Erogazione *LEA*: Cause strutturali divario territoriale e criteri di riparto del FSN

Daniela d'Angela, Barbara Polistena, Federico Spandonaro

CREA Sanità – *Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità*

Agenda

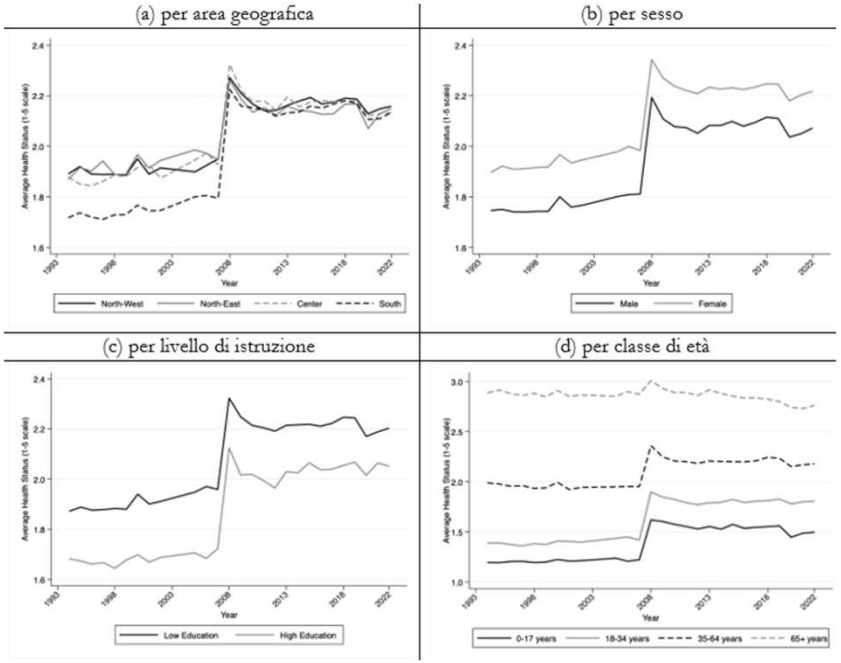
- *Focus* su due temi
  - Cause strutturali, finanziarie e organizzative del divario sanitario territoriale
  - Criteri per una nuova determinazione e un diverso riparto del Fondo sanitario nazionale

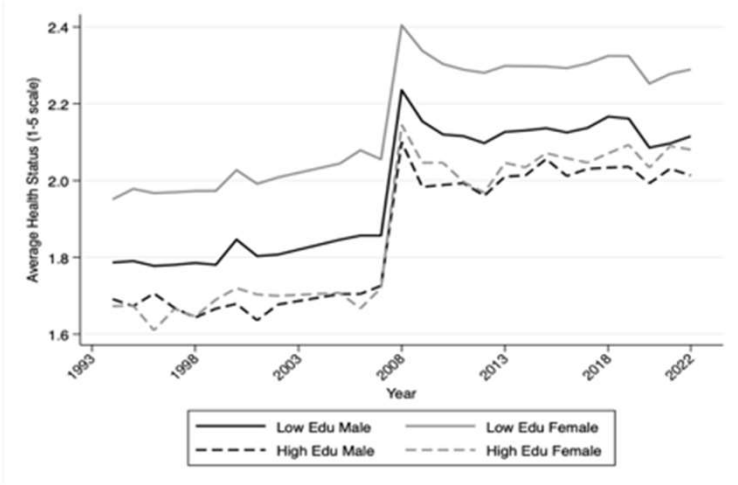
LEA e diseguaglianze

- E' un dato ormai consolidato che il rispetto dei LEA risulti essere difforme tra le Regioni
- Da una analisi effettuata sulla dinamica in 40 anni (1984-2023) sulle diseguaglianze di salute è emerso che si tratta di differenze strutturali
- … e che il fattore che incide di più di tutti è il livello d'istruzione.

Atella et al., L'evoluzione delle disuguaglianze di salute in Italia (1984-2023), Economia italiana 2025/2

Stato di salute auto-valutato della popolazione per livello socio-economico

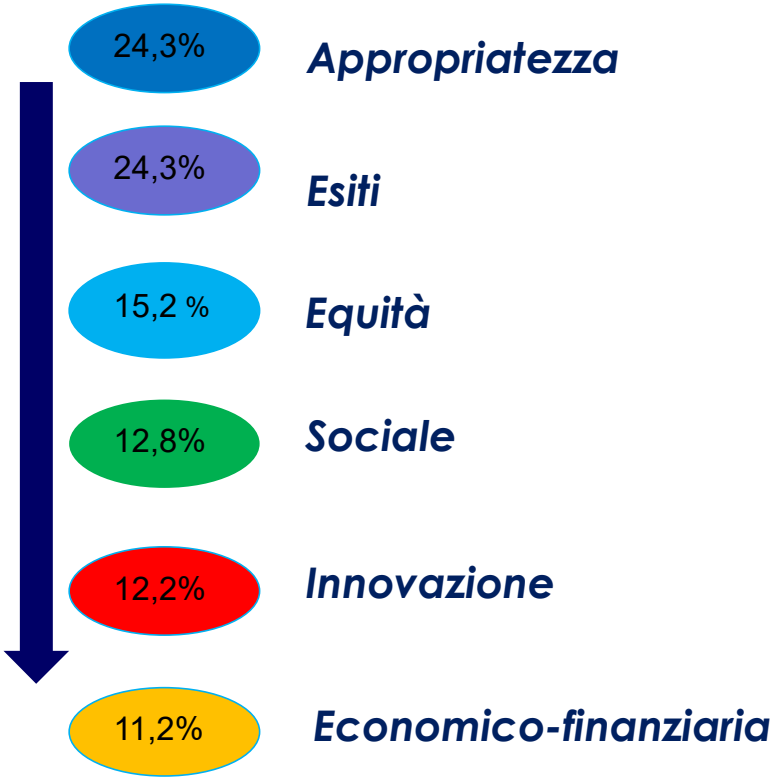




LEA e *Performance*

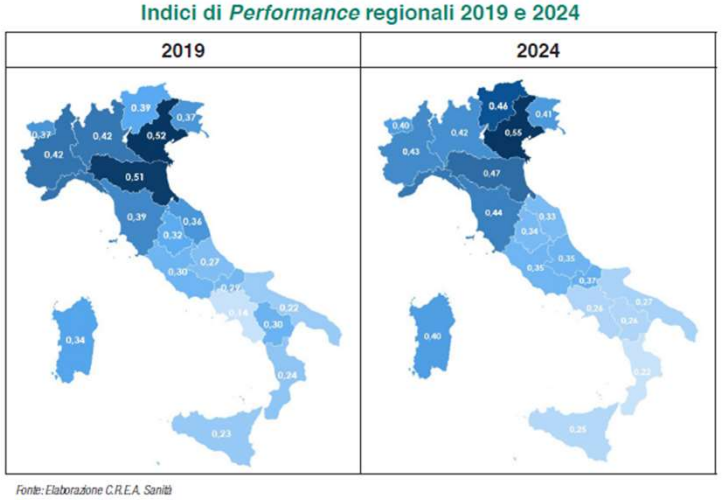
- Il nostro centro di ricerca, a partire dal 2012, e con cadenza annuale,
- Valuta le opportunità di tutela della Salute nelle Regioni…
  - … generate tanto dalle politiche, sanitarie e non, quanto dai comportamenti della popolazione legati al contesto socio-economico
- Si tratta di una valutazione effettuata in sinergia con gli stakeholder del SSN, una valutazione delle *Performance* **socio-sanitarie** regionali con un approccio
  - **multi-dimensionale** (Esiti, Appropriatezza, Equità, Sociale, Econ-finanziaria ed Innovazione)
  - multi-prospettiva (Istituzioni, Management aziende sanitarie, Professioni sanitarie, Utenti ed Industria medicale)
- La valutazione, sintetizzata in un indice unico per Regione, «media» le valutazioni degli *stakeholder* del sistema

Contributo delle Dimensioni alla Performance

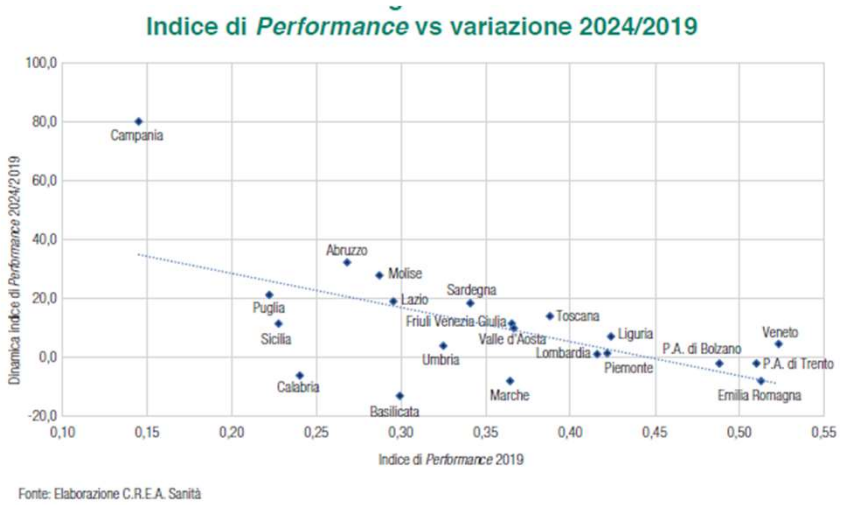


Le tre dimensioni Appropriatezza, Esiti ed Equità contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: 24,3% le prime due e 15,2% terza (Equità); segue la dimensione Sociale (12,8%); le dimensioni Innovazione ed Economico-Finanziaria contribuiscono rispettivamente per il 12,2% e l'11,2%.

Dinamica della *Performance*



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

- Indice complessivo di Performance è passato dal 35% al 38% (2019-2024)
- Il miglioramento dell'indice di Performance ha interessato in particolare le realtà del Mezzogiorno (+0,3 p.p. in media), a seguire quelle del Centro (+0,09 p.p.) del Nord-Ovest (+0,08 p.p.) e del Nord-Est (+0,01 p.p.).
  - A livello regionale il maggiore miglioramento si è registrato in Campania (+0,12 p.p.), seguita da Abruzzo (+0,09 p.p.) e Molise (0.08 p.p.); quello più basso in Piemonte e Lombardia (+0,01 p.p.)

Riflessioni

- Negli ultimi anni sembra essersi registrata una riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute fra Meridione e Settentrione
  - Effetto «guida» dei Piani di Rientro?
- … ma la dinamica evidenzia anche come le Regioni con *Performance* migliori non riescano a registrare significativi passi in avanti
- … probabilmente si tratta di vincoli strutturali, dettati dall'attuale assetto del sistema sanitario.
- Risulta quindi fondamentale una Riforma che promuova politiche intersettoriali che uniscano investimenti nell'istruzione a strategie di prevenzione sanitaria e di alfabetizzazione alla salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili, finalizzate a ridurre le diseguaglianze di salute.

Riparto italiano

- I criteri risalgono al 1996 (L. n. 662)
  - Stima sulla base della popolazione residente
  - Bisogni pesati per Età, Genere
  - Tassi di mortalità, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali … ed indicatori epidemiologici territoriali
- Applicazione statica
- Revisioni pesi 2011
- Compensazione della staticità nell'applicazione della norma
  - Utilizzando le quote (ex) premiali
  - Introducendo due «fondi» (0,75+0,75 del FSN) ripartiti su mortalità e deprivazione

Cosa è necessario

- Ispirarsi a esperienze internazionali
  - Elementi qualificanti
    - Organicità (scientificità, trasparenza-comunicabilità)
    - Caratteristiche istituzionali assimilabili a quelle italiane
    - Utilizzazione di dati disponibili anche in Italia
- Il sistema del NHS Inglese sembra soddisfare tutte i requisiti richiesti

Caratteristiche

- Si ritiene che l'algoritmo di riparto debba prevedere 4 "livelli di successive allocazioni":
- Il primo dovrebbe dividere per componenti assistenziali la somma complessivamente allocata al servizio sanitario, sulla base dell'aggregazione di servizi che condividono indicatori di (fab)bisogno comuni
  - sovrapponibile a quello attuale della ripartizione del FSN indistinto sui LEA, sebbene sia possibile pensarne una revisione sulla base delle stime dei modelli
- Il secondo dovrebbe ripartire le risorse sulla base dei bisogni individuali della popolazione afferente, utilizzando pesi stimati mediante le risultanze di modelli di regressione multivariata applicati a dati individuali e corretti per i rischi di inappropriatezza.

Caratteristiche

- Il terzo dovrebbe apportare ulteriori correzioni atte a tenere conto dei differenziali di efficienza delle strutture di erogazione, dovuti a caratteristiche che non afferiscono a bisogni dei cittadini, bensì in generale a caratteristiche del territorio e del mercato in cui le strutture operano.

Caratteristiche

- Il quarto dovrebbe ripartire una quota di risorse al fine della riduzione delle disuguaglianze e, in generale, degli *unmet needs*.

Inoltre, sarebbe opportuno affiancare l'algoritmo di stima dei (fab)bisogni con regole di *governance* che prevedano sia un processo di revisione annuale delle allocazioni, sia un supporto e monitoraggio terzo ed indipendente.

Sintesi

- I IV livelli permettono potenzialmente di definire un fab(bisogno) oggettivo
- Ma bisogna rimanere ancorati a un approccio strettamente scientifico per evitare strumentalizzazioni

C.R.E.A. Sanità

Piazza A. Mancini, 4 - 00196 Roma
tel. +39 06.72595643 fax +39 06.233245536
segreteria@creasanita.it
www.creasanita.it