
Audizione presso la Commissione Affari Sociali

su

“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all’art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Atto n. 358)”

Camera dei Deputati – 23 novembre 2016

Ringraziamo per l'invito e l'attenzione mostrata da questa Commissione nell'audire CIMO su una tematica così importante quali i Livelli Essenziali di Assistenza.

Dopo 14 anni di attesa la rivisitazione dei LEA assume un valore strategico per il nostro Servizio Sanitario Nazionale perché basa i propri principi su due condizioni ineludibili: l'aggiornamento delle prestazioni da erogare su tutto il territorio nazionale, escludendo quelle inappropriate ed obsolete con inserimento di nuovi servizi/attività e l'implementazione, attraverso la Commissione Nazionale LEA, di un monitoraggio continuo sulla tenuta del sistema e sulle condizioni di erogabilità delle prestazioni garantendo gli stessi standard di qualità in tutte le regioni. Per ovvi motivi i nuovi LEA sono in linea con il Patto per la Salute e con gli standard ospedalieri di cui al DM 70/2015, nell'ottica di una progressiva deospedalizzazione con spostamento delle risorse verso il territorio e, in tal senso, l'impatto economico mostra un risparmio di 19,8 mil. di euro per l'assistenza ospedaliera ed un incremento di 571,4 mil. per l'assistenza distrettuale e di 220,2 mil. per l'assistenza sanitaria collettiva.

Premesso quanto sopra emergono, tuttavia, alcune importanti criticità.

Innanzitutto l'**assistenza ospedaliera**. Dalla recente indagine Eurostat si osserva che l'Italia ha l'indice di posti letto per 100.000 abitanti tra i più bassi d'Europa (331 rispetto a 521.3 media UE-28). Tale contesto potrebbe avere senso se ci fosse una rete territoriale efficiente ed efficace (dal piano delle cronicità, alle cure primarie, alla ADI, ecc.) capace cioè di ridurre, sia a monte che a valle, i ricoveri per acuti. Ma, poiché, è difficile standardizzare l'assistenza territoriale, le risorse finanziarie che in questi anni sono state trasferite dall'ospedale al territorio (10% in meno del FSN dagli ospedali al territorio) si sono dimostrate del tutto inefficaci per cui ci troviamo, oggi, di fronte ad un "collo di bottiglia" dove i problemi dell'assistenza ospedaliera sono aumentati e questo è il motivo per il quale gli ospedali italiani sono in sofferenza, sovraffollati, con Pronto Soccorso saturi e con gravi difficoltà sia nelle fasi di ammissione (vedi barelle, e lunghi tempi di attesa) che di dimissione del paziente (vedi non autosufficienti, cronici, terminali).

In altre parole manca un sistema di "vasi comunicanti" che si estende anche al sistema di emergenza-urgenza.

Nella bozza del DPCM sui LEA (articoli 7 Capitolo II - Prevenzione collettiva e Sanità pubblica e art. 37 Capitolo V - Assistenza Ospedaliera) si lascia intravedere la mancata volontà ad integrare le varie figure professionali che lavorano in questi ambiti: Centrale Operativa-Mezzi di Soccorso-Aree territoriali, da un lato, e Pronto Soccorso (Triage Area di bassa/alta intensità-OBI-Osservazione Temporanea), dall'altro; soprattutto non sono declinate, in modo esaustivo, le diverse articolazioni delle attività che appaiono distinte tra loro e senza continuità. CIMO ritiene che occorre realizzare una **Rete Unica dell'Emergenza Urgenza** ed istituire il **ruolo unico** per i medici che lavorano nel sistema 118, nei Pronto soccorso, nei DEA, superando l'attuale molteplicità di contratti nel settore di emergenza urgenza, al fine di garantirne un'omogeneità di competenze e di sviluppo professionale.

Entrando, poi, nel merito del sistema dei DRG si osserva che la prevista riduzione del 15% dei ricoveri diurni, per effetto della ridefinizione della lista dei DRG ad elevato rischio di inappropriatazza (DRG da 43 a 108), unitamente ai 25 DRG chirurgici, oggi trattati in day-surgery e domani in chirurgia ambulatoriale, richiedono un'attenta valutazione, non solo, delle soglie minime in quanto differenti tra le varie Regioni, ma dell'età e comorbilità dei pazienti, della tipologia e complessità delle strutture ospedaliere e, soprattutto, della sicurezza delle cure. Appare evidente che l'attuale frammentazione della sanità italiana, derivante dalla modifica del Titolo V della Costituzione, impone una severa analisi dei contesti locali; al tempo stesso non è possibile ipotizzare, così come evidenziato nei nuovi LEA, un'ulteriore riduzione di posti letto e, soprattutto, una riduzione di personale sanitario con impiego di risorse tendente a "relazionarsi al volume di attività e non più alla permanenza del paziente in ospedale". Tale visione è in controtendenza rispetto alla tipologia degli ospedali che si caratterizzano sempre di più per la complessità delle tecnologie e delle patologie da trattare.

Per quanto riguarda l'**assistenza distrettuale** il previsto incremento dei consumi ambulatoriali e dei relativi costi, legati all'impatto derivante dai processi di deospedalizzazione ed all'applicazione del Nuovo Nomenclatore Assistenza Ambulatoriale Specialistica, assume efficacia solo a condizione di un'efficiente ed efficace rete territoriale ben integrata con l'ospedale. I nuovi LEA prevedono, infatti, una spesa di oltre un miliardo di euro (1.034 mld.) per le prestazioni trasferite in ambulatorio da altri set assistenziali (566 mln.) e per le nuove prestazioni da inserire nel Nomenclatore (468 mln.). Per le motivazioni già addotte, CIMO ritiene concreto il rischio di un aumento della spesa sanitaria senza una preliminare ristrutturazione della rete territoriale con il rischio di penalizzare ulteriormente l'assistenza ospedaliera.

Di contro, per l'**assistenza specifica a particolari Categorie**, si condivide l'introduzione, nei LEA, delle 110 nuove malattie rare e delle 6 nuove malattie croniche perché assicurano adeguata assistenza ad una importante fascia di pazienti, ma si sottolinea la

necessità di attenzionare i pazienti con ritardo mentale grave non collaboranti che per patologie che necessitano di interventi, considerati ambulatoriali o in regime di Day Sugery/Service, nella realtà richiedono necessariamente di ricoveri protetti e di intervento in anestesia generale per cui di una maggiore valorizzazione di questi DRG che ovviamente non possono rientrare nei DRG inappropriati. La mancata valorizzazione di tali DRG precluderebbe nella realtà l'assistenza ospedaliera a tale categoria di pazienti anche per patologie ritenute banali.

Stessa considerazione va fatta per i pazienti in età pediatrica che per la particolare condizione del paziente (mancata collaborazione e fobie infantili) risultano in regime di ricovero inappropriato anche per trattamenti altrimenti non eseguibili.

Infine per **l'assistenza sanitaria collettiva**, si premette che una buona sanità, anche meno costosa, deve necessariamente partire da una efficace prevenzione. I nuovi LEA prevedono il finanziamento di 220 mln di euro per il completamento del Piano Nazionale Vaccini 2012-14 e dell'attività di prevenzione rivolta alle persone attraverso i nuovi vaccini. È, certamente, un atto di civiltà che tende a tenere alta la guardia su una tematica di estrema importanza ed la recente segnalazione di una caso di difterite dimostra l'esigenza di un intervento in questo settore della prevenzione. Ma lo step successivo deve essere quello di impegnare risorse per la tutela della salute della collettività negli ambienti di vita (vedi inquinamento) e di lavoro, inclusa la sorveglianza degli alimenti, la prevenzione delle malattie infettive legate all'immigrazione, la medicina veterinaria e la tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Ultime considerazioni. CIMO è fortemente preoccupata di possibili fenomeni opportunistici legati allo spostamento di risorse tra le tre aree dell'assistenza ma, soprattutto, dal "delisting" che potrebbe comportare una sorta di "assalto alla diligenza" da parte di numerosi stakeholders spinti da interessi economici e professionali piuttosto che clinici ed assistenziali. Nel primo caso occorre vigilare attentamente sui rapporti tra appropriatezza-costi-benefici delle singole prestazioni attraverso attente analisi di HTA per assicurare l'effettiva allocazione delle risorse in rapporto ai reali bisogni di salute dei cittadini; nel secondo caso occorre, invece, vigilare affinché i LEA non rappresentino il "portone di ingresso" di quelle professioni sanitarie, non autorizzate alla diagnosi e terapia, che pensano di poter sostituire il medico nella erogazione di alcune delle prestazioni sanitarie ricomprese nei LEA. Non è possibile aggiornare i LEA in funzione degli interessi di categoria.

Ultimo elemento di riflessione riguarda l'audizione, da parte della Commissione Nazionale LEA, delle Società Scientifiche quale supporto ad alcuni processi decisionali. E' auspicabile che la partecipazione ai lavori sia autorizzata dal Ministero della Salute alle sole Società Scientifiche accreditate.