

L'essenziale a tutti. I nuovi livelli di assistenza fra sostenibilità ed equità

Federico Pennestrì

CeSEP
Centro Studi di Etica e Politica



Di cosa parliamo oggi

- I **Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA) sono l'insieme delle prestazioni, dei servizi e delle attività che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto ad erogare sull'intero territorio in **tutela della salute** del cittadino
- I LEA sono stati codificati per la prima volta con un DPCM del **2001**
- Nel Giugno **2016** il Ministero della Salute ha predisposto lo schema di decreto per il loro aggiornamento
- Cercherò di mostrare perché i (nuovi) LEA siano uno strumento legittimo e cruciale per la **sostenibilità del welfare** sanitario italiano

Premessa

Il SSN è un sistema di welfare

- **Universale**: esso ha per fine ultimo la tutela della salute di ciascun cittadino
- **Equo**: la tutela deve avvenire in modo uniforme (territorio) e non discriminatorio (determinanti sociali)
- **Solidaristico**: i servizi di tutela sono finanziati dai cittadini che contribuiscono secondo le proprie capacità nell'interesse reciproco
- **Decentrato**: lo Stato definisce il budget e gli obiettivi di salute, le regioni (SSR) programmano ed erogano i servizi

SSN E LEA - Normative fondamentali

1. D. Lgs. **502/1992**: **Definizione** dei «Livelli essenziali e uniformi»
2. L. Cost. **3/2001** (Modifica al titolo V), art. 3: **lo Stato ha legislazione esclusiva** nella definizione delle prestazioni a tutela dei diritti civili e sociali (salute) che devono essere garantiti sull'intero territorio
3. DPCM 21 Novembre **2001**: **Classificazione** dei LEA secondo tre ambiti:
 - Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (salute pubblica, prevenzione, educazione sanitaria, controlli sicurezza e igiene)
 - Assistenza distrettuale (territorio, cure primarie)
 - Assistenza ospedaliera (ricoveri, interventi medico-chirurgici, specialistica)

Che cosa significa?

I LEA svolgono quattro funzioni fondamentali

- **Sanitaria** (servizi di tutela della salute)
- **Etica** (attuazione universalismo ed equità)
- **Economica** (definizione priorità di trattamento in base a risorse)
- **Istituzionale** (raccordo stato-regioni-locale-cittadini)

Funzione etica

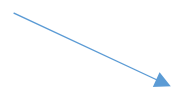
- La salute è condizione desiderabile di per sé e premessa per lo sviluppo socio-economico della persona (dignità e libertà di autodeterminazione) e della società (stabilità e pace)
- In quanto **essenziali**, le prestazioni incluse sono quelle considerate irrinunciabili per il godimento di uno stato di salute accettabile
- In quanto **uniformi**, le prestazioni incluse devono essere erogate senza distinzione di territorio di appartenenza, reddito, posizione sociale, livello di istruzione



La copertura dei LEA garantisce la tutela di **dignità e libertà** (e favorisce stabilità e pace)

Funzione economica

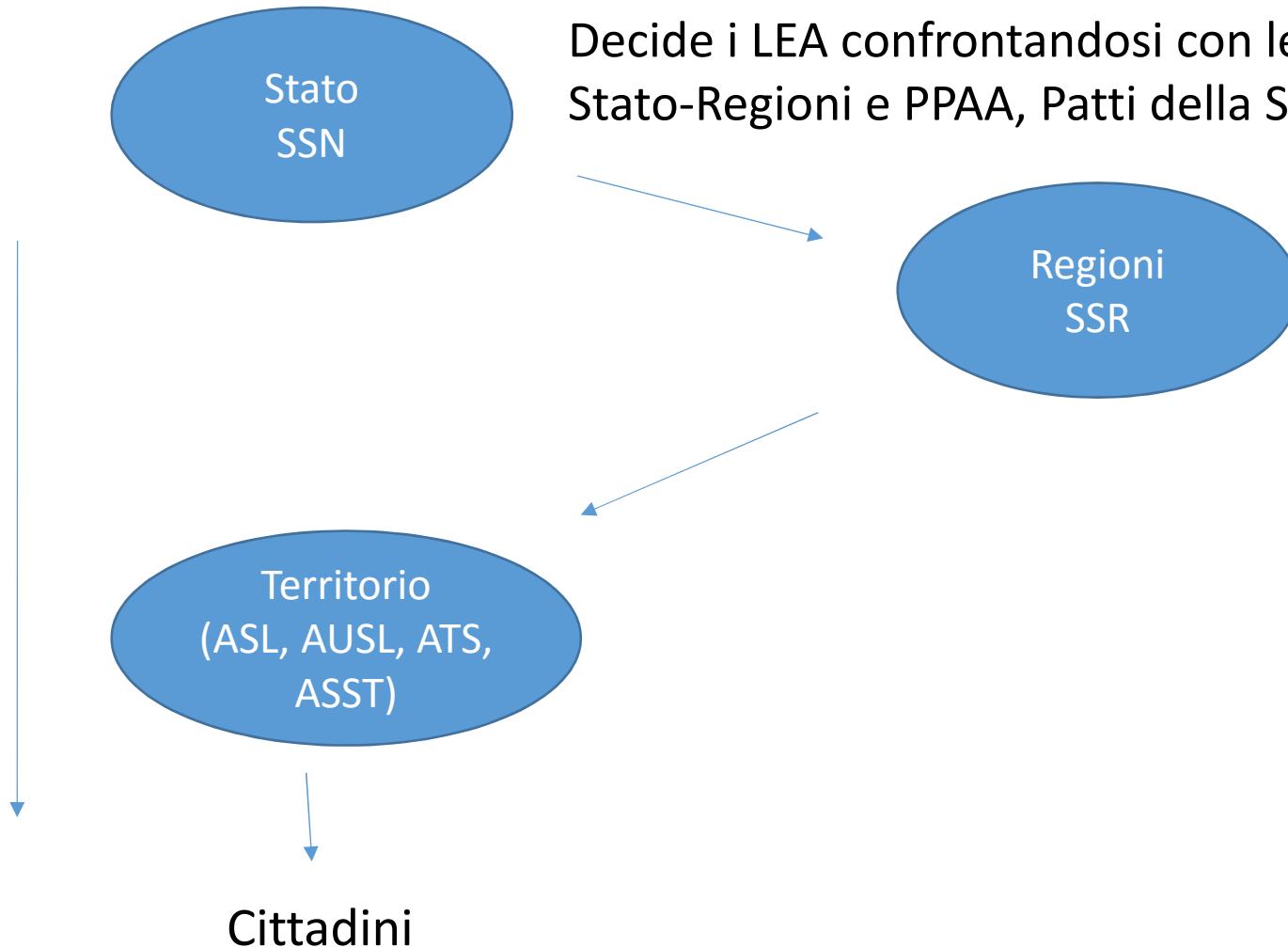
- Da parte dell'utente: prestazioni gratuite o compartecipazione economica accessibile (ticket)
 - Da parte del finanziatore: prestazioni compatibili con risorse a disposizione (FSN definito dal MEF: Leggi finanziarie, Patti di stabilità ...)
1. **Costo-efficaci**: presentano per specifiche condizioni cliniche evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute
 2. **Appropriate**: da erogarsi secondo modalità tecnicamente proporzionate allo specifico bisogno di salute



La copertura dei LEA garantisce **accesso e sostenibilità**

Funzione istituzionale →

La copertura dei LEA garantisce il **raccordo fra livello centrale, regionale e locale**



- 1) **Garantisce erogazione** secondo modalità più adatte a caratteristiche territorio (demografiche, epidemiologiche, geografiche, logistiche, strutturali)
- 2) **Rendiconta periodicamente** a Comitato di Verifica (indicatori Griglia LEA)
- 3) Adempienti possono erogare **ulteriori servizi** a carico delle proprie risorse; non adempienti subiscono **strategie correttive** (Piani di Rientro)

I LEA hanno 15 anni e dalla
nascita non sono mai stati
cambiati!

Lo schema di DPCM

- Iter istituzionale: Ministero della Salute (Giugno 2016), MEF (Agosto), Conferenza Stato-Regioni (Settembre), Parlamento (Settembre,???)
- Costo: ca. **800 milioni** di € da sottrarre al FSN (2016: € 115.444 → 113, 111) (Legge di Stabilità 2016)
 1. 600 all'assistenza distrettuale (potenziamento territorio)
 2. 220 alla prevenzione (sanità pubblica)
 3. -20 all'assistenza ospedaliera (de-ospedalizzazione)

«Una nuova stagione di salute per gli italiani»

- Principali novità
 1. **Cronicità**: nuove patologie (precedentemente rare: es. celiachia, s. Down), aggiornamento esenzioni, personalizzazione dei percorsi terapeutici
 2. Regolamentazione prestazioni controverse (**PMA eterologa**)
 3. Introduzione **prestazioni innovative** (specialistica ambulatoriale, protesica, tecnologie) e rimozione obsolete
- Istituzione **Commissione Nazionale per l'Aggiornamento dei LEA**, che opera secondo tre evidenze
 1. Evoluzione della domanda di salute
 2. Disponibilità di risorse economiche
 3. Innovazione scientifico-tecnologica
- Abrogazione «**decreto appropriatezza**»

Il «Decreto Appropriatelyzza»

- DPCM 9 Dicembre 2015 «**Condizioni di erogabilità** e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili **nell'ambito del Servizio sanitario nazionale**»
- **Appropriatelyzza**: proporzionalità trattamento in base a condizioni cliniche
- Diventa un problema per la **sostenibilità economica** del sistema quando si prescrivono (costose) prestazioni in eccesso rispetto ai bisogni reali, generalmente a scopo preventivo/difensivo (diagnostica, test genetici, medicalizzazione)
- **203 prestazioni** soggette a rischio inappropriatelyzza sono erogabili a carico del servizio pubblico solo in presenza di ristrette condizioni cliniche: altrimenti sono a carico del cittadino e il medico che prescrive può essere sanzionato

Decreto Appropriatelyzza e «tagli»

- Il Decreto è stato contestato
 1. da parte dei **cittadini** per il «taglio» delle 203 prestazioni (però: se inappropriate!)
 2. da parte delle **associazioni** di categoria perché l'appropriatezza delle prestazioni deve essere stabilita dal medico caso per caso
- Il Decreto è stato **annullato** (art. 63 c.2) e i «tagli» sono ridotti da 203 a **40** (prevalentemente test genetici)
- Tuttavia **altri «tagli» rimangono**
 1. È nella stessa logica dei LEA! (Nucleo di prestazioni essenziali)
 2. es. odontoiatria

È giusto che ci siano tagli all'interno di un welfare universale?

1. È **necessario**: risorse finite non possono soddisfare una domanda di salute infinita
2. È **legittimo** a patto che si verifichino **alcune condizioni**

Sostenibilità e tagli

- La sostenibilità del welfare dipende dal rapporto fra risorse a disposizione e servizi che si intendono garantire (trade off ambizione-sostenibilità)
- Se le risorse non aumentano in modo proporzionato a crescita domanda di salute, il sistema *non* è sostenibile

Esplicito:

(si decidono priorità)
Il cittadino *non ha diritto* alla prestazione

Tagli

(fenomeni di razionamento sanitario)

Implicito:

(*non* si decidono priorità)
Il cittadino *ha diritto* alla prestazione *ma non riesce* ad accedervi



Il razionamento implicito

- Fisiologico dei sistemi universalistici
- Patologico (giustizia sociale) quando
 1. La scarsità di risorse riduce o rallenta l'erogazione delle prestazioni
 2. Il legislatore si rifiuta di tagliare esplicitamente per ragioni di consenso
 3. *I tagli avvengono lo stesso ma di nascosto*
 4. Tendono a colpire le fasce più **vulnerabili** (determinanti sociali: ticket troppo alti, mancanza di lucidità e autonomia, mancanza di relazioni personali, incapacità di ricorrere al privato, asimmetrie informative e mancanza di promozione/comunicazione)

Un problema che rientra dalla finestra

- Quando le risorse sono ridotte bisogna decidere delle **priorità**, a costo di tagliare
- **Rifiutarsi di tagliare** non risolve il problema, ma contribuisce a radicarlo con **conseguenze peggiori** per la giustizia sociale
- E' più equo (L. 833/1978) garantire *reale accesso* ad una serie *limitata* di servizi che metterne a disposizione un numero *maggiore* senza curarsi che tutti gli aventi diritto riescano *effettivamente* a fruirne
- L'importante è che i tagli avvengano in modo legittimo. Come?

Universalismo e tagli

- Dal 1978 ad oggi sono vertiginosamente aumentate le possibilità della medicina e le pretese di salute da parte della popolazione
- L'universalismo onnicomprensivo (**tutto a tutti**) non è più sostenibile
- E' possibile preservare il servizio pubblico attraverso forme di **neo-universalismo parziale**, che prevedono il taglio di tot. prestazioni o beneficiari

L'essenziale a tutti: taglio prestazioni
(Neouniv. Redistributivo)
→ LEA!

Tutto ad alcuni/di più a chi può permettersi meno: taglio beneficiari
(Neouniv. Selettivo/Proporzionale)
→ Medicaid, equità verticale

- **Come decidere** in modo legittimo chi beneficia di cosa?





Una proposta (Le regole del gioco)

- Secondo Daniels (2008) il ragionamento è giusto quando equo: segue da una procedura decisionale capace di **rendere conto** della ragionevolezza delle priorità acquisite (*accountability for reasonableness*)
 1. **Pubblicità**: le decisioni devono essere pubbliche (per efficienza commissioni di delegati esperti), trasparenti, coerenti
 2. **Rilevanza**: le decisioni devono essere supportate da evidenza tecnico-scientifica
 3. **Revisione**: le decisioni devono essere rivedibili (in base a rilevanza e risorse)
 4. **Regolazione**: devono esistere norme a supporto di ciascuna condizione
- La procedura *non* esaurisce le controversie ma contribuisce a legittimare le decisioni e a dare un'**immagine positiva** (*accountable*) del sistema (in funzione dell'obiettivo reciprocamente utile della sua sostenibilità).

LEA e sostenibilità

- I LEA sono una forma di universalismo redistributivo temperata da strumenti di universalismo proporzionale (esenzioni in base a vulnerabilità clinica ed economica)
- La presenza di forme di razionamento contribuisce a rendere il sistema sostenibile...
- ...ma anche *accountable*? (Le priorità sono state stabilite in modo legittimo?)
- Valutiamo in base alla teoria di Daniels

LEA e *accountability*

1. **Pubblicità:** sono decisi pubblicamente (confronto con MEF, Conferenza Stato-Regioni, parti sociali); sono trasparenti (liberamente consultabili) e coerenti con gli scopi (universalismo parziale) 
2. **Rilevanza:** l'evidenza epidemiologica, tecnico-scientifica ed economica è verificata dalla Commissione di Aggiornamento 
3. **Revisione:** la rivedibilità è garantita dall'operato della stessa Commissione 
4. **Regolazione:** 1 è garantito dalle forme di negoziazione vigenti; 2 e 3 dallo schema di decreto (art. 39 c.2; allegato; art. 1 cc. 557/558 L. 208/2015); attuazione da Intesa Stato-Regioni 23 Marzo 2005 (Comitato di Verifica, Griglia LEA) 

Conclusione

Sostengo sulla base della teoria di Daniels che lo schema di aggiornamento dei LEA sia uno strumento adeguato per preservare l'universalità e l'equità di un sistema di welfare a risorse limitate