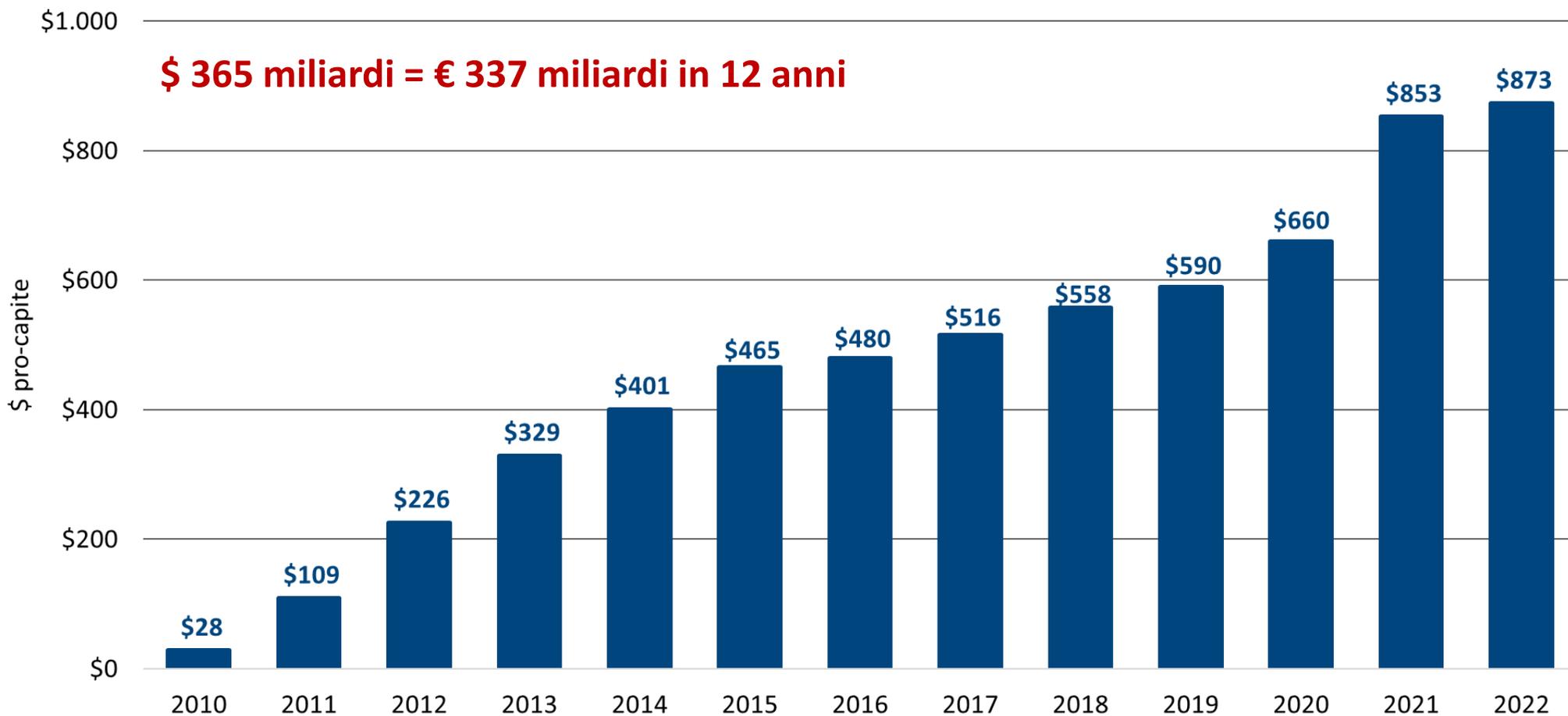


Fonte: OECD Stat, luglio 2023

Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2022



Gap spesa sanitaria pubblica pro-capite Italia Vs media dei Paesi europei 2010-2022



Elaborazione GIMBE da OECD.Stat. Last updated July 2023.

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Disclosure

1. **Finanziamento**
2. **Appropriatezza concernente i LEA** e i raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG, Diagnosis Related Groups)
3. **Risorse umane**
4. Accreditamento delle strutture sanitarie
5. **Sanità integrativa**
6. Tracciabilità della spesa sanitaria
7. Nomine della dirigenza sanitaria
8. **Liste di attesa** e attività intramoenia
9. Ricerca sanitaria
10. Digitalizzazione del SSN
11. Riordino del sistema di emergenza sanitaria territoriale e ospedaliero

Aggiornamento
LEA



Esigibilità
nuovi LEA



Monitoraggio
LEA

Aggiornamento
LEA



Esigibilità
nuovi LEA



Monitoraggio
LEA

1 dic
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | 🖨

IN PARLAMENTO

Gimbe: nuovi Lea non sostenibili senza un metodo rigoroso sulle prestazioni sanitarie

Numerosi elementi positivi ma anche criticità strutturali. Li ha indicati la Fondazione Gimbe ieri nel corso dell'audizione presso la 12a Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica in merito allo «Schema di Dpcm recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea)».

Tra gli elementi positivi Gimbe riconosce la ridefinizione dell'articolazione dei Lea con maggior dettaglio nella descrizione delle prestazioni; l'aggiornamento dei nomenclatori delle prestazioni di specialistica



Box 4.1. Esito delle decisioni della Commissione LEA

Aggiornamento dei LEA

- Attivazione delle procedure previste per LEA iso-risorse e LEA con incremento di oneri (cfr. figura 4.1)

Necessità di ulteriore ricerca

- Proposta di inserimento della prestazione/servizio nel Programma di Generazione di Evidenze avviato dall'ISS
- Proposta di inserimento della prestazione/servizio nei Programmi di ricerca finanziati dall'AIFA

Nessuna modifica dei LEA

- Per motivata inefficacia o per carenza di prove di efficacia sulla validità della prestazione
- Per carenza di sostenibilità economica

Report aggiornamento LEA*

- Richieste: 9 nel triennio 2016-2018, 56 nel 2019, 122 nel 2020, 66 nel 2021 e 47 nel 2022
 - 70% da associazioni di pazienti o cittadini
 - 20% da società scientifiche o Enti del SSN
 - 10% da produttori di tecnologie sanitarie
- Accolte dalla Commissione LEA un totale di 29 richieste
- Approvazione non formalizzata in attesa dell'applicazione del «DM Tariffe», slittata al gennaio 2025

*Dati estrapolati dalla Relazione della Corte dei Conti

“Continuo aggiornamento dei LEA, con proposta di esclusione di prestazioni, servizi o attività divenuti obsoleti e di inclusione di prestazioni innovative ed efficaci, al fine di mantenere allineati i LEA all’evoluzione delle conoscenze scientifiche”.

FAILED

Prestazioni sanitarie

Evidence & Value

Value elevato

Benefici adeguati rispetto a costi e alternative
Liste positive: spesa pubblica

Value basso

Benefici minimi rispetto a costi e alternative
Liste positive: spesa pubblica + spesa privata

Value incerto

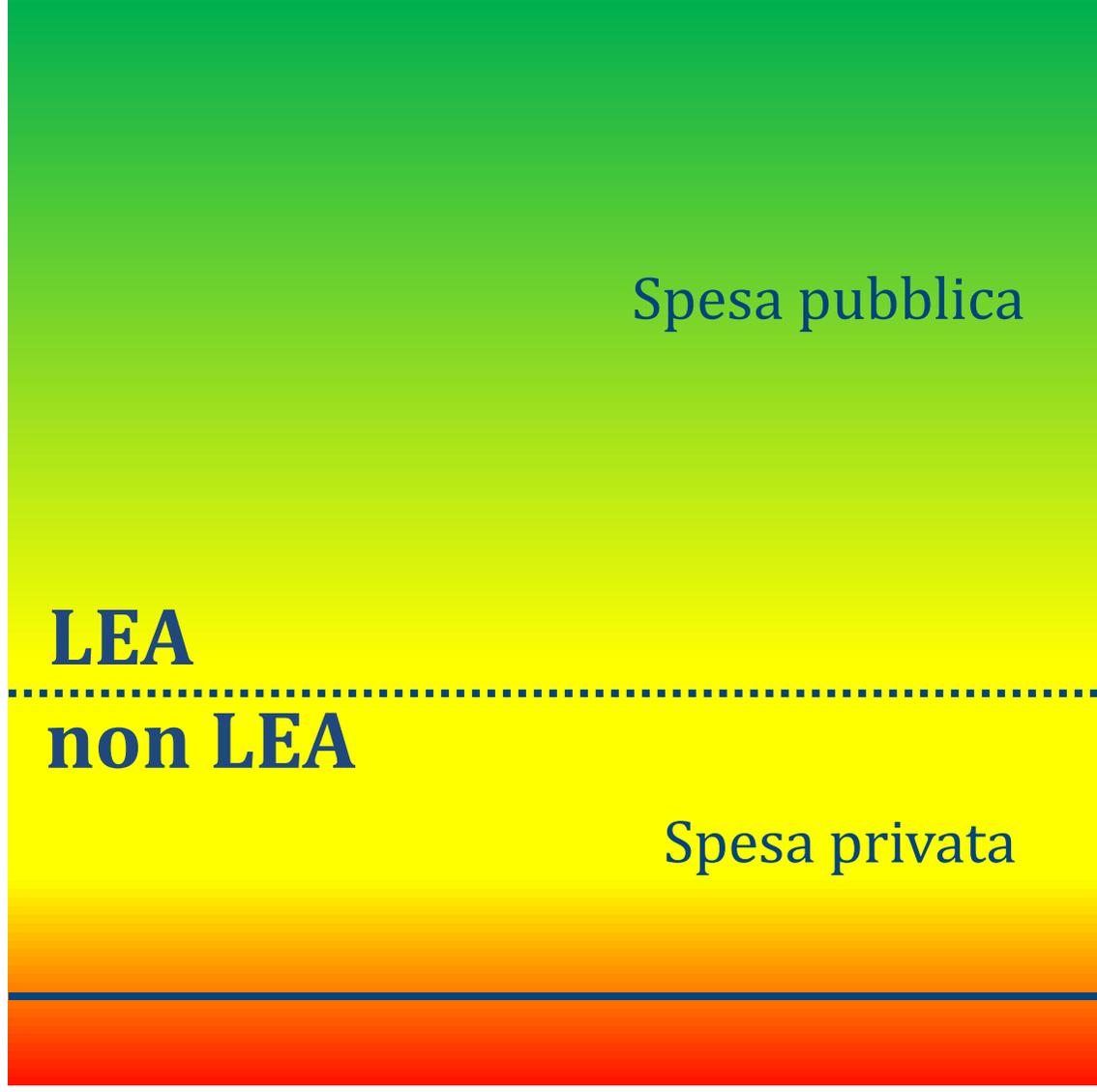
Benefici non noti (aree grigie)
Liste positive: spesa pubblica + spesa privata
Ricerca comparativa indipendente

Value negativo

Rischi maggiori dei benefici
Liste negative

Prestazioni sanitarie

Dannose Futili Necessary Indispensabili



Elevato

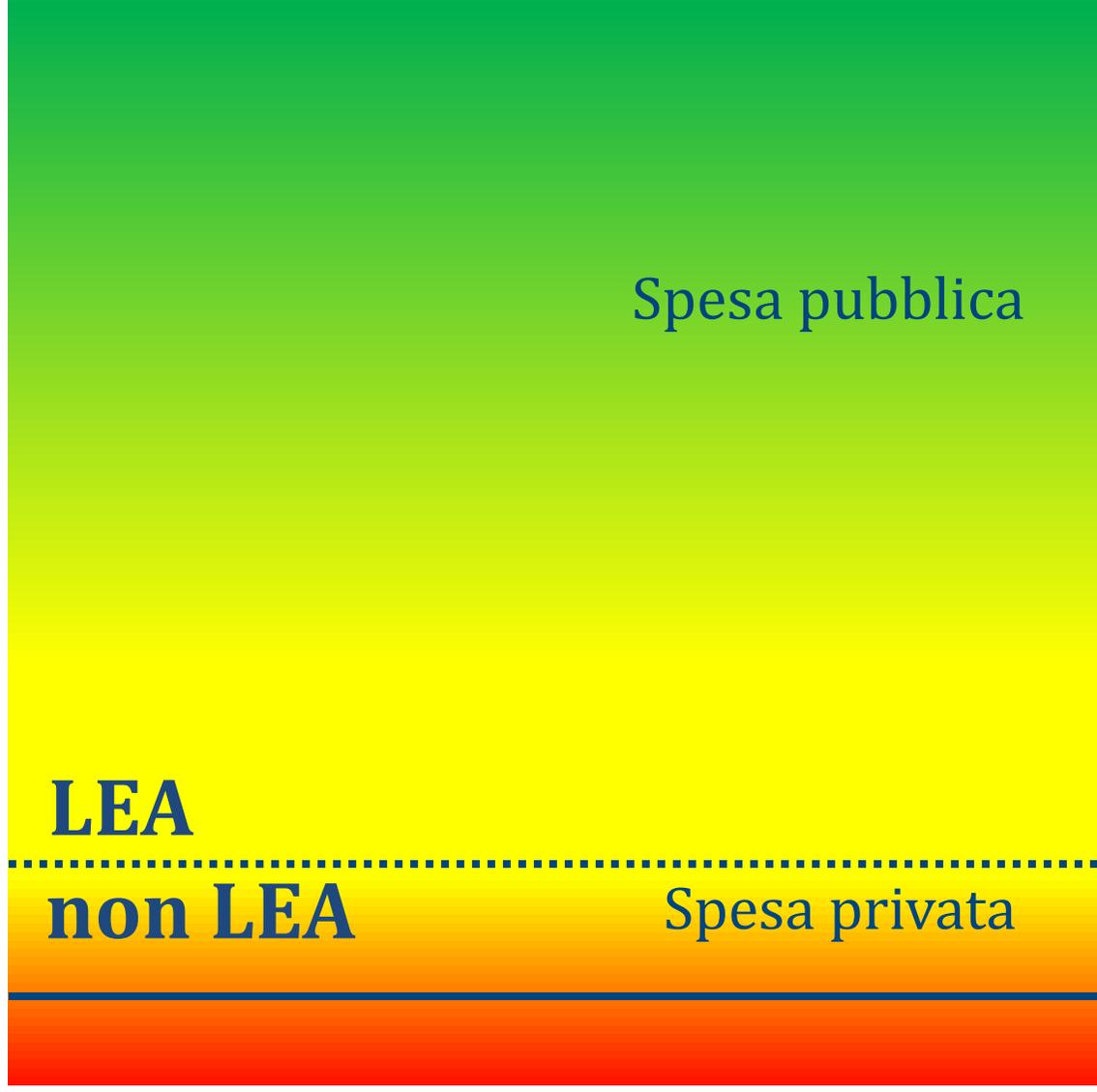
Basso/incerto

Negativo

Value

Prestazioni sanitarie

Dannose Futili Necessarie Indispensabili



Elevato

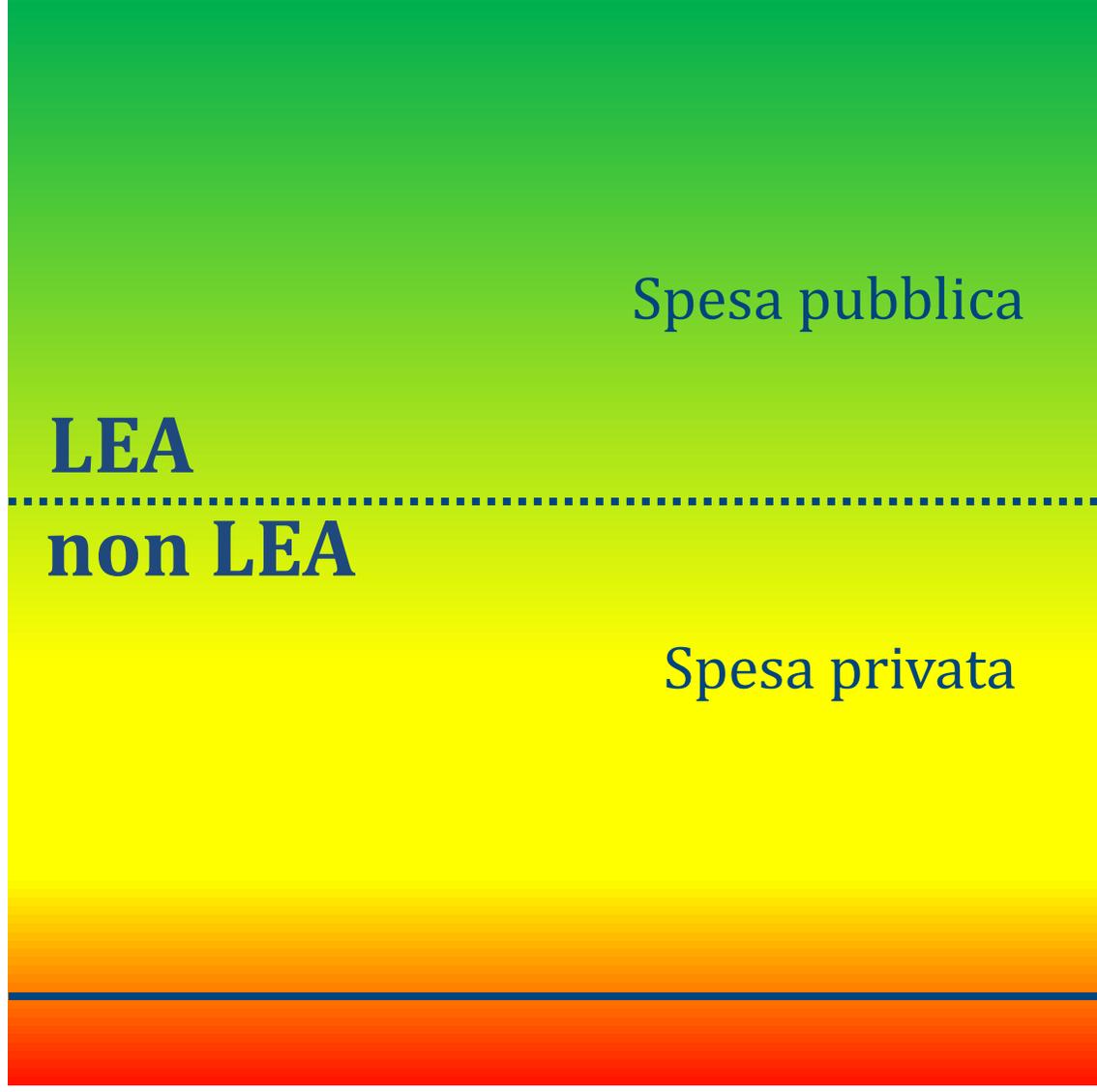
Basso/incerto

Negativo

Value

Prestazioni sanitarie

Dannose Futili Necessarie Indispensabili



Elevato

Basso/incerto

Negativo

Value

Aggiornamento
LEA



Esigibilità
nuovi LEA



Monitoraggio
LEA

27 gen
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | p

IN PARLAMENTO

Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva?

di *Nino Cartabellotta* (presidente Fondazione Gimbe)

Con la firma del Premier Gentiloni il Ministro Lorenzin è riuscita nella titanica impresa in cui avevano fallito i suoi predecessori Turco e Balduzzi: dopo oltre 15 anni sono stati aggiornati i livelli essenziali di assistenza (Lea), che ora attendono solo il visto della Corte dei Conti per essere pubblicati in Gazzetta Ufficiale. Una grande enfasi mediatica ha celebrato il traguardo enfatizzando tutte le nuove prestazioni offerte ai cittadini: nuovo piano vaccini, screening neonatali per sordità e cataratta



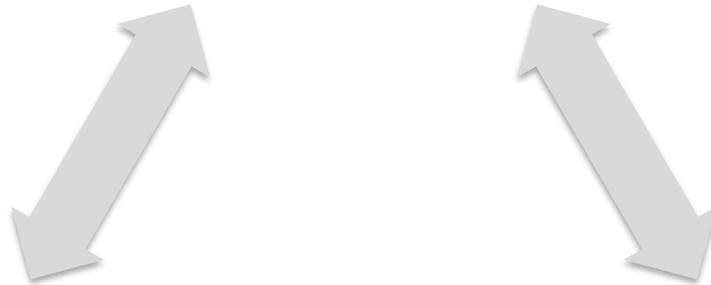
Esigibilità nuovi LEA

- Decreto Tariffe da emanare entro il 28 febbraio 2018
- Prestazioni di protesica e specialistica ambulatoriale esigibili solo con fondi extra-LEA nelle Regioni non in Piano di rientro
- DM Tariffe in GURI il 4 agosto 2023. Disposizioni in vigore da:
 - 1° gennaio 2024 per la specialistica ambulatoriale
 - 1° aprile 2024 per l'assistenza protesica

Esigibilità nuovi LEA

- DM 31 dicembre 2023 di modifica al DM Tariffe in GURI il 27 gennaio 2024. Disposizioni in vigore da:
 - 1° aprile 2024 per la specialistica ambulatoriale
 - 1° aprile 2024 per l'assistenza protesica
- DM 31 marzo 2024 di modifica al DM Tariffe in GURI il 2 maggio 2024. Disposizioni in vigore da:
 - 1° gennaio 2025 per la specialistica ambulatoriale
 - 1° gennaio 2025 per l'assistenza protesica

Aggiornamento
LEA



Esigibilità
LEA



Monitoraggio
LEA

Report Osservatorio GIMBE 2/2022

**Livelli Essenziali di Assistenza:
le diseguglianze regionali in sanità**



Dicembre 2022

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

Adempimenti cumulativi 2010-2019



Adempimento >85,9%

Emilia-Romagna (93,4%), Toscana (91,3%), Veneto (89,1%), Piemonte (87,6%), Lombardia (87,4%)

Adempimento tra 76,7% e 85,9%

Umbria (85,9%), Marche (84,1%), Liguria (82,8%), Friuli-Venezia Giulia* (81,5%), Prov. Aut. di Trento (78,8%)

Adempimento tra 67,6% e 76,6%

Abruzzo (76,6%), Basilicata (76,4%), Lazio (75,1%), Sicilia (69,6%), Molise (68%)

Adempimento <67,6%

Puglia (67,5%), Valle d'Aosta* (63,8%), Calabria (59,9%), Campania (58,2%), Prov. Aut. di Bolzano* (57,6%), Sardegna* (56,3%)

*Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti



Ministero della Salute

Direzione generale della programmazione sanitaria

Ufficio 6

**Monitoraggio dei LEA
attraverso il Nuovo Sistema
di Garanzia**

DM 12 marzo 2019

***Metodologia e risultati
dell'anno 2021***

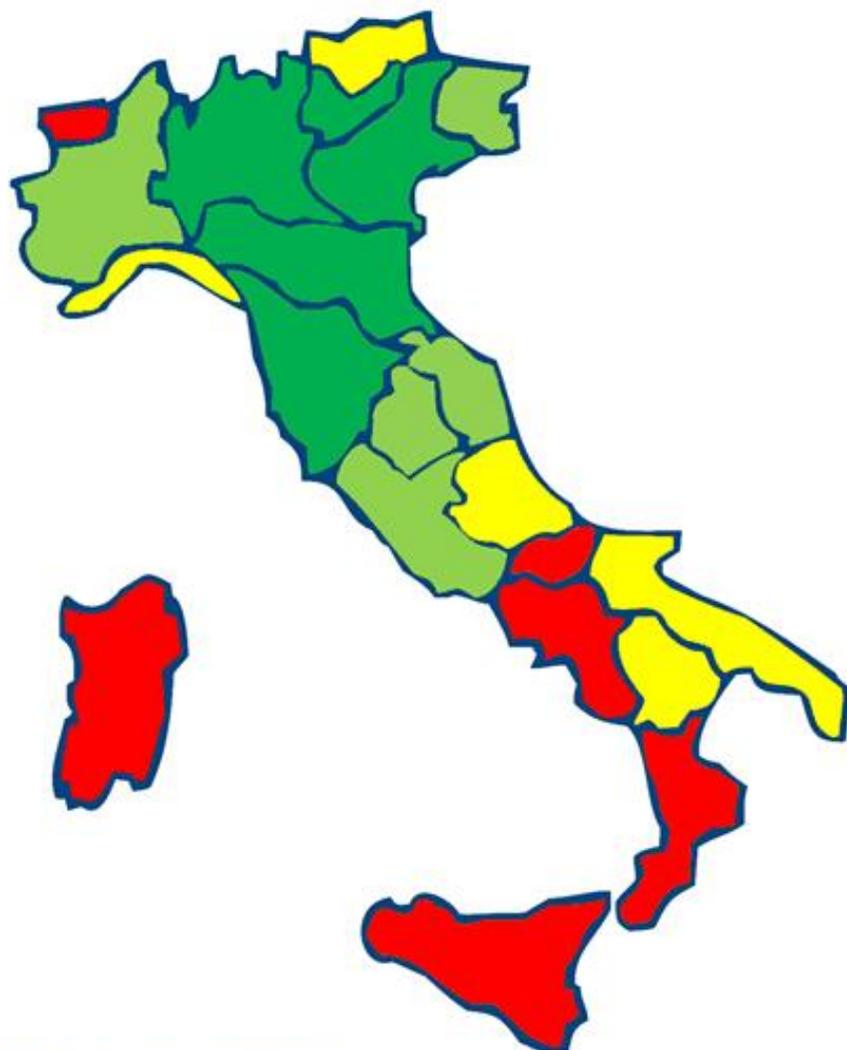
Maggio 2023

Relazione NSG 2021

- 14 Regioni adempienti
- Del Sud:
 - Abruzzo (12^a)
 - Puglia (13^a)
 - Basilicata (14^a)

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Punteggi totali anno 2021 (max 300 punti)



Punteggio >257,9

Emilia-Romagna (281,2), Toscana (274,5), Prov. Aut. di Trento (268,4), Lombardia (265,3), Veneto (264,9)

Punteggio tra 232,7 e 257,9

Marche (257,9), Piemonte (251,9), Umbria (247,9), Friuli-Venezia Giulia (243), Lazio (235,5)

Punteggio tra 198,7 e 232,6

Liguria (232,6), Abruzzo (215,5), Puglia (209,3), Basilicata (207,5), Prov. Aut. di Bolzano* (200,8)

Punteggio <198,7

Campania* (198,6), Molise* (196,9), Sicilia* (183), Sardegna* (169,7), Calabria* (160), Valle d'Aosta* (147,2)

Note:

- Le quattro categorie risultano dalla suddivisione dei punteggi in quartili.
- *Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Conclusioni

- Il finanziamento pubblico è inadeguato rispetto all'ampiezza del «paniere» dei LEA e ai parametri retributivi del personale sanitario
- Persistendo il sottofinanziamento del SSN senza ridefinire il perimetro dei LEA
 - Si indebolisce l'offerta pubblica
 - Si ampliano le opportunità per l'avanzata dei privati (erogatori e finanziatori), favorite dalla deregulation della sanità integrativa
 - Si demotiva ulteriormente il personale sanitario → fughe dal pubblico
 - Aumentano le diseguaglianze regionali e locali
 - Si scivola silenziosamente verso una sanità «a doppio binario»