



“Il crinale stretto tra equilibrio finanziario e garanzia dei LEA per le Regioni in Piano di Rientro”

Nerina Dirindin

17 giugno 2019



All'interno della Pubblica Amministrazione, la sanità costituisce

“l'esperienza più avanzata e più completa di quello che dovrebbe essere un processo di revisione della spesa”

(Corte dei conti, 2012, *“Rapporto 2012 coordinamento della finanza pubblica”*, p. 227).

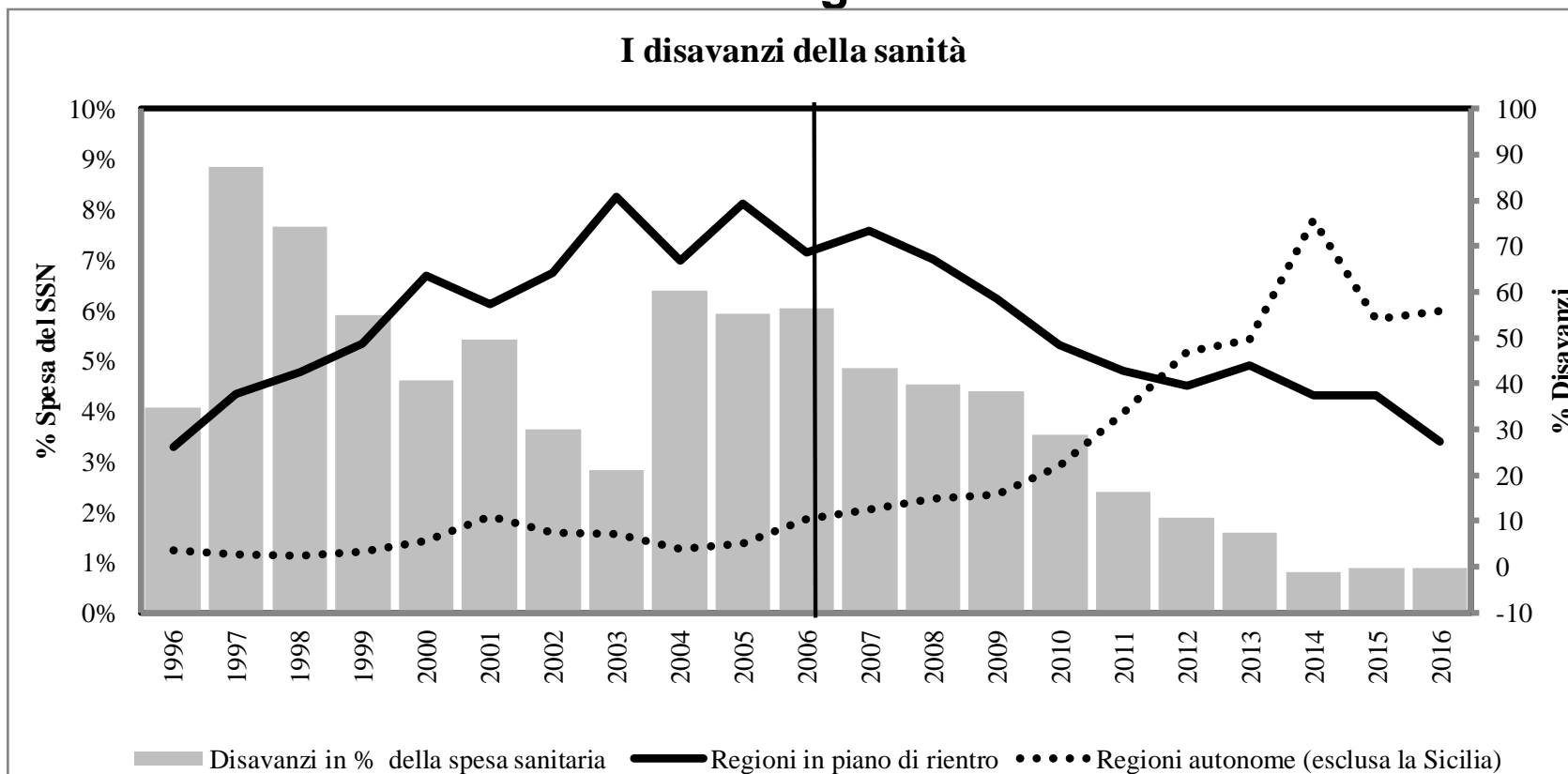




I PdR hanno contribuito a ridurre i disavanzi del Ssn (in rapporto alla spesa).

Oggi i disavanzi sono attribuibili soprattutto alle RSS.

Disavanzi contabili delle regioni. Anni 1995-2016





**La riduzione dei disavanzi è avvenuta
riqualificando l'assistenza
o riducendo i servizi (in quantità o qualità) ?**

**La griglia di monitoraggio dei Lea sembra
propendere per la prima ipotesi, ma la metodologia
utilizzata presenta molte criticità.**



Come sono monitorati i Lea?

Il sistema oggi in vigore

La struttura degli indicatori

Livello di assistenza	Dimensioni del livello di assistenza	Indicatori	Peso complessivo del livello di assistenza
Assistenza collettiva	6	12	5
Assistenza distrettuale	9	14	10,89
Assistenza ospedaliera	4	8	9,11
Totale	19	34	25

Il monitoraggio dei Lea secondo la griglia in vigore: solo 2 regioni risulterebbero inadempienti

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



Il nuovo sistema di garanzia: simulazione su 2016

Solo 9 regioni sono sufficienti in tutti i livelli di assistenza ...

Regioni che garantiscono i Lea			
	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
PIEMONTE	76,30	86,19	78,82
LOMBARDIA	80,92	69,12	69,12
PROV. AUTON. TRENTO	69,41	88,49	92,40
VENETO	63,63	84,41	82,71
LIGURIA	65,34	86,39	74,50
EMILIA ROMAGNA	70,27	83,14	84,83
TOSCANA	70,73	80,50	89,13
UMBRIA	73,90	65,56	77,86
MARCHE	61,74	71,39	64,81

> 80 %
70-80 %
60-70 %
50-60 %
40-50 %
< 40 %



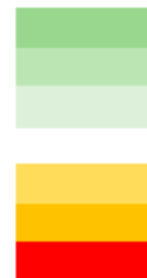


... mentre 12 regioni non garantirebbero i Lea

Regioni che non garantiscono i Lea			
	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
FRIULI VENEZIA GIULIA	52,00	71,43	78,96
LAZIO	65,24	56,32	66,16
ABRUZZO	65,29	57,12	59,75
PUGLIA	55,68	58,75	59,27
BASILICATA	68,71	41,41	68,40
CALABRIA	51,39	48,71	53,35
SICILIA	48,48	73,08	72,39
VALLE D'AOSTA	59,16	39,07	60,21
PROV. AUTON. BOLZANO	49,57	36,24	70,37
MOLISE	68,08	46,00	33,38
CAMPANIA	50,21	29,05	25,41
SARDEGNA	65,51	35,48	55,75

> 80 %
70-80 %
60-70 %

50-60 %
40-50 %
< 40 %





Aspetti problematici del monitoraggio

- **aree scoperte** (accesso/esito, territoriale, ..)
- **metodologia** (indicatori, standard, soglie, pesi, direzione di miglioramento)
- **sistema informativo** (completezza e adeguatezza)
- **flessibilità vs comparabilità**
- **effetti perversi** (consolidano disimpegno in alcune aree)
- **composizione Comitato Lea**



I flussi informativi

Tutti gli indicatori dell'assistenza distrettuale sono indicati come derivanti da flussi informativi insufficienti per qualità e/o livelli di copertura (con la sola esclusione di quelli derivanti dai flussi ospedalieri o farmaceutici)



La scelta delle soglie

«La scelta delle soglie dei valori degli indicatori dipende da diversi fattori:

laddove siano disponibili si consultano **provvedimenti, documenti programmatici istituzionali** nazionali ed internazionali, progetti di ricerca.

Se non sussistono ci si avvale dell'**analisi delle distribuzioni** fatte con i dati **disponibili** e su **scelte di natura politica** e di **condivisione** tra i rappresentanti del Comitato LEA.»

Min Salute. Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia Lea, 2012



Cambiano indicatori, soglie e pesi

Percentuale parti cesarei primari

		peso	Valore normale	Scost minimo	Scost. rilevante ma in miglior	Scost non accettabile
2017	> 1000 casi	1	$\leq 25,00\%$	25,01% - 30,00%	> 30,00% e in diminuzione	> 30,00% e non in diminuzione
	< 1000 casi	0,50	$\leq 15,00\%$	15,01% - 20,00%	> 20,00% e in diminuzione	> 20,00% e non in diminuzione
2014		1	$\leq 18\%$	18%-23%	> 23% e in riduzione	> 23% e non in riduzione
2012		1	$\leq 20\%$	20-23%	>23% in riduzione	>23% non in riduzione

La revisione sistematica dell'OMS del 2015 indica che un tasso di tagli cesarei fino al 10%-15% è associato ad una riduzione della mortalità materna-neonatale e infantile.



Cambiano i pesi e le soglie

N. posti **equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti**

	peso	Valore normale	Scost minimo	Scost. rilevante ma in miglior	Scost non accettabile
2017	1,17	$\geq 9,80$	$\geq 4,81$ e $< 9,80$	$< 4,81$ e in aumento	$< 4,81$ e non in aumento
2014	1,11	$\geq 6,60$	$\geq 4,4$ e $< 6,6$	$< 4,4$ e in aumento	$< 4,4$ e non in aumento
2012	1,11	≥ 10	6 – 9,9	< 6 e in aumento	< 6 e non in aumento

Soglie calcolate sul valore mediano e il 30° percentile della distribuzione dell'ultimo anno disponibile escludendo le regioni con copertura temporale e territoriale $< 100\%$ nonché le regioni non sottoposte a verifica LEA



Composizione del Comitato Lea (DM 2005)

- 4 rappresentanti del Ministero della salute
- 2 rappresentanti del MEF
- 1 rappresentante del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri
- 7 rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.



Il miglioramento dei conti per le regioni in piano di rientro si è anche accompagnato al miglioramento degli indicatori LEA?

La risposta ufficiale della griglia Lea è poco plausibile e metodologicamente discutibile

Criticità ancora presenti:

- riorganizzazione dell'assistenza territoriale,
- ritardi per le procedure di accreditamento,
- ridefinizione delle tariffe,
- sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati,
- mobilità interregionale in crescita, anche a causa del riordino della rete ospedaliera - d.m. 70/15,
- obsolescenza tecnologica e strutturale
-



Che fine hanno fatto i nuovi Lea?

A oltre due anni dalla loro formale approvazione (dPCM 12 gennaio 2017), le novità che riguardano l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'assistenza protesica rimangono ancora sulla carta.

Una esplicita previsione del decreto (art. 64) subordina l'entrata in vigore dei nuovi elenchi alla definizione delle tariffe.



Regioni sono concentrate a tutelare ciascuna i propri interessi

le Regioni “virtuose” che hanno la possibilità di ampliare le tutele per la propria popolazione (Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna in testa) sono del tutto disinteressate alla “situazione generale”, mentre le Regioni in difficoltà hanno forse il timore che l’entrata in vigore dei nuovi nomenclatori imporrebbe scelte difficili per mantenere saldo il governo della spesa e preferiscono di gran lunga che le decisioni siano prese (o non prese) da altri.

Arcà, 2019



Conclusioni. Questioni aperte

- **Regioni a statuto speciale**
 - **eccesso di spesa e livelli garantiti**
 - **leale collaborazione obiettivi FP**

- **Stato: definizione e verifica dei livelli di tutela**
 - **aggiornamento Lea (ancora al palo)**
 - **rafforzamento sistema di monitoraggio**

- **Regioni: recupero interesse collettività**

- **Diseguaglianze inter e intra-regionali e aree non considerate «critiche»**