

2. L'EFFICIENZA DELLA SPESA SANITARIA: UNA REALTÀ A MACCHIA DI LEOPARDO (ESTENSORE V.P.G. PAOLA BRIGUORI)

Sommario: Premessa; 1. L'evoluzione della disciplina in materia sanitaria: verso la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti; 2. Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - Revisione e aggiornamento dei LEA; 3. La spesa sanitaria e la responsabilità erariale; 4. La spesa sanitaria pubblica e privata in Italia e nel resto del mondo. Un'analisi dell'OCSE; 5 Il rapporto Censis del 18 giugno 2019.

Premessa

La presente trattazione costituisce una riflessione, senza presunzione di esaustività data la vastità e complessità della materia, sulla spesa sanitaria sia sul piano della sua disciplina, della sua efficienza e del suo andamento, sia sul piano di eventuali responsabilità scaturenti dalla *mala gestio* in ambito sanitario per illegittimo e dannoso impiego di risorse.

Il diritto alla salute è tutelato dalla nostra Carta in quanto riconosciuto come diritto fondamentale dell'individuo e come interesse della collettività (art. 32).

Come noto, in attuazione della norma costituzionale, con la Legge 833/1978, è stato istituito il Servizio sanitario nazionale (SSN), pubblico, basato sui principi di universalità, uniformità e solidarietà con la finalità di garantire l'accesso all'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, sulla base dei bisogni di ciascuno, in quanto la *Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*.

Non v'è dubbio che tale riforma ha segnato decisamente un passo avanti rispetto al precedente sistema mutualistico, che era basato sulla contribuzione dei singoli lavoratori ed assicurava l'assistenza sanitaria ad una parte della popolazione.

L'ultimo tassello alla disciplina di settore è stato aggiunto dalla riforma del Titolo V della Costituzione (art. 117), in cui si è previsto che la funzione sanitaria pubblica è esercitata da due livelli di governo: lo Stato, che definisce i Livelli

essenziali di assistenza (LEA), l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento e che presiede il monitoraggio della relativa erogazione, e le Regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi sanitari regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.

La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione tra i due soggetti coinvolti nel rispetto delle specifiche competenze con la finalità di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica che sia capace di coniugare le istanze dei cittadini in termini di bisogni sanitari ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati in funzione degli obiettivi comunitari discendenti dal Patto di stabilità e crescita⁶.

Come emerge dagli indicatori elaborati dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico e dall'Organizzazione mondiale della sanità, la *performance* del nostro SSN si colloca ai primi posti nel contesto europeo e mondiale, per la qualità delle prestazioni, nonché per l'equità e l'universalità di accesso alle cure. Il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e la salvaguardia dello stato di benessere psicofisico della popolazione costituiscono un risultato importante sotto il profilo del soddisfacimento dei bisogni sanitari, oltre a presentare ricadute positive anche in termini di contenimento della spesa sociale. Tuttavia, il mantenimento degli *standards* qualitativi raggiunti rende indispensabile affrontare il tema della sostenibilità dei costi del sistema sanitario pubblico in presenza di livelli di finanziamento condizionati dai vincoli finanziari necessari per il rispetto degli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria. Ciò è garantito anche dall'attività di monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni erogate nelle diverse articolazioni territoriali del SSN.

⁶ Il monitoraggio della spesa sanitaria 2019, Rapporto n. 6, Ministero dell'Economia e Finanze, 1

1. L'evoluzione della disciplina in materia sanitaria: verso la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti⁷

a) Per tentare di tracciare uno studio sulla spesa sanitaria (pubblica) e sulla sua efficienza è necessario comprendere come è articolato il complesso sistema finanziario del SSN. Ciò è possibile solo attraverso un breve *escursus* del quadro normativo sottostante, che è stato caratterizzato da progressivi aggiustamenti, giustificati dalla necessità di migliorare e testare un sistema che genera un notevole flusso finanziario in uscita.

Dalla riforma del Titolo V il processo di riforma è stato continuo e sempre teso a garantire un articolato sistema di *governance*, che ha consentito di migliorare l'efficienza del settore, anche attraverso un'analisi selettiva delle criticità, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute costituzionalmente garantito ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati. Come si approfondirà nel prosieguo, gli interventi più significativi hanno riguardato: la sottoscrizione di specifiche intese tra Stato e Regioni, con finalità programmatiche e di coordinamento dei rispettivi ambiti di competenza, l'introduzione ed il potenziamento di un sistema di rilevazione contabile economico-patrimoniale, l'attivazione di specifici Tavoli di verifica degli equilibri finanziari e della qualità delle prestazioni erogate dal settore sanitario. Nel corso dell'attività di analisi e monitoraggio della gestione della spesa sanitaria a livello regionale è emerso che una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi, comporta molto spesso una cattiva qualità dei servizi assicurati ai cittadini. Ciò è dimostrato dal fatto che in tutte le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai *deficit* sanitari si è registrato, contestualmente alla riduzione del disavanzo, anche un miglioramento nell'erogazione dei LEA, seppure in misura non uniforme e con diversa velocità.

⁷ Per un approfondimento sul tema si rinvia a Il monitoraggio della spesa sanitaria 2019, cit. i cui argomenti trattati sono stati ripresi ed elaborati nel presente paragrafo

Si conferma, allora, la necessità di continuare un monitoraggio costante dell'andamento della spesa sanitaria, nonché il processo di individuazione delle pratiche migliori che emergono nei diversi modelli organizzativi presenti a livello regionale, favorendone la diffusione. Il rafforzamento dell'azione di governo del sistema sanitario, con l'adozione di interventi incisivi in tutte quelle situazioni che evidenziano inefficienza o inappropriata nella produzione ed erogazione delle prestazioni, costituisce uno strumento efficace anche nel fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche. Esistono margini di efficientamento e di razionalizzazione del sistema che possono essere utilmente attivati per far fronte agli effetti dell'invecchiamento della popolazione senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi erogati. Nell'ambito del processo di potenziamento del sistema di *governance*, la realizzazione del Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) ha rappresentato una tappa importante. Tale progetto prevede, infatti, l'implementazione di un sistema informativo delle prescrizioni mediche in grado di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e la verifica della appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione, su tutto il territorio nazionale, dei dati relativi alle ricette mediche. Tali funzionalità sono state ulteriormente ampliate sia in riferimento alla trasmissione delle spese mediche per il 730 precompilato che all'implementazione, più di recente, del sistema di interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico.

- b) Nell'ambito del suddetto assetto istituzionale scaturito dall'applicazione della disciplina dettata dal Titolo V, l'aspetto che merita particolare attenzione è la capacità del sistema nel suo complesso di incentivare le regioni - a cui compete la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari sul territorio - ad assumere comportamenti "virtuosi", volti a perseguire recuperi di efficienza ed efficacia nell'erogazione dei LEA. Ciò favorisce, per un verso, un miglioramento strutturale degli equilibri di bilancio, particolarmente

importante per le regioni in disavanzo e, per l'altro, un altrettanto miglioramento del livello di soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini compatibilmente con le risorse assegnate. Le misure utilizzate a tal fine sono sostanzialmente le Intese Stato-Regioni, il sistema di monitoraggio delle performance regionali e dei conti sanitari nazionali, i Piani di Rientro regionali e degli Enti del SSN, il Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) nonché le disposizioni concernenti la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. Tali aspetti verranno approfonditi nei successivi paragrafi.

Dal quadro normativo emerge che il fulcro del sistema è costituito dallo stretto rapporto Stato-Regioni poiché dal 2000, la sede di definizione del sistema di governance nel settore sanitario è stata individuata nelle Intese Stato-Regioni (art. 8, co. 6, della L. 131/2003 in attuazione dell'art. 120 della Cost.). Con scadenza triennale lo Stato e le regioni concordano il livello di finanziamento del SSN⁸ per il periodo di vigenza dell'Intesa, al fine di garantire alle regioni

⁸ Fino all'anno 2012, il livello complessivo del finanziamento del SSN, che corrisponde alla quota di risorse pubbliche che lo Stato, in concorrenza con le altre funzioni, destina alla sanità pubblica, era ripartito tra le regioni sulla base della popolazione residente pesata, con pesi che tenevano conto del profilo dei consumi sanitari della popolazione residente, suddivisa per classi di età e sesso. La procedura di determinazione dei fabbisogni standard regionali, che indicano la quota di risorse attribuite a ciascuna regione per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza, è stata modificata dal D.Lgs. 68/2011, a decorrere dall'anno 2013. Nel seguito vengono riportate le fasi attraverso cui si esplica tale procedura. Prioritariamente, ciascun anno, è definito il fabbisogno sanitario nazionale standard in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo del Paese e con gli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria (articoli 25 e 26). Viene ribadita l'allocazione ottimale delle risorse cui devono tendere le regioni per erogare correttamente la funzione sanitaria (art. 27, co. 3): 5% per l'assistenza collettiva; 51% per l'assistenza territoriale; 44% per l'assistenza ospedaliera.

Con riferimento al secondo anno precedente a quello di riferimento, si provvede ad individuare le migliori 5 regioni sulla base delle seguenti caratteristiche (art. 27, commi 4 - 5): - erogazione dei livelli essenziali di assistenza in equilibrio economico e in condizione di efficienza ed appropriatezza, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali; sono considerate in equilibrio economico le regioni che hanno assicurato l'erogazione dei predetti livelli di assistenza con le risorse ordinarie stabilite dalla legislazione vigente nazionale, ivi incluse le entrate proprie regionali effettive; - superamento degli adempimenti previsti dalla vigente disposizione, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali; - presenza di criteri di qualità, definiti con successivo decreto del Presidente del Consiglio, sulla base degli indicatori già condivisi in sede di Intesa Stato - Regioni del 3 dicembre 2009.

Qualora un numero inferiore a 5 regioni si trovi in condizioni di equilibrio, si individuano anche le regioni con il minore disavanzo (art. 27, co. 12). Tra le predette 5 regioni, vengono individuate, da parte della Conferenza Stato-Regioni, le 3 di riferimento (benchmark), tra le quali è obbligatoriamente inclusa la prima delle 5. Nell'individuazione delle regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica nord, centro e sud, con almeno una regione di piccola dimensione (art. 27, co. 5).

I costi sono computati a livello aggregato per ogni regione e per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera (art. 27, co. 6). I costi sono altresì computati al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva; sono depurati della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto a quelle considerate in sede di riparto; sono depurati delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del SSN e della quota che finanzia livelli assistenziali superiori ai livelli essenziali (art. 27, co. 6, lettere a), b), c) e d)). Il valore di costo standard è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli dalla media pro capite pesata del costo registrato dalle regioni benchmark (art. 27, co. 6). Il costo così ottenuto è moltiplicato in ogni regione per la popolazione pesata (art. 27, co. 6, lett. e). L'incidenza percentuale di tale costo, è applicata al fabbisogno standard nazionale dell'anno di riferimento e determina il fabbisogno standard regionale (art. 27, commi 8 e 9). La convergenza ai valori percentuali del fabbisogno standard nazionale avviene in un periodo di 5 anni (art. 27, co. 11).

le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo. Si tratta di intese⁹ recepite in disposizioni di rango primario, che definiscono anche le regole del governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti a carico delle regioni.

- c) Si evidenzia che si deve all'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 l'introduzione del cosiddetto " sistema premiale " in sanità, caratterizzato dal subordinare l'erogazione a ciascuna regione di una parte del finanziamento del SSN, detta " quota premiale ", il cui ammontare è fissato per legge, al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del proprio Servizio sanitario (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente. Con tale Accordo è stato, dunque, dato impulso al nuovo sistema di monitoraggio dei conti sanitari basilare per la verifica dell'equilibrio economico dei singoli SSR. Sempre in base a quanto previsto dall'Accordo, con D.P.C.M. 29 novembre 2001, sono stati definiti i LEA al fine di rendere noti e condivisi i contenuti delle prestazioni da assicurare da parte di ciascun SSR e le regole di compartecipazione in ordine alle

⁹ Si segnalano: l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, recepito dal DL 347/2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (L 448/2001); l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sottoscritta in attuazione della legge finanziaria per l'anno 2005 (L 311/2004); il Patto per la salute relativo al triennio 2007-2009, recepito nella legge finanziaria per l'anno 2007 (L 296/2006); il Patto per la salute per il triennio 2010-2012, recepito nella Legge di stabilità per l'anno 2010 (L 191/2009). Per il triennio 2013-2015, stante la necessità di assicurare con urgenza una manovra di finanza pubblica, il Governo ha introdotto talune disposizioni nel settore, con effetto dal 2013, prima della sottoscrizione del nuovo Patto (art. 17 del DL 98/2011), prevedendo, comunque, la possibilità di rimodulare dette misure, a seguito di Accordo Stato-Regioni che avrebbe dovuto essere stipulato entro il 30 aprile 2012. L'Accordo, tuttavia, non è stato raggiunto e, pertanto, le predette disposizioni sono state applicate con le modalità individuate dalla citata norma. Infine, nel febbraio 2014, si è giunti alla sottoscrizione del Patto per la salute per il triennio 2014-2016, avvenuta il 10 luglio 2014, patto recepito nella Legge di stabilità per l'anno 2015 (L 190/2014). Negli anni successivi al 2016 non si è giunti alla sottoscrizione di un nuovo patto, ma il livello di finanziamento del SSN per il triennio 2017-2019 ha trovato una sua normazione. Infatti, la Legge di bilancio per l'anno 2017 (L 232/2016) ha fissato tale livello al valore rispettivamente di 113, 114 e 115 miliardi di euro. Tuttavia, tali valori sono stati successivamente rideterminati dal Decreto interministeriale (MEF-Salute) del 5 giugno 2017, che, in assenza di specifici accordi tra il Governo e le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano diretti ad assicurare la quota di manovra a loro carico, ha disposto un ulteriore contributo a carico delle Regioni a statuto ordinario, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016 e dall'art. 1, co. 394, della L 232/2016. La Legge di Bilancio per l'anno 2018 non ha portato variazioni e la Legge di Bilancio per l'anno 2019 (L 145/2018) ha confermato il livello del finanziamento per l'anno 2019, in 114.474 milioni di euro e ha disposto un incremento di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021. Il riconoscimento dei suddetti incrementi è comunque subordinato alla sottoscrizione di un Patto per la salute per il triennio 2019-2021 che contempra misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi.

prestazioni socio-sanitarie, nonché evidenziare le prestazioni totalmente escluse dai LEA ovvero quelle incluse per particolari soggetti e in particolari condizioni. In proposito, si rileva che il 12 gennaio 2017 è stato emanato il D.P.C.M. concernente l'aggiornamento dei LEA definiti nel 2001 (v. ultra).

- d) La successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nel confermare il sistema premiale e i precedenti adempimenti oggetto di verifica annuale ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN, ne ha aggiunti di nuovi. Ha disposto la costituzione dei due Tavoli di monitoraggio che operano sinergicamente nel sistema: il *Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali*, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS), e il *Comitato permanente per l'erogazione dei LEA*, istituito presso il Ministero della salute. Si tratta di Tavoli di monitoraggio a cui partecipano i due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che le agenzie sanitarie [l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e l'Agenzia italiana del Farmaco (AIFA)].

L'applicazione, nel periodo 2001-2005, del sistema premiale in sanità ha evidenziato la presenza di due gruppi di regioni: il primo gruppo, denominato delle "regioni virtuose", con bilanci sanitari in equilibrio o con disavanzi contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale, che ha garantito negli anni, insieme agli altri adempimenti previsti, il superamento della verifica premiale annuale; il secondo gruppo, denominato delle "regioni con elevati disavanzi", con bilanci sanitari in significativo disavanzo, tale da non poter essere coperto con le ordinarie misure a carico dei bilanci regionali. Oltre a gravi squilibri di bilancio, le regioni non virtuose hanno presentato due gravi criticità: si sono rivelate scarse anche nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera non coerente con i parametri fissati dalla programmazione nazionale, con alti tassi di ospedalizzazione ed indicatori di inappropriatezza ospedaliera particolarmente accentuati; hanno

presentato un livello di spesa farmaceutica molto alto e ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. I due fattori negativi evidenziati - quello ospedaliero e quello farmaceutico - hanno sottratto risorse all'erogazione dei restanti Livelli di assistenza e determinato forti squilibri finanziari, creando un circolo vizioso. Ciò ovviamente ha comportato per tali regioni il mancato superamento della verifica premiale annuale con conseguente preclusione all'accesso alle relative quote premiali.

Peraltro, nonostante l'operatività del sistema premiale, in tutte le regioni si è manifestata l'aspettativa di un finanziamento aggiuntivo *ex - post* da parte dello Stato, a titolo di ripiano del disavanzo. Infatti, soprattutto con riferimento agli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, non accantonati nei bilanci sanitari sui rispettivi anni di competenza, le regioni hanno richiesto il riconoscimento di somme aggiuntive a titolo di ripiano statale nell'anno di sottoscrizione dei contratti, in relazione agli oneri sia correnti che per arretrati, che determinavano importanti disavanzi di gestione.

e) Con i Patti per la Salute 2007-2009 (Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006) e 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) è stata posta in essere una disciplina che, mutando *ratio* e prospettiva dal semplice sistema premiale, ha teorizzato un sistema non più fondato sulla cosiddetta “*aspettativa regionale del ripiano dei disavanzi*” da parte dello Stato ma basato sul “*principio della forte responsabilizzazione*” sia delle regioni “virtuose”, sia delle regioni con elevati disavanzi. Per le regioni non virtuose sono stati previsti specifici percorsi di risanamento condivisi (i cosiddetti “Piani di Rientro”).

I Piani di rientro¹⁰ sono intesi come uno strumento fondamentale diretto alla

¹⁰ I programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio sanitario regionale (Piani di rientro) nascono con la Legge finanziaria del 2005 ([Legge 311/2004](#)) e sono allegati ad accordi stipulati dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze con le singole Regioni. Il Piano di Rientro – si veda per un approfondimento CdS Terza Sez.n.604/2015 - si presenta come un vero e proprio piano industriale concernente la gestione del SSR nell'ambito della cornice finanziaria programmata garantendo l'erogazione dei LEA. Esso è caratterizzato da diversi aspetti. La consapevolezza: è la prima fase nella stesura del Piano di Rientro, caratterizzata dai seguenti processi: analisi del contesto normativo nazionale e regionale in materia sanitaria; analisi del contesto sanitario regionale; analisi del contesto regionale di controllo del servizio sanitario regionale; analisi SWOT: consapevolezza dei propri punti di debolezza, ma anche dei propri punti di forza, delle opportunità e dei rischi delle scelte da compiere; elaborazione del modello tendenziale triennale del sistema sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi. Tale fase comporta la consapevolezza della insostenibilità finanziaria

risoluzione delle problematiche inerenti l'efficienza e l'efficacia nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione in relazione alla manifestazione, in talune regioni, di elevati ed insostenibili disavanzi strutturali e la presenza di gravi carenze nell'erogazione appropriata dei LEA.

f) Da ultimo, si aggiunga che la [Legge di Bilancio 2019](#) ha definito il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2019-2021 e ha tracciato i criteri per la definizione del nuovo Patto della Salute¹¹.

e sanitaria di un sistema senza controllo. La fase seguente che la regione deve affrontare è quella delle scelte da operare, che si sostanzia nel seguente processo: individuazione degli interventi necessari ad efficientare il sistema e renderlo conforme al Piano sanitario nazionale per l'erogazione dei LEA; definizione dei provvedimenti da adottare per attuare gli interventi; elaborazione del cronoprogramma degli interventi; individuazione degli effetti economici e di sistema correlati agli interventi; definizione delle modalità di verifica periodica degli interventi; elaborazione del modello programmato triennale sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi tale da garantire il raggiungimento dell'equilibrio con il conferimento del fondo transitorio di accompagnamento, limitatamente agli anni 2007-2009, e delle entrate fiscali regionali da massimizzazione. Si tratta in sintesi di un modello programmato che associa dei risparmi di spesa con un disavanzo programmato nei limiti delle entrate aggiuntive preordinate sempre nella garanzia dell'erogazione dei LEA. La bozza di Piano di Rientro è stata sottoposta all'esame di un Gruppo tecnico interistituzionale, con la partecipazione di esponenti governativi e regionali, che ha discusso con le singole regioni le scelte proposte e, qualora necessario, chiesto modifiche ed integrazioni. Una volta stabilito il contenuto del Piano di Rientro è stato possibile sottoscrivere l'Accordo per il Piano di Rientro da parte dei Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, sentito il Ministro per gli Affari regionali, ed il Presidente della regione. Nell'anno 2007 sono stati sottoscritti gli Accordi per i Piani di Rientro delle regioni Lazio, Campania, Liguria, Molise, Abruzzo, Sicilia e Sardegna. (Liguria e Sardegna hanno concluso il Piano nell'anno 2009). Nel dicembre 2009 ha predisposto il Piano di Rientro la regione Calabria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte anche Piemonte e Puglia. In sostanza, al novembre 2018 il Ministero della Salute ha comunicato che sono sette le Regioni attualmente sottoposte alla disciplina dei Piani di Rientro (PdR): Puglia, Abruzzo, Sicilia, Calabria, Campania, Lazio e Molise; le ultime quattro sono commissariate.

¹¹ Il patto per la salute 2019-21 è stato siglato il 18 dicembre 2019.

Per ora è possibile richiamare i punti principali:

Finanziamento Fondo sanitario nazionale

Confermate le risorse per il prossimo biennio con un aumento previsto di 2 miliardi per il 2020 e 1,5 miliardi per il 2021. Il livello del finanziamento in questo modo passa dai 114.474.000.000 del 2019 ai 116.474.000.000 del 2020 ai 117.974.000.000 del 2021. Governo e Regioni concordano, inoltre, di ricondurre le quote vincolate del riparto del fabbisogno sanitario standard all'interno del riparto relativo alla quota indistinta, confermando i criteri di assegnazione definiti nelle ultime proposte di riparto.

Livelli essenziali di assistenza e misurazione della qualità delle cure

Governo e Regioni si impegnano a completare il percorso di attuazione del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Nuovi Lea", con l'approvazione del decreto che fissa le tariffe per consentire l'entrata in vigore dei relativi nomenclatori. Dal 2020, grazie al Nuovo sistema di garanzia (NSG), il Comitato Lea effettuerà una nuova valutazione annuale sulla qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali. In caso di gravi criticità rilevate in almeno due dei tre macro-livelli di assistenza, la Regione dovrà presentare un piano di risoluzione delle criticità che viene valutato ed eventualmente integrato dal Comitato Lea con il supporto degli Enti vigilati. Nel caso di valutazione insufficiente in tutti i tre macro-livelli la Regione è valutata inadempiente e deve elaborare un piano operativo di riorganizzazione.

Assistenza territoriale: ampliamento per la Farmacia dei Servizi

È stata concordata la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione. Questo puntando al potenziamento dell'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale per prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione. In questo ambito, è previsto l'ampliamento della [sperimentazione della Farmacia dei servizi](#) come presidio rilevante per la presa in carico dei pazienti e il controllo dell'aderenza terapeutica degli stessi. Allo stesso tempo, verrà valorizzata l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, nell'ambito della continuità dell'assistenza, e dell'aderenza terapeutica in particolare per i soggetti più fragili.

Enti vigilati

Previsto il riordino di AIFA, ISS e AGENAS per superare la frammentazione e duplicazione di competenze. L'obiettivo è di rivedere la governance e i meccanismi operativi di funzionamento. In questo ambito verranno accorpate le funzioni frammentate in materia di HTA (Health Technology Assessment) in un unico soggetto, a garanzia dell'autorevolezza e dell'indipendenza del processo di valutazione.

Governance farmaceutica e dei dispositivi medici

Per il 2019 ha stabilito un finanziamento di 114 miliardi e 439 milioni di euro, ai quali vanno aggiunti 2 miliardi per il 2020 e un altro miliardo e mezzo per il 2021.

Per il 2020 e il 2021, l'accesso delle Regioni all'incremento del finanziamento è vincolato alla stipula del nuovo Patto per la salute, che deve prevedere espressamente misure per il miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e per l'efficientamento dei costi.

La stessa Legge di Bilancio ha previsto gli ambiti delle misure del nuovo Patto per la Salute:

- Revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti (ticket), per promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure;
- rispetto degli obblighi di programmazione a livello nazionale e regionale in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste d'attesa;
- valutazione dei fabbisogni del personale del Servizio sanitario nazionale e dei

Nuova revisione e ammodernamento della *governance* farmaceutica e dei dispositivi medici per migliorare l'efficienza allocativa delle risorse.

Investimenti

Individuati interventi infrastrutturali necessari per 32 miliardi di euro, a cui si aggiungono 1,5 miliardi per l'ammodernamento tecnologico delle attrezzature. Il Patto impegna il Governo a incrementare le risorse a disposizione per l'edilizia sanitaria ex art. 20 della legge 67/88 e a velocizzare le procedure per la sottoscrizione degli accordi di programma e l'ammissione a finanziamento.

Modelli previsionali

A supporto delle scelte di programmazione si prevede una sempre maggiore integrazione dei dati e dei diversi flussi informativi che consenta di realizzare strumenti e modelli previsionali per l'analisi del fabbisogno di salute della popolazione.

Prevenzione

Promozione e prevenzione sono chiavi per garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute.

In particolare è previsto:

- contrasto al fenomeno dell'[antimicrobico-resistenza](#);
- consolidare il contrasto alle [malattie croniche](#) attraverso promozione della salute, diagnosi precoce e presa in carico precoce;
- piena realizzazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia;
- standard adeguati di personale per sicurezza sui luoghi di lavoro;
- [approccio One Health](#) che considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi;
- più controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Partecipazione dei cittadini

Per migliorare la relazione con i cittadini si punterà sempre più sulla trasparenza e la comunicazione, attraverso il loro coinvolgimento in pratiche di partecipazione inclusive. Prevista anche una forte promozione degli strumenti di accesso informatico ai servizi erogati telematicamente dal SSN, adottando regole standard, codifiche condivise e interoperabilità degli ecosistemi informatici.

- riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità di assunzioni, compreso l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale;
- implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale che consentano di tracciare il percorso seguito dal paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio nazionale tenendo conto delle infrastrutture già disponibili nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria e del fascicolo sanitario elettronico;
 - promozione della ricerca in ambito sanitario;
 - miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati che siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di valutazione con sistema di indicatori oggettivi e misurabili, anche aggiornando quanto previsto dalla [Legge n. 135/2012](#);
 - valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.
- g) A conclusione di questo rapido excursus si indicano gli ulteriori strumenti coerenti con il principio della responsabilizzazione regionale del rispetto degli equilibri di bilancio, che arricchiscono la disciplina finanziaria del SSN definita dalle Intese Stato-Regioni in materia: l'introduzione dal 2005 (DL 203/2005 - art 9, c. 1), dell'obbligo, nell'ambito della verifica del sistema premiale, di iscrizione in bilancio degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato del SSN, finalizzato a costruire bilanci aziendali e del SSR interessato, che ricomprendano tutti gli oneri di competenza del singolo anno, ancorché non siano stati perfezionati gli atti per la corresponsione finanziaria dei relativi oneri; dal 2005, la procedura di verifica annuale prevista dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 recante il

meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo; la sanzione del blocco automatico del turn over del personale del SSR e con il divieto, per il bilancio regionale, di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine dell'anno successivo a quello di verifica; il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie; l'introduzione di strumenti di controllo delle principali voci di spesa, quali il meccanismo del pay - back farmaceutico¹², il tetto di spesa sui dispositivi medici, il vincolo di crescita sul personale e il vincolo relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera; la definizione di indicatori standard di efficienza e di appropriatezza e l'avvio di un puntuale sistema di monitoraggio dei fattori di spesa.

Si aggiunga che, a partire dall'anno 2013, diverse disposizioni in materia di federalismo fiscale hanno permesso di ottenere una migliore efficienza della spesa. In particolare, si rammenta che nella definizione dei fabbisogni sanitari è stata applicata la metodologia dei costi standard, in attuazione del D.Lgs. 68/2011 in materia di federalismo fiscale. Si tratta di una impostazione metodologica che, nel confermare l'attuale programmazione finanziaria e il relativo contenimento della dinamica di spesa, migliora l'assetto istituzionale sia in fase di riparto delle risorse sia in relazione all'analisi delle situazioni di inefficienza o inadeguatezza (anche attraverso il raffronto tra le varie regioni), fornendo un ulteriore elemento di valutazione della programmazione in atto.

Inoltre, il D.Lgs. 118/2011, concernente l'armonizzazione dei bilanci, ha ulteriormente migliorato dall'anno contabile 2012 i procedimenti contabili nel settore sanitario con particolare riferimento a quanto disposto dal Titolo II, in quanto sono state introdotte le disposizioni dirette a garantire un'agevole

¹² Il pay - back farmaceutico, introdotto a partire dal 2008 relativamente alla spesa farmaceutica territoriale e a partire dal 2013 relativamente alla spesa farmaceutica ospedaliera, prevede che le aziende farmaceutiche siano chiamate a ripianare l'eventuale scostamento tra la spesa effettivamente registrata e i limiti fissati dalla normativa. Da ultimo, la legge 232/2016 ha modificato gli aggregati di spesa e i valori dei tetti.

individuazione dell'area del finanziamento sanitario, attraverso la possibilità di istituire da parte delle regioni la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) (i), la perimetrazione, nell'ambito del bilancio regionale, delle entrate e delle uscite relative alla sanità (ii), la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario attraverso l'accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità (iii).

- h) Pertanto, il sistema del SSN ruota oggi sul principio della *piena responsabilizzazione delle regioni*, soprattutto grazie alla costruzione di benchmark di spesa e di qualità, l'omogeneizzazione dei documenti contabili, la previsione di sanzioni in caso di deficit. A ciò si aggiunge che dal 2001 si è assistito al potenziamento del sistema di monitoraggio trimestrale dei fattori di spesa, svolto a livello centrale sulla base di una rendicontazione contabile articolata a livello di singola Azienda sanitaria e poi di regione. Ciò ha reso possibile anche nel potenziamento di strumenti di previsione sempre più efficaci e congrui ai fini della programmazione finanziaria, tant'è che, con riferimento ai documenti di finanza pubblica, quanto meno dell'ultimo quinquennio, i livelli di spesa effettivamente registrati a consuntivo sono risultati costantemente contenuti nell'ambito di quanto programmato.
- i) Anche se gli interventi normativi richiamati e la *ratio* cui sono ispirati costituiscono un buon inizio per la costruzione di un sistema contabile virtuoso, la materia resta complessa e restano ancora irrisolti alcuni profili critici riguardanti le diverse realtà regionali che emergono proprio in sede di applicazione del complesso normativo a cui si è fatto cenno.

Come rilevato dalla Sezione delle Autonomie della Corte dei conti¹³, il conferimento di maggiori livelli di autonomia amplia la necessità che gli amministratori diano conto di come questi poteri e le correlate risorse siano

¹³ Sezione delle Autonomie. Audizione della Corte dei conti su attuazione del federalismo fiscale e definizione delle intese ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della costituzione - commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, all. 1 Autonomia e sanità, - 17 luglio 2019.

utilizzati e dei risultati conseguiti. Secondo la Corte costituzionale la tutela dell'unità economica della Repubblica giustifica un governo unitario della finanza pubblica e controlli esterni sugli enti territoriali (cfr. Sent. n. 39/2014) al fine di evitare tensioni sugli equilibri di bilancio. Ne consegue come la richiesta di autonomia differenziata postuli quale corollario l'adozione di idonei strumenti di monitoraggio e di rendicontazione. Alcuni utili spunti di riflessione possono essere tratti dalle analisi svolte in varie occasioni dalla Corte in tema di servizi sanitari regionali (da ultimo, cfr. il recente Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali – es. 2017, approvato con deliberazione della Sez. Aut. n. 13/2019), atteso che la tutela della salute è una delle materie oggetto delle intese in discorso ed è, anzi, quella che impiega la maggior parte delle risorse regionali (circa l'80% della spesa pubblica nelle RSO; circa il 50% per le RSS in considerazione delle maggiori funzioni a queste ultime attribuite e, dunque, della minore incidenza della spesa sanitaria su quella complessiva).

In particolare, la Corte¹⁴ ha evidenziato che con riferimento alle

¹⁴ La Corte ha tratto diverse considerazioni che è bene riportare.

Una prima riguarda l'efficacia degli interventi di contenimento della spesa. Ed invero, laddove «lo Stato non ha strumenti d'intervento diretto sulla dinamica di spesa ... le politiche di contenimento sono (state) meno efficaci: le Regioni a statuto ordinario, infatti, sono soggette a monitoraggio annuale ovvero, qualora in disavanzo, a più verifiche tecniche in corso d'esercizio relativamente al Piano di Rientro sottoscritto). Durante le riunioni tenutesi tra luglio e dicembre 2018 tra Autonomie speciali (esclusa la Regione Siciliana) e Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, invece, quest'ultimo ha fatto presente di aver convocato le suddette Autonomie anche per l'esame dei conti del IV trimestre 2017, ricevendo la seguente comunicazione congiunta: «pur confermando la disponibilità a collaborare con il Ministero per tutte le informazioni richieste in materia di spesa sanitaria, si segnala che si ritiene sufficiente che ciò avvenga sui dati annuali consolidati, dato che, non partecipando al riparto del FSN, non pare utile partecipare a verifiche infra-annuali sui CE trimestrali». Attualmente, dunque, i diversi sistemi sanitari regionali esistenti sono comparabili tra loro solo con estrema difficoltà, soprattutto avendo riguardo ai servizi resi ed al costo degli stessi, restando ancora non chiaro «quanto della differenza di risultato tra il fabbisogno teorico e la spesa effettiva dipenda dall'erogazione di maggiori servizi e quanto, eventualmente, sia, invece, da ricondurre ad un maggior costo dei LEA», a causa della mancanza di idonei strumenti di misurazione allo scopo. Considerando le novità introdotte dal D.Lgs. n. 68/2011 a decorrere dall'anno 2013 in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard per le Regioni a statuto ordinario nel settore sanitario, «sarebbe certamente auspicabile che almeno il fabbisogno per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in condizioni di efficienza ed appropriatezza, presentasse regole procedurali univoche sul territorio nazionale e tempestivamente recepite da tutti gli enti territoriali, così da permettere una più agevole valutazione dei costi della sanità nei diversi contesti territoriali».

Un secondo aspetto della questione riguarda l'armonizzazione contabile, materia di competenza esclusiva statale «che non può subire deroghe territoriali, neppure all'interno delle autonomie speciali costituzionalmente garantite, in quanto strumentale a garantire che lo Stato stesso, attraverso informazioni rese in maniera uniforme, possa garantire il coordinamento della finanza pubblica e gli equilibri del bilancio (Corte Costituzionale, sentenza n. 80/2017)». Nello stesso contesto è stato, inoltre, affermato che «l'applicazione del Titolo II del Decreto Legislativo n. 118/2011 richiede che sia data separata evidenza nel bilancio regionale dell'anno delle risorse conferite al proprio Servizio sanitario provinciale a titolo di finanziamento indistinto, vincolato, mobilità extraregionale e delle ulteriori risorse che la Regione ha eventualmente inteso conferire al proprio Servizio sanitario per finanziare i maggiori costi indotti dai LEA ovvero per finanziare anche prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA». La richiesta di individuare le diverse fonti di finanziamento del servizio sanitario regionale/provinciale (finanziamento obbligatorio LEA; finanziamento aggiuntivo LEA e finanziamento per extra LEA) risulta ancora disattesa dalle Autonomie

autonomie speciali - che costituiscono un modello raffrontabile con quello in divenire delle Regioni ad autonomia differenziata - si sono rilevati profili di criticità correlati alle modalità di monitoraggio e di chiarezza dei risultati.

Un rilevante profilo di criticità emerso è il tema della determinazione del fabbisogno sanitario nazionale e del relativo riparto tra le Regioni.

Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome, infatti, a differenza di quelle a statuto ordinario, provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato.

Laddove il monitoraggio esterno si riveli meno incisivo, dunque, a fronte di maggiori spese si verifica che non ci sia chiarezza sulla ragione delle stesse (è il caso di Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Trento e Bolzano, v. meglio infra), oppure che si vengano ad accumulare significativi disavanzi (è il caso della Regione Sardegna). Per contro, nelle Regioni sottoposte a monitoraggio ("leggero" o più stringente per gli enti in Piano di Rientro dal deficit) si è riscontrato un netto miglioramento dei risultati di gestione. In particolare, facendo riferimento alle sole risorse ritenute congrue dallo Stato.

Per l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza ed appropriatezza, così

speciali. Ultima considerazione, ma non per rilevanza, riguarda la qualità e le condizioni di erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale. Come si è avuto modo di osservare nel Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali per l'esercizio 2016 (Sezione delle autonomie, deliberazione n. 3/SEZAUT/2018/FRG), «in virtù delle diverse normative regionali⁹, sul territorio nazionale non vengono erogate le medesime prestazioni sanitarie né agli stessi costi: l'accesso ai servizi sanitari, dunque, non avviene attualmente in condizioni di eguaglianza tra tutti i cittadini. E ciò è tanto più grave se si considera la recente pronuncia della Corte costituzionale (cfr. sentenza n. 169/2017) secondo la quale è necessaria una delimitazione finanziaria dei LEA, definiti "spese incompressibili e necessarie", rispetto alle altre spese sanitarie: la reale copertura finanziaria dei servizi, data la natura delle situazioni da tutelare, deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie». Inoltre, a prescindere dal profilo economico-finanziario, si rileva che le valutazioni delle performance dei sistemi sanitari regionali operate dal Ministero della Salute nel "Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e Risultati dell'anno 2017, conducono a ritenere che non sempre al processo di risanamento finanziario si accompagni una sufficiente erogazione dei livelli essenziali di assistenza¹¹. Nel richiamato Referto approvato con deliberazione della Sez.Aut. n. 13/2019, è stato ricordato che Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Trento e Bolzano, per le modalità di finanziamento dell'assistenza sanitaria sui loro territori¹², sono tuttora escluse dalla Verifica Adempimenti affidata dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse. E ciò avviene nonostante l'auspicio che il processo di uniformità relativo all'erogazione del bene salute trovi al più presto il suo compimento secondo le previsioni costituzionali in materia di eguaglianza e tutela di cui agli artt. 3 e 32 Cost.

come definite con l'Intesa Stato-Regioni, si è osservato che tra il 2006 ed il 2017 il deficit si sia ridotto nelle Regioni sottoposte a monitoraggio (da -1 mld ca. a -82 mln) ed ancor più in quelle sottoposte a piano di rientro (da oltre -4 mld a -223 mln), mentre nelle Regioni a statuto speciale e nelle due Province autonome è stata rilevata una diversa tendenza (da -600 mln ca. a -1,2 mld, compreso il disavanzo regionale della Sardegna e con l'esclusione della Regione siciliana, in Piano di Rientro).

L) Pur tenendo conto delle diverse realtà regionali e delle criticità connesse, dal monitoraggio 2019 svolto sulla spesa sanitaria dal Ministero dell'Economia e Finanze emerge che un sistema così articolato ha consentito di conseguire negli ultimi anni un significativo rallentamento della dinamica della spesa: il tasso di crescita medio annuo è passato dal 6,4% nel quadriennio 2003-2006, all'1,8% del quinquennio successivo. Inoltre, si evidenzia che in ciascuno degli anni 2011-2013 si è registrato un decremento del livello assoluto di spesa rispetto all'anno precedente, mentre negli anni dal 2014 al 2018 si è manifestato un incremento contenuto.

2. Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - Revisione e aggiornamento dei LEA¹⁵

Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA è composto di 64 articoli, suddivisi in 6 Capi, e di 12 Allegati. I lavori per la predisposizione del provvedimento si sono sviluppati da aprile a dicembre 2014 e sono stati condotti da quattro gruppi di lavoro a composizione mista (Ministero, Regioni e A.Ge.Nas), che hanno elaborato proposte per l'aggiornamento delle aree portanti dei LEA. La necessaria Intesa con la Conferenza Stato-Regioni è stata raggiunta in data 7 settembre 2016. In Parlamento, l'iter del provvedimento si è concluso con il parere delle competenti Commissioni parlamentari di Camera e Senato, che, nel dicembre 2016, a conclusione dell'esame dello schema di decreto (A.G. 358), hanno espresso, rispettivamente, parere favorevole con condizione e osservazioni e parere favorevole con condizioni. Il provvedimento è integralmente sostitutivo

¹⁵ Camera dei deputati – Servizio Studi in <https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105044.pdf>

del D.P.C.M. 29 novembre 2001 e di numerosi altri provvedimenti attualmente in vigore. Ne deriva che, mentre il decreto del 2001 aveva un carattere sostanzialmente ricognitivo e si limitava, per la maggior parte dei sottolivelli, ad una descrizione generica, rinviando agli atti normativi vigenti alla data della sua emanazione, l'attuale provvedimento si propone come la fonte primaria per la definizione delle "attività, dei servizi e delle prestazioni" garantiti ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del SSN.

Si rammenta che il procedimento per l'aggiornamento dei LEA è stato fissato dalla Legge di stabilità 2016 (art. 1, commi 554 e 559, della legge 208/2015). La procedura seguita per l'emanazione del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 è quella fissata dal comma 554, ovvero: decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari. La seconda procedura, posta dal comma 559, riguarda le ipotesi di aggiornamento dei livelli essenziali che non determinano ulteriori oneri a carico della finanza pubblica e che modificano esclusivamente gli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero individuano misure intese ad incrementare l'appropriatezza dell'erogazione delle medesime prestazioni. In questa seconda procedura, il provvedimento finale è costituito da un decreto del Ministro della Salute (anziché da un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) e la Conferenza Stato-Regioni esprime un parere sullo schema di decreto (mentre la prima procedura richiede un'intesa nella suddetta sede della Conferenza); anche questa seconda procedura contempla il parere delle Commissioni parlamentari competenti¹⁶.

¹⁶ Passando ad esaminare i profili di novità si osserva quanto segue.

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Rispetto al D.P.C.M. del 2001, si rilevano una diversa aggregazione delle attività, una maggiore specificazione dei programmi e una maggiore attenzione alla sorveglianza e alla prevenzione primaria delle malattie croniche. Inoltre, si prevede che siano poste a carico del SSN le vaccinazioni indicate dal Piano nazionale della prevenzione vaccinale 2012-2014, quelle previste dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, nonché ulteriori vaccinazioni. Più in particolare, l'art. 4 dell'Intesa del 7 settembre 2016

sullo schema di D.P.C.M. di aggiornamento dei Lea impegna le regioni e le province autonome a garantire il raggiungimento delle coperture per le nuove vaccinazioni introdotte dall'allegato 1 del provvedimento, con la gradualità indicata dall'allegato B dell'Intesa stessa. Infatti, il Piano nazionale delle vaccinazioni (PNPV) 2017-2019 prevede che le nuove vaccinazioni vengano offerte gratuitamente alla popolazione per fascia d'età e contiene capitoli dedicati agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio (per patologia, per esposizione professionale, per eventi occasionali): meningococco B e Rotavirus (1° anno di vita); varicella 1° dose (2° anno di vita); varicella 2° dose (5-6 anni); HPV nei maschi 11enni, IPV meningococco tetravalente ACWY135 (adolescenti); Pneumococco e Zoster (anziani).

Assistenza distrettuale

L'articolo 3 individua le 9 aree di attività in cui si articola l'assistenza distrettuale: assistenza sanitaria di base; emergenza sanitaria territoriale; assistenza farmaceutica; assistenza integrativa; assistenza specialistica ambulatoriale; assistenza protesica; assistenza termale; assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale; assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria di base, la continuità assistenziale e l'assistenza ai turisti (articoli 4-6), sono riportate le principali attività, le prestazioni garantite agli assistiti dai medici di medicina generale e dai pediatri convenzionati, nonché le modalità organizzative e la tempistica di erogazione dell'assistenza, riprendendo sostanzialmente i contenuti di quanto oggi previsto dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 e dagli Accordi collettivi nazionali siglati con le categorie interessate. Anche per quanto riguarda l'emergenza sanitaria territoriale (articolo 7), sono proposte le prestazioni già garantite dal Ssn. La farmaceutica viene declinata in maniera puntuale (articoli 8 e 9) introducendo novità normative quali: la farmacia dei servizi, come individuata dai decreti legislativi adottati ai sensi della legge 69/2009, la fornitura dei generici; la distribuzione diretta dei farmaci attraverso i servizi territoriali ed ospedalieri dei servizi sanitari regionali; i medicinali innovativi e quelli off-label.

Assistenza ospedaliera

Per l'assistenza ospedaliera, si ricorda l'intervento di razionalizzazione operato con il Decreto Legge 78/2015 (Decreto Enti Territoriali), il cui articolo 9-quater, commi 8 e 9, ha inteso ridurre il numero dei ricoveri inappropriati di riabilitazione ospedaliera e le giornate inopportune di ricovero. In linea con le misure già adottate, il decreto di aggiornamento dei LEA dedica una particolare attenzione al tema dell'appropriatezza organizzativa e ai criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero, infatti l'allegato 6A del decreto contiene un elenco di Disease related groups (DRG) ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria. Il decreto demanda alle singole Regioni la responsabilità di stabilire una "soglia di ammissibilità".

Si ricorda che, con l'approvazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel 2001 (D.P.C.M. 29 novembre 2001), è stato individuato un elenco di prestazioni ad alto rischio di inappropriata erogazione se erogate in regime di degenza ordinaria delegando alle regioni il compito, sulla base di proprie rilevazioni, di individuare un valore percentuale/soglia di ammissibilità oltre il quale l'erogazione di tali DRG viene considerata inappropriata. Il Patto per la salute 2010-2012, approvato il 3 dicembre 2009 dalla Conferenza Stato-Regioni, ha esteso l'elenco delle prestazioni ritenute ad alto rischio di non appropriatezza individuando: un elenco di 24 prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery, trasferibili in regime ambulatoriale; un elenco di 108 DRG ad alto rischio di non appropriatezza erogabili in regime di degenza ordinaria.

In particolare il decreto prevede che: le regioni e le province autonome adottino adeguate misure per incentivare l'esecuzione in ricovero diurno delle classi di ricovero elencate nell'allegato 6A (DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria) in una percentuale, sul totale dei ricoveri, che sarebbe dovuta essere fissata per ciascuna classe, entro il 31 marzo 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale; le regioni e le province autonome avrebbero dovuto adottare entro il 15 marzo 2017 adeguate misure per incentivare il trasferimento dal regime di day surgery al regime ambulatoriale degli interventi chirurgici elencati nell'allegato 6B (Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in ambiente ambulatoriale) in una percentuale, sul totale dei ricoveri di day surgery, che avrebbe dovuto essere fissata per ciascuna classe, entro il 28 febbraio 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono prevedere l'erogabilità di ulteriori interventi chirurgici, precedentemente erogati in day surgery, nelle strutture ambulatoriali a ciò specificamente accreditate e tenute alla compilazione di idonea documentazione clinica, dandone tempestiva comunicazione alla suddetta Commissione nazionale ai fini dell'eventuale aggiornamento del Nomenclatore della specialistica ambulatoriale, e al Ministero della Salute ai fini della fissazione della corrispondente tariffa; le regioni e le province autonome avrebbero dovuto adottare entro il 15 marzo 2017 adeguate misure per incentivare il trasferimento delle prestazioni dal regime di day hospital al regime ambulatoriale, in una percentuale sul totale dei ricoveri di day hospital, che sarebbe dovuta essere fissata per ciascuna classe di ricovero, entro il 28 febbraio 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale.

Si ricorda, in ultimo, che i nuovi LEA assicurano l'analgesia epidurale nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni sul documento "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Assistenza integrativa

Per quanto riguarda l'assistenza integrativa, si segnala la traslazione in questa area dei dispositivi medici monouso (come sacche per stomie, cateteri, ausili per incontinenza e medicazioni), precedentemente contabilizzati nell'assistenza protesica.

Gli elenchi degli Ausili monouso sono contenuti nell'Allegato 2, mentre l'Allegato 11 ne reca le modalità di erogazione. Si segnala che, nel settore dei dispositivi medici monouso sono stati introdotti alcuni prodotti innovativi, quali le medicazioni avanzate per le lesioni da decubito e nuove tipologie di dispositivi monouso quali: cannule, cateteri, ausili assorbenti per incontinenza e sacche per stomia. L'articolo 13 prevede – nell'ambito dell'assistenza integrativa – la fornitura di ausili per le persone diabetiche ed introduce l'erogazione di presidi per le persone affette da malattie rare (le tipologie di ausili sono, per la prima volta, elencate e codificate nell'Allegato 3). Viene poi confermata (art. 14) la fornitura di prodotti dietetici alle persone affette da malattie metaboliche congenite e da fibrosi cistica, e l'erogazione di alimenti senza glutine alle persone affette da celiachia, nonché la fornitura di latte artificiale per i nati da madri con infezione HIV/AIDS. Il provvedimento infine prevede che le Regioni provvedano alla fornitura gratuita di prodotti apoteici ai soggetti affetti da nefropatia cronica, come già alcune Regioni attualmente garantiscono ai propri assistiti attingendo a risorse regionali.

Assistenza protesica

Per quanto riguarda l'assistenza protesica, si segnala l'introduzione di alcune prestazioni innovative, soprattutto nel settore delle tecnologie informatiche e di comunicazione, a favore dei disabili con gravissime limitazioni funzionali (cosiddetti ausili ICT- Information Communication Technologies), nonché l'introduzione degli apparecchi acustici a tecnologia digitale per la prescrizione dei quali, tuttavia, è stato indicato un preciso intervallo di perdita uditiva. Il Nuovo Nomenclatore (Allegato 5 - Ausili su misura) contiene gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi erogabili dal Ssn, riportando per ciascuna prestazione o tipologia di dispositivo il codice identificativo, la definizione, la descrizione delle principali caratteristiche e le condizioni di erogabilità. Sostanzialmente il Decreto di Aggiornamento dei LEA aggiorna la disciplina di erogazione dell'assistenza protesica, oggi contenuta nel D.M. 27 agosto 1999, n. 332, nei termini seguenti: • ridefinisce l'elenco delle protesi e ortesi "su misura" (elenco 1) e l'elenco degli ausili "di serie" (elenco 2A e 2B), aggiornando la nomenclatura in relazione alle innovazioni cliniche e tecnologiche intervenute negli anni, e rendendo "di serie" alcuni ausili sino ad oggi erogati "su misura" (carrozze, protesi acustiche etc.). Nei nuovi elenchi sono tra l'altro inclusi molti dispositivi di tecnologia avanzata per gravissime disabilità e protesi acustiche digitali, mentre sono esclusi dispositivi ortopedici su misura per lievi deformità del piede (quali i plantari). • identifica i beneficiari dell'assistenza (art. 18), includendovi i soggetti che, pur in attesa di accertamento dell'invalidità, abbiano urgente bisogno dell'ausilio, i soggetti affetti da malattie rare ed i soggetti in assistenza domiciliare integrata con disabilità temporanea; • rinvia la definizione delle modalità di erogazione ad un'apposita Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni (art. 19); • ridefinisce i principi generali per l'individuazione degli erogatori di protesi prevedendo l'istituto dell'accreditamento sulla base dell'accertamento di alcuni requisiti, e conferma la modalità di remunerazione in base a tariffe predeterminate per gli ausili su misura; • in attesa dell'istituzione del Repertorio dei presidi ortesici e protesici erogabili a carico del Ssn, previsto dall'art.1, co. 292, della legge finanziaria per il 2006 (legge n. 266/2005), conferma la vigente disciplina di fornitura degli ausili tramite procedure di gara e rinvia alla disciplina regionale numerosi aspetti oggi disciplinati dal D.M. n. 332/1999.

Assistenza specialistica ambulatoriale

Sono state introdotte nuove prestazioni prima erogabili solo in regime di ospedalizzazione, tra le quali l'adroterapia, la procreazione medicalmente assistita, la terapia fotodinamica laser con verteporfina nonché analisi di laboratorio per la diagnosi e il monitoraggio di malattie rare. Inoltre, per le prestazioni di genetica viene introdotta la consulenza per coloro che si sottopongono ad un'indagine genetica utile a confermare o ad escludere un sospetto diagnostico. Nella stesura del Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale (Allegato 4) è stata dedicata particolare attenzione all'appropriatezza clinica: diventa infatti obbligatorio per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico (art. 15, comma 1). Inoltre, sono state introdotte condizioni di erogabilità e indicazioni alla prescrizione appropriata per prestazioni ad alto costo o a rischio di uso inappropriato con l'introduzione di prestazioni "reflex", vale a dire prestazioni composte da 2 accertamenti diagnostici o clinici dei quali il secondo viene eseguito solo se l'esito del primo lo richiede. Pertanto, per numerose prestazioni - soprattutto nel settore della diagnostica per immagini e nel laboratorio, sono state individuate "indicazioni di appropriatezza prescrittiva" utili ad orientare l'attività prescrittiva dei medici verso un utilizzo appropriato delle stesse (art.16, comma 2); per un numero più ridotto di prestazioni sono state individuate "condizioni di erogabilità", di carattere vincolante ai fini dell'inclusione nei LEA (art.16, comma 1). Le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva associate alle prestazioni incluse nel Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (Allegato 4) assorbono quelle già previste dal decreto ministeriale 9 dicembre 2015 (complessivamente 103), attuativo del disposto normativo di cui all'articolo 9-quater del Decreto Legge 78/2015 (Decreto Enti territoriali), contestualmente abrogato dal decreto di aggiornamento dei LEA. L'elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva è contenuto nell'allegato 4D. I nuovi LEA inoltre confermano le condizioni e i limiti di erogabilità delle prestazioni di densitometria ossea e di chirurgia refrattiva, attualmente previste dal D.P.C.M. 5 marzo 2007, e riportate negli allegati 4A e 4B (art.16). Per le prestazioni di odontoiatria il provvedimento attua quanto già previsto dall'articolo 9 del D.Lgs. 502/1992 (Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale), individuando per ciascuna prestazione i possibili beneficiari secondo i criteri esplicitati nell'allegato 4C.

In ultimo si ricorda, che come per le prestazioni di assistenza protesica, l'erogazione delle nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale rimane ancora problematica in quanto i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e protesica, allegati al D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recano le prestazioni senza le corrispondenti tariffe; le nuove prestazioni rimangono pertanto non fruibili fino a quando non sarà adottato il decreto (del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle

Finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni) di fissazione delle tariffe massime delle prestazioni, il cui termine ultimo per l'emanazione è stato fissato al 28 febbraio 2018 dalla Legge di bilancio 2018 (art. 1, comma 420, della legge 205/2017).

Assistenza sociosanitaria

Il Capo IV (articoli 21-35) dispone in merito alle norme riguardanti l'assistenza sociosanitaria. Il provvedimento individua e descrive le diverse tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale, ai quali corrispondono diversi percorsi assistenziali, confermando sostanzialmente quanto già previsto precedentemente, se non per l'introduzione delle cure palliative domiciliari, del servizio di neuropsichiatria infantile, non menzionati dal D.P.C.M. del 2001, e l'estensione dell'area delle dipendenze a tutte le dipendenze patologiche e i comportamenti di abuso (fra queste anche la ludopatia, come fra l'altro stabilito dall'art. 5 del Decreto Legge 158/2012).

Accertamenti diagnostici neonatali

La legge n. 167 del 2016 ha inteso garantire la prevenzione delle malattie metaboliche ereditarie attraverso l'inserimento nei LEA di screening neonatali obbligatori, da effettuare su tutti i nati a seguito di parti effettuati in strutture ospedaliere o a domicilio, per consentire diagnosi precoci e un tempestivo trattamento delle patologie. Il Decreto 13 ottobre 2016 Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie ha poi definito nelle Tabelle allegate decreto le malattie metaboliche ereditarie da sottoporre a screening neonatale esteso. Con l'introduzione dei nuovi LEA, lo screening neonatale esteso è divenuto obbligatorio in ogni regione per 47 patologie rare.

Speciali categorie di assistiti

Il Capo VI (artt. 50-63) elenca le specifiche tutele garantite dal SSN ad alcune categorie di cittadini secondo quanto previsto dalla normativa vigente. In particolare, per quanto riguarda gli invalidi (articolo 51), viene confermata l'erogazione delle prestazioni garantite prima dell'entrata in vigore della legge n. 833 del 1978, nonché l'erogazione gratuita dei farmaci di classe C) agli invalidi di guerra ed alle vittime del terrorismo, già prevista dalla normativa in vigore. Per quanto concerne le malattie rare (articolo 52), si evidenzia che l'elenco delle malattie rare viene integrato nei termini previsti all'Allegato 7 che introduce oltre 110 nuove malattie o gruppi. Sono inserite nell'elenco, tra le altre, la sarcoidiosi, la sclerosi sistemica progressiva, la miastenia grave. Con riferimento alle persone affette da malattie croniche (articolo 53), è prevista l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni individuate dal decreto ministeriale n. 329 del 1999. L'elenco delle malattie croniche, allegato a quest'ultimo, viene integralmente sostituito da un nuovo elenco (allegato 8) che vede l'inserimento di sei nuove patologie: broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO (limitatamente agli stadi «moderato», «medio-grave» e «grave»), rene policistico autosomico dominante, osteomielite cronica, l'endometriosi (limitatamente agli stadi III e IV) malattie renali croniche, sindrome da talidomide. Sono incluse, inoltre, alcune patologie attualmente tutelate come malattie rare (come la celiachia). Relativamente alle persone affette da fibrosi cistica (articolo 54), si confermano le previsioni recate dalla legge n. 548 del 1993. Per i nefropatici cronici in trattamento dialitico (articolo 55), si conferma il rimborso delle spese di trasporto al centro dialitico, nei limiti e con le modalità fissate dalle regioni. Per le persone affette da Morbo di Hansen (articolo 56), si confermano le previsioni della legge n. 126 del 1980, mentre per le persone con infezioni da HIV/AIDS (articolo 57) si confermano le previsioni della legge n. 135 del 1990 e del Progetto obiettivo AIDS dell'8 marzo 2000. Con riferimento alle persone detenute e internate in istituti penitenziari e minori sottoposti a provvedimento penale (articolo 58), si richiama il contenuto del D.P.C.M. 10 aprile 2008. Per quanto riguarda la tutela della gravidanza e della maternità (articolo 59), si dispone l'esclusione dalla partecipazione al costo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali indicate dagli allegati 10A e 10B, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, compresi i consultori familiari. Vengono inoltre escluse dalla partecipazione al costo le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita e l'assistenza in puerperio. In caso di minaccia di aborto, sono escluse dalla partecipazione al costo anche tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio e l'evoluzione della gravidanza. Nelle specifiche condizioni di rischio fetale, indicate dall'allegato 10C, sono escluse dalla partecipazione al costo anche le prestazioni specialistiche ambulatoriali prescritte dallo specialista, quando ritenute necessarie ed appropriate. Si segnala fra l'altro che viene erogato in esenzione, indipendentemente dall'età, lo screening con bitest e translucenza nucale, mentre esami invasivi quali amnio e villocentesi vengono erogati solo in presenza di un risultato sospetto dello screening o di altri fattori di rischio personali, come precedenti gravidanze con anomalie cromosomiche o familiarità per malattie genetiche. Con riferimento ai disturbi dello spettro autistico (articolo 60), si conferma il contenuto della legge n. 134 del 2015, rinviando specificamente all'articolo 4 della stessa legge, che dispone, entro centoventi giorni dall'adozione dello schema in esame, l'aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico, di cui all'Accordo in sede di Conferenza unificata del 22 novembre 2012. Le linee di indirizzo, adottate con decreto del Ministro della Salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata, dovranno essere aggiornate con cadenza triennale. In relazione all'assistenza sanitaria all'estero (articolo 61), per gli assistiti del Servizio sanitario nazionale in temporaneo soggiorno negli Stati UE, nell'area EFTA (Svizzera, Norvegia, Islanda, Liechtenstein) nonché negli Stati con i quali sono in vigore accordi bilaterali in materia di sicurezza sociale si richiamano le previsioni dei Regolamenti CE n. 883/2004 e n. 987/2009 UE, le previsioni in materia di assistenza transfrontaliera della direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio e del Decreto Legislativo n. 38 del 2014, di attuazione della direttiva stessa, e il disposto della legge n. 595 del 1985 in materia di cure di altissima specializzazione all'estero. Per i cittadini di Stati non appartenenti all'UE

iscritti al SSN (articolo 62) si richiama la previsione dell'articolo 34 del Testo unico sull'immigrazione e i diritti dello straniero in Italia, di cui al Decreto Legislativo n. 286 del 1998 mentre per i cittadini stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale non in regola con il permesso di soggiorno (articolo 63) si richiama la previsione di cui all'articolo 35 del predetto Testo unico.

Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale

La Legge di stabilità 2016 (art.1, comma 556, della legge 208/2015) ha previsto l'istituzione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale. Costituita con decreto ministeriale 16 giugno 2016, parzialmente modificata con decreto ministeriale 17 ottobre 2016 e 10 febbraio 2017, la Commissione si è insediata l'11 ottobre 2016 presso il Ministero della Salute con il compito di provvedere all'aggiornamento continuo del contenuto dei LEA, proponendo l'esclusione di prestazioni, servizi o attività divenuti obsoleti e, analogamente, suggerendo l'inclusione di trattamenti che, nel tempo, si sono dimostrati innovativi o efficaci per la cura dei pazienti. La Commissione è presieduta dal Ministro della Salute ed è composta dal Direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e da quindici esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della Salute, uno dall'ISS, uno dall'AGENAS, uno dall'AIFA, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e sette dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. La Commissione dura in carica tre anni a decorrere dalla data di insediamento e svolge le attività previste dall'articolo 1, commi 557 e 558, della stabilità 2016. I compiti della Commissione sono stati definiti nell'immediato dall'articolo 2 dell'Intesa Stato-Regioni di approvazione dello schema di aggiornamento dei LEA. In particolare, l'intesa impegna la Commissione a formulare entro il 28 febbraio 2017 la proposta di aggiornamento dei LEA per il 2017, con la conseguente adozione, entro il 15 marzo 2017, del provvedimento di revisione. L'Intesa, inoltre, individua i compiti, fra quelli stabiliti dal comma 557 della stabilità 2016, ai quali la Commissione deve dedicare impegno particolare e prioritario. Fra i compiti citati nell'Intesa si ricordano: revisione dei DRG ad elevato rischio di inappropriately in regime di ricovero ordinario o diurno, ovvero individuazione di soglie nazionali o di strumenti alternativi per favorire l'appropriatezza dei ricoveri per acuti e di riabilitazione ed il migliore uso delle risorse; aggiornamento delle condizioni di erogabilità dell'adoterapia nonché definizione di PDTA nazionali per le più diffuse malattie croniche. Infine, nel documento che accompagna l'Intesa, viene specificato che la Commissione Nazionale dovrà effettuare il delisting delle prestazioni obsolete con lo scopo di assicurare la compatibilità tra le risorse necessarie e le prestazioni da erogare in maniera omogenea sul territorio nazionale.

Entrata in vigore nuovi LEA

L'entrata in vigore dei nuovi LEA sarà progressiva e sarà legata ad una verifica, da parte delle Regioni, della loro sostenibilità economica, inoltre il decreto del 12 gennaio 2017 ha previsto un aggiornamento annuale, entro il 28 febbraio dell'anno di riferimento a cura della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale. Il primo aggiornamento avrebbe dovuto aver luogo entro il 28 febbraio 2017, mentre entro il 15 marzo 2017 doveva essere adottato il relativo provvedimento di aggiornamento, con le modalità definite dalla stabilità 2016.

Nel documento che accompagna l'Intesa Stato-Regioni del 7 settembre 2016, la Conferenza delle regioni ha considerato realistica una graduale entrata in vigore dell'erogazione delle prestazioni di nuova introduzione, come ad esempio l'adoterapia, da sottoporre, a giudizio della Conferenza, a una verifica preventiva. In data 25 gennaio 2017, la Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha puntualizzato (Scadenze - Intesa D.P.C.M. LEA) che la Commissione per l'aggiornamento dei LEA ha già iniziato a lavorare e sono stati costituiti tre gruppi di lavoro, rispettivamente su: Adoterapia; Modifica dei 108 DRG potenzialmente inappropriati; Delisting delle prestazioni.

Questi i termini e le scadenze poste dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017: l'entrata in vigore del nuovo elenco delle malattie rare esenti è procrastinata di sei mesi rispetto all'entrata in vigore del D.P.C.M. di aggiornamento, per consentire alle regioni di individuare i Presidi della Rete delle malattie rare specificamente competenti nella diagnosi e nel trattamento delle nuove malattie rare e di riorganizzare la Rete. Al proposito, si segnala che dal 15 settembre 2017 sono effettivamente vigenti le nuove esenzioni per malattia rara, ma le prestazioni erogabili sono quelle del vecchio Nomenclatore (sul punto l'interrogazione a risposta immediata in Commissione XII della Camera 5/12521); l'entrata in vigore delle disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e di alcune disposizioni in materia di assistenza protesica (e dei relativi nuovi Nomenclatori) è subordinata alla preventiva entrata in vigore dei provvedimenti che dovranno fissare le tariffe massime per le corrispondenti prestazioni. La Legge di bilancio 2018 ha fissato al 28 febbraio 2018 il termine ultimo per l'emanazione dei decreti; i pazienti affetti da malattie croniche dovranno attendere per l'erogazione di prestazioni di specialistica esenti. Infatti, il nuovo elenco delle malattie croniche (allegato 8) prevede che vengano erogate in esenzione numerose prestazioni specialistiche incluse nel Nuovo Nomenclatore, ma le stesse non saranno immediatamente erogabili per quanto detto precedentemente, per cui è stato predisposto un elenco transitorio (allegato 8-bis), che individua, per le nuove patologie incluse nell'allegato 8 del decreto, solo le prestazioni specialistiche già presenti nel Nomenclatore vigente delle prestazioni ambulatoriali. L'elenco provvisorio (allegato 8-bis) cesserà di operare all'entrata in vigore del Nuovo Nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; le linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle aree sanitarie e dei servizi sociali compresenti nell'erogazione degli interventi e servizi propri dell'assistenza socio-sanitaria dovranno essere definite con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata. Lo stesso Accordo, anche con l'apporto delle autonomie locali, dovrà definire le modalità di utilizzo delle risorse dedicate all'integrazione socio-sanitaria, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze.

Finanziamento di specifici obiettivi per il miglioramento dell'erogazione dei LEA

3. La spesa sanitaria e la responsabilità erariale

Cambiando angolo prospettico, in questa sede non può ignorarsi il ruolo delle Procure nella lotta contro l'illegittimo e dannoso impiego di risorse destinate al finanziamento del SSR.

Sul piano della responsabilità amministrativa è possibile scorgere ipotesi di danno con diretta lesione alla spesa sanitaria e non v'è dubbio che il comportamento dei singoli soggetti in ambito sanitario possa incidere sulla corretta gestione del SSR, sino ad incidere sulla "virtuosità" della *governance* regionale.

Senza presunzione di esaustività – il panorama delle fattispecie dannose è notevole in tale ambito - si segnalano solo talune sentenze pronunciate nel corso del 2019 che sono espressione di *mala gestio* ovvero che introducono principi e che si traducono in un ulteriore arricchimento dell'interpretazione della disciplina in tema di corretta gestione della spesa sanitaria.

Con la sentenza n. 29176/2019 la Sezione Giurisdizionale per la Lombardia ha accertato il danno – a carico del direttore amministrativo - per mancata riscossione da parte della Azienda ospedaliera di Varese (oggi ASST dei Sette Laghi) dei ticket dovuti dai pazienti fruitori di prestazioni di Pronto Soccorso in c.d. codice bianco (patologie ordinarie) quale compartecipazione alla spesa

Il c.d. Decreto fiscale (art. 25-sexies del Decreto Legge 119/2018) ha esteso al 2018 un accantonamento di 32,5 milioni di euro (a valere sul Fondo sanitario nazionale) a favore di strutture, anche private accreditate (da individuare con decreto del Ministero della Salute) che svolgano particolari attività di ricerca, assistenza e cura nel campo dei trapianti, neoplasie e neuroriabilitazione. Le risorse, già previste per il 2017 dall'art. 18 del Decreto Legge 148/2017, devono essere impiegate per le seguenti finalità: - 9 milioni a soggetti di rilievo nazionale ed internazionale, per riconosciute specificità e innovatività nell'erogazione di prestazioni pediatriche, con specifica prevalenza di trapianti di tipo allogenico; - 12,5 milioni a soggetti che erogano, come centri di riferimento nazionale per l'adroterapia, trattamenti con irradiazione di ioni carbonio per specifiche neoplasie maligne; - 11 milioni a soggetti riconosciuti di rilievo nazionale per il settore delle neuroscienze, che erogano programmi di alta specialità neuro-riabilitativa, di assistenza ad elevato grado di personalizzazione delle prestazioni e di attività di ricerca scientifica traslazionale per i deficit di carattere cognitivo e neurologico.

Il DM 5339/2018, adottato in attuazione dell'art. 18 del DL. 148/2017, ha individuato le seguenti strutture come destinatarie pro-quota dell'importo complessivo di 32,5 milioni di euro a valere sul Fondo sanitario nazionale: - l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù con sede a Roma per 9 milioni. L'OPBG è un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) che svolge trapianti allogenici a carattere anche internazionale, con una quota trapianti sul territorio nazionale del 53,3%; - il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) [1] con sede a Pavia, per 12,5 milioni. La Fondazione CNAO è un centro di ricerca e trattamento dei casi tumorali non pediatrici che rientrano nei protocolli clinici autorizzati dal Ministero della Salute. L'adroterapia è una forma non invasiva di radioterapia per la lotta contro i tumori non aggredibili chirurgicamente perché localizzati in sedi anatomiche complicate da organi vitali, che utilizza particelle pesanti o adroni (protoni o ioni di carbonio). - la Fondazione Santa Lucia con sede a Roma, per 11 milioni.

sanitaria per evitare i c.d. “abusi” delle prestazioni di P.S.;

Ha osservato il Collegio meneghino che l’incondizionato obbligo di previo incasso è stabilito, in modo chiarissimo, dalla deliberazione della Giunta regionale 10 dicembre 2002, n. 11534, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito *web* della Regione Lombardia-Direzione Generale Sanità e testualmente destinata alla “*notifica del presente atto alle Aziende Sanitarie Locali che provvederanno alla relativa diffusione nel territorio di relativa competenza*”, con obbligo per le “*Aziende Sanitarie Locali di attivare idonei strumenti di informazione nei confronti dei cittadini sul contenuto del presente provvedimento*”. La stessa, necessariamente nota al Direttore generale, al Direttore amministrativo ed al Direttore sanitario, era stata inviata via mail o con altri mezzi, a tutti i Primari, quali il dr. Perlasca responsabile del P.S., sebbene non fosse stata recepita in delibera aziendale (circostanza irrilevante in punto di vincolatività della DGR suddetta, diffusamente nota ai vertici delle varie articolazioni dell’Ospedale).

La delibera era nata non solo per esigenze di contenimento della spesa sanitaria (la Legge n.405/01, all'art. 5, ha introdotto il tetto di spesa per l’assistenza sanitaria territoriale), ma anche per evitare sovraccarichi in Pronto Soccorso (P.S. di seguito) per l'erogazione di prestazioni che dovrebbero essere effettuate in un altro regime assistenziale, come quello ambulatoriale, prassi diffusa che comportava (e in parte comporta a tutt’oggi) che le strutture di P.S. utilizzassero (e utilizzano ancora) risorse umane e strumentali per un compito che non è quello "istituzionale": infatti le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero sono spesso causate dalla volontà di superare le liste di attesa e di evadere la compartecipazione alla spesa, dovuta in regime ambulatoriale. Pertanto, le prestazioni erogate in maniera inappropriata nelle strutture deputate all'urgenza-emergenza sono considerate come una tipologia di attività non facente parte dei livelli essenziali di assistenza, così come stabiliti dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001. Quindi, al fine di disincentivare un utilizzo inappropriato

delle strutture di pronto soccorso, è stato da tale delibera regionale 11534 del 2012 stabilito un rimborso forfetario per l'erogazione nelle strutture di urgenza-emergenza di tali prestazioni aggiuntive. La quota a carico dei cittadini in codice bianco è stata stabilita in 35 Euro nel caso dell'effettuazione della sola visita specialistica, anche se eseguita da più specialisti o, in alternativa, di 50 Euro nel caso di effettuazione anche di altre prestazioni diagnostiche o terapeutiche correlate alla visita stessa.

Tale determinazione del 2012 aveva permesso di non ledere in nessun modo le prestazioni garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza, nonché il diritto di accesso del cittadino alle strutture sanitarie, in quanto si è limitata a ricondurre l'erogazione delle prestazioni al corretto regime assistenziale, permettendo, inoltre, alle strutture deputate all'attività di urgenza-emergenza di svolgere al meglio il loro compito.

L'allegato B a tale delibera 11534 del 2002, testualmente recitava: *“Ogni struttura erogatrice che svolge prestazioni in urgenza-emergenza deve informare adeguatamente il personale che opera nella medesima, sulla corretta applicazione di quanto previsto; inoltre deve provvedere alla comunicazione ed informazione dei cittadini, che devono essere adeguatamente informati sulla possibilità di dover corrispondere quanto previsto nel presente documento. Il pagamento della quota dovrà essere effettuata prima del rilascio della documentazione sanitaria relativa alle prestazioni rese, attivandosi, nel caso di impossibilità, alla riscossione di quanto dovuto”*.

Si richiama *la sentenza n. 138/2019*, con cui la Sezione Giurisdizionale per l'Emilia Romagna ha accertato il danno – di particolare consistenza, euro 8.327.917,77 - da indebita percezione di rimborsi erogati dal servizio sanitario regionale, da parte di una struttura privata accreditata di Rimini e dei suoi vertici amministrativi e sanitari, per il periodo 2007-2010 (per gli anni 2011 e 2012, l'illiceità delle condotte era già stata accertata in altro giudizio, con sentenza di questa Sezione n. 22/2018, confermata anche in seconde cure).

Il Nucleo di Polizia Tributaria della Guardia di Finanza di Rimini aveva segnalato alla Procura regionale che la struttura privata accreditata, nel periodo dal 2007 al 2012, si sarebbe resa responsabile di gravi illeciti e della commissione di plurime violazioni della disciplina dei ricoveri riabilitativi erogati in regime “intensivo”, disponendo ricoveri ingiustificati.

L’abuso dei ricoveri era stato favorito dalla posizione privilegiata della suddetta, che si trova a pochissimi metri dal mare, con strutture recettive fruibili dai pazienti. La situazione di illegittimità era poi emersa a seguito della denuncia di pazienti residenti nella Regione Emilia Romagna per i quali, in virtù di un accordo tra l’Ausl e la struttura, era stato previsto che il ricovero potesse essere predisposto solo a seguito della prescrizione di un medico specialista fisiatra e non della semplice impegnativa del medico di medicina generale (medico di famiglia). Tali soggetti avevano lamentato la disparità di trattamento rispetto agli assistiti provenienti da altre regioni italiane: per questi ultimi la verifica dei requisiti medici di appropriatezza per il ricovero era infatti subordinata solo ad un accertamento specialistico effettuato da parte dei medici dipendenti, successivo alla prescrizione del medico di medicina generale.

Nello specifico, l’istanza di ricovero consisteva in una mera impegnativa generica redatta dal medico di medicina generale, con la quale veniva richiesto un intervento riabilitativo senza ulteriori specificazioni. Dette impegnative generalmente non prevedevano la durata dei trattamenti, ma si limitavano a consigliare singoli trattamenti fisiatrici, senza quasi mai accennare al ricovero ospedaliero. La struttura, anziché effettuare un accertamento effettivo dei requisiti per il ricovero, disponeva sempre il ricovero ordinario in riabilitazione intensiva, anche quando erano riportate, nel progetto riabilitativo individuale, condizioni cliniche definite “discrete”, “valide”, “buone”, “stabili”, ecc. La decisione di procedere al ricovero veniva peraltro adottata a fronte dell’erogazione di terapie fisiatriche che normalmente avrebbero dovuto essere disposte presso studi ambulatoriali.

La necessità del ricovero non era dimostrata dall'esigenza di provvedere al recupero di disabilità importanti; anche nei pochi casi in cui le condizioni cliniche dei pazienti avrebbero giustificato il ricovero, questo avveniva nella più onerosa e più remunerativa riabilitazione intensiva e non in riabilitazione estensiva, come sarebbe stato più appropriato.

Pertanto, ne deriva che la struttura ospedaliera e i suoi vertici avevano violato i criteri di appropriatezza organizzativa, disponendo superflui ricoveri in una struttura accreditata per la riabilitazione intensiva, in luogo delle meno dispendiose cure ambulatoriali.

La Sezione Prima Giurisdizionale d'Appello, *con la sent. 218 /2019*, a conferma della sent. n.329/2017 della Sezione Giurisdizionale per la Campania, ha accertato il danno da indebiti rimborsi per prestazioni rese da struttura psichiatrica, nel periodo da gennaio a giugno 2013, senza rispettare gli standard richiesti dal decreto regionale.

Con più esposti anonimi il Nucleo Antisofisticazioni dei Carabinieri di Napoli era stato informato che - presso la struttura per malati psichiatrici - nelle ore notturne, i pazienti versavano in totale stato di abbandono.

I militari effettuavano un controllo presso la struttura residenziale psichiatrica rilevando che, alle ore 22,30, risultavano presenti n. 15 pazienti, tutti inviati dalla ASL Napoli 2 Nord, assistiti da una dipendente, munita del titolo di Operatore socio-assistenziale (OSA). Contestualmente, i Carabinieri avevano riscontrato che nella struttura non esisteva alcun sistema di rilevazione del personale addetto all'assistenza dei pazienti (badge elettronico o cartellini marcatempo), né specchi cartacei riferiti ai turni di lavoro.

In conclusione, emergeva che il personale impiegato dalla società per l'assistenza pazienti psichiatrici risultava in numero inferiore rispetto agli standard minimi previsti dal decreto regionale n. 5 del 2011 e che, pertanto, risultavano indebiti i compensi liquidati da gennaio a giugno del 2013 (periodo sottoposto a controllo dal NAS dei Carabinieri).

Il danno è stato quantificato nell'importo corrispondente al totale delle ore di assistenza non prestate dalle figure professionali individuate dal decreto n. 5 del 2011, dal gennaio al febbraio 2013, e che tuttavia sono state comprese nelle rette corrisposte dall'Amministrazione alla struttura sanitaria privata; il calcolo è stato effettuato applicando le specifiche tabelle del costo orario per il personale dipendente delle strutture associative ANFFAS e Cooperative sociali; danno così quantificato in euro 148.939,00, poi decurtato del 50% dal giudice di prime cure, nell'esercizio del potere riduttivo, tenuto conto dell'assenza di accordi contrattuali tra la Regione e le Asl da un lato ed i soggetti pubblici e privati (accreditati e non), erogatori di prestazioni sanitarie a carico del SSN; adempimento ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 necessario per esigenze di corretta programmazione, gestione e controllo della spesa sanitaria e di controllo della qualità delle prestazioni sanitarie.

La sentenza n. 12/19 della Sezione Seconda Giurisdizionale Centrale d'Appello – che ha confermato la sent. n.83/16 della Sezione Giurisdizionale per la Lombardia - appare degna di rilievo per il principio in essa espresso in occasione dell'assoluzione di un medico di medicina generale della ASL di Bergamo, in rapporto di convenzione con il SSN, che era stato ritenuto responsabile di avere, negli anni 2007 e 2008, effettuato prescrizioni per tre tipologie di farmaci in quantità superiori alle soglie di congruità statistica e per una tipologia di farmaco in misura difforme dalle indicazioni contenute nelle relative schede tecniche ed aver perciò causato un danno alla indicata ASL ed alla Regione Lombardia di consistenza pari ad € 27.983,20 (da maggiorare della rivalutazione monetaria e degli interessi legali).

Il Collegio ha evidenziato come numerosi siano i presidi volti ad assicurare la congruità della spesa per la fornitura di farmaci con onere a carico del SSN. Fra questi, uno degli strumenti in grado di fornire rappresentazioni di immediata percepibilità e di facilitare l'instradamento dei sanitari operanti in regime di convenzione verso percorsi virtuosi, è quello del raffronto delle

pratiche di prescrizione con le soglie di riferimento, frutto di elaborazioni statistiche.

Peraltro, la mera constatazione di uno scostamento, ancorché significativo, dal parametro di riferimento, sul piano fenomenico, integra un'anomalia. Ma una simile difformità non è, autonomamente, idonea a generare responsabilità amministrativa in capo al prescrittore. Tanto nelle ipotesi sussumibili nella categoria della «iperprescrizione in senso ampio» (caratterizzate da una elevata percentuale di scostamento rispetto alla media ponderata ASL) che in quelle annoverabili nella categoria della «iperprescrizione in senso stretto» (consistente nel superamento del quantitativo di farmaco o molecola assumibili dall'assistito in un determinato periodo di tempo, secondo la posologia asseverata dalle autorità di settore), infatti, la condotta può assumere connotati illeciti solo ove il disallineamento delle prescrizioni rispetto ai parametri di riferimento risulti corroborato da ulteriori, robusti elementi.

In altri termini, le prescrizioni di farmaci in quantità eccedente rispetto alle pertinenti soglie statistiche o rispetto ai valori ordinari di assunzione può assumere valore solo sintomatico, idoneo ad innescare approfondimenti istruttori, ma insufficiente a sostenere, utilmente, una contestazione di illecito erariale.

E ciò, per un verso, in considerazione del fatto che l'obiettivo dell'economicità che indubbiamente permea la condotta degli operatori del SSN deve trovare un congruo ed equo bilanciamento con il principio della tutela della salute. Sicché laddove sia perseguito un apprezzabile scopo terapeutico, prescrizioni cui sia associato un onere superiore alla soglia attesa, non necessariamente è espressione di una condotta censurabile. Tale bilanciamento, con ogni evidenza, presuppone che si sia proceduto a verificare la sussistenza di un reale intento terapeutico e che, correlativamente, solo ove risulti debitamente documentata l'insussistenza di una simile finalità l'attività prescrittiva anomala potrà concorrere ad integrare una fattispecie di responsabilità amministrativa. Per

altro verso, non può essere ignorato che costituisce imprescindibile requisito di quest'ultima l'elemento soggettivo che deve connotare la condotta avente profili di obiettiva divergenza dal paradigma legale. La ricorrenza dell'elemento soggettivo non può desumersi, in via automatica, dal semplice, ancorché significativo, scostamento delle prescrizioni di farmaci dai parametri di riferimento statistici (per la iperprescrizione in senso lato) o dai prontuari (per la iperprescrizione in senso stretto), ma necessita di autonomi ed ulteriori elementi di riscontro. Detti elementi, nella vicenda in esame, erano totalmente carenti.

Pertanto, deve desumersi che la prova di un reale intento terapeutico, che giustifica deontologicamente il medico a superare i limiti di prescrizione previsti, può legittimamente escludere anche la responsabilità amministrativa del medico stesso che non sia mosso, appunto, da altre finalità se non quelle della cura dei suoi pazienti.

4. La spesa sanitaria pubblica e privata in Italia e nel resto del mondo. Un'analisi dell'OCSE¹⁷

È interessante esaminare la spesa sanitaria anche in ambito internazionale, tenendo conto di un aggregato che contempla insieme la spesa pubblica e privata per meglio comprendere il livello di tutela della salute del singolo e il coinvolgimento dello Stato nel finanziamento. Non v'è dubbio che elementi che influenzano il flusso finanziario in ciascun paese attengono a diverse variabili, quali – tra gli altri - la stessa ricchezza della popolazione pro capite, l'efficienza del servizio pubblico o dell'assicurazione obbligatoria ovvero le abitudini e gli stili di vita della popolazione, nonché la politica sanitaria del paese.

Si riporta, pertanto, una fotografia interessante dello stato della spesa sanitaria in ambito OCSE, pur tenendo conto delle profonde diversità esistenti tra i paesi considerati.

Questo è possibile attingendo ai dati che l'OCSE ha raccolto nella banca pubblicata ufficialmente il 2 luglio 2019, che analizza e confronta le principali

¹⁷ https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=75583

voci che costituiscono la dimensione salute degli stati membri, dalla spesa al personale, dalle prestazioni agli stili di vita con dati riferiti al 2018 (o all'anno più vicino disponibile che comunque non va mai oltre il 2017).

È emerso che la spesa sanitaria italiana si assesta sotto di 564 dollari pro capite rispetto alla media (-493 quella pubblica). Sono invece sopra la media, la spesa privata e quella farmaceutica.

Per la sanità (pubblica e privata) i Paesi Ocse spendono in media 3.992 dollari pro capite (a parità di potere d'acquisto) mentre in Italia ci fermiamo a 3.428 dollari. Anche esaminando la sola spesa pubblica il differenziale resta vicino ai 500 dollari: se la media è di 3.038 dollari pro capite, la spesa del SSN italiano si ferma a 2.545 a testa. Unica eccezione è la quota di spesa Out of pocket che a livello pro capite tocca quota 791 dollari contro una media di 716 e la farmaceutica (pubblica e privata) che segna 601 dollari pro capite a fronte di una media di 553 dollari.

In sostanza, emerge che l'Italia per la salute spende tra pubblico e privato l'8,81% del Pil, esattamente come la media dei Paesi Ocse. Ma se si analizza il pro capite, a parità di potere di acquisto, siamo sui 3.428 dollari, contro i 3.992 della media.

In cima si segnalano gli Stati Uniti con 10.586 dollari, in fondo il Messico con 1.138.

L'Ocse confronta il dato sulla spesa anche rilevando il tasso di crescita annuale pro capite e in questo caso l'Italia si trova in ultimo nella classifica con lo 0,2 prima del Messico (0,1) e dei valori negativi registrati da Francia a crescita zero e Grecia che scende a -0,4.

In particolare, una serie di dati sono stati analizzati e confrontati anche da prospettive diverse.

Per quanto riguarda la spesa dello Stato per la salute o, a seconda dei sistemi di assistenza di assicurazione sanitaria obbligatoria, l'Italia è subito sopra la media Ocse: 74,2% contro 73,8 per cento. Più virtuosa è la Norvegia con

l'85,5%, mentre lo stato peggiore è il Messico con il 51,5 per cento.

Superiori rispetto al nostro paese il Regno Unito a 77,1%, la Francia a 83,4% e la Germania a 84,5 per cento.

Analizzando poi lo stesso dato, ma pro capite e a parità di potere di acquisto, l'Italia inverte la sua posizione e si trova subito sotto la media Ocse con 2.545 dollari contro 3.038, mentre sempre i maggiori partner Ue sono rispettivamente il Regno Unito a 3.158 dollari pro capite, la Francia a 4.141 e la Germania a 5.056.

In cima ci sono gli Stati Uniti che superano la Norvegia con 8.949 dollari pro capite contro i 5.289 del paese del Nord Europa, mentre in coda resta il Messico con 586 dollari pro capite.

Il tasso di crescita annuo delle spese governative/assicurazione obbligatoria è di 2,7 come media Ocse, con l'Italia ferma a 0,7 e in testa alla classifica la Corea con 10,7, mentre in coda c'è ancora una volta la Grecia con -1,3.

Altro studio ha riguardato la spesa diretta dei cittadini (out of pocket), ove l'Italia registra una percentuale relativamente al di sotto della media Ocse, con il 23,08% contro il 29,22%, anche se in questa classifica i maggiori partner Ue sono tutti al di sotto, con il Regno Unito a 15,96%, la Germania a 12,33% e la Francia addirittura ultima in classifica con il 9,38 per cento.

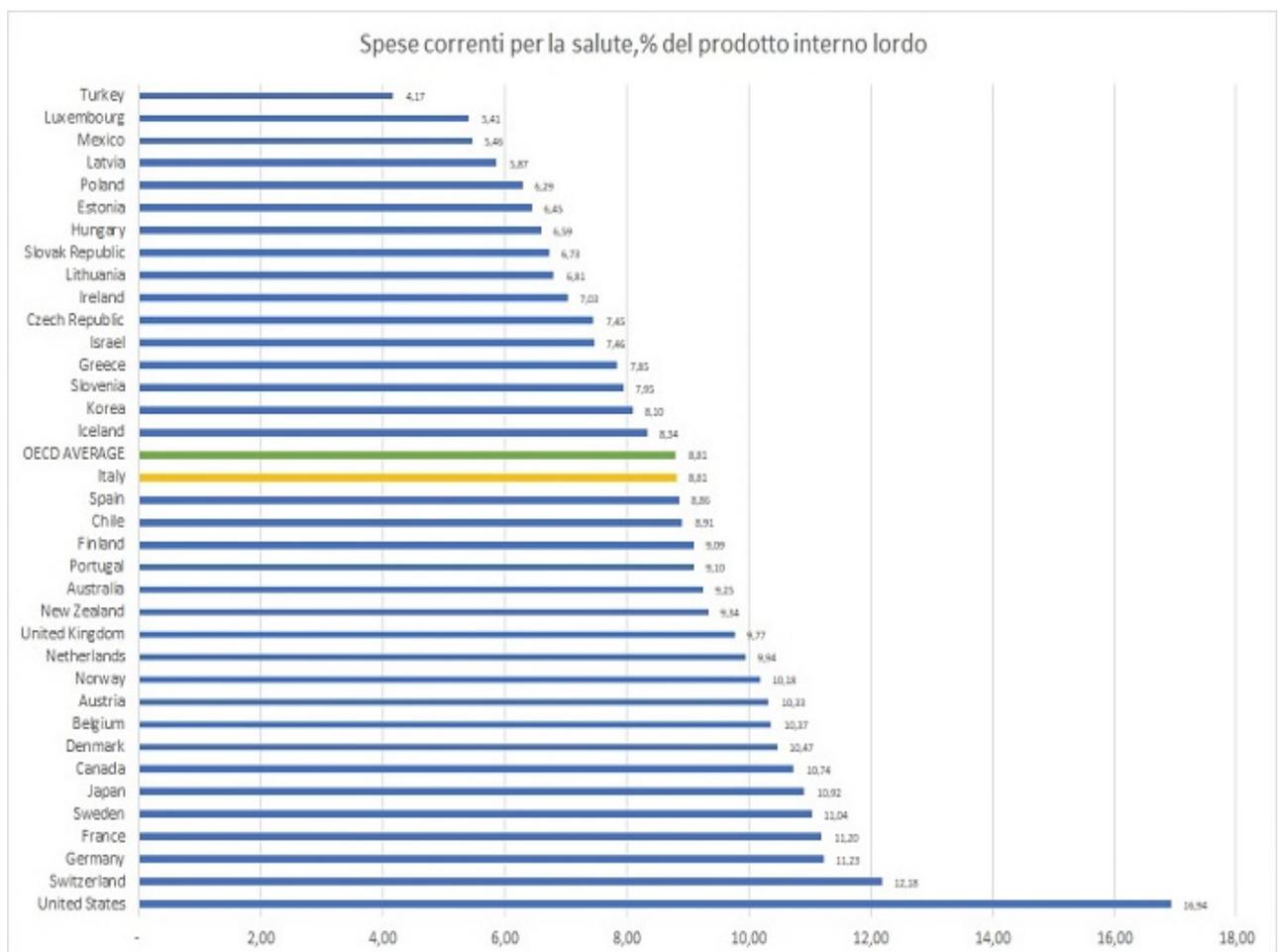
L'analisi cambia analizzando lo stesso dato come spesa pro capite a parità di potere di acquisto: l'Italia con 791 dollari supera la media Ocse ferma a 716 e sopra la media Ocse degli altri maggiori partner c'è anche la Germania con 738 dollari, mentre Regno Unito (629) e Francia (463) restano al di sotto, anche se questa volta ultima della classifica è la Turchia con 206 dollari e prima la Svizzera con 2.069.

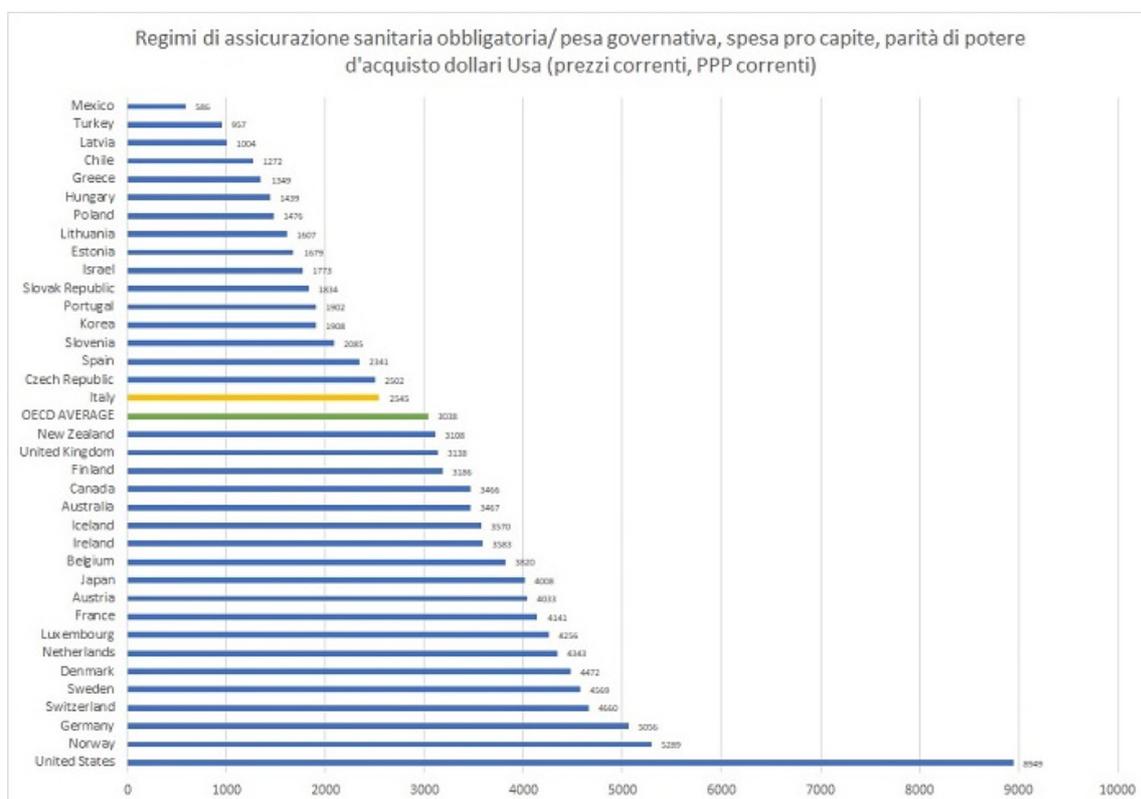
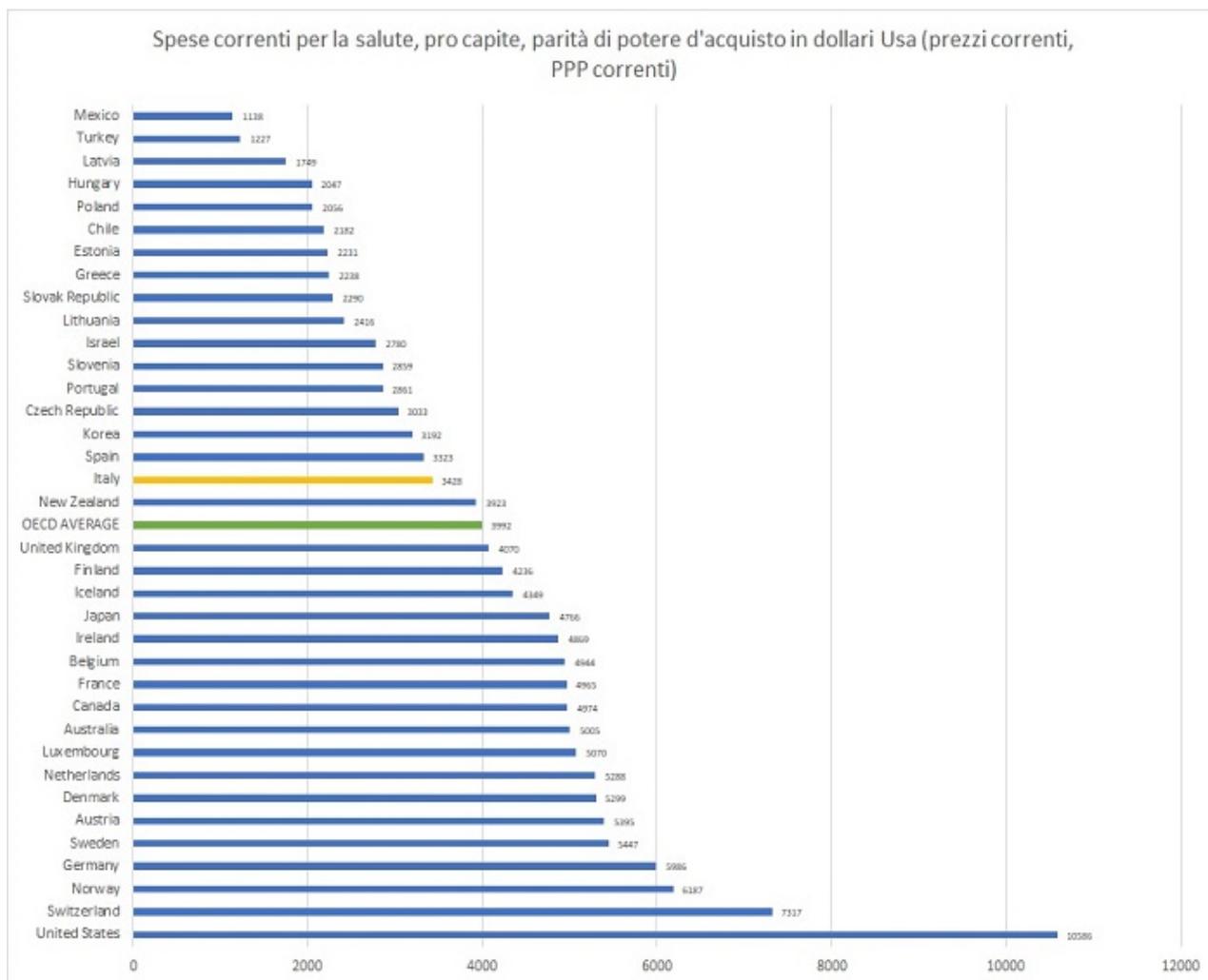
Infine, l'Ocse valuta la spesa per i prodotti farmaceutici. La spesa corrente in percentuale (medicinali prescritti e da banco) assieme a quelle che l'Ocse definisce "altre spese mediche non durevoli" (che secondo le definizioni Istat sono i prodotti per la cura della persona), è del 17,5% in Italia e del 16,1% nella media Ocse, con

tutti i maggiori partner Ue che registrano un'incidenza minore (Germania 14,1%; Francia 13,2%; Regno Unito 11,9%) e con l'Ungheria al top (27,9%) e la Danimarca fanalino di coda (6,3%).

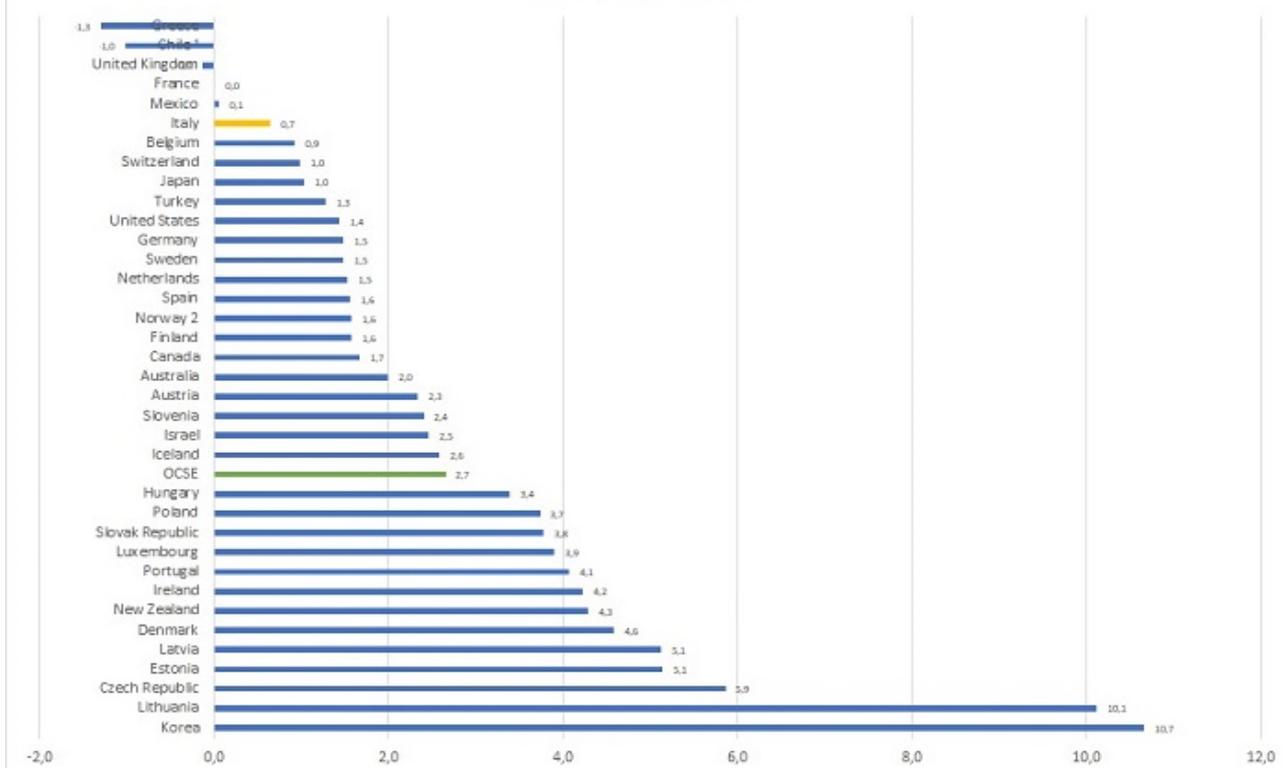
Cambiando prospettiva, i dati relativi ai prodotti farmaceutici cambiano di poco se si analizza la spesa pro capite a parità di potere di acquisto: l'Italia è a 601 dollari, la media Ocse a 553. Ma dei maggiori partner Ue, è sempre al di sotto il Regno Unito con 469 dollari, mentre si trovano al di sopra dell'Italia Francia (653) e Germania (823). Il valore più elevato è quello degli Stati Uniti che superano la Svizzera con 1.220 dollari contro 963, mentre in coda c'è questa volta la Turchia con 120 dollari pro capite.

Si riportano di seguito le tabelle elaborate dall'Ocse.

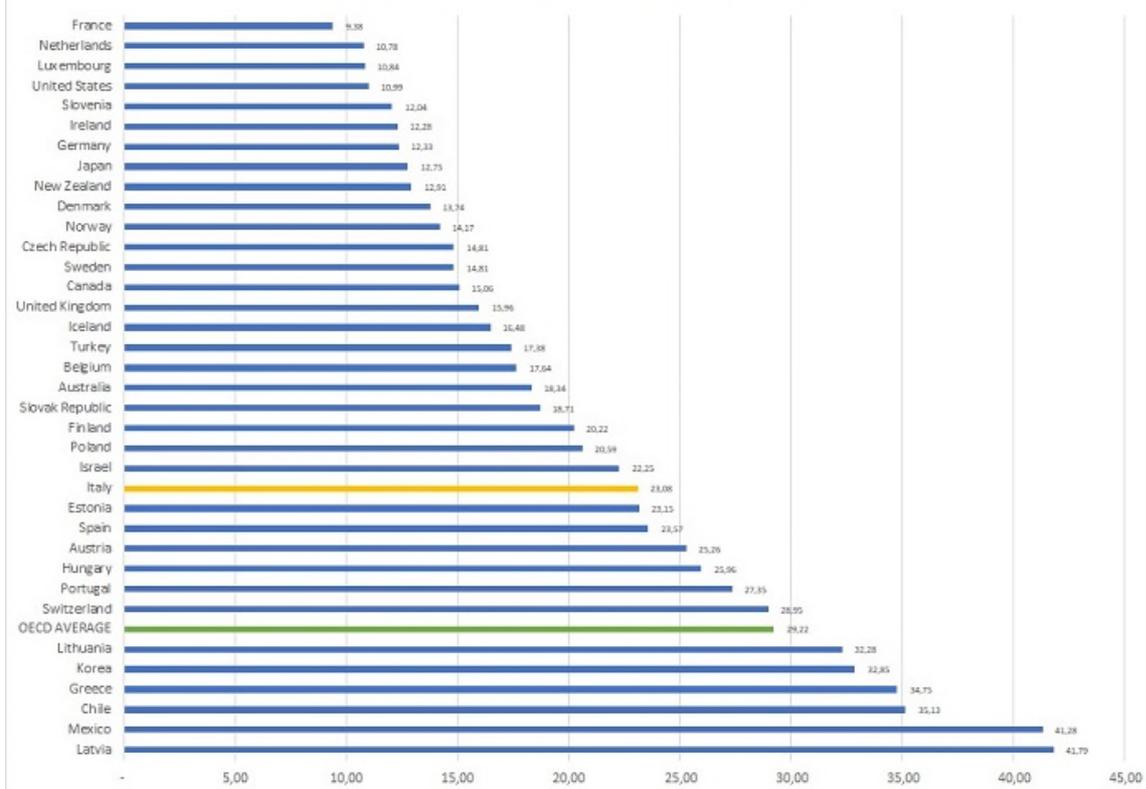


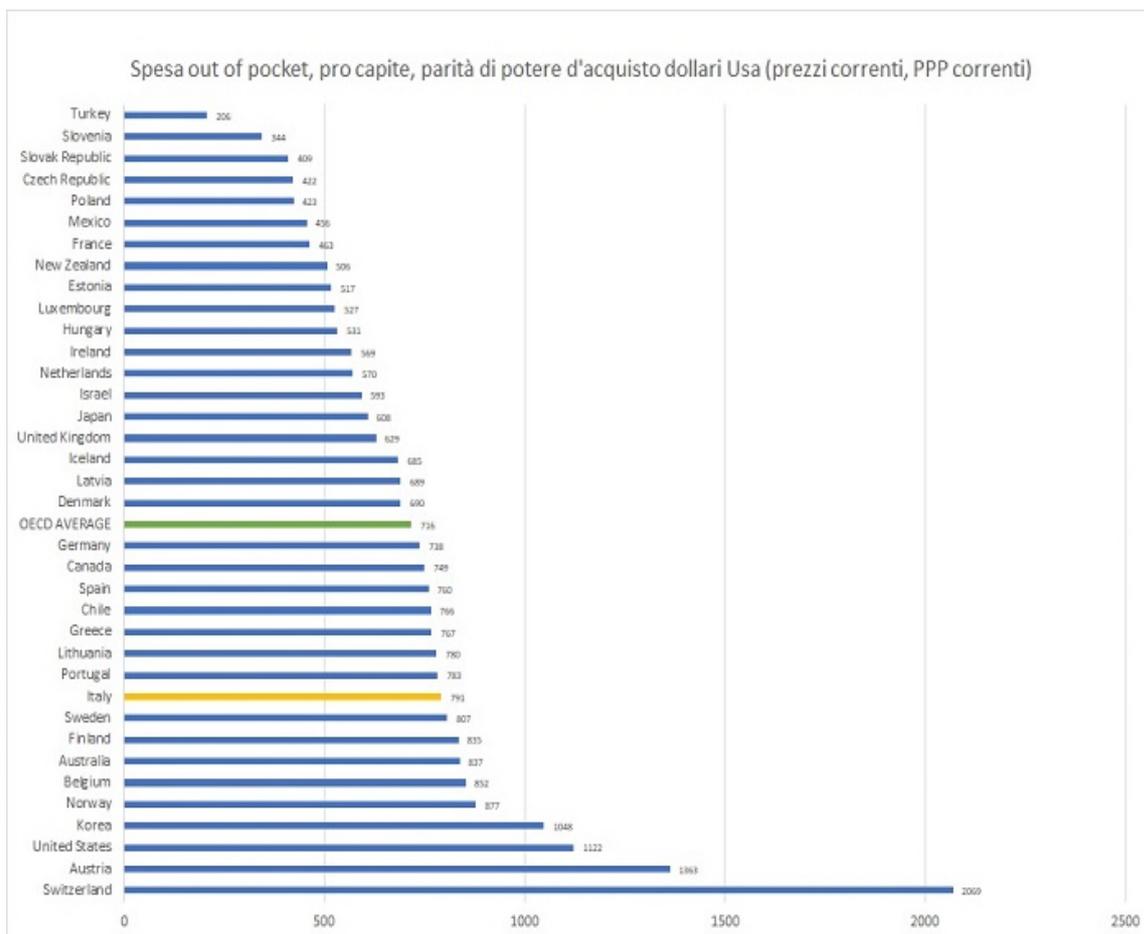


Tasso di crescita annuo del governo e regimi di assicurazione sanitaria obbligatoria, spese pro capite, in termini reali



Spesa out of pocket, % sulla spesa corrente per la salute





5. Il rapporto Censis del 18 giugno 2019 -

Uno studio dell'efficienza della spesa sanitaria pubblica non si arresta all'esame del quadro normativo e del sistema cui si ispira, né ai risultati ottenuti con l'utilizzo di sistemi contabili premiali sempre più raffinati per favorire il corretto impiego delle risorse, poiché in definitiva è necessario che si proceda anche alla valutazione del livello di soddisfazione dei destinatari dei fondi, soggetti finali intorno ai quali ruota l'intero SSN.

In sostanza, una seria riflessione sul tema non può ignorare la reale efficienza della spesa intesa non tanto come corretta allocazione delle risorse programmate in assenza di deficit nel bilancio regionale ma, appunto, anche come realizzazione della tutela della salute dei cittadini destinatari di quelle risorse stesse.

La ricaduta della spesa sull'utenza è stata registrata in un'analisi svolta dal Censis che sembra offrire un quadro molto critico del welfare in Italia.