

5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Nino Cartabellotta
Fondazione GIMBE

Roma, 11 ottobre 2022

Sala Capitolare, Chiostro del Convento di Santa Maria sopra Minerva
Senato della Repubblica

Disclosure

- Il Rapporto è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale
- La Fondazione GIMBE non è portatrice di alcun interesse di categoria
- Tutte le analisi sono state effettuate in maniera indipendente con il solo obiettivo di ottenere il massimo ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità
- La Fondazione GIMBE eroga attività di formazione e coaching su alcuni temi trattati dal Rapporto
- Nessun altro conflitto da dichiarare



SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it

Osservatorio GIMBE sul SSN





Abbiamo da poco ricordato i 40 anni del Servizio sanitario nazionale. È stato – ed è – un grande motore di giustizia, un vanto del sistema Italia. Che ha consentito di aumentare le aspettative di vita degli italiani, ai più alti livelli mondiali. Non mancano difetti e disparità da colmare. Ma si tratta di un patrimonio da preservare e da potenziare.

Sergio Mattarella, 31 dicembre 2018

Outline

- **Lo «stato di salute» del SSN**
- **Le priorità politiche**
 - **Finanziamento pubblico**
 - **Livelli Essenziali di Assistenza**
 - **Regionalismo differenziato**
- **Il Piano di Rilancio del SSN**



Outline

- **Lo «stato di salute» del SSN**
- Le priorità politiche
 - Finanziamento pubblico
 - Livelli Essenziali di Assistenza
 - Regionalismo differenziato
- Il Piano di Rilancio del SSN



2019



4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

www.rapportogimbe.it

Presentato a Roma, 11 giugno 2019
Sala Capitolare, Chiostro del Convento
di Santa Maria sopra Minerva
Senato della Repubblica



#salviamoSSN

MULTIMORBIDITY

When **someone**
has **two** or
more
long-term
health conditions.



NICE National Institute for
Health and Care Excellence

Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

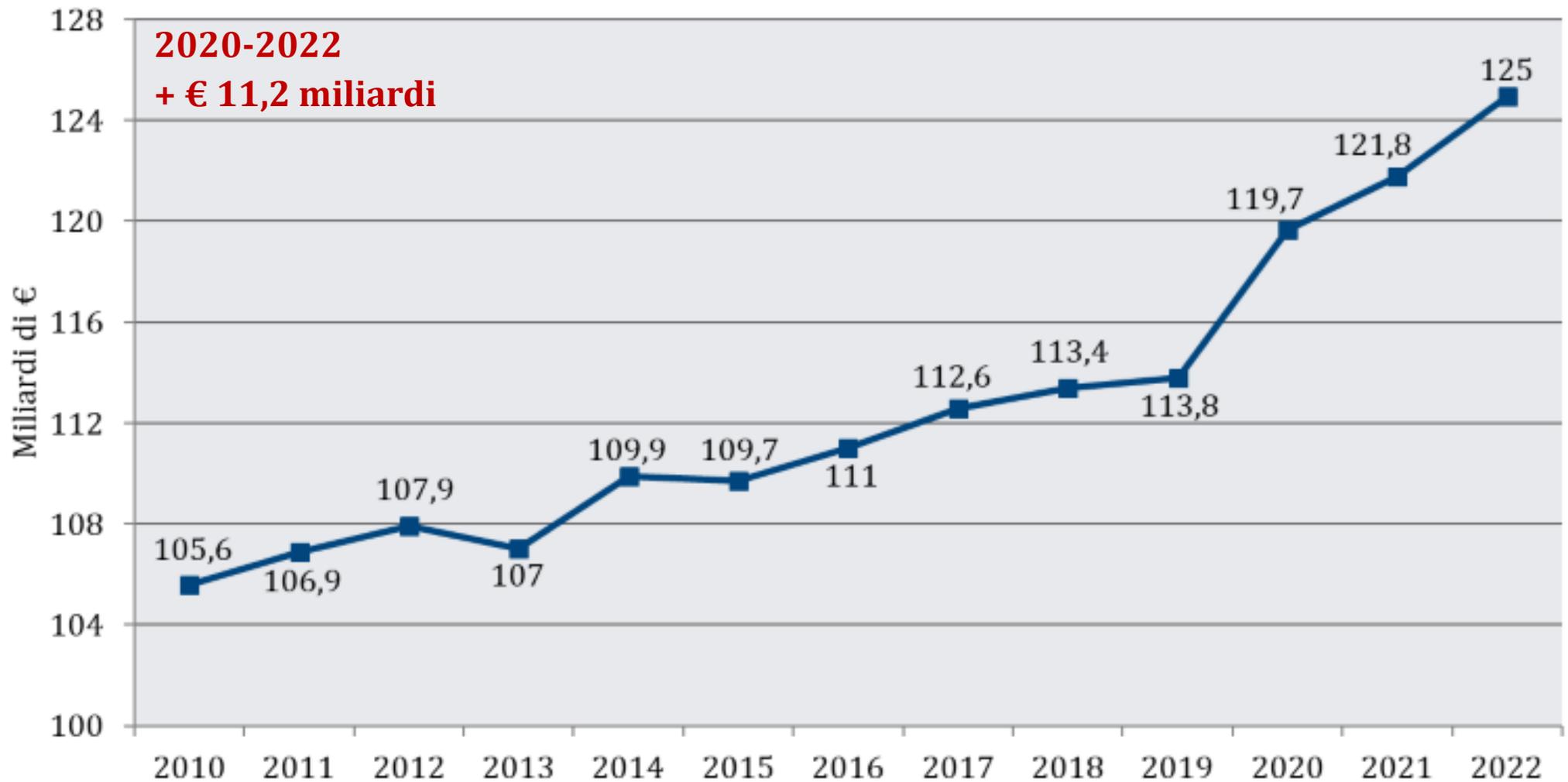
Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

Finanziamento pubblico SSN: trend 2010-2022



Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

“Nuovi” LEA

- Legge di Bilancio 2022 (c. 288) ha assegnato € 200 milioni a valere sul FSN a decorrere dal 2022 per «aggiornamento LEA»
- “Decreto Tariffe” non ancora pubblicato
- Aggiornamento dei LEA al palo



Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

Sprechi e inefficienze

- Varie «misure di efficientamento» per ridurre l'inappropriatezza organizzativa
- Nessun piano organico (formazione professionisti, informazione cittadini) per ridurre l'inappropriatezza professionale
- Alcune azioni su «Frodi e abusi», «acquisti a costi eccessivi», «complessità amministrative»



Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

Espansione 2° pilastro

- Ciclo di audizioni parlamentari avviato nel gennaio 2019 finalizzato alla riforma di una normativa frammentata e incompleta della sanità integrativa
- Ultima audizione luglio 2019
- Nessun esito



Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

Governance Stato-Regioni

- Dal gennaio 2020 avvio del Nuovo Sistema di Garanzia per monitorare l'adempimento delle Regioni ai LEA
- Torna attuale il completamento delle istanze di regionalismo differenziato



Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

Aspettative di cittadini e pazienti

- Nessuna azione di sistema
- Durante la pandemia diffusione di teorie negazioniste e no-vax hanno deteriorato il “rapporto di fiducia” tra sanità e cittadini





ANSA.it > Cronaca > **Coronavirus: un contagiato in Lombardia**

Coronavirus: un contagiato in Lombardia

Un 38enne ricoverato all'ospedale di Codogno

Redazione ANSA

MILANO

21 febbraio 2020

08:15

NEWS

Suggerisci

Facebook

Twitter

Altri

A+ A A-

Stampa

Scrivi alla redazione



YOOX

MODA, DESIGN
E ARTE

CREA IL TUO STILE!

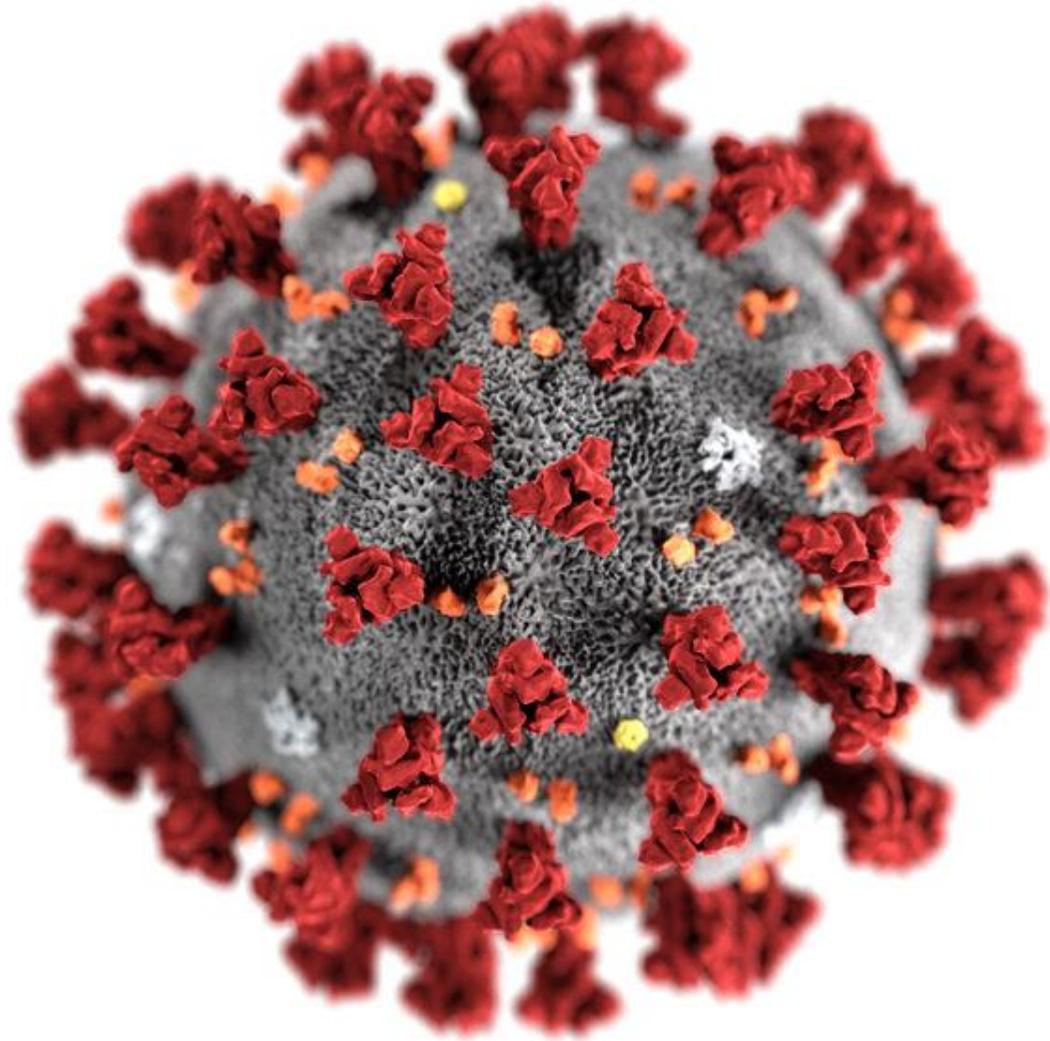
SCOPRI DI PIÙ



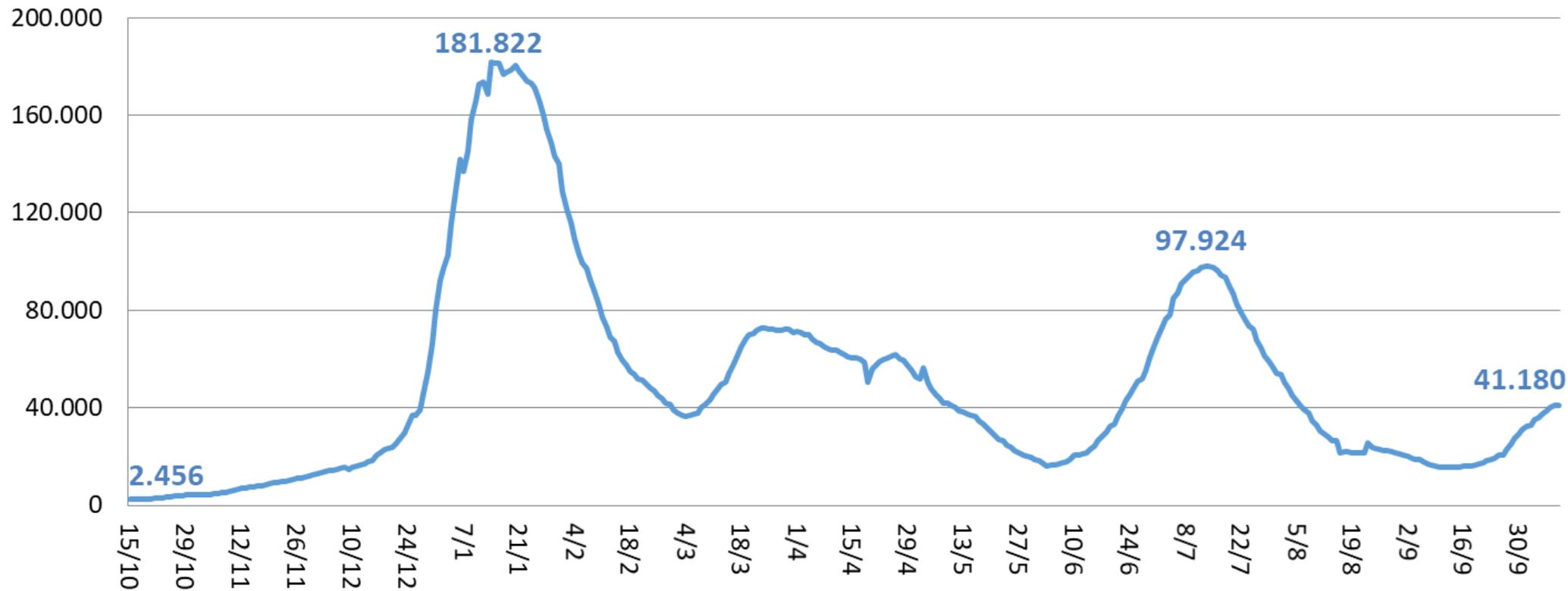
- RIPRODUZIONE RISERVATA

CLICCA PER
INGRANDIRE



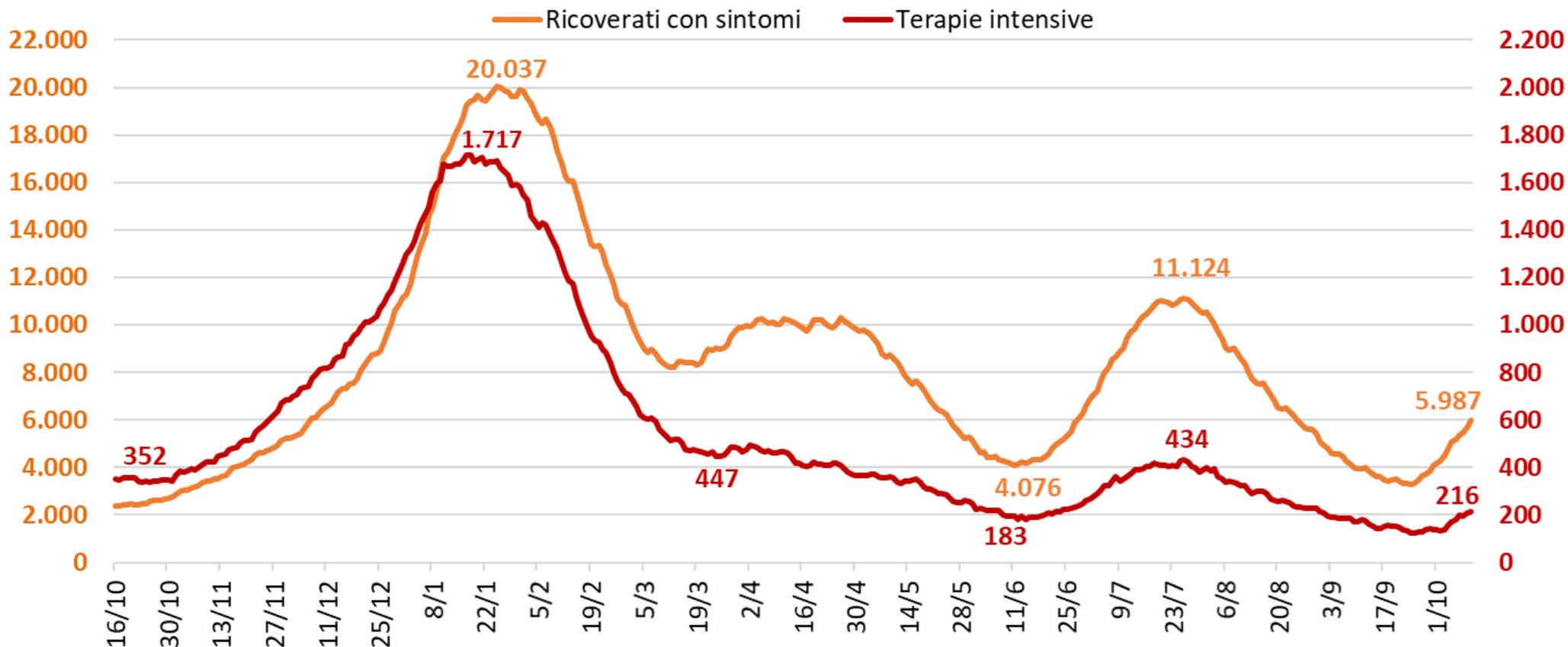


Nuovi casi (media mobile a 7 giorni)



Elaborazione GIMBE da casi confermati dal Ministero della Salute
Aggiornamento: 10 ottobre 2022

Trend ricoverati con sintomi e in terapia intensiva

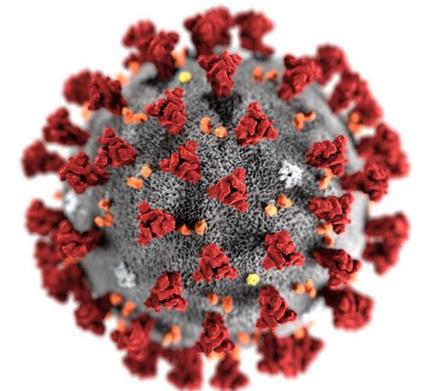


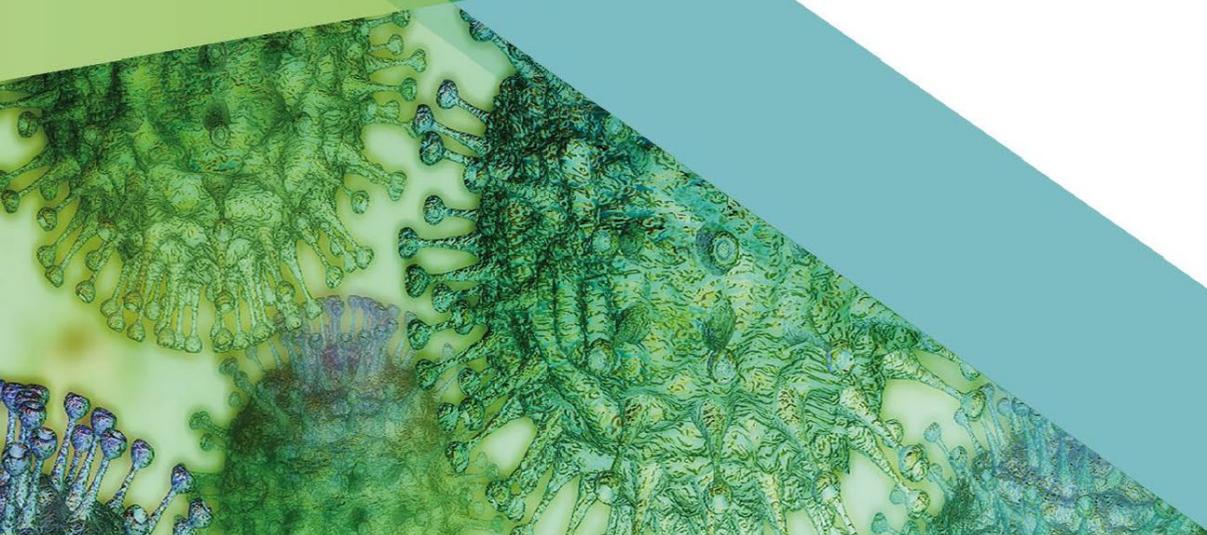
Elaborazione GIMBE da casi confermati dal Ministero della Salute
Aggiornamento: 10 ottobre 2022



Pandemia: effetti a medio-lungo termine

- Ritardo erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di screening non ancora recuperate dalle Regioni
- Progressivo impatto del long-COVID → 113 centri
- Impatto sulla salute mentale
- Ulteriore indebolimento del capitale umano del SSN: burnout, demotivazione, licenziamenti volontari, fuga verso il privato
- ...

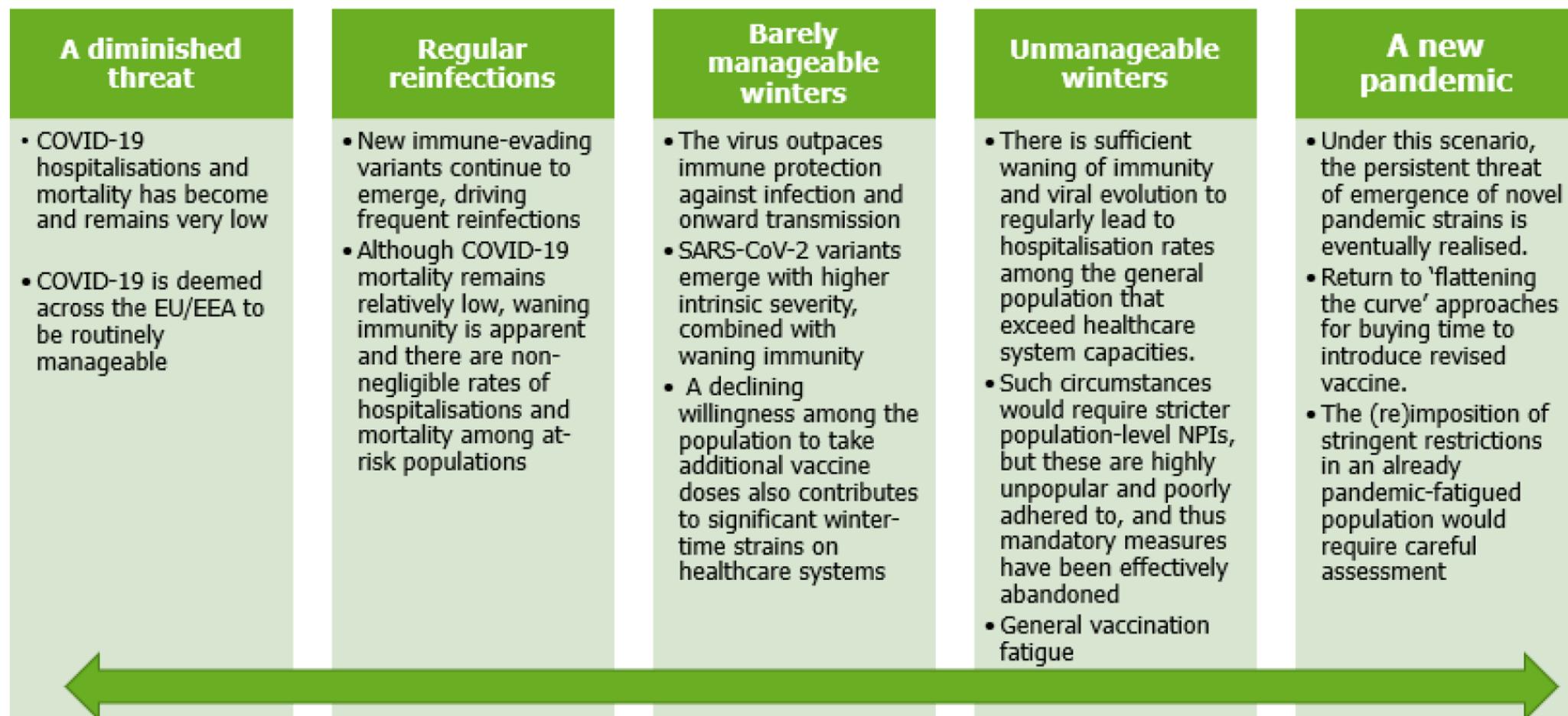




Long-term qualitative scenarios and considerations of their implications for preparedness and response to the COVID-19 pandemic in the EU/EEA

August 2022

Figure 1. Continuum of plausible pandemic scenarios





Strategy considerations for
severe acute respiratory syndrome
coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and
other respiratory viruses in the
WHO European Region during
autumn and winter 2022/23

Protecting the vulnerable with
agility, efficiency, and trust



MISSIONE 6: SALUTE

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



15,63

Totale

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	7,00
--	-------------

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	8,63
--	-------------

Missione 6: scadenze EU 30 giugno 2022

- Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo
 - Case della Comunità e presa in carico della persona
 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina (solo COT)
 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)
 - Digitalizzazione e Grandi Apparecchiature
- Entrata in vigore del DM che prevede la riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria
- Approvazione delle linee guida in conferenza Stato Regioni contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare

Missione 6: scadenze EU 31 dicembre 2022

- Entrata in vigore del decreto legislativo sul riordino della disciplina degli IRCCS
- Pubblicazione delle procedure di gara/Accordo Quadro Consip e conclusione dei contratti

Missione 6: criticità

- Differenze regionali: modelli organizzativi cure primarie, performance, attuazione FSE
- Personale potenziamento assistenza territoriale
- Impatto sulla spesa corrente
- Eterogeneità delle modalità contrattuali vigenti
- Approccio multiprofessionale: ruolo chiave dell'infermiere di famiglia
- Offerta del privato accreditato
- *Digital illiteracy* pazienti e professionisti sanitari
- Tempi attuazione legge delega appalti pubblici
- Carico amministrativo Regioni e Aziende sanitarie
- Economia di guerra
- Discontinuità di Governo



Over 65 assistiti in ADI: distribuzione regionale

Regione/PA	People over-65 (estimated in 2026)	People over 65 treated in homecare (baseline 2019)	People over 65 treated in homecare (estimated in 2026)
Piemonte	1.178.017	61.667	117.802
Valle d'Aosta	32.411	227	3.241
Lombardia	2.500.583	108.959	250.058
PA Bolzano	118.886	365	11.889
PA Trento	135.992	7.291	13.599
Veneto	1.248.410	100.143	124.841
Friuli Venezia Giulia	336.475	17.782	33.648
Liguria	450.620	15.838	45.062
Emilia Romagna	1.152.610	98.894	115.261
Toscana	1.006.612	79.172	100.661
Umbria	240.264	9.752	24.026
Marche	406.224	14.974	40.622
Lazio	1.417.441	31.731	141.744
Abruzzo	340.187	15.166	34.019
Molise	80.996	5.430	8.100
Campania	1.242.729	29.244	124.273
Puglia	987.095	23.297	98.710
Basilicata	142.151	6.666	14.215
Calabria	467.417	8.338	46.742
Sicilia	1.169.575	51.246	116.958
Sardegna	443.446	15.662	44.345
ITALIA	15.098.112	701.844	1.509.814

Regione	Differenza assoluta	Incremento %
Emilia Romagna	16.367	17%
Veneto	24.698	25%
Toscana	21.489	27%
Molise	2.670	49%
P.A. Trento	6.308	87%
Friuli Venezia Giulia	15.866	89%
Piemonte	56.135	91%
Basilicata	7.549	113%
Abruzzo	18.853	124%
Sicilia	65.712	128%
Lombardia	141.099	129%
Umbria	14.274	146%
Marche	25.648	171%
Sardegna	28.683	183%
Liguria	29.224	185%
Puglia	75.413	324%
Campania	95.029	325%
Lazio	110.013	347%
Calabria	38.404	461%
Valle d'Aosta	3.014	1328%
P.A. Bolzano	11.524	3157%
ITALIA	807.970	115%

Senza coraggiose riforme di sistema, una rigorosa governance delle Regioni e investimenti vincolati per il personale sanitario, le risorse della Missione Salute del PNRR rischiano di finanziare solo un costoso *lifting* del SSN

GIMBE, 2022

Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

Outline

- Lo «stato di salute» del SSN
- **Le priorità politiche**
 - Finanziamento pubblico
 - Livelli Essenziali di Assistenza
 - Regionalismo differenziato
- Il Piano di Rilancio del SSN





- PNRR
- Fine stagione tagli
- Transizione digitale
- Approccio *One Health*



- Crisi economica
- Crisi energetica
- Cambiamenti climatici
- Pandemia COVID-19

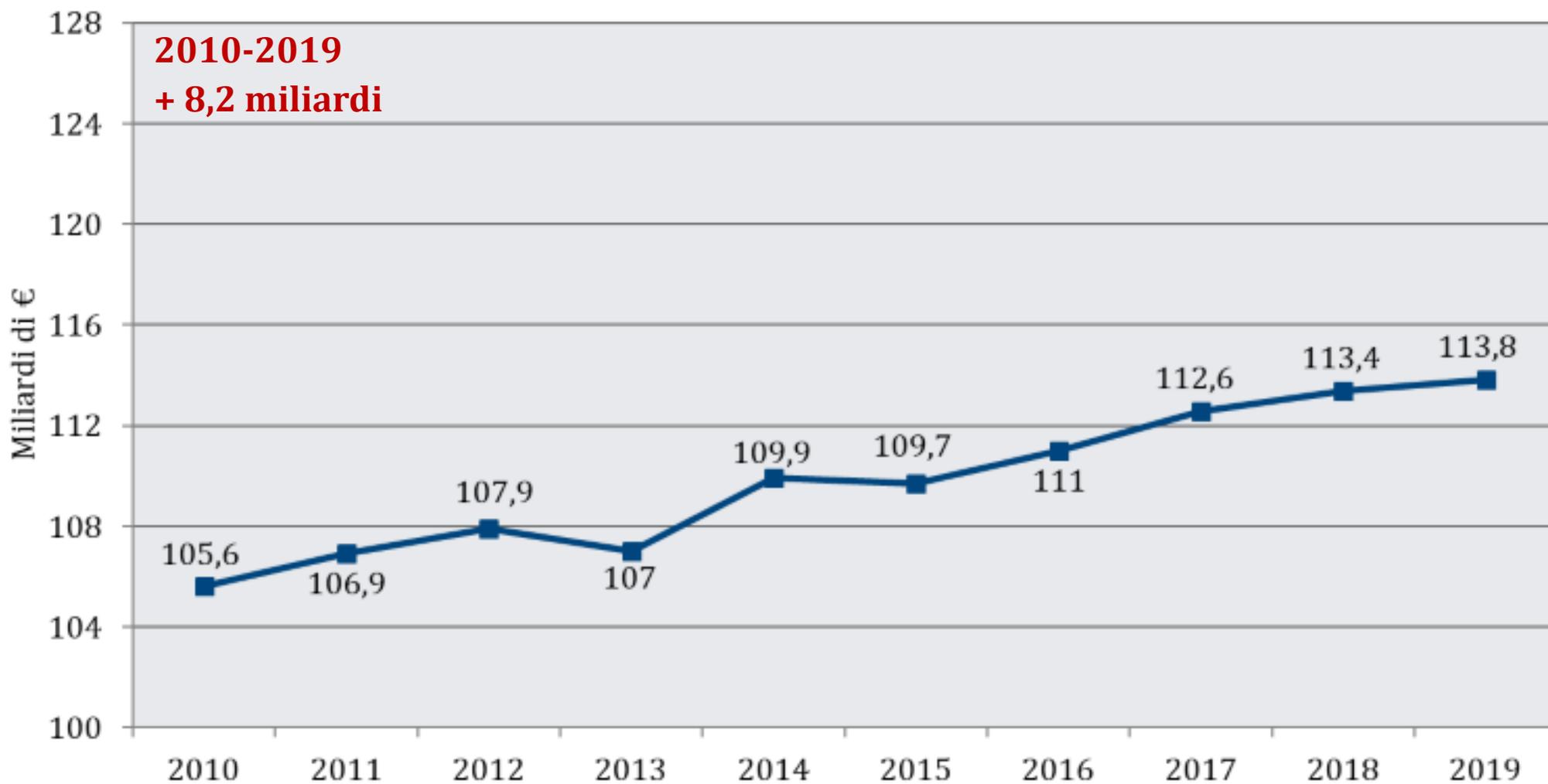
**Nuovo
Esecutivo**

Outline

- Lo «stato di salute» del SSN
- Le priorità politiche
 - **Finanziamento pubblico**
 - Livelli Essenziali di Assistenza
 - Regionalismo differenziato
- Il Piano di Rilancio del SSN



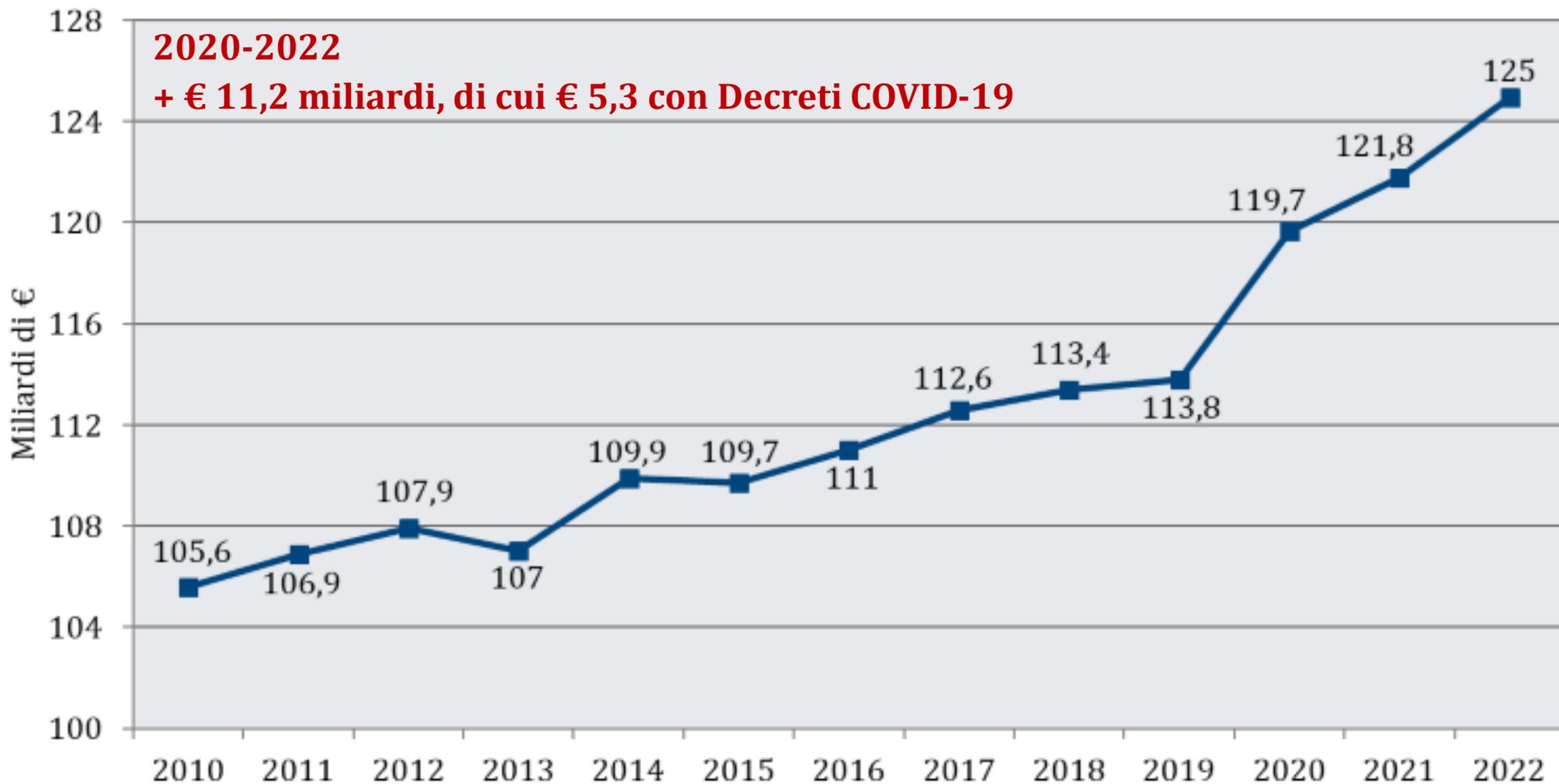
Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2019



Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2022

2020-2022

+ € 11,2 miliardi, di cui € 5,3 con Decreti COVID-19



Misure finanziarie straordinarie per l'emergenza COVID-19

Anno	Decreto	Milioni
2020	Decreto Cura Italia	€ 1.410,0
2020	Decreto Rilancio	€ 3.825,7
2020	Decreto Agosto	€ 478,2
2021	Decreto Sostegni	€ 3.145,0
2021	Decreto Sostegni bis	€ 178,6
2021	DL 105/2021	€ 115,8
2021	Decreto fiscale	€ 600,0
2021	Decreto Milleproroghe	€ 20,0
2022	Decreto Sostegni ter	€ 426,0
2022	Decreto Bollette	€ 600,0
2022	Decreto Aiuti	€ 200,0
2022	Decreto Aiuti bis	€ 15,0
2022	Decreto Aiuti ter	€ 400,0
	Totale	€ 11.414,3

Decreti COVID-19: destinazione d'uso delle risorse	Milioni
Incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale	€ 5.336,0
<i>Personale sanitario</i>	€ 2.265,3
<i>Potenziamento dell'assistenza territoriale</i>	€ 838,7
<i>Borse di studio dei medici specializzandi</i>	€ 665,6
<i>Costi energetici</i>	€ 600,0
<i>Recupero prestazioni</i>	€ 478,2
<i>Strutture private</i>	€ 400,0
<i>Varie</i>	€ 88,2
Acquisto vaccini anti-COVID	€ 2.100,0
Riordino rete ospedaliera e Pronto Soccorso	€ 1.467,5
Contributi COVID-19 alle Regioni	€ 1.400,0
Acquisto farmaci anti-COVID	€ 900,0
Prezzo calmierato test antigenici rapidi	€ 115,80
Riorganizzazione laboratori SSN	€ 69,0
Indennità di esclusività dirigenza sanitaria Ministero della Salute	€ 18,4
Incarichi a medici specialisti e infermieri da parte dell'INAIL	€ 7,6
Totale	€ 11.414,3



**Documento
di Economia e Finanza**

2022

Sezione II
Analisi e tendenze della finanza pubblica

Presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri

Mario Draghi

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze

Daniele Franco

al Consiglio dei Ministri il 6 aprile 2022



SPESA SANITARIA 2018 – 2021

	2018	2019	2020	2021
Spesa Sanitaria	114.423	115.661	122.721	127.834
In % di PIL	6,5%	6,4%	7,4%	7,2%
Tasso di variazione in %		1,1%	6,1%	4,2%

TABELLA III.3-1 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2022 – 2025

	2022	2023	2024	2025
Spesa sanitaria	131.710	130.734	128.872	129.518
In % di PIL	7,0%	6,6%	6,3%	6,2%
Tasso di variazione in %	3,0%	-0,7%	-1,4%	0,5%



Documento
di Economia e Finanza
2022

TABELLA III.3-1 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2022 – 2025

	2022	2023	2024	2025
Spesa sanitaria	131.710	130.734	128.872	129.518
In % di PIL	7,0%	6,6%	6,3%	6,2%
Tasso di variazione in %	3,0%	-0,7%	-1,4%	0,5%





**Documento
di Economia e Finanza**

2022

Nota di Aggiornamento



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Presentata dal Presidente del Consiglio dei ministri

Mario Draghi

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze

Daniele Franco

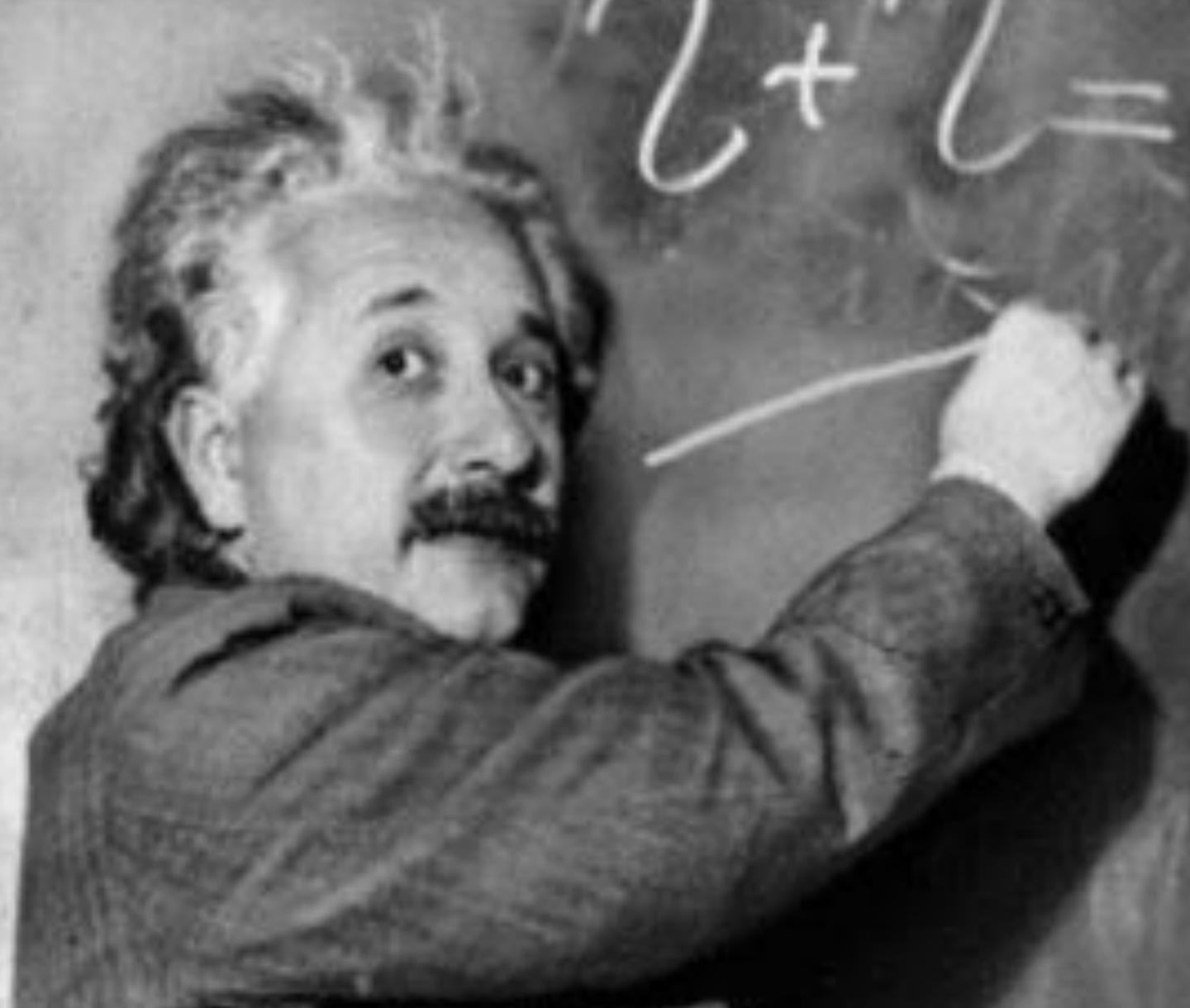
Deliberata dal Consiglio dei ministri il 28 settembre 2022

NaDEF 2022

	2022	2023	2024	2025
Spesa sanitaria (milioni di €)	133.998	131.724	128.708	129.428
Spesa sanitaria (% PIL)	7,1%	6,7%	6,2%	6,1%
Tasso di variazione %	4,8%	-1,7%	-2,3%	0,6%

«La spesa sanitaria tornerà a segnare delle riduzioni nel biennio 2023-2024, mentre nel 2025 si prevede la sua stabilizzazione, a ragione dei minori oneri connessi alla gestione dell'emergenza epidemiologica.»

$$2 + 2 = 5$$



Finanziamenti per il SSN

- **2010-2019:** imponente definanziamento (-€ 37 miliardi)
- **2020-2022:** incremento del FSN di € 11,2 miliardi, di cui di cui € 5,3 con Decreti COVID-19
 - assorbiti in larga parte dalla pandemia
 - insufficienti a mantenere in ordine i bilanci regionali 2022
- **2023-2025:** NaDEF 2022 prevede
 - spesa sanitaria in riduzione
 - riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL al 6,1% nel 2025

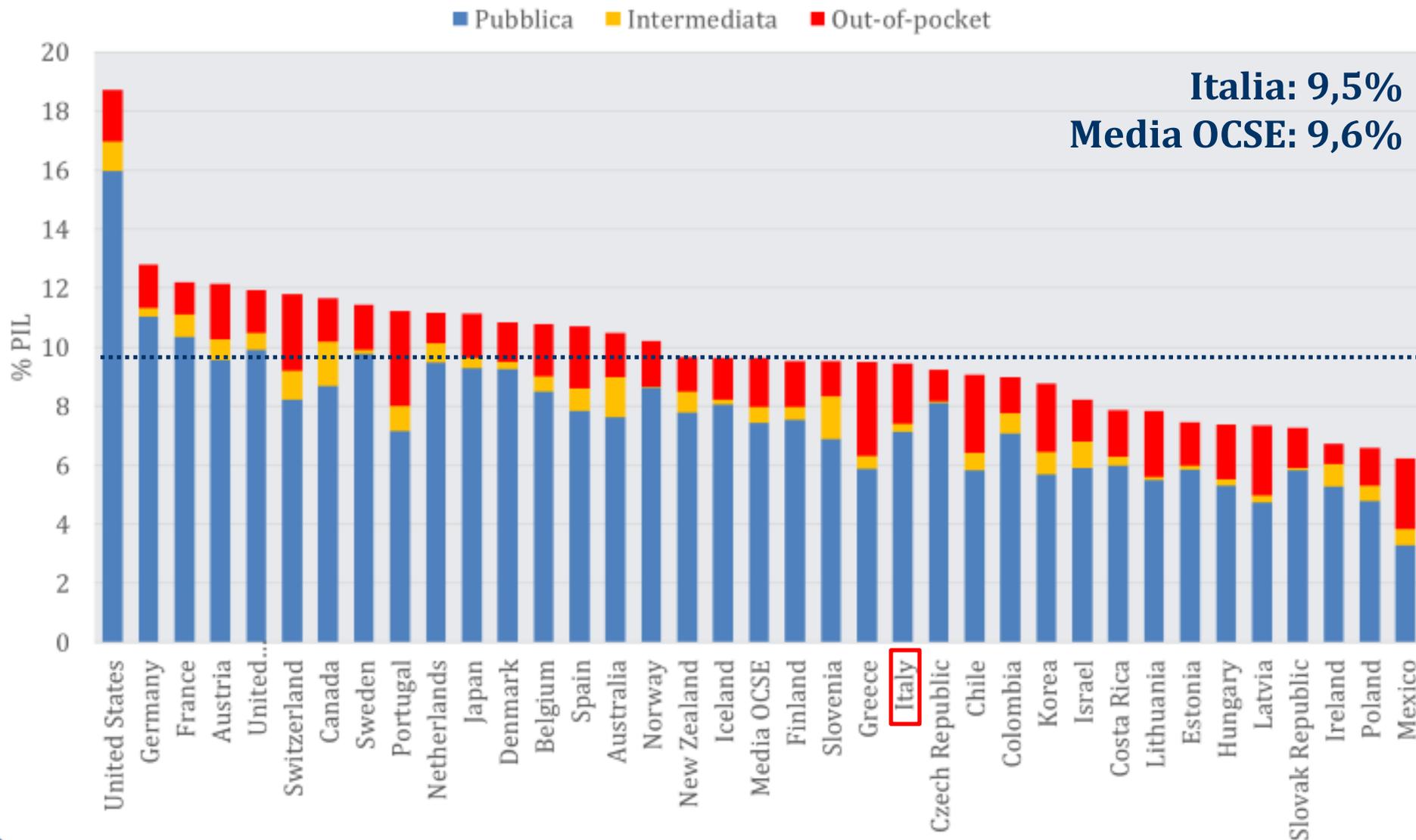
**Audizione del Presidente
dell'Ufficio parlamentare di bilancio**
nell'ambito delle audizioni preliminari
all'esame del disegno di legge di bilancio
per il 2022

**Commissioni congiunte
5ª del Senato della Repubblica (Bilancio)
e V della Camera dei deputati
(Bilancio, Tesoro e Programmazione)**

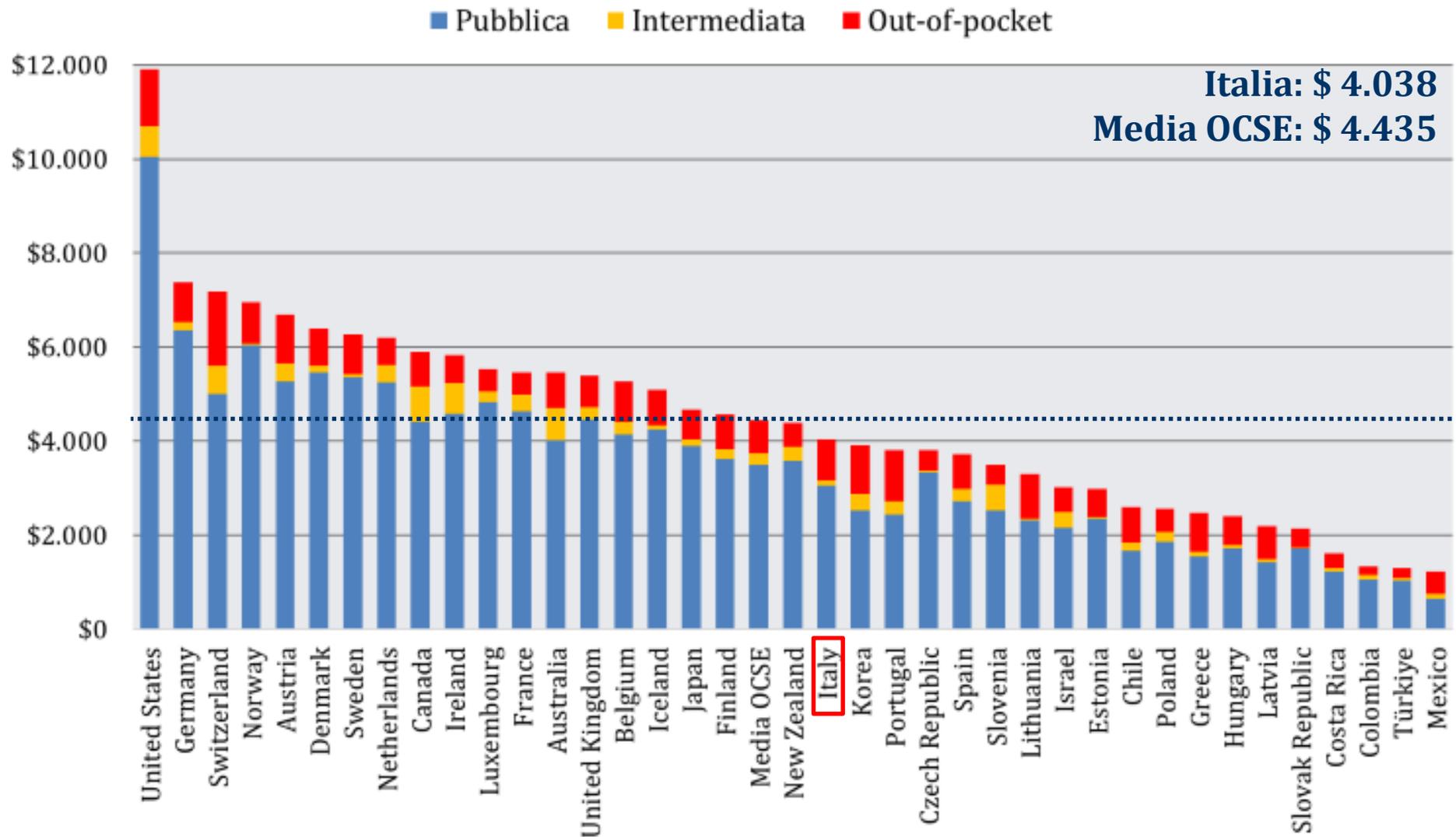
23 novembre 2021

«Dal punto di vista finanziario, non sembra si intenda dare luogo a un effettivo rafforzamento strutturale del SSN, ma sarebbero piuttosto confermate le precedenti scelte di allocazione delle risorse, che ponevano l'Italia tra i paesi europei con spesa sanitaria meno elevata e in progressiva riduzione»

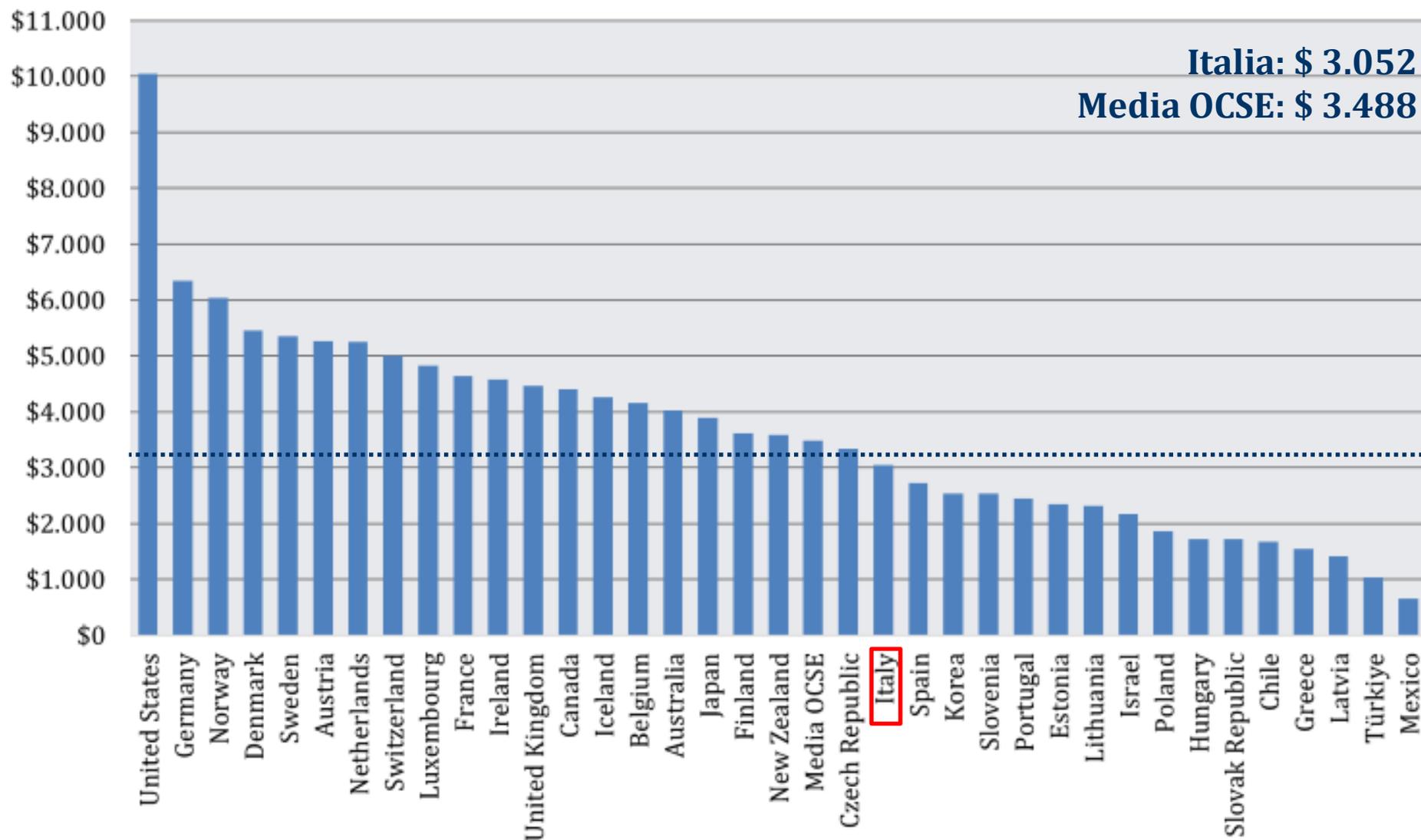
Spesa sanitaria nei paesi OCSE in percentuale del PIL (anno 2021 o più recente disponibile)



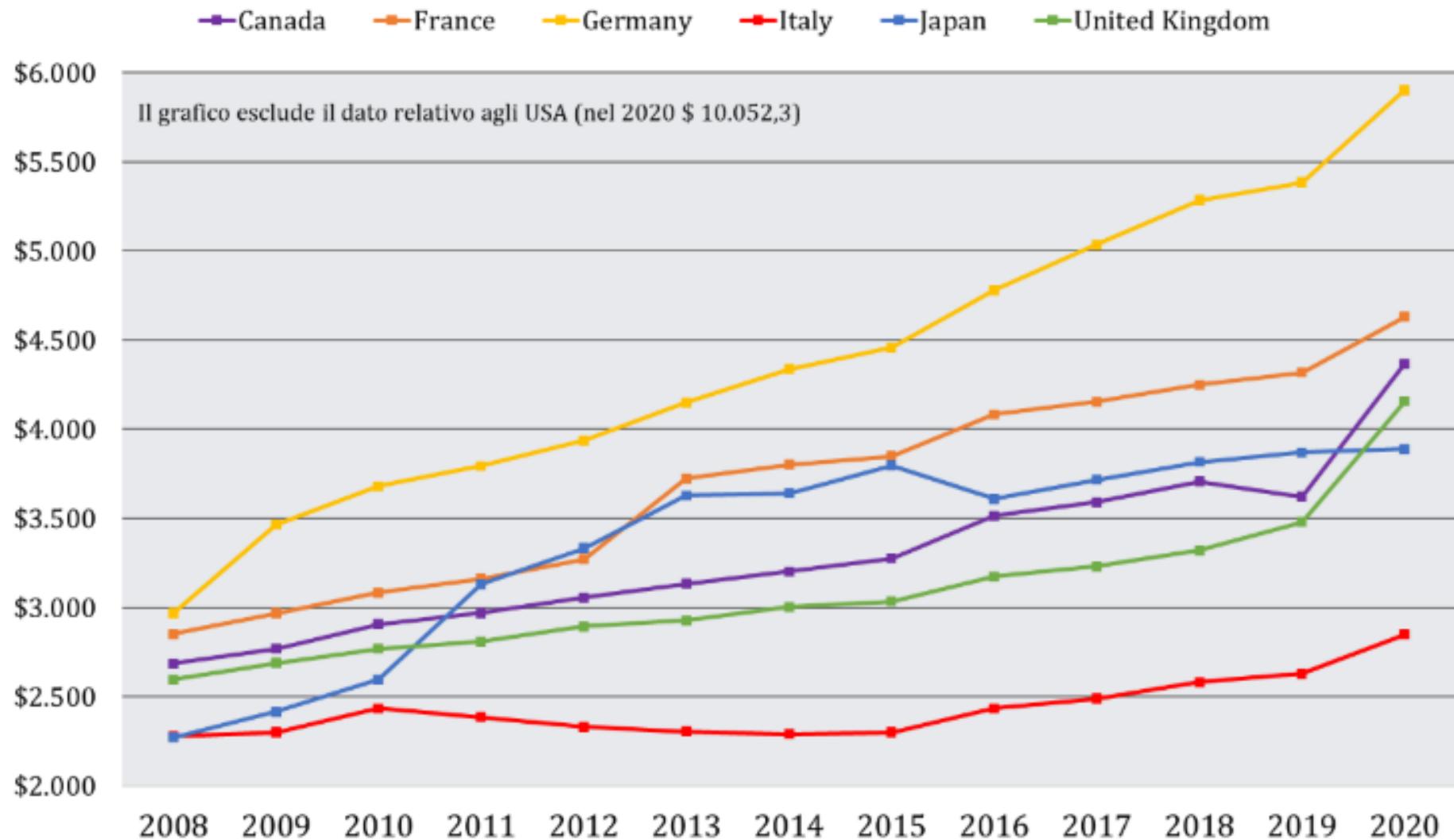
Spesa sanitaria pro-capite nei paesi OCSE (anno 2021 o più recente disponibile)



Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi OCSE (anno 2021 o più recente disponibile)



Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2020 nei paesi del G7



Aumento spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi del G7 (anno 2020 vs 2019)

Paese	Aumento in \$	Incremento %
Stati Uniti	1.060,5	11,8%
Canada	748,0	20,7%
Regno Unito	677,5	19,5%
Germania	520,8	9,7%
Francia	314,3	7,3%
Italia	221,5	8,4%
Giappone	17,4	0,4%

Outline

- Lo «stato di salute» del SSN
- Le priorità politiche
 - Approccio *One Health*
 - Finanziamento pubblico
 - **Livelli Essenziali di Assistenza**
 - Regionalismo differenziato
- Il Piano di Rilancio del SSN



Aggiornamento
LEA



Esigibilità
LEA



Monitoraggio
LEA

Aggiornamento
LEA



Esigibilità
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





1

Benvenuto

2

Trattamento Dati

3

Proponente

4

Sezioni

5

Sintesi della
Proposta

6

Riepilogo

Benvenuto

Modulo di presentazione della richiesta di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza inviato da singoli Cittadini e/o Associazioni di pazienti all'indirizzo del Ministero della Salute.

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

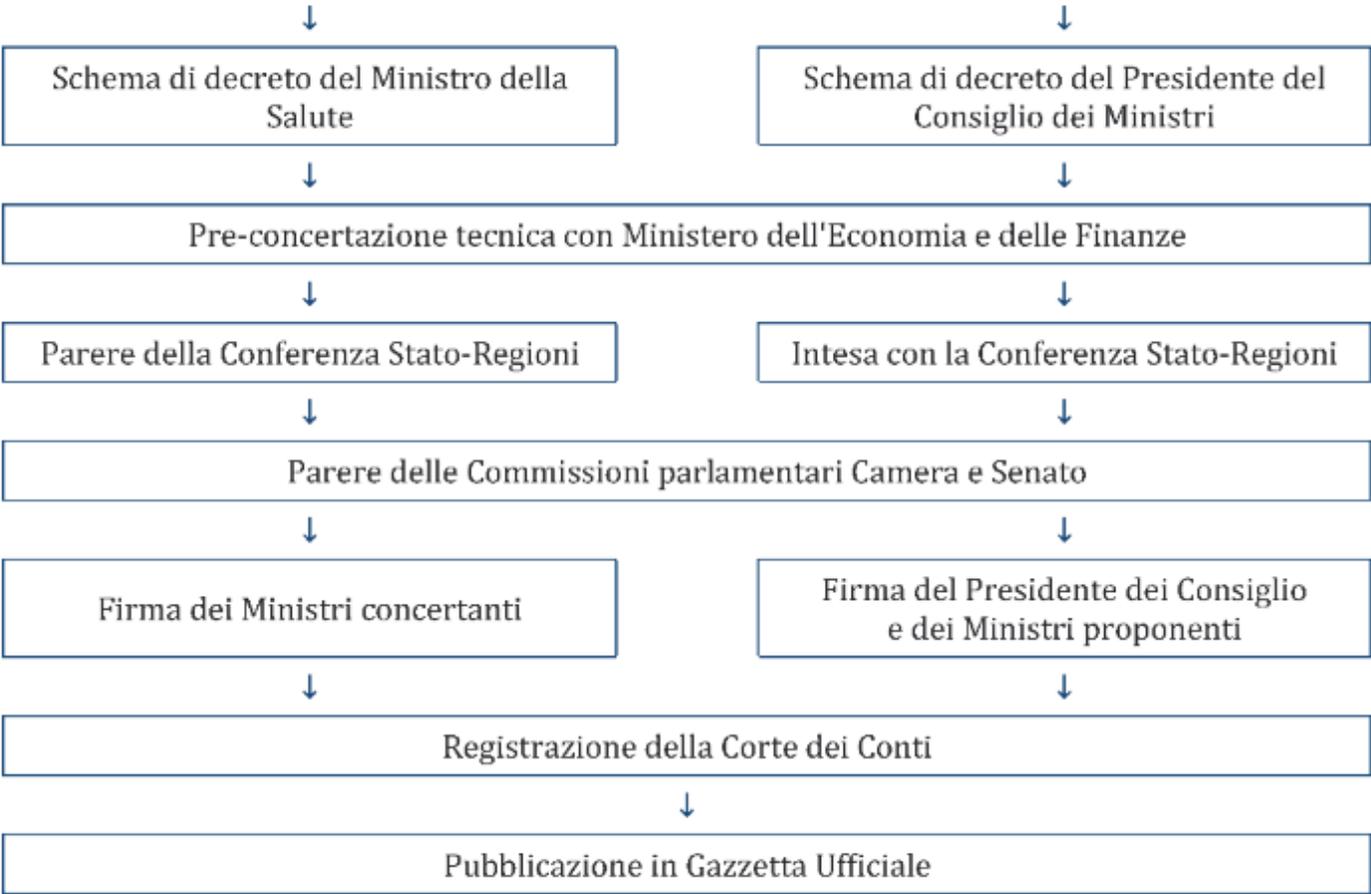
Nessuna modifica dei LEA

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

Proposta della Commissione LEA

Iso-risorse

**Con incremento di oneri
a carico della finanza pubblica**



Report aggiornamento LEA*

- Richieste: 9 nel triennio 2016-2018, 56 nel 2019, 122 nel 2020
 - 49% da associazioni di pazienti o cittadini
 - 39% da società scientifiche o Enti del SSN
 - 12% da produttori di tecnologie sanitarie
- Delle 112 richieste pervenute nel 2020, 12 approvate: 11 isorisorse e 1 con maggiori oneri per la finanza pubblica
- Approvazione aggiornamenti non formalizzata in attesa del «Decreto Tariffe»

*Dati estrapolati dalla Relazione tecnica della Legge di Bilancio 2022 e dalla Corte dei Conti

Criticità Aggiornamento LEA

- Metodologia di aggiornamento pubblicamente non disponibile
- Assenza di rendicontazione pubblica del processo di aggiornamento
- Tempi per la valutazione tecnica + procedure istituzionali troppo lunghi per introdurre innovazioni nel SSN
- Senza approvazione del “Decreto Tariffe” aggiornamenti proposti non attuabili

“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”.

Aggiornamento
LEA



Esigibilità
LEA



Monitoraggio
LEA



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VI

Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA

Metodologia e Risultati dell'anno 2019

Maggio 2021

Disponibile 6 settembre 2021

Regione	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Veneto	222	222	218	209	202	189	190	193
Toscana	222	220	216	208	212	217	214	193
Emilia Romagna	221	221	218	205	205	204	204	210
Lombardia	215	215	212	198	196	193	187	184
Marche	212	206	201	192	190	192	191	165
Umbria	211	210	208	199	189	190	179	171
Liguria	206	211	195	196	194	194	187	176
Friuli Venezia Giulia*	205	206	193					
Abruzzo	204	209	202	189	182	163	152	145
Lazio	203	190	180	179	176	168	152	167
Puglia	193	189	179	169	155	162	134	140
Piemonte	188	218	221	207	205	200	201	186
P.A. Trento*	187	185	185					
Sicilia	173	171	160	163	153	170	165	157
Basilicata	172	191	189	173	170	177	146	169
Campania	168	170	153	124	106	139	136	117
Valle d'Aosta*	160	159	149					
P.A. Bolzano*	157	142	120					
Molise	150	180	167	164	156	159	140	146
Calabria	125	162	136	144	147	137	136	133
Sardegna*	111	145	140					

* Regioni non sottoposte alla Verifica adempimenti

Nuovo Sistema di Garanzia

88 indicatori

- Macro-livelli di assistenza
 - prevenzione collettiva e sanità pubblica (n. 16)
 - assistenza distrettuale (n. 33)
 - assistenza ospedaliera (n. 24)
- Contesto per la stima del bisogno sanitario (n. 4)
- Equità sociale (n. 1)
- Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) (n. 10)



Nuovo Sistema di Garanzia

88 indicatori

- **22 indicatori CORE** sostituiscono la “griglia LEA”
- **66 indicatori NO CORE** non utilizzati per assegnare i punteggi LEA alle Regioni



Box 4.2. Indicatori CORE del NSG

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

- **P01C.** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).
- **P02C.** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).
- **P10Z.** Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.
- **P12Z.** Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.
- **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 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 assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3).
- **D27C**. Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
- **D30Z**. Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore.
- **D33Z**. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

*Indicatori D03C e D04C inseriti nel CORE ad anni alterni: nell'anno 2020 è stato inserito nel CORE l'indicatore D03C.

Area ospedaliera

- **H01Z.** Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.
- **H02Z.** Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.
- **H04Z.** Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.
- **H05Z.** Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
- **H013C.** Percentuale di pazienti (età ≥ 65 anni) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.
- **H17C/H18C*.** Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti (H17C) o in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti (H18C).

*Indicatori H17C e H18C valutati in maniera congiunta

Risultati della sperimentazione 2019 del NSG per il monitoraggio dei LEA

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Piemonte	91,72	88,83	85,78	Adempiente
Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,59	Non adempiente
Lombardia	91,95	89,98	86,01	Adempiente
Prov. Aut. Bolzano	53,78	50,89	72,79	Non adempiente
Prov. Aut. Trento	78,63	75,06	96,98	Adempiente
Veneto	94,13	97,64	86,66	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	80,39	78,35	80,62	Adempiente
Liguria	82,09	85,48	75,99	Adempiente
Emilia Romagna	94,41	94,51	94,66	Adempiente
Toscana	90,67	88,50	91,39	Adempiente
Umbria	95,65	69,29	87,97	Adempiente
Marche	89,45	85,58	82,79	Adempiente
Lazio	86,23	73,51	72,44	Adempiente
Abruzzo	82,39	79,04	73,84	Adempiente
Molise	76,25	67,91	48,73	Non adempiente
Campania	78,88	63,04	60,40	Adempiente
Puglia	81,59	76,53	72,22	Adempiente
Basilicata	76,93	50,23	77,52	Non adempiente
Calabria	59,90	55,50	47,43	Non adempiente
Sicilia	58,18	75,20	70,47	Non adempiente
Sardegna	78,30	61,70	66,21	Adempiente

Criticità Monitoraggio LEA

- Quota premiale (1-3% del FSN) esigua
- NSG limitato solo a 22 indicatori CORE
- Sperimentazione pluriennale (2016- 2019) e «taratura» strumento
- Assenza di rotazione tra gli indicatori CORE → “cristallizzazione” strumento
- Modalità aggiornamento indicatori NSG molto rigida
- Soglia di adempimento (≥ 60) molto bassa
- Ritardo nella pubblicazione del report 2020 rispetto a quanto previsto

Aggiornamento
LEA



Esigibilità
LEA



Monitoraggio
LEA

Esigibilità nuovi LEA

- Cd. Decreto Tariffe da emanare entro il 28 febbraio 2018
- Dopo 4 anni nuove bozze inviate dal MdS alle Regioni
 - 29 dicembre 2021 → respinta
 - 19 settembre 2022 → espunta dall'OdG
- Prestazioni di protesica e specialistica ambulatoriale oggi esigibili solo con fondi extra-LEA nelle Regioni non in Piano di rientro
- Aggiornamento e delisting dei LEA al palo
- Nonostante
 - Legge di Stabilità 2016: € 800 milioni/anno
 - Legge di Bilancio 2022: € 200 milioni/anno

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



Outline

- Lo «stato di salute» del SSN
- Le priorità politiche
 - Approccio *One Health*
 - Finanziamento pubblico
 - Livelli Essenziali di Assistenza
 - **Regionalismo differenziato**
- Il Piano di Rilancio del SSN



**ADEMPIMENTI
LEA**

**PROGRAMMA
NAZIONALE ESITI**

ESITI DI SALUTE

TICKET

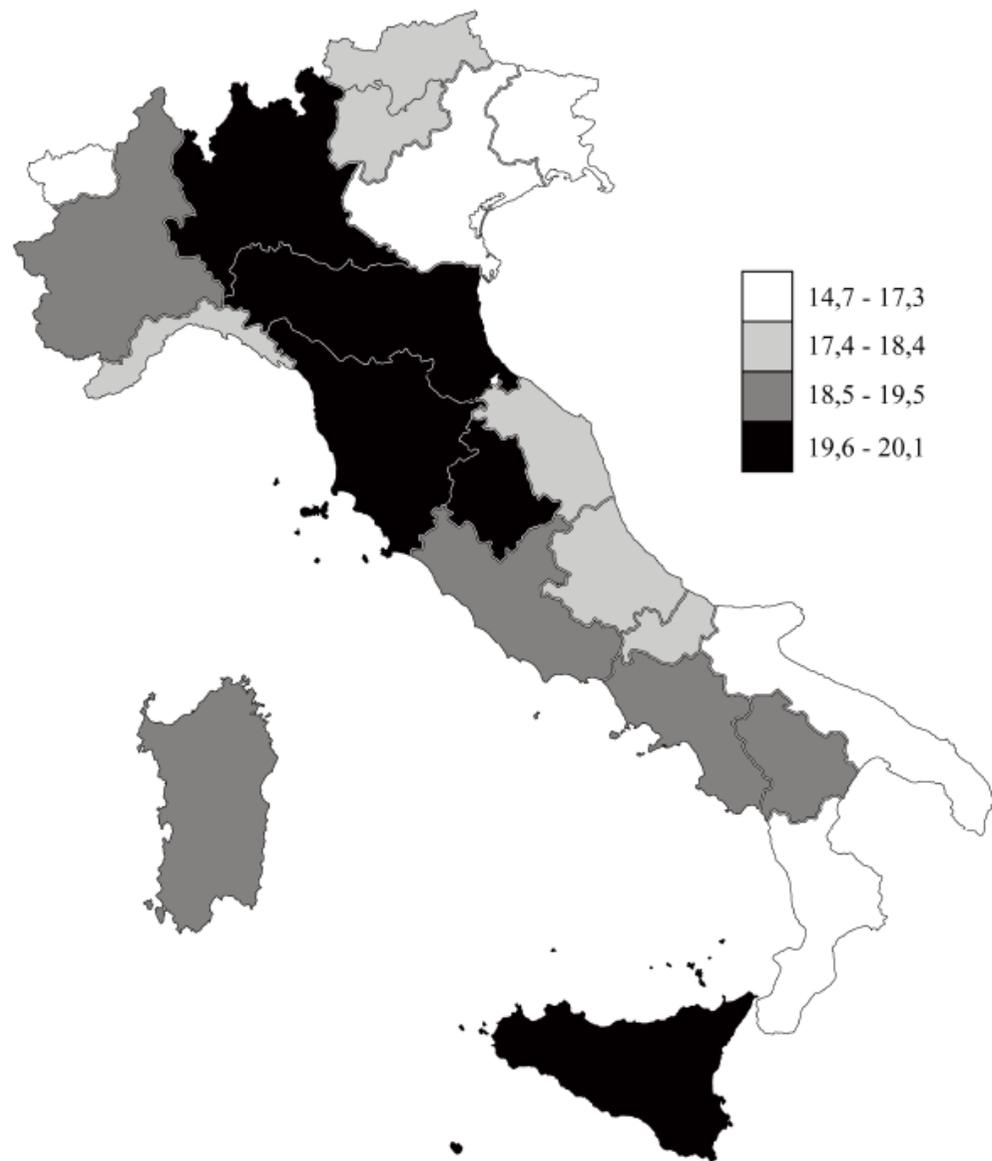
**MOBILITÀ
SANITARIA**

**CONSUMO
DI FARMACI**

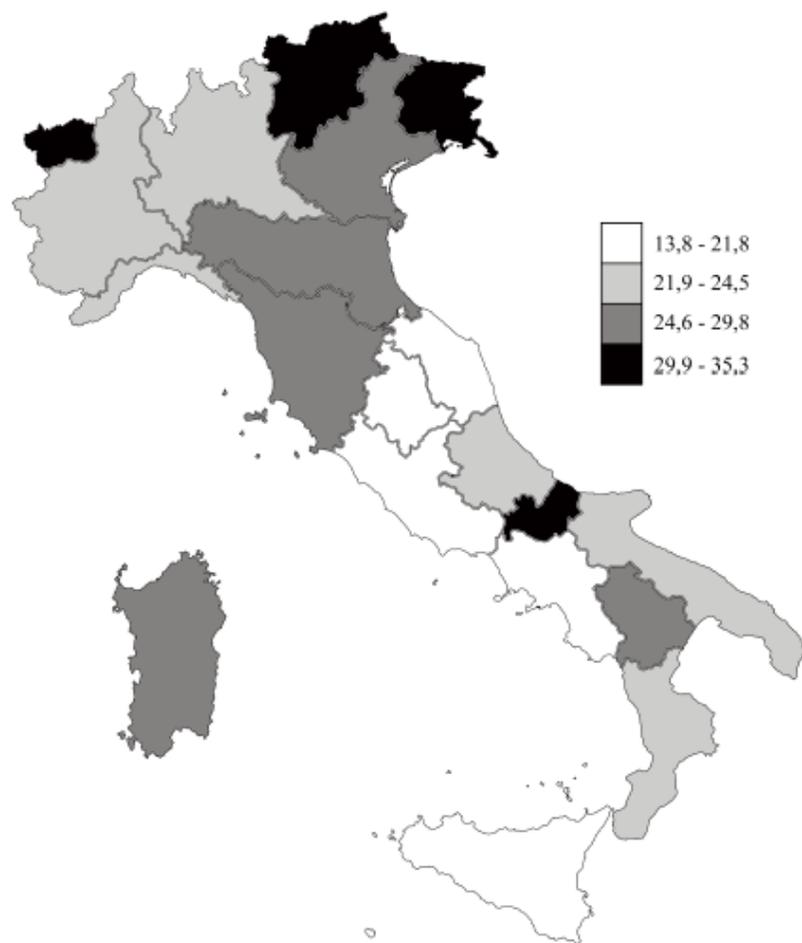


**ACCESSO
AI SERVIZI**

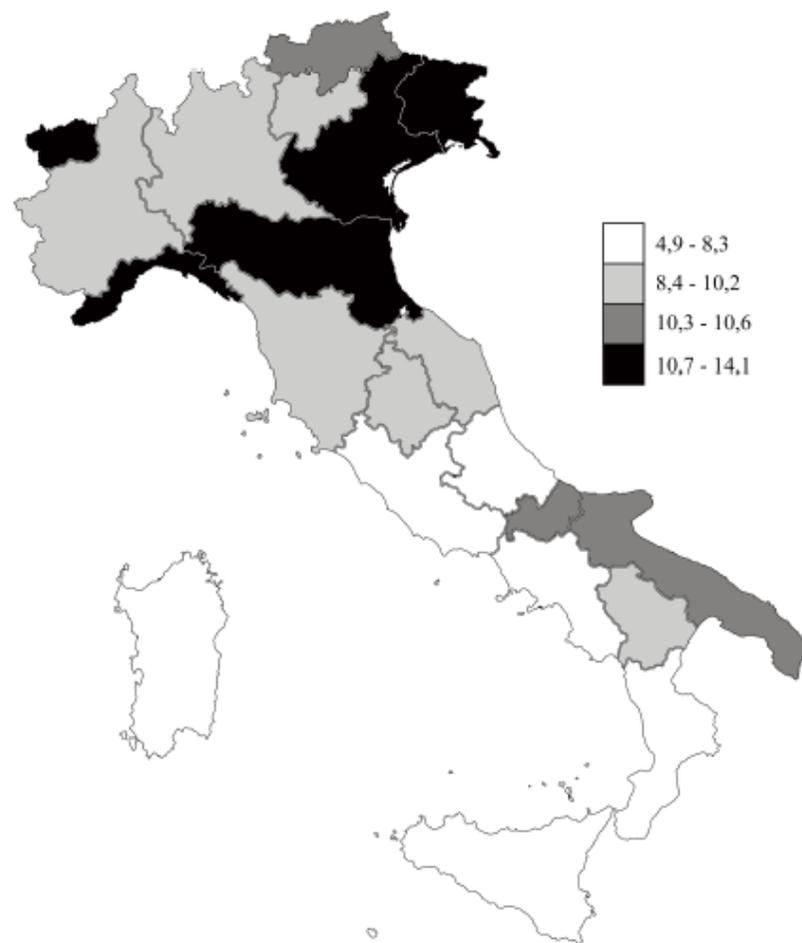
Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2020



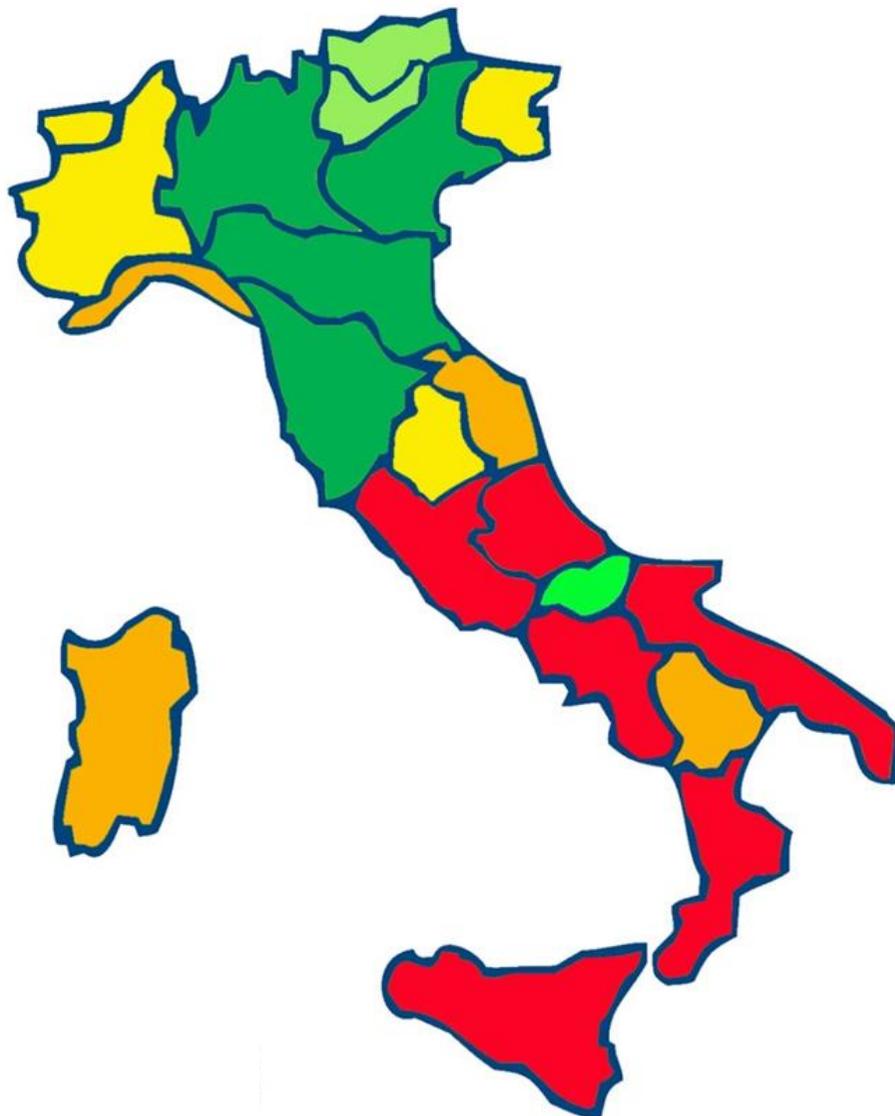
Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Maschi. Anno 2020



Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Femmine. Anno 2020



MOBILITÀ SANITARIA REGIONALE: SALDI 2018



Saldo positivo rilevante (oltre € 100 milioni)

Lombardia (€ 739,6 mln), Emilia Romagna (€ 324 mln), Veneto (€ 140,9 mln), Toscana (€ 139,3 mln)

Saldo positivo moderato (da € 25,1 a € 100 milioni)

Molise (€ 33,7 mln)

Saldo positivo minimo (da € 0,1 a € 25 milioni)

Prov. Aut. Bolzano (€ 2,1 mln), Prov. Aut. Trento (€ 0,5 mln)

Saldo negativo minimo (da -€ 0,1 a -€ 25 milioni)

Valle d'Aosta (-€ 4,7 mln), Friuli Venezia Giulia (-€ 6,8 mln), Umbria (-€ 10,4 mln), Piemonte (-€ 13,5 mln)

Saldo negativo moderato (da -€ 25,1 a -€ 100 milioni)

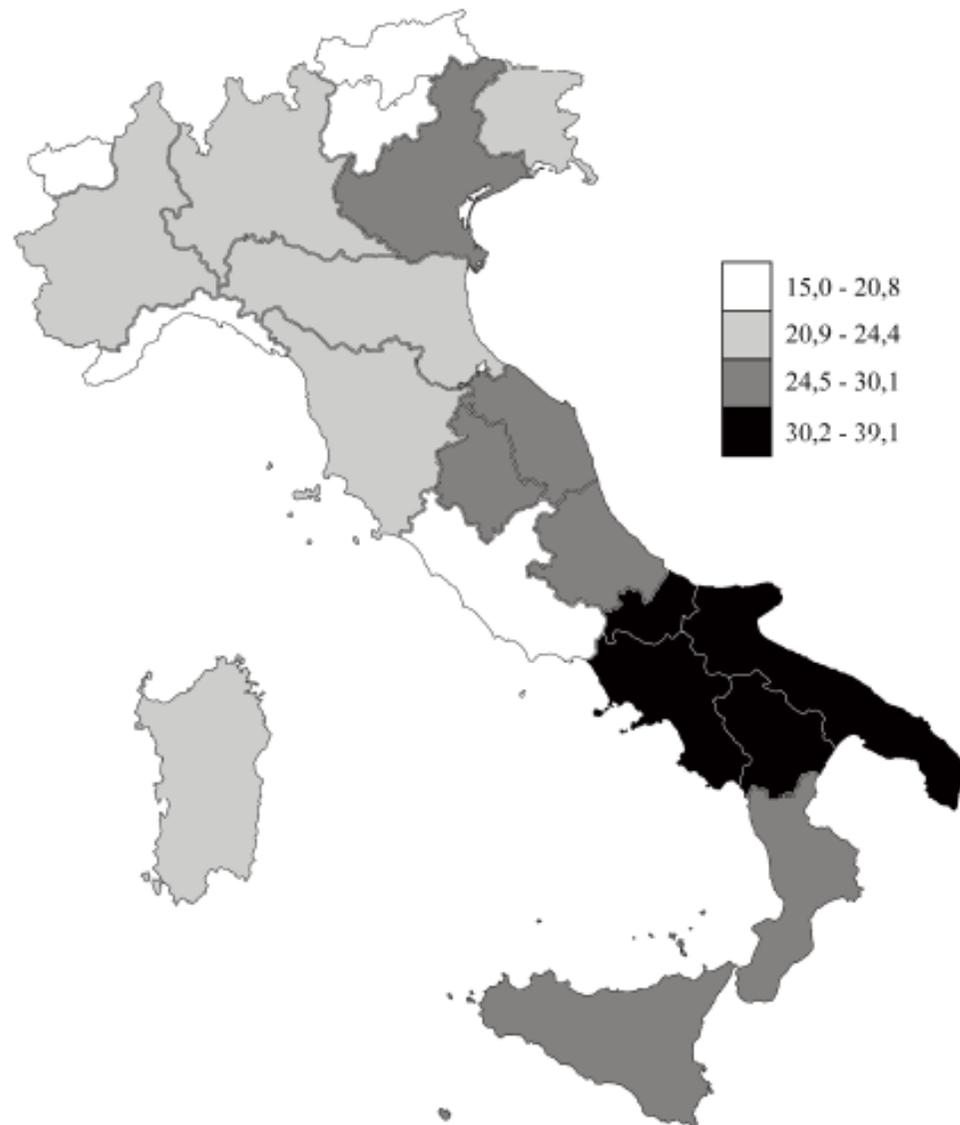
Marche (-€ 34,4 mln), Basilicata (-€ 48,4 mln), Liguria (-€ 51,1 mln), Sardegna (-€ 90,4 mln)

Saldo negativo rilevante (oltre -€ 100 milioni)

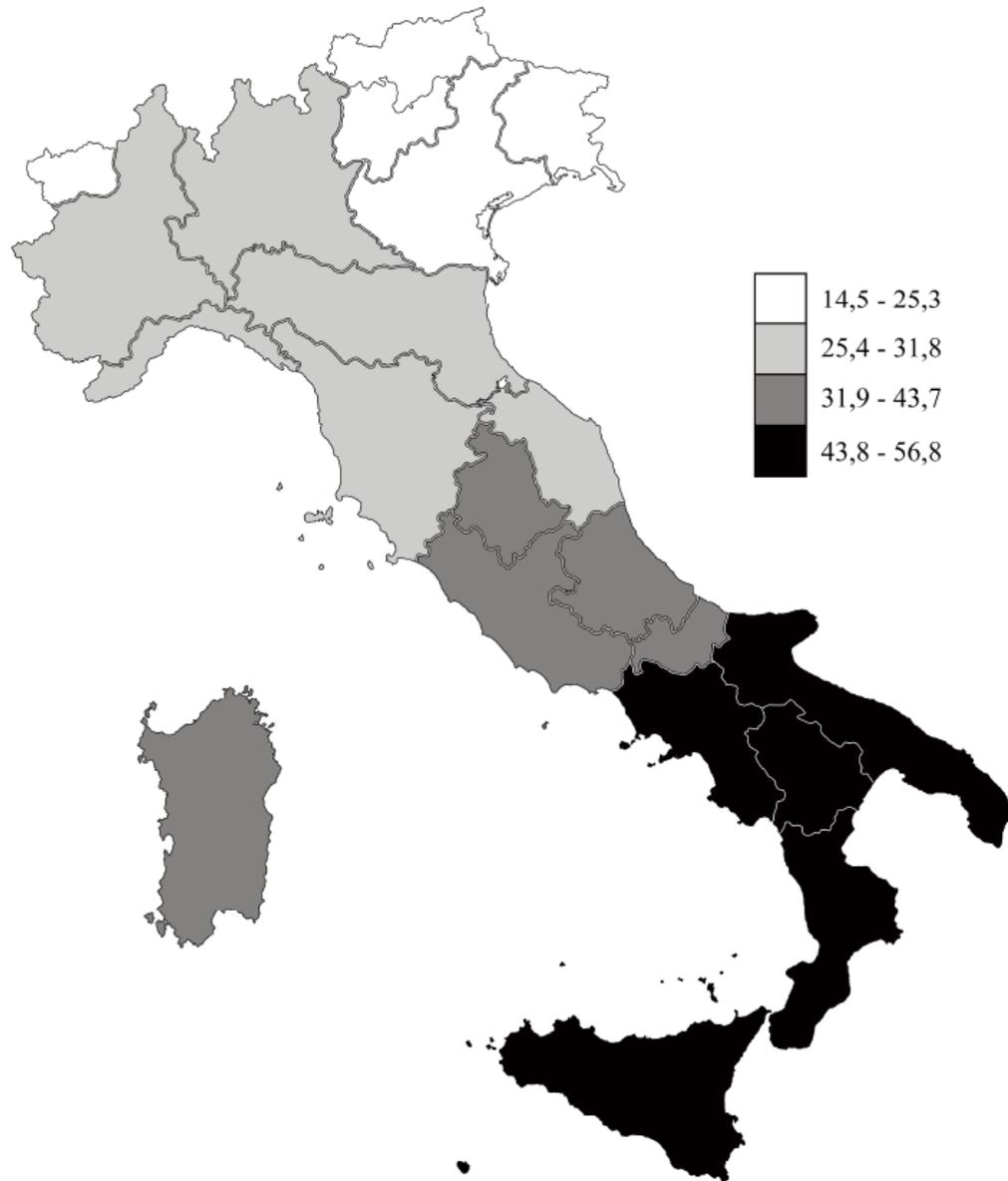
Abruzzo (-€ 100,8 mln), Puglia (-€ 206,4 mln), Sicilia (-€ 228,7 mln), Lazio (-€ 230,7 mln), Calabria (-€ 287,4 mln), Campania (-€ 350,7 mln)

Dati al 7 settembre 2020

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2019-2020



Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2020

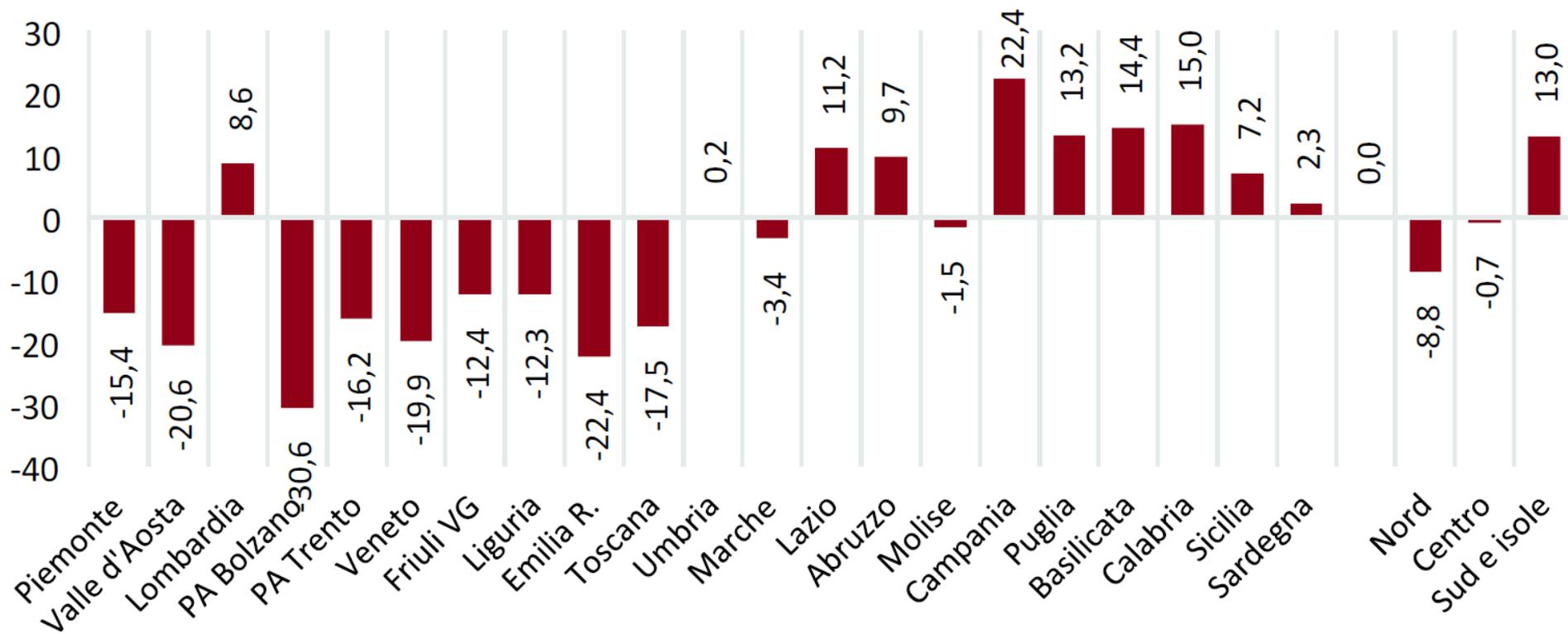


L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale
Anno 2021



Scostamento % dalla media nazionale



■ spesa lorda pro capite



Box 5.1. Cronistoria del regionalismo differenziato

- **Ottobre 2017.** Nel corso della XVII Legislatura Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto avviano un negoziato con il Governo Gentiloni per il riconoscimento dell'autonomia differenziata. L'Emilia-Romagna dopo l'approvazione di una risoluzione dell'Assemblea regionale per l'avvio del procedimento; Lombardia e Veneto a seguito di referendum consultivi sull'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia.
- **21 novembre 2017.** La Commissione bicamerale per le questioni regionali avvia un'indagine conoscitiva² che si conclude con l'elaborazione di un documento³.
- **28 febbraio 2018.** Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto sottoscrivono 3 differenti accordi preliminari sul regionalismo differenziato con il Governo Gentiloni⁴. Le tre Regioni indicano le stesse materie di prioritario interesse oggetto del negoziato (tutela dell'ambiente e dell'ecosistema; tutela della salute; istruzione; tutela del lavoro; rapporti internazionali e con l'Unione Europea), riservandosi la possibilità di estendere successivamente il negoziato ad altre materie.
- **17 maggio 2018.** Il Contratto per il Governo del Cambiamento, sottoscritto da Lega e Movimento 5 Stelle, ribadisce come *«questione prioritaria [...] l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116 della Costituzione, portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte»*.
- **Febbraio 2019.** All'inizio della XVIII Legislatura (Governo Conte I) le Regioni firmatarie richiedono un ampliamento del novero di materie su cui attivare il regionalismo asimmetrico, mentre altre Regioni (Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Marche) formalizzano la richiesta di avvio di negoziati.
- **21 marzo 2019.** La Commissione parlamentare per le questioni regionali avvia lo svolgimento di un'indagine conoscitiva sul processo di attuazione del regionalismo differenziato⁵.
- **25 giugno 2021.** Il Ministro per gli affari regionali e le autonomie istituisce con il DM 25 giugno 2021 una Commissione con compiti di studio, supporto e consulenza in materia di autonomia differenziata, presieduta dal compianto Prof. Beniamino Caravita.
- **28 aprile 2022.** Il Ministero per gli affari regionali e le autonomie predispone una bozza di Ddl sull'attuazione dell'autonomia differenziata, mai presentata in Parlamento.
- **12 luglio 2022.** La Commissione parlamentare per le questioni regionali approva un documento definitivo sul processo di attuazione del «regionalismo differenziato», a cui si rimanda per un'analisi cronologica dettagliata delle varie tappe⁶.
- **Settembre 2022.** Il programma della coalizione di centro-destra, uscita vincente dalle ultime consultazioni elettorali, prevede di *“attuare il percorso già avviato per il riconoscimento delle Autonomie ai sensi dell'art. 116, comma 3 della Costituzione, garantendo tutti i meccanismi di perequazione previsti dall'art. 119 della Costituzione”,* oltre che la *“Piena attuazione della legge sul federalismo fiscale [...]”*.

Maggiori autonomie richieste da Emilia Romagna, Lombardia e Veneto

- Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale.
- Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione [...]
- Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di “specializzazione lavoro” [...]
- Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio: per l’integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale [*Emilia-Romagna e Veneto*], per rendere possibile l’accesso dei medici titolari del contratto di “specializzazione lavoro” alle scuole di specializzazione [*Emilia Romagna e Veneto*], per l’avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di “specializzazione lavoro” [*Lombardia*]
- Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione
- Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN
- Possibilità di sottoporre all’Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all’equivalenza terapeutica tra diversi farmaci [...]
- Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN [...]
- Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi
- Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell’attività libero-professionale [*solo Veneto*]
- Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno [...] [*solo Veneto*]
- In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci: competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti [...] [*solo Emilia Romagna*]

Consultazione pubblica GIMBE

- Dal 6 al 17 febbraio 2019 hanno completato la consultazione **3.920 persone**, campione rappresentativo della popolazione italiana con margine di errore $<1,6\%$
- **5.610 commenti**, pari a 1,43 per partecipante
- Impatto maggiori autonomie in sanità sulle diseguaglianze regionali percepito rilevante (media score da 3,0 a 3,4)
- Deviazioni standard omogenee tra le varie autonomie (da 0,9 a 1,1)



Autonomie richieste	Media (\pm DS)	Non so	Commenti (n.)
Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale.	3,4 (\pm 0,9)	4,3%	640
Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione [...]	3,3 (\pm 0,9)	3,3%	540
Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" [...]	3,2 (\pm 1,0)	7,9%	510
Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio: per l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale [<i>Emilia-Romagna e Veneto</i>], per rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione [<i>Emilia Romagna e Veneto</i>], per l'avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" [<i>Lombardia</i>]	3,2 (\pm 1,0)	6,4%	470
Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione	3,4 (\pm 1,0)	2%	490
Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN	3,4 (\pm 1,0)	4,1%	440
Possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci [...]	3,2 (\pm 1,0)	6,1%	510
Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN [...]	3,1 (\pm 1,0)	4,8%	360
Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi	3,1 (\pm 0,9)	3,6%	440
Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale [<i>solo Veneto</i>]	3,4 (\pm 0,9)	7,4%	360
Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno [...] [<i>solo Veneto</i>]	3,0 (\pm 1,1)	8,2%	390
In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci: competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti [...] [<i>solo Emilia Romagna</i>]	3,0 (\pm 1,1)	10,5%	460

Tabella 5.1. Risultati della consultazione pubblica "Maggiori autonomie in termini di tutela della salute richieste da Emilia Romagna, Lombardia e Veneto ai sensi dell'art. 116 della Costituzione Italiana"

Consultazione pubblica GIMBE

- **Preoccupazioni** più frequenti:
 - imprevedibilità delle conseguenze
 - differenziazione diritto costituzionale alla tutela della salute
 - ulteriore spaccatura Nord-Sud
 - aumento del divario tra Regioni ricche vs povere
- **Proposte** per “mitigare” i possibili effetti collaterali
 - aumento capacità indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni
 - meccanismi di solidarietà tra Regioni

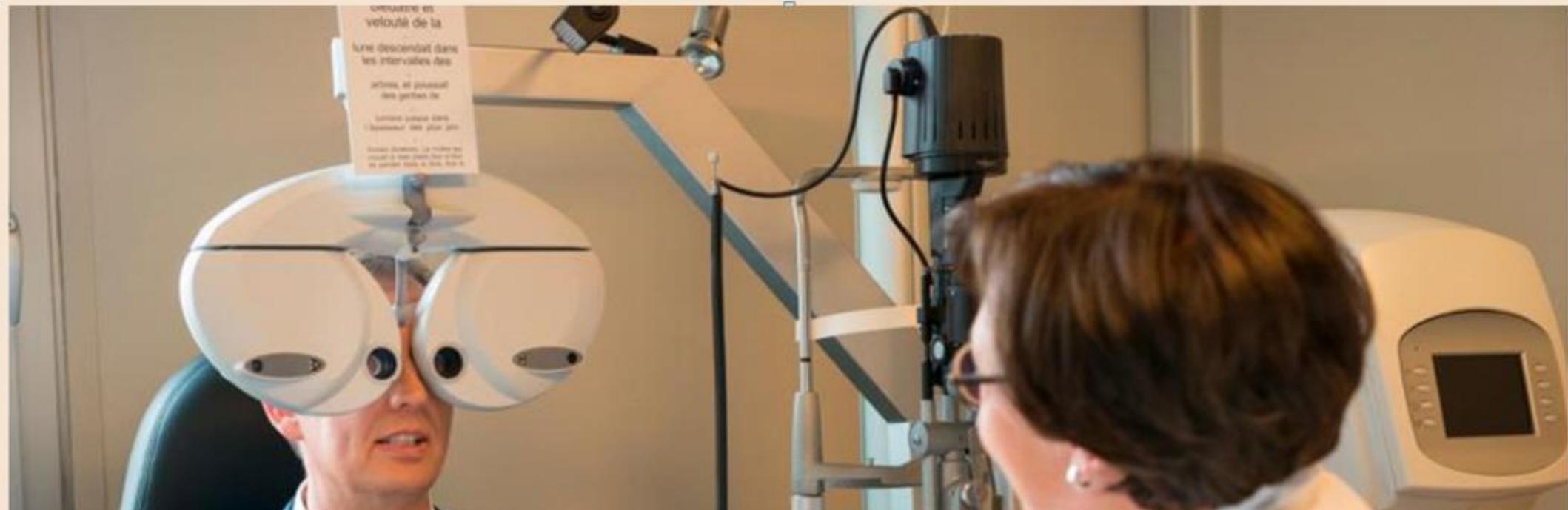


06 febbraio 2019

Fondazione Gimbe: «L'autonomia minaccia la tutela della salute. Governance centrale da rafforzare»

La sanità come cartina al tornasole dei potenziali rischi da regionalismo differenziato. A lanciare l'allarme è la Fondazione Gimbe, che a una manciata di giorni dall'incontro fissato il 15 febbraio ...

– di **Barbara Gobbi**



Outline

- Lo «stato di salute» del SSN
- Le priorità politiche
 - Approccio *One Health*
 - Finanziamento pubblico
 - Livelli Essenziali di Assistenza
 - Regionalismo differenziato
- **Il Piano di Rilancio del SSN**



Piano di salvataggio del SSN

- Presentato alla Conferenza GIMBE 2018
- Sottoposto a consultazione pubblica
- Utilizzato come benchmark per:
 - Monitoraggio programmi elettorali politiche 2018
 - Analisi Contratto del «Governo per il Cambiamento»
 - Monitoraggio programmi elettorali 2022
- Aggiornato nel marzo 2019
- Aggiornato e ribattezzato «Piano di Rilancio»



Piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale



METTERE LA SALUTE AL CENTRO DI TUTTE LE DECISIONI POLITICHE non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali



AUMENTARE LE CAPACITÀ DI INDIRIZZO E VERIFICA DELLO STATO SULLE REGIONI nel rispetto delle loro autonomie



RILANCIARE IL FINANZIAMENTO PUBBLICO PER LA SANITÀ ed evitare continue revisioni al ribasso



RIDEFINIRE I CRITERI DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA ed eliminare il superticket



RIDISEGNARE IL PERIMETRO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia



COSTRUIRE UN SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE, perché i bisogni sociali condizionano la salute e il benessere delle persone



LANCIARE UN PIANO NAZIONALE PER RIDURRE SPRECHI E INEFFICIENZE e reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni



AVVIARE UN RIORDINO LEGISLATIVO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA per evitare derive consumistiche e di privatizzazione



REGOLAMENTARE L'INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO e la libera professione secondo i reali bisogni di salute



FINANZIARE RICERCA CLINICA E ORGANIZZATIVA con almeno l'1% del fabbisogno sanitario nazionale



RILANCIARE POLITICHE E INVESTIMENTI PER IL PERSONALE e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari



PROMUOVERE L'INFORMAZIONE ISTITUZIONALE per contrastare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e favorire decisioni informate



PIANO DI RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

LA SALUTE
IN TUTTE
LE POLITICHE

APPROCCIO
ONE HEALTH

GOVERNANCE
STATO-REGIONI

FINANZIAMENTO
PUBBLICO

LIVELLI ESSENZIALI
DI ASSISTENZA

PROGRAMMAZIONE
ORGANIZZAZIONE
E INTEGRAZIONE
DEI SERVIZI SANITARI
E SOCIO-SANITARI

PERSONALE
SANITARIO

SPRECHI E
INEFFICIENZE

RAPPORTO
PUBBLICO-PRIVATO

SANITÀ
INTEGRATIVA

TICKET E
DETRAZIONI
FISCALI

TRANSIZIONE
DIGITALE

INFORMAZIONE
AI CITTADINI

RICERCA
SANITARIA

ATTUAZIONE
PNRR

GESTIONE
PANDEMIA

LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE

Mettere la salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali (*health in all*)

APPROCCIO *ONE HEALTH*

Attuare un approccio integrato alla gestione della salute, perché la salute dell'uomo, degli animali, delle piante e dell'ambiente, ecosistemi inclusi, sono strettamente interdipendenti



One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP)

“One Health” stands for an integrative and systemic approach to health, grounded on the understanding that human health is closely linked to the healthiness of food, animals and the environment, and the healthy balance of their impact on the ecosystems they share, everywhere in the world. These interconnections and vulnerabilities were once more demonstrated by the CoVid-19 pandemic. This led the heads of FAO, UNEP, WHO and WOAH, who met in November 2020 at the Paris Peace Forum, to further enhance their cross-sectoral collaboration by creating a multidisciplinary One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP) with the support of the governments of France and Germany.



Food and Agriculture
Organization of the
United Nations



World Health
Organization



World Organisation
for Animal Health
Founded as OIE

ONE HEALTH HIGH- LEVEL EXPERT PANEL

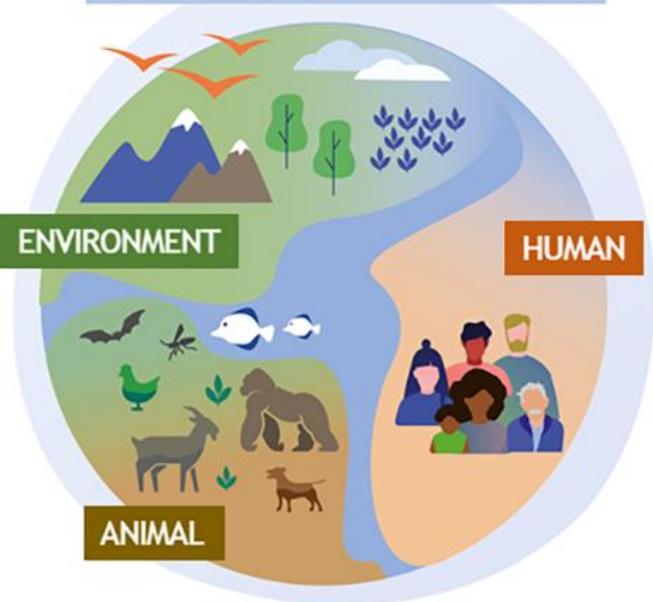
ANNUAL REPORT 2021

OPINION

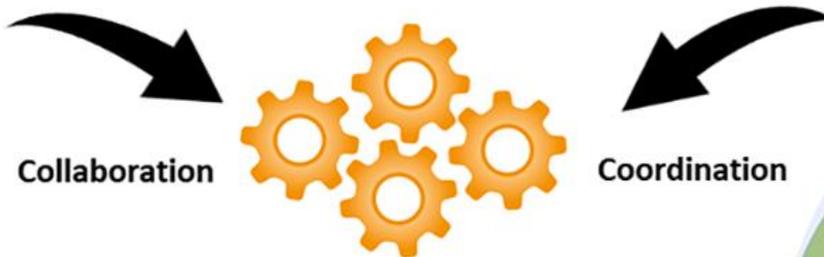
One Health: A new definition for a sustainable and healthy future

One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), Wiku B. Adisasmito¹, Salama Almuhaire², Casey Barton Behravesh³, P  p   Bilivogui⁴, Salome A. Bukachi⁵, Natalia Casas⁶, Natalia Cedi  l Becerra⁷, Dominique F. Charron⁸, Abhishek Chaudhary⁹, Janice R. Ciacci Zanella¹⁰, Andrew A. Cunningham¹¹, Osman Dar^{12,13}, Nitish Debnath¹⁴, Baptiste Dungu^{15,16}, Elmoubasher Farag¹⁷, George F. Gao¹⁸, David T. S. Hayman¹⁹, Margaret Khaitso²⁰, Marion P. G. Koopmans²¹, Catherine Machalaba²², John S. Mackenzie^{23,24}, Wanda Markotter ^{25*}, Thomas C. Mettenleiter ^{26*}, Serge Morand²⁷, Vyacheslav Smolenskiy²⁸, Lei Zhou¹⁸

SECTORS and DISCIPLINES

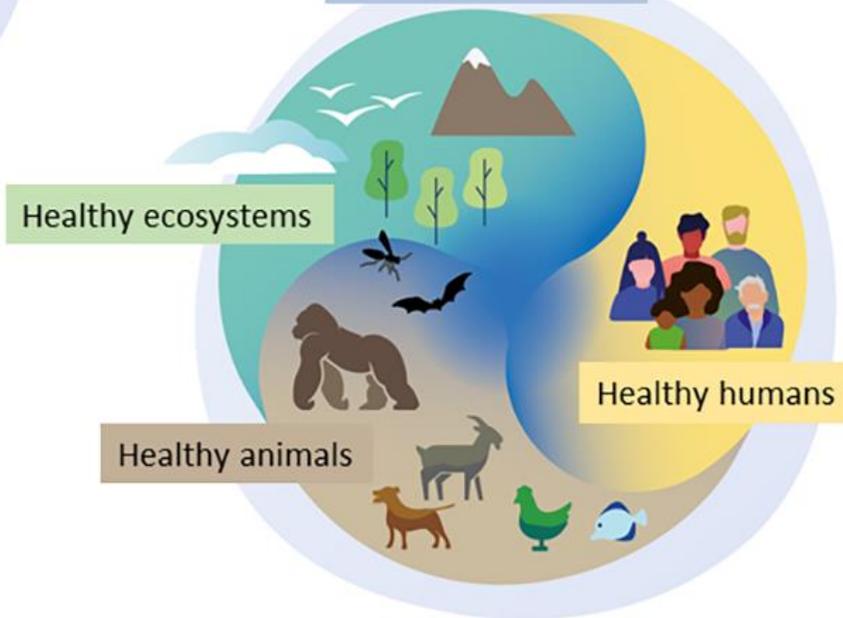


Communication



Capacity building

ONE HEALTH



SOCIETY



GOVERNANCE STATO-REGIONI

Rafforzare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto delle loro autonomie, per ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi

Proposte

- **Potenziare gli organi dello Stato**

- Riforma enti vigilati (AIFA, Agenas, ISS) per favorire sinergie ed evitare duplicazioni di responsabilità sia tra gli enti, sia tra questi e le direzioni generali del Ministero della Salute
- Definizione univoca di standard nazionali di indirizzo e verifica, quali linee guida e report di health technology assessment (HTA)

Proposte

- **Migliorie al Nuovo Sistema di Garanzia**

- Aumentare la quota premiale massima a cui accedono le Regioni adempienti ai LEA – attualmente compresa tra l'1% e il 3% del FSN – ad almeno il 5%, creando un sistema “a scaglioni” agganciato alle soglie di adempimento LEA, *oppure*
- Innalzare la soglia minima di adempimento ai LEA (≥ 60) ad almeno 80
- Aumentare il numero degli indicatori CORE ad almeno 40, includendo quelli relativi ai PDTA
- Prevedere una rotazione annuale di almeno il 50% degli indicatori CORE
- Rendere più flessibile la modalità di aggiornamento degli indicatori

FINANZIAMENTO PUBBLICO

Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera consistente e stabile, al fine di allinearla alla media dei paesi europei

Proposte

- **Mettere in sicurezza il FSN** evitando improvvise revisioni al ribasso previa definizione di due parametri:
 - soglia minima del rapporto spesa sanitaria/PIL
 - incremento percentuale annuo della spesa sanitaria, pari almeno al doppio dell'inflazione
- **Programmare e mantenere allineato il finanziamento pubblico alla media EU**
 - Nel 2020 spesa sanitaria pubblica italiana inferiore di \$ 215,17 pro-capite rispetto alla media EU
 - Gap circa € 12,7 miliardi

Proposte

- **Recuperare risorse dalla spesa sanitaria e fiscale**
 - Robusto delisting dei LEA (cfr)
 - Integrazione spesa sanitaria con spesa sociale di interesse sanitario (LTC)
 - Revisione della spesa fiscale per detrazioni e deduzioni per:
 - spese sanitarie
 - contributi versati a fondi sanitari e società di mutuo soccorso, previa riforma della sanità integrativa.
 - Disinvestimento da sprechi e inefficienze

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Garantire l'uniforme esigibilità dei LEA in tutto il territorio nazionale, il loro aggiornamento continuo e rigoroso monitoraggio, al fine di ridurre le diseguaglianze e rendere rapidamente accessibili le innovazioni

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

N ENGL J MED 363;26 NEJM.ORG DECEMBER 23, 2010

Value

=

Patient outcomes

Costs

Value elevato

Benefici adeguati rispetto a costi e alternative
Liste positive, finanziamento pubblico

Value basso

Benefici minimi rispetto a costi e alternative
Spesa privata, compartecipazione

Value incerto

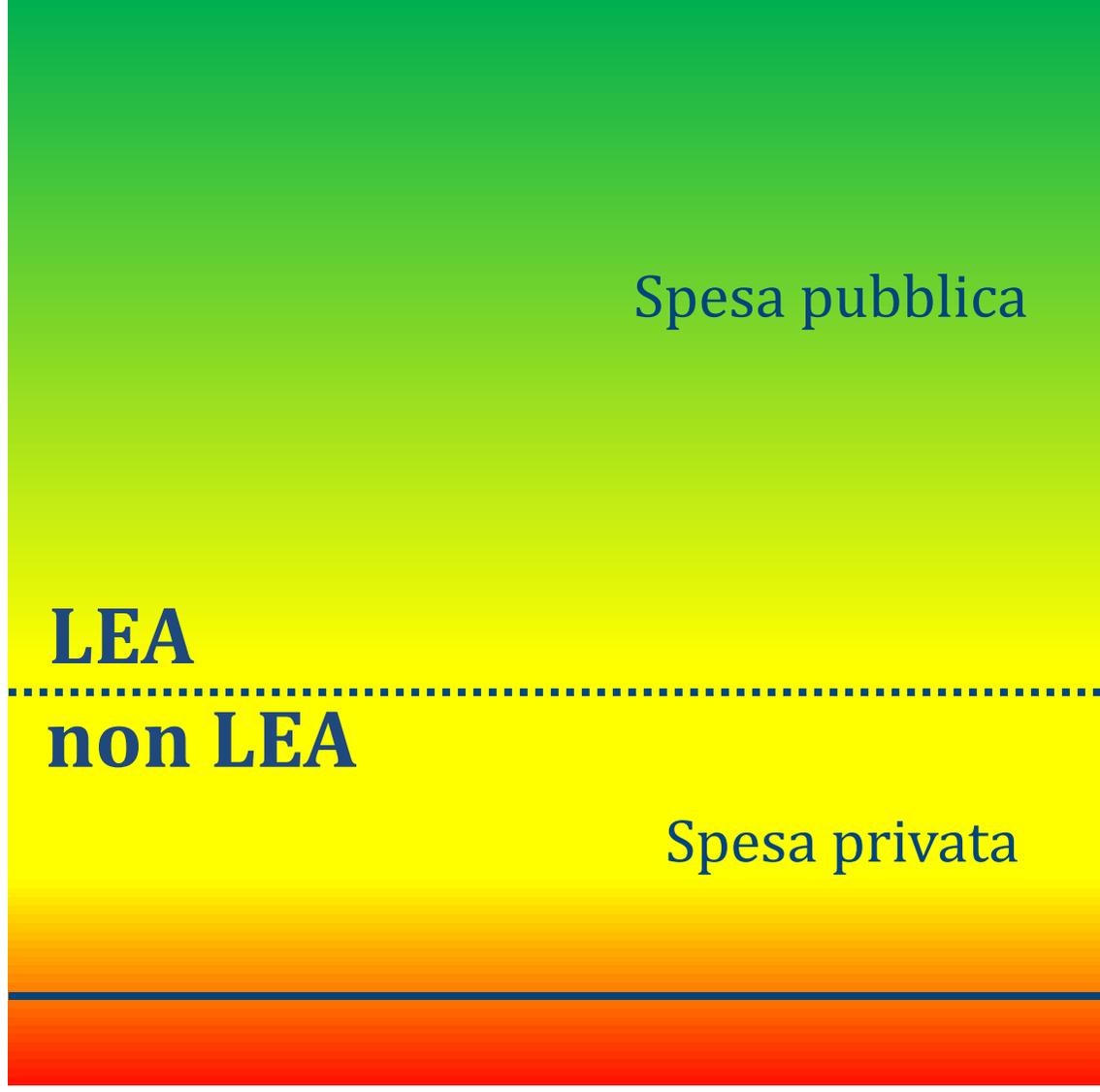
Benefici non noti (aree grigie)
Spesa privata, compartecipazione,
ricerca comparativa indipendente

Value negativo

Rischi maggiori dei benefici
Liste negative

Prestazioni sanitarie

Dannose Futili Necessarie Indispensabili



Elevato

Basso/incerto

Negativo

Value

Proposte

- **Aggiornamento LEA**
 - Ente terzo con finanziamento pubblico (modello NICE UK)
 - Robusto delisting per liberare risorse
 - Aggiornamento continuo con metodo evidence & value-based
- **Criteri di rimborso e tetti di spesa**
 - criteri di rimborso *value-based*
 - favorire a tutti i livelli i processi di disinvestimento e riallocazione
 - rendere più flessibili tetti di spesa e budget

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

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

PERSONALE SANITARIO

Rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari, riformare i processi di formazione e valutazione delle competenze, al fine di valorizzare e motivare la colonna portante del SSN

SPRECHI E INEFFICIENZE

Ridurre gli sprechi e le inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale, al fine di reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e vere innovazioni, aumentando il *value* della spesa sanitaria.

RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Disciplinare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e regolamentare la libera professione per evitare diseguaglianze e iniquità di accesso

SANITÀ INTEGRATIVA

Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa al fine di arginare fenomeni di privatizzazione, aumento delle diseguaglianze, derive consumistiche ed erosione di risorse pubbliche

TICKET E DETRAZIONI FISCALI

Rimodulare ticket e detrazioni fiscali per le spese sanitarie, secondo principi di equità sociale e prove di efficacia di farmaci e prestazioni, al fine di evitare sprechi di denaro pubblico e ridurre il consumismo sanitario

TRANSIZIONE DIGITALE

Diffondere la cultura digitale e promuovere le competenze tecniche tra professionisti sanitari e cittadini, al fine di massimizzare le potenzialità delle tecnologie digitali e di migliorare accessibilità ed efficienza in sanità e minimizzare le diseguaglianze

INFORMAZIONE AI CITTADINI

Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle migliori evidenze scientifiche, al fine di promuovere sani stili di vita, ridurre il consumismo sanitario, aumentare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione, contrastare le fake news e favorire decisioni informate sulla salute.

RICERCA SANITARIA

Destinare alla ricerca clinica indipendente e alla ricerca sui servizi sanitari un importo pari ad almeno il 2% del fabbisogno sanitario nazionale standard, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it



#salviamoSSN



#SalviamoSSN

Attività

DONA ORA

Rilanciamo insieme il nostro **Servizio Sanitario Nazionale**



La pandemia COVID-19 ha trovato un Servizio Sanitario Nazionale indebolito da un imponente definanziamento, che ha colpito soprattutto il capitale umano, e fortemente condizionato da 21 differenti sistemi sanitari.

www.salviamo-ssn.it