

CNEL

**"SANITA' - LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"
Osservazioni e Proposte**

Assemblea

29 marzo 2007

Indice

| | |
|---|----|
| ITER DEL DOCUMENTO | 2 |
| PREMESSA..... | 2 |
| OSSERVAZIONI | 4 |
| La normativa | 4 |
| La definizione dei LEA e le prestazioni..... | 5 |
| Le responsabilità delle Regioni in materia di LEA | 6 |
| PROPOSTE..... | 8 |
| Spesa sanitaria e governo del Ssn..... | 8 |
| Superamento differenze Nord-Sud..... | 9 |
| Liste di attesa..... | 10 |
| Verifica dei sistemi di accreditamento | 10 |

PREMESSA

Il presente testo di Osservazioni e proposte è predisposto dal CNEL in ottemperanza all'art. 10 della legge n. 936/1986 recante "Norme sul Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro".

L'istruttoria del documento è stata curata dal gruppo di lavoro

sulla sanità, congiuntamente al Gruppo di Lavoro sugli anziani coordinati dal Cons. Croce e Pillitteri, nel corso delle riunioni del 25 ottobre 2006 e del 28 febbraio 2007.

Il documento è stato approvato all'unanimità dalla Commissione Politiche Sociali ed Ambientali nella riunione del 21 marzo 2007.

Il documento sarà presentato per l'approvazione in via definitiva dall'Assemblea del CNEL nella seduta del 29 marzo 2007.

INTRODUZIONE

L'attuale sistema di assistenza sanitaria presente nel nostro Paese è fondato sulla legge n° 833/1978, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale (Ssn). Esso è basato sui principi dell'universalità e della solidarietà, che hanno significato per il nostro Paese una grande conquista di civiltà.

Con tale innovazione, infatti, si è data piena attuazione al principio costituzionale dell'art. 32 e si è stabilito che la "salute" è

un valore e come tale non può essere solo affidato alle disponibilità economiche dei singoli cittadini e/o al libero gioco del mercato.

La riforma, inoltre, ha avuto anche l'effetto di considerare quella per la sanità non come una "spesa" che grava sul bilancio pubblico, ma come una "risorsa" per il Paese, un volano per lo sviluppo.

Investire nella salute, infatti, significa investire nel benessere dei cittadini e nel futuro, in una qualità migliore della vita, nella serenità della popolazione, in particolare delle categorie più fragili.

Il CNEL ribadisce dunque che la tutela della salute è un diritto soggettivo essenziale e inalienabile. Sottolinea che esso deve essere salvaguardato anche tenendo conto dei nuovi rapporti istituzionali tra Stato e Regioni, che sono orientati a sempre maggiori forme di federalismo fiscale, salvaguardando beninteso condizioni di accesso e di trattamento omogenee su tutto il territorio nazionale

Il CNEL sottolinea quindi che sia compito di ogni soggetto istituzionale, a livello centrale e periferico, quello di garantire la salute di cittadini, indipendentemente dalla categoria di appartenenza e dal luogo di residenza.

OSSERVAZIONI

La normativa

Il concetto di livello essenziale di assistenza (LEA) è contenuto anch'esso nella legge n° 833/1978. L'obiettivo di tale innovazione non era, in origine, quello di effettuare una selezione delle prestazioni o dei servizi da erogare

La previsione dei LEA invece assolveva da un lato ad una funzione organizzativa, mentre dall'alto realizzava un principio di portata costituzionale.

Dal punto di vista organizzativo si volevano ricondurre nella Unità sanitaria locale (Usl) tutte le attività sanitarie prima rese dai disciolti enti mutualistici e differenziate per categorie di assistiti.

Dal punto di vista del principio costituzionale, l'obiettivo era quello di rendere universale ed omogenea l'assistenza sanitaria, ampliandola a tutta la popolazione.

Negli anni '90 i livelli hanno subito una revisione normativa che ne ha modificato la definizione e la funzione, divenendo uno strumento mirato a consentire una selezione delle prestazioni e servizi da erogare.

La giustificazione di tale cambiamento va ricercata in relazione alle pressanti esigenze di risanamento dei conti pubblici e nell'obiettivo di conciliare le esigenze di contenimento della spesa con la necessità di tutela della salute.

Nel corso dell'ultimo decennio, inoltre, si sono susseguiti diversi provvedimenti legislativi che hanno riguardato i LEA.

Da ultimo, il d. Lgs. n° 229/1999, sulla razionalizzazione del Ssn, ha fissato i principi fondamentali per la definizione dei LEA.

In particolare il provvedimento ha stabilito la necessità che siano inseriti nei LEA le prestazioni basate su prove scientifiche di efficacia.

Più precisamente: *"Sono posti a carico del Ssn le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per precise condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate"*¹.

Il provvedimento stabilisce inoltre che la definizione dei LEA deve rispettare i principi:

- della dignità della persona;
- del bisogno di salute;
- dell'equità nell'accesso all'assistenza;
- della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;
- dell'economicità nell'impiego delle risorse².

I LEA rappresentano quindi l'ambito delle garanzie che il Ssn si impegna a garantire a tutta la popolazione in condizione di uniformità su tutto il territorio nazionale; si tratta delle attività e delle prestazioni – finanziate con risorse pubbliche - che il Ssn deve garantire a tutti i cittadini. I LEA pertanto non costituiscono solo un impegno "programmatico per il Ssn", ma anche un "diritto per i cittadini".

La definizione dei LEA e le prestazioni

I LEA sono diventati uno strumento pienamente operativo a seguito dell'Accordo tra Stato e Regioni dell' 8 agosto 2001, recepito da un DCPM il 29 novembre 2001.

I LEA attualmente sono classificati in tre macro-categorie:

- a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) assistenza distrettuale;
- c) assistenza ospedaliera.

¹ Art. 1, che modifica l'art. 1, c. 7, del D. Lgs n° 502/1992.

² Art. 1, che modifica l'art. 1, c. 2 del D. Lgs n° 502/1992.

Ad ogni categoria corrisponde una lista di prestazioni erogabili. Alcune tipologie di assistenza sono state totalmente o parzialmente escluse dai LEA. Più specificamente:

- Elenco delle prestazioni totalmente escluse dai LEA, in quanto non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Ssn o che non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza³.

- Elenco delle prestazioni parzialmente escluse dai LEA, ossia prestazioni che rientrano nei LEA solo se erogate in presenza di specifiche condizioni cliniche⁴.

- Elenco delle prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo tendenzialmente inappropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione⁵.

Le responsabilità delle Regioni in materia di LEA

La definizione dei LEA è materia esclusiva dello Stato centrale, ma la responsabilità di garantire i LEA su tutto il territorio nazionale è di competenza regionale.

La riforma costituzionale del 2001, infatti, stabilisce una competenza esclusiva dello Stato per quel che riguarda, tra l'altro la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117, c. 2, lett. m); mentre alla legislazione concorrente è riservata "la tutela della salute" (art. 117 c. 3).

Le Regioni, con l'accordo dell' 8 agosto 2001 si sono impegnate ad adottare tutte le iniziative possibili per la corretta ed efficiente gestione del servizio, al fine di contenere le spese nell'ambito delle risorse disponibili e per mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.

In tal senso le Regioni devono individuare interventi sul tema dell'appropriatezza per superare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale con

³ Si tratta di un breve elenco che comprende: le prestazioni di chirurgia estetica non conseguente a incidenti, malattia o malformazioni congenite; la circoncisione rituale maschile; le medicine non convenzionali; le vaccinazioni non obbligatorie; alcune certificazioni mediche; alcune prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale.

⁴ Sono incluse in questa lista l'assistenza odontoiatrica, che va erogata solo ad alcune fasce di utenti con particolari condizioni; la densitometria ossea, che va limitata alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica; le prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale.

⁵ Si tratta di un elenco di prestazioni ospedaliere "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogati in regime di ricovero ordinario piuttosto che in day hospital o anche in sede ambulatoriale.

conseguente scoperta di altri livelli assistenziali, disattendendo in tal modo ai diritti da garantire a tutti i cittadini.

A tal proposito, è utile portare l'esempio dell'assistenza farmaceutica che, in effetti, in alcune realtà regionali ha fatto registrare incrementi impropri della domanda e dei consumi, oppure l'esempio dell'assistenza ospedaliera che ancora, in molte regioni, continua ad assorbire risorse (oltre il 60%), per fenomeni di inefficienza ma anche di inappropriatazza, sottraendo risorse a scapito di altre tipologie assistenziali, in particolare all'area delle prevenzione e dell'integrazione socio sanitaria.

Pertanto l'erogazione e il mantenimento dei LEA in tutto il territorio nazionale richiede, accanto alla esplicita definizione degli stessi ed all'attivazione di un sistema di monitoraggio e di garanzia, un importante impegno da parte delle Regioni a livello programmatico per definire le condizioni di erogabilità tenendo presente i criteri di particolare tutela della urgenza/complessità, della fragilità sociale e della accessibilità territoriale.

PROPOSTE

Alla luce di quanto esposto, il CNEL ritiene che per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria a tutti i cittadini e su tutto il territorio nazionale, l'elaborazione delle politiche sanitarie debbano individuare le soluzioni per rimuovere gli ostacoli esistenti. Più precisamente:

Spesa sanitaria e governo del Ssn

Innanzitutto appare al CNEL importante chiarire un aspetto, relativo all'ammontare della spesa sanitaria.

Come dimostrano gli studi statistici delle principali organizzazioni internazionali⁶ la spesa sanitaria nel nostro Paese è in media con quella europea, anzi è spesso inferiore, rispetto alla spesa che si registra in altri Paesi con caratteristiche demografiche ed economiche simile all'Italia (Francia e Germania).

Il Ssn italiano si mantiene, secondo la valutazione dell'OMS⁷, tra le migliori posizioni rispetto agli altri Paesi per sostenibilità finanziaria e servizi erogati. Quindi appare più corretto affermare che non c'è un problema di spesa sanitaria, semmai sussiste un problema di debito pubblico a cui la sanità è chiamata a concorrere per ridurlo.

Il CNEL ribadisce dunque che il problema quindi non è tanto la spesa ma il doppio livello di governo nella determinazione della spesa sanitaria. Infatti, mentre il finanziamento del sistema è deciso dal Governo centrale (anche se contrattato con le Regioni), sono le Regioni che gestiscono l'offerta dei servizi. Tutto ciò rischia di rendere meno trasparente le responsabilità politiche ai diversi livelli di governo, nonché di generare un gravoso contenzioso tra Regioni e Stato centrale.

Il risultato è che spesso si assiste ad un conflitto tra le Regioni, che lamentano come il Governo sottofinanzi la sanità, e il Governo che ritiene le Regioni non utilizzino al meglio le risorse.

Sul versante, quindi, del doppio livello istituzionale, riconosciuto che gli assetti attualmente esistenti non contribuiscono ad una efficace ed efficiente governance del sistema sanitario, il CNEL ritiene necessario un maggiore coordinamento istituzionale ed un recupero centrale di controllo complessivo del sistema. A questo fine vanno effettivamente esercitate dal Ministero della Salute sia l'azione sostitutiva ed il commissariamento sia la funzione di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni, quando le inadempienze rendano necessarie tali azioni. Questo, anche se le Regioni, che hanno l'obbligo di garantire i LEA, devono essere dotate di risorse sufficienti.

Su tale questione il CNEL ritiene che la politica sanitaria debba superare i limiti di una programmazione puramente finanziaria della spesa e vada collegata invece a dati oggettivi. Infatti, un adeguato

⁶ Ad esempio l'OCSE, "Projectic OECD health and long term care expenditures: what are the main drivers?", febbraio 2006

⁷ Così nel documento "Health for all", 2005.

finanziamento dei LEA passa inequivocabilmente attraverso analisi sui costi standard efficienti comprese nei LEA stessi, analisi di cui oggi non disponiamo. Tale innovazione, tra l'altro, consentirebbe il superamento del principio della spesa storica mentre, contemporaneamente, garantirebbe l'assunzione/individuazione di responsabilità della gestione della sanità. In ogni caso, però, la definizione dei LEA deve essere compatibile prioritariamente con il bisogno di salute dei cittadini. Pertanto i LEA devono essere quantificati ed avere piena copertura finanziaria per offrire i servizi in modo efficiente, basando la quantificazione su analisi empiriche serie e sulla definizione delle migliori pratiche.

Superamento differenze Nord-Sud

Il servizio sanitario nelle regioni del Sud vive una condizione di forte disagio. I servizi sono carenti e mancano soprattutto le strutture di alta specialità. La spesa sanitaria, sia quella direttamente erogato dal Ssn che quella fornita in regime convenzionato, evidenzia la disparità di trattamento tra Regioni del Centro Nord e quelle del Sud, come mostrato nella Tavola sottostante.

Tavola - Spesa sanitaria pubblica per funzione economica e regione - Anno 2003 (*)

| REGIONI E RIPARTIZIONI | Servizi sanitari forniti direttamente (a) | | | Altre spese (b) | | | Servizi sanitari in regime di convenzione | | | Spesa corrente totale | | |
|---------------------------|--|--------------|------------------------|--------------------------------|-------------|------------------------|---|--------------|------------------------|--------------------------------|---------------|------------------------|
| | Milioni di euro correnti | % | Spesa pro capite | Milioni di euro correnti | % | Spesa pro capite | Milioni di euro correnti | % | Spesa pro capite | Milioni di euro correnti | % | Spesa pro capite |
| Piemonte | 3.299 | 55,31 | 776 | 384 | 6,44 | 90 | 2.282 | 38,26 | 537 | 5.965 | 100,00 | 1.403 |
| Valle d'Aosta | 124 | 65,26 | 1.021 | 14 | 7,37 | 115 | 52 | 27,37 | 428 | 190 | 100,00 | 1.564 |
| Lombardia | 6.242 | 50,53 | 680 | 699 | 5,66 | 76 | 5.412 | 43,81 | 590 | 12.353 | 100,00 | 1.346 |
| Trentino-Alto Adige | 1.016 | 63,22 | 1.062 | 115 | 7,16 | 120 | 476 | 29,62 | 498 | 1.607 | 100,00 | 1.680 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | <i>558</i> | <i>62,98</i> | <i>1.189</i> | <i>64</i> | <i>7,22</i> | <i>136</i> | <i>264</i> | <i>29,80</i> | <i>562</i> | <i>886</i> | <i>100,00</i> | <i>1.887</i> |
| <i>Trento</i> | <i>458</i> | <i>63,52</i> | <i>940</i> | <i>51</i> | <i>7,07</i> | <i>105</i> | <i>212</i> | <i>29,40</i> | <i>435</i> | <i>721</i> | <i>100,00</i> | <i>1.481</i> |
| Veneto | 3.498 | 55,52 | 759 | 437 | 6,94 | 95 | 2.365 | 37,54 | 513 | 6.300 | 100,00 | 1.367 |
| Friuli-Venezia Giulia | 1.106 | 63,89 | 926 | 119 | 6,87 | 100 | 506 | 29,23 | 423 | 1.731 | 100,00 | 1.449 |
| Liguria | 1.466 | 61,54 | 931 | 160 | 6,72 | 102 | 756 | 31,74 | 480 | 2.382 | 100,00 | 1.513 |
| Emilia-Romagna | 3.509 | 59,27 | 865 | 414 | 6,99 | 102 | 1.997 | 33,73 | 492 | 5.920 | 100,00 | 1.460 |
| Toscana | 3.070 | 61,46 | 867 | 365 | 7,31 | 103 | 1.560 | 31,23 | 441 | 4.995 | 100,00 | 1.411 |
| Umbria | 756 | 61,92 | 899 | 91 | 7,45 | 108 | 374 | 30,63 | 445 | 1.221 | 100,00 | 1.452 |
| Marche | 1.214 | 59,89 | 812 | 139 | 6,86 | 93 | 674 | 33,25 | 451 | 2.027 | 100,00 | 1.356 |
| Lazio | 3.996 | 48,17 | 772 | 402 | 4,85 | 78 | 3.897 | 46,98 | 753 | 8.295 | 100,00 | 1.603 |
| Abruzzo | 981 | 52,35 | 767 | 119 | 6,35 | 93 | 774 | 41,30 | 605 | 1.874 | 100,00 | 1.465 |
| Molise | 269 | 51,53 | 837 | 30 | 5,75 | 93 | 223 | 42,72 | 694 | 522 | 100,00 | 1.624 |
| Campania | 3.824 | 48,63 | 666 | 421 | 5,35 | 73 | 3.618 | 46,01 | 630 | 7.863 | 100,00 | 1.369 |
| Puglia | 2.519 | 49,71 | 625 | 272 | 5,37 | 67 | 2.276 | 44,92 | 564 | 5.067 | 100,00 | 1.257 |
| Basilicata | 428 | 55,30 | 717 | 51 | 6,59 | 85 | 295 | 38,11 | 494 | 774 | 100,00 | 1.297 |
| Calabria | 1.384 | 53,27 | 689 | 152 | 5,85 | 76 | 1.062 | 40,88 | 529 | 2.598 | 100,00 | 1.293 |
| Sicilia | 3.198 | 48,63 | 641 | 367 | 5,58 | 74 | 3.011 | 45,79 | 604 | 6.576 | 100,00 | 1.318 |
| Sardegna | 1.365 | 58,33 | 832 | 155 | 6,62 | 94 | 820 | 35,04 | 500 | 2.340 | 100,00 | 1.427 |
| Nord | 20.260 | 55,59 | 781 | 2.342 | 6,43 | 90 | 13.846 | 37,99 | 534 | 36.448 | 100,00 | 1.405 |
| Nord-ovest | 11.131 | 53,28 | 736 | 1.257 | 6,02 | 83 | 8.502 | 40,70 | 562 | 20.890 | 100,00 | 1.381 |
| Nord-est | 9.129 | 58,68 | 844 | 1.085 | 6,97 | 100 | 5.344 | 34,35 | 494 | 15.558 | 100,00 | 1.438 |
| Centro | 9.036 | 54,64 | 818 | 997 | 6,03 | 90 | 6.505 | 39,33 | 589 | 16.538 | 100,00 | 1.496 |
| Mezzogiorno | 13.968 | 50,58 | 678 | 1.567 | 5,67 | 76 | 12.079 | 43,74 | 586 | 27.614 | 100,00 | 1.340 |
| Sud | 9.405 | 50,30 | 673 | 1.045 | 5,59 | 75 | 8.248 | 44,11 | 590 | 18.698 | 100,00 | 1.337 |
| Isole | 4.563 | 51,18 | 688 | 522 | 5,85 | 79 | 3.831 | 42,97 | 578 | 8.916 | 100,00 | 1.345 |
| ITALIA | 43.264 | 53,68 | 751 | 4.906 | 6,09 | 85 | 32.430 | 40,24 | 563 | 80.600 | 100,00 | 1.399 |
| % su Pil | 3,33 | | | 0,38 | | | 2,49 | | | 6,20 | | |

(*) I dati sono elaborati secondo il sistema dei conti nazionali SEC95.

(a) Spesa sanitaria a gestione diretta.

(b) Servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione, contribuzioni diverse.

Fonte: Istat, Contabilità nazionale

Ciò comporta per i cittadini la necessità di spostamenti continui in altre Regioni. I dati sulla mobilità sanitaria sono a dir poco preoccupanti. E questo non solo sul versante dello storno delle risorse a quelle Regioni dalle quali proviene la mobilità (e quindi meno risorse per riorganizzare e realizzare ciò che non c'è), ma soprattutto per quei innumerevoli disagi, sociali ed economici, che i cittadini "migratori" - intesi sia come pazienti, che come loro familiari - sono obbligati a subire.

Il CNEL pertanto assume la questione del meridione come priorità nella riorganizzazione del sistema sanitario. A tal fine è importante il lavoro della task force (composta da Regioni, Istituzioni tecniche e Ministero della Salute) che il Governo si è impegnato a mettere in campo. Inoltre è necessario prevedere investimenti in Conto capitale mirati alla realizzazione dei servizi.

Liste di attesa

I tempi di attesa delle prestazioni sanitarie sono parte integrante dei LEA. L'erogazione di una prestazione sanitaria entro tempi adeguati costituisce "elemento strutturale dei livelli essenziali di assistenza".

Il CNEL sottolinea che lunghe liste di attesa per accedere alle prestazioni sanitarie offerte dalle strutture pubbliche incidono sul trade-off tra operatore pubblico e operatore privato, a favore di quest'ultimo. Questo lavoro non sempre è regolare. Al riguardo, un aspetto da considerare concerne anche la sottoutilizzazione delle strutture pubbliche.

Il CNEL ribadisce dunque che perché si possa ritenere effettivamente garantito il livello di assistenza, non basta che una prestazione sia erogata, occorre anche che sia tempestiva in rapporto al bisogno della persona.

Su tale questione il CNEL ritiene necessario l'applicazione dell'Accordo Stato e Regioni siglato il 28 marzo 2006, che prevede la presentazione dei Piani operativi regionali e delle Aziende sanitarie per la riduzione dei tempi di attesa.

Verifica dei sistemi di accreditamento

L'applicazione delle norme in materia di accreditamento delle strutture sanitarie è stato nella maggior parte delle Regioni disatteso. Ciò ha determinato conseguenze negative sia sul campo delle prestazioni che sul terreno economico.

Il CNEL ritiene che su tale questione la politica sanitaria debba individuare gli strumenti adeguati affinché la legislazione vigente venga correttamente applicata.

Pertanto vanno sviluppati, a livello regionale e aziendale, i contratti, così come previsti dal corpo normativo (dalla 502 del 1992 in poi), in merito alle quantità e alle tipologie di prestazioni da affidare secondo i requisiti previsti dalla legge.

In ogni caso non si può non notare che, ad oggi, in molte realtà ci troviamo di fronte ad un doppio sistema sanitario, là dove le prestazioni erogate dal privato accreditato superano il 50% del

totale, pur sottolineando il diverso rapporto che esiste con il privato no-profit.