

CAPITOLO 1

Introduzione

Il presente Rapporto si apre con la ricognizione dei tre elementi fondamentali su cui si basano le analisi effettuate nei capitoli successivi: le tutele offerte dal SSN tramite i LEA, le modalità con cui questi vengono erogati e le varie componenti di spesa, non solo quella sanitaria (pubblica e privata), ma anche la spesa sociale di interesse sanitario e la spesa fiscale.

1.1 Le tutele offerte dal Servizio Sanitario Nazionale

I LEA sono prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Nel DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, i tre macro-livelli di assistenza restano invariati²⁶:

- **Prevenzione collettiva e sanità pubblica.** Comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli, ed in particolare: sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; salute animale e igiene urbana veterinaria; sicurezza alimentare; sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività medico-legali per finalità pubbliche.
- **Assistenza distrettuale.** Include le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari erogati in ambito territoriale: assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, protesica, termale, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale e assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
- **Assistenza ospedaliera.** Include attività di pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza post acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto di cellule, organi e tessuti, centri antiveneni.

I LEA dovrebbero essere integralmente coperti dalla spesa pubblica (e privata solo per le compartecipazioni), ma due forme di assistenza (socio-sanitaria domiciliare e territoriale e socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale) sono finanziate anche dalla spesa sociale di interesse sanitario (figura 1.1). Di conseguenza, i servizi assistenziali destinati alla *long term care* (LTC) escono dal perimetro della spesa sanitaria, sfuggendo a tutte le analisi che non prendono in considerazione la spesa sociale di interesse sanitario.

²⁶ Ministero della Salute. Cosa sono i LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

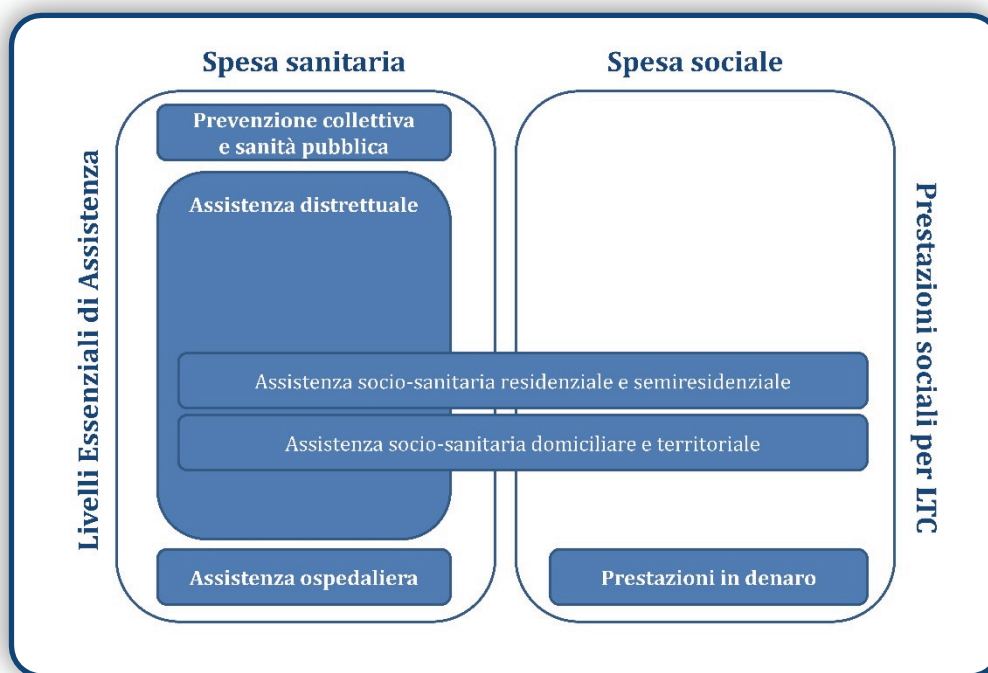


Figura 1.1. Il finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria (modificata da²⁷)

In altre parole, accanto ai vari “silos” dell’assistenza sanitaria che già ostacolano i processi di disinvestimento e riallocazione, esiste un “silos” parallelo che contiene varie tipologie di spesa sociale di interesse sanitario, in larga parte erogata dall’INPS tramite provvidenze in denaro e per una parte consistente a carico delle famiglie (§ 2.2.2.).

1.2 Le modalità di erogazione dei LEA

Considerato che il centro del dibattito è spesso occupato da modelli regionali e strategie di management aziendale (difficilmente applicabili a contesti differenti), il presente Rapporto intende ripartire da un’estrema semplificazione delle modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria. Un denominatore comune, “sterilizzato” dalla variabilità dei modelli regionali e aziendali, per consentire a tutti gli stakeholder di riconoscere le criticità comuni che condizionano le attuali modalità di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione dell’assistenza sanitaria e sociale (figura 1.2).

Questo tentativo di estrema semplificazione nasce da presupposti generali che poggiano sia sul modello di Donabedian²⁸, secondo cui la qualità di un servizio sanitario può essere misurata a tre livelli (struttura, processi, esiti), sia sui principi della *value-based healthcare*²⁹ secondo i quali il ritorno in termini di salute (*value for money*) del denaro investito in sanità non è uniforme:

- L’assistenza sanitaria e sociale viene erogata in setting differenti che, seppure generalmente identificati in “ospedale” e “territorio”, includono di fatto varie articolazioni

²⁷ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁸ Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

²⁹ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

“ufficiali” (ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semi-residenziale, etc.) e nuovi modelli organizzativi (ospedale di comunità, cure intermedie, etc.).

- Ciascun setting è caratterizzato da differenti requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali (“patrimonio STOP”) in grado di condizionare la qualità dell’assistenza, sia in termini di processi che di esiti di salute.
- L’erogazione dei LEA può avvenire con varie modalità:
 - singole prestazioni: preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, assistenziali, educazionali, palliative, etc.;
 - episodi di cura all’interno dei quali vengono erogate differenti prestazioni (es. ricovero per acuti, accesso domiciliare);
 - percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) all’interno dello stesso setting o integrati tra setting differenti.
- Indipendentemente dalle modalità di erogazione dei processi clinico-assistenziali-organizzativi, i risultati possono essere valutati in termini di:
 - Output: misurano la capacità dell’organizzazione di produrre in maniera efficiente servizi e prestazioni sanitarie.
 - Outcome: forniscono evidenze dal *real world* sul miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita.

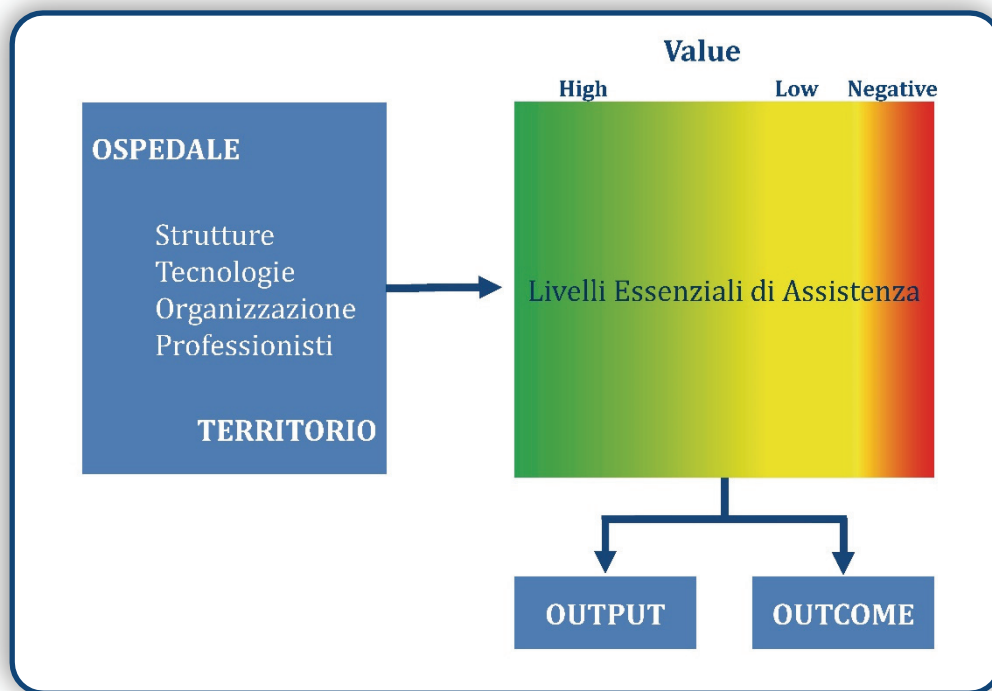


Figura 1.2. Modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria e sociale

Sulla base di questi presupposti è possibile delineare alcune macro-criticità che, oltre a condizionare la qualità di strutture, processi ed esiti, rendono molto complesso, se non impossibile, attuare azioni di governance e innovazioni organizzative senza ripensare profondamente l’attuale modello di finanziamento, organizzazione e valutazione del SSN.

- Il tentativo di uniformare il “patrimonio STOP” delle organizzazioni sanitarie è stato demandato alle Regioni attraverso la definizione dei requisiti minimi di accreditamento delle strutture sanitarie. In assenza di una governance nazionale questa scelta ha generato

enormi variabilità regionali su tre aspetti: innanzitutto, i requisiti minimi definiti e il loro livello di dettaglio; in secondo luogo l'opportunità (o meno) di accreditare anche le strutture pubbliche; infine, il completamento (o meno) di almeno due verifiche da parte degli auditor regionali per verificare la conformità dei requisiti minimi.

- L'appropriatezza dei processi è stata presa in considerazione quasi esclusivamente nella sua dimensione organizzativa, grazie a *policy* mirate ad erogare le stesse prestazioni in setting assistenziali a minor consumo di risorse: dal ricovero ordinario al day hospital/day surgery e da questo all'assistenza ambulatoriale, sino a setting territoriali ove adeguatamente potenziati. Gli indicatori di appropriatezza professionale, invece, più difficili da misurare e da sempre "indigesti" ai professionisti, sono rimasti sostanzialmente fuori dal dibattito sulla sostenibilità del SSN. Di conseguenza, una quota consistente di denaro pubblico continua ad essere sprecata sia per l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate, dal *value* basso o addirittura negativo (*overuse*), sia per curare le conseguenze della mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate dal *value* elevato (§ 3.3).
- Budget e sistemi premianti a tutti i livelli sono prevalentemente guidati dagli output e, in parte, dall'appropriatezza organizzativa, ma tengono conto solo in minima parte degli esiti di salute e quasi mai dell'appropriatezza professionale. Di conseguenza i modelli organizzativi regionali e, a cascata, quelli aziendali sono stati inevitabilmente plasmati su queste regole, di cui qualsiasi innovazione organizzativa (anche se basata su solide evidenze scientifiche) non può non tenere conto.
- Le differenti modalità di erogazione dei processi vengono rimborsate secondo specifici nomenclatori tariffari (DRG, specialistica ambulatoriale, protesica, etc.) e/o devono rispettare specifici tetti di spesa (farmaci, dispositivi), con strutture rigide che ostacolano sia i processi di disinvestimento e riallocazione, sia la definizione di budget per PDTA interaziendali e reti per patologia.
- Le differenti modalità di finanziamento (es. rimborso vs quota capitaria) per la stessa prestazione (es. ricovero per acuti) generano inevitabilmente comportamenti opportunistici.
- Le modalità di riparto del fabbisogno sanitario nazionale (FSN), oltre ad essere cristallizzate sul criterio della popolazione residente pesata per età e sulle tre macro-aree definite dai LEA, continuano ad essere per la quasi totalità indistinte e verificate con uno strumento (griglia LEA), ormai appiattito.

1.3 La spesa per la salute in Italia

Secondo le stime effettuate nel presente Rapporto, nel 2017 la spesa complessiva per la salute ammonta a € 204.034 milioni (tabella 1.1), di cui 75,9% di spesa sanitaria (§ 2.1), 20,5% di spesa sociale di interesse sanitario (§ 2.2) e 3,5% di spesa fiscale (§ 2.3). Le stime effettuate per la spesa sommersa (es. badanti irregolari) non sono state inserite nel computo totale.

Spesa	Tipologia	Importo	Totale
Sanitaria	• Pubblica	€ 113.131	€ 154.920
	• Out-of-pocket	€ 35.989	
	• Intermediata	€ 5.800	
Sociale di interesse sanitario	• Fondo nazionale non autosufficienza	€ 513	€ 41.889
	• Fondi regionali non autosufficienza	€ 435	
	• INPS	€ 27.853	
	• Comuni	€ 3.977	
	• Famiglie	€ 9.109	
Fiscali	• Spese sanitarie	€ 3.864	€ 7.225
	• Fondi sanitari integrativi	€ 3.361	
TOTALE			€ 204.034

Tabella 1.1 La spesa per la salute in Italia, anno 2017 (dati in milioni)

La figura 1.3 riporta la composizione percentuale della spesa per la salute in Italia.

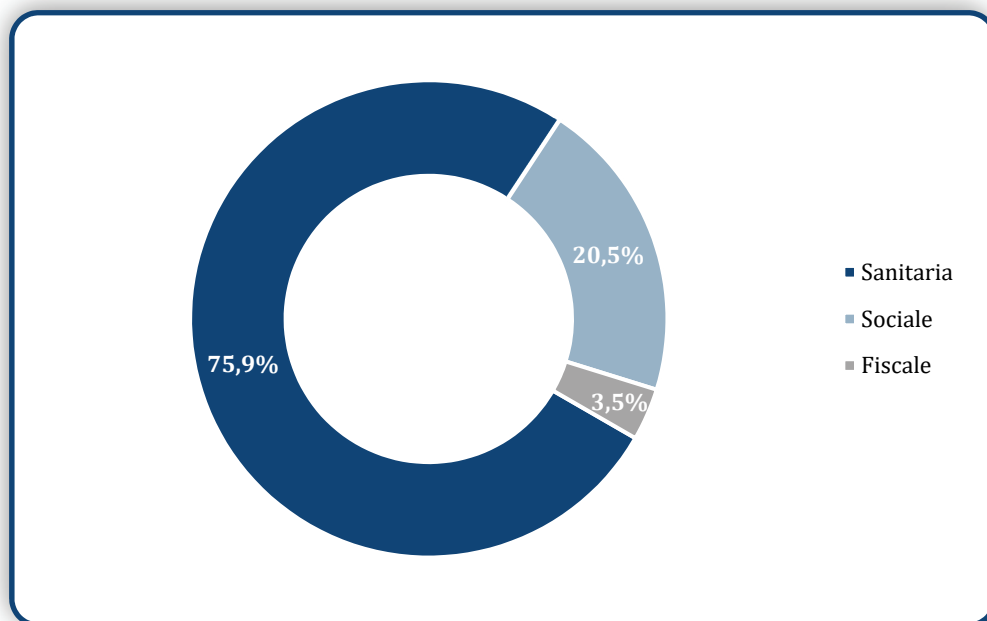


Figura 1.3. Composizione della spesa per la salute in Italia (anno 2017)

