

**Gli Indicatori per il monitoraggio dell'Assistenza:
i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)**

Susanna Conti

**Direttrice dell'Ufficio di Statistica
dell'Istituto Superiore della Sanità**

ALCUNE CONSIDERAZIONI CRITICHE SUL CONCETTO STESSO DI "LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA"

Non esiste una connotazione concettuale **univoca**; l'uso del termine "**ESSENZIALE**" farebbe dedurre che l'insieme dell'assistenza possa essere divisa in modo nitido, addirittura **dicotomico**, tra ciò che è e ciò che non è *essenziale*; sembrerebbe anche che ciò che *non è essenziale* è *superfluo*, *inutile* o addirittura *dannoso*.

La realtà dei valori assistenziali è in ogni caso classificabile in modo continuo, ed una divisione dicotomica può avere solo un **significato operativo**, piuttosto che concettuale.

Cosa si sia ritenuto **nel tempo** essenziale è dipeso perlopiù dall' impostazione politica corrente, dallo sviluppo della sanità e dalle possibilità economiche.

- Con l'affermazione del diritto alla salute per tutti (*universale*), fino alla metà degli anni '80 era essenziale praticamente tutto ciò che la medicina ufficiale era in grado di offrire.
- Con la crisi economica si è invece iniziato a considerare essenziale solo ciò che ci si poteva permettere di erogare.
- E' infine più recente l'introduzione del principio di efficacia, come necessaria premessa al concetto di essenzialità.
- Sono stati poi introdotti anche principi di efficacia scientificamente dimostrata (*evidence-based*) e di economicità relativa.

Per tutti questi motivi sarebbe forse preferibile usare l'espressione **"LIVELLI GARANTITI"**, anche se in tal modo si comunica una verità scomoda: cioè che il limite della garanzia è definito politicamente, pur con criteri tecnici di supporto, e non da un riconoscimento *oggettivo* di essenzialità per la salute.

LE DIVERSE OPZIONI NELLA DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI: IL PANORAMA INTERNAZIONALE.

In tema di livelli di assistenza, nel panorama internazionale si fronteggiano vari modelli, che cercano di tener conto, in diversa misura, di **aspetti utilitaristici ed etici**.

Si possono considerare, schematicamente, **tre** tipi di soluzioni:

- Con prevalenza dell'approccio **utilitaristico**, in cui la selezione delle prestazioni sanitarie considera l'effetto in termini di salute sulla popolazione, ed il rapporto tra costo ed efficacia. E' emblematica l'esperienza dello stato dell'**Oregon**, in cui l'Oregon Health Plan è basato sulla combinazione di valutazioni scientifiche (l'efficacia) e stime quantitative come la frequenza delle malattie, gli esiti ed i costi; si è giunti a definire una **lista esplicita** di coppie patologia/trattamento ordinate sulla base di criteri fra i quali il rapporto **costo/beneficio** gioca un ruolo fondamentale .

- Con prevalenza dell'approccio **etico**, in cui si è evitato di scendere a livelli micro, ma si è proposta una classificazione per macro aree sulla base di alcuni **valori fondamentali**, quali la dignità della persona, la solidarietà, il bisogno di salute, il rapporto costo/beneficio (es. **Svezia**).
- **Approccio intermedio** tra i due precedenti, utilizzando un set di principi fondamentali per una prima individuazione di macro livelli essenziali, ed attribuendo poi al medico l'onere di operare delle scelte di erogazione del servizio sulla base di **Linee Guida** (es. **Nuova Zelanda**)

NEL NOSTRO PAESE, L'ARGOMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI SI DIBATTE ED E' OGGETTI DI PROVVEDIMENTI LEGISLATIVI DA DIVERSO TEMPO:

- Già la **L. 833/78** aveva introdotto il concetto di Livelli Uniformi di Assistenza
- Concetto ripreso nel **D.Lvo 502/92** (Amato, De Lorenzo, Barucci) (ex comma 4 "livelli da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione").
- Concetto ripreso ancora nel **D.Lvo 517/93** (Ciampi, Garavaglia, Barucci), in cui si considerano i livelli di assistenza nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale
- Nel **D.Lvo 299/99**, preceduto dal PSN 1998-2000, i LEA sono presentati quale volontà del SSN, di erogare esclusivamente prestazioni che effettivamente servono per produrre salute.

IL DIBATTITO SUI LEA HA ASSUNTO PARTICOLARE IMPORTANZA QUANDO MODIFICHE DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE HANNO DELIMITATO LE COMPETENZE CENTRALI IN TEMA DI SALUTE, CONCENTRANDOLE SOSTANZIALMENTE SU QUESTA MATERIA:

- Il **decentramento** dei poteri dallo Stato alle regioni, attuato con la riforma costituzionale del titolo V, sta assumendo l'aspetto di una reale "Devoluzione".
- Lo Stato non ha piu' **legislazione esclusiva** (tra le altre) nella materia della **tutela della salute**, che diviene invece materia di **legislazione concorrente**, in cui spetta **alle Regioni** la Potesta' Legislativa, salvo che per la determinazione dei **principi fondamentali**, riservata alla legislazione dello **STATO**.

LO STATO HA LEGISLAZIONE ESCLUSIVA NELLA DETERMINAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI CONCERNENTI I DIRITTI CIVILI E SOCIALI CHE DEBONO ESSERE GARANTITI SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE.

I Lea, nel nostro paese, si propongono di mettere a disposizione dei cittadini che risiedano in tutte le regioni, l'elenco di tutte le prestazioni ottenibili, dall'assistenza ospedaliera a quella specialistica, da quella socio-sanitaria a quella farmaceutica, ad evitare che finiscano per esistere 21 Servizi Sanitari Regionali del tutto differenti tra loro

La fonte normativa attuale dei LEA è il DPCM 29 novembre 2001, che contiene la seguente Classificazione dei livelli:

“Le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal SSN sono quelle riconducibili ai seguenti Livelli Essenziali di Assistenza”:

1. Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro
2. Assistenza Distrettuale
3. Assistenza Ospedaliera

1. Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie.
- B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- D. Sanità pubblica Veterinaria
- E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- F. Attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce)
- G. Servizio medico legale

2. Assistenza Distrettuale

- A. medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
- B. continuità assistenziale notturna e festiva
- C. guardia medica turistica (su determinazione della Regione)
- D. Attività di emergenza sanitaria territoriale
- E. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali
- F. Assistenza integrativa (fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari, fornitura di presidi sanitari a soggetti affetti da diabete mellito)
- G. Assistenza specialistica ambulatoriale (prestazioni terapeutiche e riabilitative, diagnostica strumentale e di laboratorio)

. Assistenza specialistica ambulatoriale (prestazioni terapeutiche e riabilitative, diagnostica strumentale e di laboratorio)

. Assistenza protesica (fornitura di protesi ed ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali)
-assistenza programmata a domicilio
G attività sanitarie, psichiche e socio-sanitarie rivolta alle donne, alle coppie ed alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
G assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
-attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con problemi psichici ed alle loro famiglie
-attività riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
-attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
-attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta a pazienti in fase terminale
-attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con infezioni da HIV

H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale (rivolta alle stesse categorie citate sopra)

I. Assistenza Termale

3.

Assistenza Ospedaliera

- A. Pronto soccorso
- B. Degenza ordinaria
- C. Day hospital
- D. Day surgery
- E. Interventi ospedalieri a domicilio (in base a modelli organizzativi fissati dalle regioni)
- F. Riabilitazione
- G. Lungo-degenza
- H. Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- I. Attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti

L'IMPIANTO LEGISLATIVO HA PREVISTO,
CONTESTUALMENTE ALLA DEFINIZIONE DEI LEA, ANCHE
MECCANISMI DI MONITORAGGIO ATTRAVERSO UN
SISTEMA DI INDICATORI

II MONITORAGGIO DEI LEA:

- Il Decreto Legislativo 18/2/2000, n. 56, ha introdotto **specifiche procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria;**
- Il 22 novembre 2001 il **Governmento**, le **Regioni** e le **Province Autonome di Trento e Bolzano** hanno stipulato un **accordo per "definire criteri specifici di monitoraggio all'interno del sistema introdotto dal Dlvo 56, per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria con un sistema di indicatori essenziali, pertinenti e caratterizzati da dinamicità e da aggiornamento continuo"**.

Il sistema di indicatori è stato formalizzato con un apposito Decreto del Ministero della Salute (12/12/2001) che ha elencato un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

Gli indicatori previsti dal Decreto fanno riferimento in primo luogo al **LIVELLO DI ASSISTENZA:**

. **Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro**

Assistenza Distrettuale

Vi sono poi altri due tipi di indicatori che attengono
rispettivamente a:

1. RISULTATO

2. CONTESTO

Gli indicatori di Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro, sono 8, e si riferiscono:

- prevalentemente ad **aspetti di spesa** (costi pro-capite di vari servizi, quali quello di igiene, degli alimenti, della sicurezza del lavoro, della veterinaria...);
- vi è poi l'indicatore sulle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie, nei bimbi di meno di due anni.

Gli indicatori di Assistenza Distrettuale sono 27 e coprono vari temi:

- disponibilità di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
- assistenza farmaceutica,
- alcune caratteristiche delle Aziende ASL (presenza di Centri Unici di Prenotazione, Carta dei Servizi, Centrale Operativa del 118),
- assistenza ai tossicodipendenti,
- assistenza riabilitativa e specialistica,
- screening oncologici femminili,
- assistenza agli anziani
- assistenza ai pazienti psichiatrici.

Vi è poi un indicatore di (in)appropriatezza, dato dal tasso di ricoveri *prevenibili*, per asma, diabete, scompenso cardiaco

Gli indicatori di Assistenza Ospedaliera sono 17 e si riferiscono:

- ai posti letto ed alle giornate di degenza,
- ai costi dell'assistenza ospedaliera,
- ai costi per il personale;
- vi sono poi indicatori che si riferiscono ad aspetti più specificatamente attinenti all' **appropriatezza** dell'assistenza, quali
 - o i parti cesarei,
 - o i ricoveri troppo lunghi,
 - o i dimessi da reparti chirurgici con DRG medici;

Vengono infine prese in considerazione le ospedalizzazioni per procedure chirurgiche particolarmente diffuse nella popolazione anziana (cataratta, protesi d'anca, by-pass ed angioplastica)

Gli indicatori di risultato sono 9:

- alcuni tassi di mortalità (materna, infantile, evitabile, intra-ospedaliera per infarto miocardio acuto),
- la speranza di vita,
- il tasso di incidenza di alcune malattie infettive,
- la percentuale di bambini sottopeso e
- le liste di attesa.

Sono molto numerosi (29) gli Indicatori di Contesto, che dovrebbero contribuire a descrivere il quadro generale in cui si va a collocare l'assistenza.

Un primo gruppo è costituito da **tassi di mortalità** (generale, per malattie cardio e cerebro vascolari e per tumori, per incidenti stradali, domestici e sul lavoro); vi sono poi tassi di **incidenza e prevalenza** di selezionate malattie; un altro gruppo attiene ad **aspetti demografici** (fecondità, invecchiamento, densità della popolazione), di **tipo sociale e socio-economico** (disoccupazione, famiglie monocomponente anziano, attività femminile, PIL pro-capite).

Vi sono poi indicatori relativi agli **stili di vita** (fumo e consumo di alcol, obesità), e ad aspetti **sanitari** (abortività, ospedalizzazione per cause selezionate).

Vi sono infine indicatori su alcuni **aspetti ambientali** (coste non balneabili, benzina senza piombo, prodotti fitosanitari) ed infine di funzionamento delle strutture (dimissioni protette, rilevazione gradimento degli utenti).

SPUNTI CRITICI SUGLI ATTUALI INDICATORI

Osservazione di carattere generale: è inutile definire indicatori per i quali non vi sono dati affidabili, rilevati nelle varie realtà regionali e ragionevolmente aggiornati.

Osservazioni particolari:

. Una prima osservazione riguarda la **disponibilità e la qualità dei dati** a partire dai quali gli indicatori si costruiscono; ciò vale in particolare per quelli che riguardano la rilevazione della **prevalenza di malattie**, o di condizioni patologiche, o di **stili di vita** che non può assolutamente essere basata su **auto-percezione**.

2. La distinzione tra Indicatori di **Risultato** e di **Contesto** non è sempre chiara ed univoca (vedere ad es. i tassi di mortalità)

3. Sulla base di **cambiamenti demografici e sociali** che si stanno verificando, sarebbe utile integrare il sistema di indicatori prendendo in considerazione alcuni aspetti non presenti o non sufficientemente approfonditi.

Nel considerare gli aspetti di assistenza sarebbe pertanto utile tenere maggiormente conto delle esigenze della **popolazione anziana**, sempre più numerosa, andando quindi a descrivere con appropriati indicatori l'assistenza domiciliare, il ricorso a strutture quali gli *Hospice* .

La sempre più diffusa **presenza straniera** nel nostro Paese merita una maggiore attenzione, da esprimere attraverso l'introduzione di alcuni indicatori che ne tengano conto.

4. Altri aspetti assistenziali che sono divenuti di diffuso interesse e che quindi sarebbe utile tenere in considerazione sono poi le **cure palliative e la terapia del dolore, il ricorso al day-hospital ed al day-surgery.**
5. Dal punto di vista metodologico, particolare attenzione va posta alla definizione, negli indicatori che sono definiti come **tassi**, alle quantità da porre al denominatore, ed alle classi di età, quando si descrivano fenomeni che con l'età variano.

Si sta completando la revisione critica del Sistema degli Indicatori per i LEA, a cura di un apposito Gruppo di Lavoro presso il Ministero della Salute, che opera sulla base delle considerazioni critiche sopra esposte.