

AZIENDE & TERRITORIO



ANGOLO DI PENNA

La grande incompiuta dei Lea è madre della spending review?

di Nino Cartabellotta*

In uno scenario particolarmente critico per il Ssn, spettatore di un perenne conflitto istituzionale tra Governo e Regioni che ha portato perfino alla mancata sottoscrizione del Patto della salute, lasciando via libera alla scure che taglierà circa 13 miliardi di euro, è quanto mai istruttivo rileggere tre principi di evidence-based policy making enunciati dal Dpcm 21 novembre 2001 che ha introdotto i Livelli essenziali di assistenza.

■ «I Lea includono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate».

■ «I Lea escludono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che:

– non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Ssn;

– non soddisfano il principio dell'efficacia e della appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

– non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze».

■ «Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale, esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione, autorizzati dal ministero della Salute».

È indubbio che, se correttamente e uniformemente attuati, tali principi avrebbero potuto apportare uno straordinario contributo alla sostenibilità del Ssn, perché attestano la volontà del legislatore di integrare le migliori evidenze scientifiche nelle decisioni di politica sanitaria, in particolare nel finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie essenziali. Si afferma, infatti, che il Ssn può rimborsare con il denaro pubblico solo gli interventi sanitari di documentata efficacia, facendo esplicito riferimento alle evidenze scientifiche. Viceversa, servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati o caratterizzati da una limitata costo-efficacia non possono rientrare nei Lea. Infine, in assenza di prove di efficacia definitive, in linea con una strategia di Ricerca&Sviluppo, l'erogazione di interventi sanitari innovativi deve essere circoscritta all'interno di specifici programmi di sperimentazione.

Negli anni successivi, la storia legislativa dei Lea è molto scarna: infatti, a parte alcune integrazioni minori, il testo di riferimento rimane quello originale. Da segnalare solo l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che ha previsto l'istituzione del «Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea», che verifica la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Ssn. Rimane solo nella memoria di pochi, come un ricordo ormai appannato, il Dpcm 23 aprile 2008 che aveva ridefinito i Lea (oltre 5.700 tipologie di prestazioni e servizi) e previsto il nuovo nomenclatore tariffario di presidi, protesi e ausili. Infatti, il decreto sui «nuovi Lea» è stato revocato nel luglio 2008 da un Governo diverso da quello che lo aveva elaborato per «mancata copertura finanziaria»!

Ma quali fattori prognostici sfavorevoli hanno condizionato l'applicazione adeguata e uniforme del decreto sui Lea che, almeno sulla carta, poteva cambiare il destino della Sanità italiana?

■ Il Dpcm sui Lea non poteva tenere conto della concomitante modifica del Titolo V della Costituzione, entrata in vigore l'8 novembre 2001: si tratta infatti di un decreto la cui stesura è stata fortemente condizionata da un modello di sistema sanitario gestito a livello centrale. Peralto, negli anni successivi, molte Regioni hanno introdotto Lea aggiuntivi senza tenere in alcuna considerazione i principi sull'efficacia-appropriatezza, sfruttando la loro autonomia in maniera opportunistica, per appagare la domanda dei cittadini e ottenere consenso elettorale.

■ I Lea prevedono un'articolazione dell'assistenza sanitaria in livelli, sottolivelli, servizi, prestazioni e procedure, ma non essendo mai stato definito l'elenco analitico delle prestazioni secondo i principi sopra enunciati, il monitoraggio dei Lea avviene esclusivamente a livello macro. Di conseguenza, durante un ricovero ospedaliero appropriato, un'azienda sanitaria può erogare servizi, prestazioni e procedure inefficaci e inappropriate che consumano preziose risorse.

■ Il flusso per la definizione dei Lea a livello di servizi e prestazioni sanitarie si è rivelato talmente complesso, da andare in pensione dopo pochissime applicazioni pratiche: chirurgia refrattiva, manutenzione impianti cocleari, densitometria ossea.

■ La definizione di standard nazionali (linee guida, report di Hta), che avrebbero potuto supportare la verifica dei Lea soprattutto a livello di prestazioni è di fatto inconsistente: il

Sistema nazionale Linee guida non è mai decollato e la produzione di Hta reports e Horizon Scanning dell'Age.Na.S. sembra avere subito un'improvvisa, e ormai prolungata, battuta di arresto.

■ Dopo anni di polemiche sulla necessità di definire i costi standard, strumento indispensabile sia per un «bilancio preventivo» dei Lea, sia per il riparto del Fondo sanitario nazionale, lo schema di Dpcm non è ancora passato al vaglio della Conferenza Stato-Regioni.

■ I fondi disponibili per la ricerca finalizzata (oltre 130 milioni di euro per gli anni 2011-2012) vanno ad alimentare altri bisogni: curiosando infatti tra i progetti finanziati dal bando precedente domina la ricerca di base, fa un timido capolino la ricerca clinica, mentre la ricerca organizzativa (health services research) è del tutto inesistente.

Di fatto, nel corso degli ultimi 11 anni, la progressiva resistenza delle autonomie regionali a riconoscere un decreto centralista, la mancata attuazione dei principi evidence-based e il ritardo nell'aggiornamento e nell'espansione degli elenchi di servizi e prestazioni hanno progressivamente ridimensionato il ruolo dei Lea: non è più uno strumento per definire i criteri e monitorare l'appropriatezza di servizi e prestazioni sanitarie, a livello macro, meso e micro, ma adempie a una funzione esclusivamente finanziaria. Infatti, utilizzando la «griglia Lea», un set di 21 indicatori per la verifica sintetica dell'adempimento sul mantenimento dei Lea, vengono individuate, rispetto all'impiego delle risorse assegnate, le Regioni virtuose (adempienti) e quelle dissennate (rinviata al Piano di rientro).

Per venire ai giorni nostri, nel decreto Balduzzi il ministro ha dedicato ai Lea un intero articolo, ma - bando agli entusiasmi - si tratta solo di una dichiarazione di intenti che annuncia l'aggiornamento sia dei Lea (con riferimento a malattie croniche, malattie rare e ludopatologia) entro il 31 dicembre 2012, sia del nomenclatore tariffario entro il 31 maggio 2013.

Se la storia è maestra di vita, per prevenire possibili «colpi di spugna», ai Lea non rimane che confidare nel Monti-bis!

* **Presidente Fondazione GIMBE**