

Audizione del 30 novembre

XII Commissione permanente, Senato della Repubblica

## **LEA: aggiornamento**

**Prof. Marcello Crivellini**, *membro di Direzione Associazione Luca Coscioni, Docente presso il Politecnico di Milano*

### **1. Significato della valutazione dei LEA**

La definizione dei LEA e la loro valutazione costituiscono uno dei motivi per cui ha ancora senso parlare di Servizio Sanitario Nazionale, oltre che di Servizi Sanitari Regionali.

La legislazione in materia sanitaria prevede infatti che la gestione dei servizi e delle prestazioni sanitarie sia affidata alle Regioni, ma prevede che esse siano tenute a garantire un livello minimo di prestazioni (LEA) a fronte del finanziamento che Parlamento e Governo garantiscono.

Dunque definizione, misura e valutazione dei LEA sono compito del livello centrale a garanzia che su tutto il territorio nazionale sia fruibile una assistenza sanitaria che non vada al di sotto di un livello definito essenziale.

Conseguentemente la normativa prevede che le Regioni che non garantiscono tale livello non accedano ad una parte del finanziamento.

L'attività di misura e valutazione dei LEA è dunque intrinsecamente connessa all'esistenza del concetto stesso di Servizio Sanitario Nazionale e al diritto dei cittadini (di qualsiasi regione) all'accesso ai servizi sanitari.

E' paradossale e forse inutile impiegare decenni per la definizione e il rinnovo dei LEA e non dedicare altrettanta attenzione alla fase di *misura, valutazione e controllo* della effettiva disponibilità dei LEA sul territorio e alle regole dedicate al loro rispetto.

### **2. Criticità delle attuali modalità di misura e di valutazione dei LEA**

L'attuale modalità di misura e valutazione dei LEA nelle regioni è basata sulle seguenti fasi:

- nomina del Comitato LEA
- definizione delle grandezze da misurare
- modello di pesatura dei risultati e calcolo del punteggio finale
- definizione del valore sopra il quale una regione è considerata “adempiente”
- ufficializzazione e pubblicizzazione dei risultati.

### *Nomina del Comitato LEA*

Il Comitato, nominato con Decreto del Ministro della Salute, è attualmente composto da 7 rappresentanti del Governo (4 del Mn della Salute, 3 del Mn Economia, 1 della Presidenza del Consiglio) e da 7 rappresentanti delle Regioni.

L'organo di controllo è formato per il 50% da esponenti dell'organo controllato! E' un palese conflitto di interesse che infatti ha portato a comportamenti e decisioni palesemente in contrasto con la stessa definizione di Livelli Essenziali di Assistenza e con la tutela della salute dei cittadini.

### *Definizione delle grandezze da misurare*

Vengono assunti come indicatori 32 grandezze relative ad assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera. La scelta appare condivisibile, anche perché effettuata in base a documenti nazionali e internazionali.

### *Modello di pesatura dei risultati e calcolo del punteggio finale*

La misura reale di ogni grandezza viene confrontata con un riferimento e valutata (9=valore normale,....., 0=valore non accettabile). La somma dei valori ottenuti dalle 32 grandezze, moltiplicati per un peso opportuno fornisce il punteggio finale che ogni regione ottiene in materia di rispetto dei LEA.

Tale punteggio (per come sono scelti i pesi e i valori) vale 225 nel caso di pieno rispetto dei LEA.

Anche in questo caso le scelte effettuate appaiono comprensibili e accettabili.

### *Definizione del valore sopra il quale una regione è considerata “adempiente”*

In modo del tutto arbitrario e senza una sola parola di spiegazione si assume che una Regione sia adempiente se raggiunge un punteggio di 160 su 225; anzi si considerano adempienti (sia pure con “impegni”) anche le Regioni che ottengono 130.

Ciò è in palese contrasto con la definizione stessa di LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Logica vorrebbe che sia accettabile uno scostamento molto limitato dal punteggio pieno, dovuto ad incertezza di misura o altro, ad esempio di circa il 5-10%.

Ma adottando, senza alcuna motivazione espressa, la soglia di 160 lo scostamento è di quasi il 30% e adottando nei fatti il valore 130 lo scostamento è di oltre il 40%.

E' purtroppo chiaro che la composizione del Comitato (50% rappresentanti delle Regioni) ha imposto un compromesso politico al ribasso, che nulla ha a che fare con la tutela della salute e con la definizione dei LEA. Il risultato è che ormai tutte le Regioni rispettano formalmente i LEA, mentre sono palesi le gravi carenze di assistenza in molte Regioni, testimoniate anche dall'enorme e patologico livello della mobilità sanitaria.

### *Ufficializzazione e pubblicizzazione dei risultati*

I risultati della misura e valutazione dei LEA avvengono con un ritardo di circa 3 anni. Attualmente sono disponibili i risultati dell'anno 2013. Tale ritardo non è accettabile, non ha alcuna motivazione tecnica ma forse facilita i peggiori compromessi.

### **3. Proposte per superare le criticità**

Le proposte sono semplici, di facile attuazione e senza costi:

- modificare la composizione del Comitato LEA, sostituendo i rappresentanti delle Regioni con esperti nazionali che non abbiano conflitti di interesse a livello regionale

- cambiare la soglia del punteggio di rispetto dei LEA (arbitrariamente scelta a 160 e a 130) introducendo un valore non inferiore al 95-90% di quello massimo, secondo valutazioni motivate scientificamente e in piena trasparenza
- imporre al comitato LEA la conclusione e pubblicazione dei risultati entro il mese di Giugno dell'anno successivo
- sottoporre alla valutazione di Parlamento e Governo l'opportunità (in linea con l'architettura istituzionale del sistema sanitario italiano) di assumere il mancato rispetto dei LEA come criterio di Commissariamento dei servizi sanitari regionali, a difesa dei diritti di salute dei cittadini.