

Come si verifica l'attuazione dei livelli essenziali?

E cosa sarebbe utile conoscere meglio?

Maurizio Motta, | 17 aprile 2017

Il 13 marzo 2017 il Ministero della salute ha pubblicato due [rapporti sul monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza](#) (Lea), relativi all'anno 2014.

Si tratta di una reportistica annuale del Ministero così articolata:

- La "**Verifica adempimenti Lea**" riguarda 38 adempimenti che le Regioni devono rispettare per poter accedere a una quota premio del fondo sanitario nazionale. Gli adempimenti riguardano diversi aspetti dell'offerta del SSN come l'appropriatezza nell'assistenza ospedaliera, la limitazione delle liste d'attesa, i flussi informativi, la sicurezza, le iniziative di prevenzione, la gestione e formazione del personale.
- Il rapporto "**Mantenimento erogazione Lea**" è l'esito di una verifica sull'erogazione dei servizi prevista dai LEA, eseguita tramite 32 indicatori detti "**Griglia Lea**", articolati in modo mirato all'assistenza negli ambienti di vita e lavoro, all'assistenza territoriale e quella ospedaliera. I risultati di questo monitoraggio sono esposti sul sito del Ministero anche graficamente con "rosioni" ed in una mappa interattiva. L'obiettivo è la verifica nelle Regioni della capacità di garantire ai cittadini un servizio sanitario appropriato e di qualità, che sia coerente con quanto previsto dai LEA.
- La certificazione degli adempimenti avviene tramite documentazione richiesta alle Regioni ed informazioni presenti presso il Ministero, ricavate anche dai sistemi informativi in opera. Sovrintende al meccanismo un apposito "Comitato LEA" (composto da rappresentanti dei Ministeri e delle Regioni) che stabilisce la metodologia da seguire ed i criteri di inadempienza delle Regioni. E' previsto che sia gli "adempimenti" che la "griglia LEA" vengano periodicamente aggiornati per poter cogliere nuovi problemi e offerte del SSN che emergono come rilevanti.
- La "Verifica adempimenti LEA" espone le differenze tra le Regioni e si conclude pubblicando anche l'elenco delle Regioni che sono "in regola" (nel 2014 erano 8 su 16 monitorate) o carenti rispetto agli adempimenti. Anche i Rapporti relativi al 2014, come i precedenti, evidenziano importanti differenze nelle offerte sanitarie tra le regioni italiane, confermando che tra le esigenze di governo del sistema c'è la ricerca di una maggiore uniformità nei diversi territori.

Gli strumenti ricordati costituiscono una importantissima risorsa per almeno due obiettivi strategici:

1. monitorare periodicamente come si articolano le prestazioni sanitarie nelle diverse Regioni, e dedurre giudizi sull'andamento della domanda e dell'offerta;
2. verificare quanta distanza esiste (e dove) tra ciò che il Servizio Sanitario dovrebbe garantire a tutti gli italiani in base ai LEA, e ciò che davvero garantisce.

Sono evidenti i possibili utilizzi di questi riscontri per poter orientare la programmazione in modo più consapevole e mirato, sia a livello nazionale che regionale, ed in merito va ricordato che opera un incentivo finanziario secondo il quale solo le Regioni che risultano adempienti possono ricevere una quota aggiuntiva del Fondo Sanitario Nazionale. Peraltro il Ministro della Salute Lorenzin ha dichiarato il 19/3/2017 "*Attuare i Lea in tutta Italia per me è un impegno e un atto di responsabilità verso i cittadini. Le Regioni inerti possono rischiare fino al commissariamento*".

Una riflessione specifica merita l'**area dell'assistenza sociosanitaria**, funzione propria del SSN dedicata alla tutela nella vita quotidiana dei non autosufficienti, e svolta da quei servizi che devono operare in modo integrato con le attività socio assistenziali dei Comuni. Due temi emergono come rilevanti in proposito:

- Con la pubblicazione il 18/3/2017 nella Gazzetta Ufficiale del dPCM 12/1/2017 sono diventati operativi i nuovi LEA, sia sanitari che sociosanitari. Dunque c'è da aspettarsi che anche il meccanismo che valuta la messa in opera dei LEA nelle diverse Regioni venga revisionato per adattarsi a quanto i nuovi LEA modificheranno nelle prestazioni del SSN. Poiché il 2014 è al momento l'ultimo anno per il quale il Ministero ha pubblicato la verifica degli adempimenti LEA, è prevedibile un periodo non breve di transizione, visto che la messa in opera dei nuovi LEA avverrà solo a partire dalla primavera 2017. C'è però anche un aspetto di merito da non dimenticare. Purtroppo (a parere di chi scrive) i nuovi LEA

non introducono miglioramenti significativi rispetto alle prestazioni sociosanitarie per i non autosufficienti perché espressamente non prevedono alcuna maggiore spesa a questo scopo, né mettono in opera riordini nel sistema delle relative prestazioni da realizzare (domiciliari, o di inserimento in centri diurni e/o residenze). Rispetto a questa importante area di utenza (basti pensare a quante famiglie devono prendersi cura di anziani non autosufficienti) i nuovi LEA appaiono dunque come un'occasione mancata. Perciò un sistema di indicatori ed eventi da osservare per monitorare questo segmento dei LEA rischia di non poter leggere importanti novità, salvo quelle che eventualmente le Regioni vorranno autonomamente mettere in opera. Ma questo scenario può rafforzare una delle criticità che già sono emerse nella valutazione degli adempimenti dei LEA: una grande differenza di offerte nei diversi territori regionali, e spesso senza alcuna motivazione razionalmente fondata sulle diversità del contesto e dei problemi reali.

- Il set di indicatori attualmente presenti nella “griglia LEA” rispetto alle prestazioni sociosanitarie per la non autosufficienza è il seguente (1) :
 - n° di posti per assistenza agli anziani (>65 anni) in strutture residenziali ogni 1000 anziani residenti;
 - n° di posti per assistenza ai disabili in strutture residenziali e semi residenziali ogni 1000 residenti;
 - percentuale di anziani con età uguale o maggiore a 65 anni trattati in ADI (assistenza domiciliare integrata).

Ma che cosa si può monitorare con questi soli indicatori? Ben poco, purtroppo, perché:

1. si tratta solo di indicatori dei volumi di offerta (posti disponibili o anziani in assistenza al domicilio) che non spiegano nulla su snodi cruciali per i cittadini: se l'offerta è adeguata alla domanda, se più assistenza domiciliare produce minori richieste di ricoveri in struttura, se i tempi di accesso alle prestazioni sono accettabili, se è garantito almeno un volume minimo di ore di assistenza domiciliare in base al grado di non autosufficienza, se sono rispettati almeno i criteri fondamentali di qualità. Inoltre rilevare il rapporto tra l'offerta (ad esempio il numero dei posti disponibili) ed i residenti è utile quando sia stato identificato (e validato dall'esperienza) un rapporto “ottimale”, che sia riconoscibile come uno standard da raggiungere per disporre di un volume di offerta adeguata. Ma per gli indicatori citati usati nella “griglia LEA” non sono rintracciabili rapporti identificati come ottimali nella normativa o nella programmazione nazionale; solo nelle Regioni alcuni di questi rapporti (e non tutti) sono stati assunti come obiettivo di programmazione.
2. La “percentuale di anziani con 65 anni o più trattati in ADI” è un indicatore che soffre dei limiti prima citati (dove è stato identificato come standard di offerta/fruizione un rapporto ottimale di questo tipo?); ed inoltre può incorrere in equivoci significativi: con il termine ADI si indicano in talune Regioni (ad esempio il Piemonte) gli interventi di assistenza al domicilio svolti da personale solo sanitario (medico di medicina generale ed infermieri) ed in altre invece interventi svolti anche da operatori socio assistenziali.

Sarebbe perciò importante muovere verso un miglioramento del tipo di indicatori sulla non autosufficienza da inserire nella “Griglia LEA”, il che implica due linee di attività contestuali:

- **Mettere a fuoco indicatori più mirati ad esplorare aspetti cruciali dell'impatto dell'offerta sui cittadini.** Non è difficile individuare snodi significativi, ma nella riflessione tecnica sul tema è ancora povera la costruzione di indicatori eloquenti ed appropriati. Resta cioè molto da fare sia per la messa a fuoco di quali sono le domande importanti da porsi, sia per costruire “cruscotti decisionali”, che presentino dati elaborati allo scopo di facilitare i decisori. Nei limiti di una forzata sintesi si possono qui indicare alcune domande rilevanti, che implicano revisione di strumenti informativi:
 - Quanti sono i non autosufficienti in un territorio? Informazione attualmente disgregata tra Unità Valutative Multidimensionali, Servizi per protesi ed ausili, Servizi riabilitativi, Commissioni ASL/INPS per concedere indennità di accompagnamento o pensioni di invalidità.
 - Quanti sono gli anziani del territorio ricoverati in strutture residenziali? E il fenomeno del ricovero scende o cresce? Informazione che richiede di revisionare e ricomporre il flusso informativo nazionale FAR (che rileva i ricoverati a carico del SSN, e quindi non quelli con pagamento a loro carico dell'intera retta), con la scheda annuale ISTAT “Assistenza residenziale e socioassistenziale”, che riporta il numero di tutti i ricoverati, ma contando solo i presenti al 31 dicembre.
 - L'assistenza domiciliare fa diminuire i ricoveri in strutture residenziali? Informazione che richiede il confronto in anni successivi di questi indicatori:
 - la prevalenza degli utenti di assistenza domiciliare (totale assistiti nell'anno diviso totale anziani residenti di pari età) e dei ricoverati (totale ricoverati nell'anno diviso anziani residenti di pari età);
 - la corrispondente incidenza di utenti in domiciliarità (nuovi assistiti nell'anno diviso totale anziani residenti di pari età) e dei ricoverati (nuovi ricoverati nell'anno diviso anziani residenti di pari età).
 - Quando l'assistenza domiciliare è più efficace? Quanto dura e perché finisce? Informazione che richiede di indagare quanto, quando e perché la domiciliarità non evita il ricovero dell'anziano non autosufficiente in struttura residenziale, ma è solo una fase che lo precede, che poi “non regge” nel tempo, ad esempio registrando i “motivi di chiusura” degli interventi domiciliari.

- Quanto e come è accessibile il sistema di offerte sociosanitarie? Tema che apre più oggetti di interesse e richiede analisi diverse:
 - i tempi di attesa, articolati nelle diverse fasi che compongono l'itinerario dell'utente nel servizio;
 - la dimensione di utenti (e famiglie) che non iniziano nemmeno il percorso di valutazione in UVG, perché consapevoli che sarà poi molto difficile ricevere prestazioni. Ed un sistematico monitoraggio degli utenti che abbandonano il percorso e per quali motivi;
 - Sorvegliare se nei servizi si perdono gli utenti con maggiori difficoltà e minori risorse autonome; ossia se operano indesiderati effetti "controdistributivi": vi sono rischi di eventuali ostacoli all'accesso degli utenti più deboli?
- Come risponde il sistema della domiciliarità ai volumi di richieste? Oltre a monitorare i volumi di eventi nei periodi (richieste pervenute, non accolte, interventi in corso, nuovi attivati, terminati) queste informazioni possono descrivere relazioni significative:
 - Rapporto tra nuove richieste e nuovi interventi attivati: ossia un bilancio tra incidenza della domanda e capacità dell'offerta;
 - Rapporto tra nuove richieste e richieste non accolte: può indagare i motivi di non accoglienza delle richieste;
 - Rapporto tra nuovi fruitori di interventi e totale dei fruitori: è l'incidenza dei beneficiari di nuovi interventi sul totale della prestazione, il "gettito" di nuovi utenti.
- **Migliorare i flussi informativi che consentano di raccogliere dati mirati agli indicatori da utilizzare.** Sul punto appare sempre più necessaria una attenzione generale: non è realistico pensare di ottenere dati per le Regioni o per il Ministero imponendo agli Enti gestori ed ai loro servizi di popolare di dati un coacervo di flussi informativi che sono costruiti:
 - ciascuno separatamente, ad hoc per ogni prestazione (quelle domiciliari, gli inserimenti in centri diurni, in strutture residenziali), con il vincolo per i gestori di dover immettere più volte i dati di una stessa persona in sistemi diversi e non integrati tra loro;
 - come registri nei quali i dati vanno immessi "copiandoli" dagli strumenti che si usano per lavorare; ossia costringendo i servizi ad usare prima i loro sistemi locali per attivare e gestire davvero le prestazioni, e poi a ricavare da questi sistemi ciò che va immesso nei flussi informativi per le Regioni e/o il Ministero.

Questa architettura genera inevitabilmente sia costi organizzativi locali sempre più insostenibili, sia errori e scarsa affidabilità dei dati raccolti. Meglio sarebbe, anche come corollario della revisione della "Griglia LEA" muovere verso una differente architettura informativa, che ad esempio faccia perno sulla tessera sanitaria come contenitore univoco di tutte le informazioni e collante tra i diversi sistemi da usare.

Il testo del rapporto che utilizza la griglia LEA riferito all'anno 2014 è anche scaricabile a questo [collegamento esterno](#) in pdf