

Alcune considerazioni su LEA, indicatori e sistemi di controllo

di Alessandra De Marco

BOZZA – 31 ottobre 2002

I LEA (il riferimento specifico è ai LEA sanitari) sono ad oggi definiti in termini di prestazioni da erogare, specificate in termini tecnici. Non vi è invece riferimento alle modalità secondo cui la prestazione viene erogata (ed in particolare alle procedure per accedere al servizio, ai tempi di attesa, al luogo ove il servizio viene erogato) che condizionano l'effettiva rispondenza dell'assistenza erogata ai bisogni del soggetto che la riceve.

L'attuale sistema prevede due principali strumenti per garantire alcuni aspetti della qualità del servizio erogato: l'allegato sulle liste di attesa (allegato 5) e il sistema di indicatori per il monitoraggio. Si propongono di seguito alcune considerazioni sulle modalità secondo cui questi strumenti sembrano in grado di garantire la qualità delle prestazioni erogate.

L'allegato 5 sulle liste di attesa

Il DPCM del 16/4/2002 ha riconosciuto che "l'erogazione delle prestazioni entro i termini appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza", aggiungendo ai LEAS l'allegato 5, relativo alle liste d'attesa.

Il DPCM prevede che le regioni e le province autonome indichino i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza, e le modalità per una corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse. Sulla base di questi criteri, regioni e province autonome devono fissare e aggiornare i tempi massimi d'attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche urgenti, e darne idonea pubblicità. E' responsabilità dei direttori generali delle AUSL e delle aziende ospedaliere di attuare le indicazioni regionali e provinciali.

In situazioni di particolare urgenza le regioni e le province autonome possono disciplinare l'attribuzione di incentivi alle equipe sanitarie, l'espletamento di prestazioni libero-professionali nei confronti dell'azienda stessa da parte di proprio personale dipendente e la stipula di contratti a termine con liberi professionisti.

I tempi di attesa che concretamente ogni cittadino dovrà attendere per ricevere una prestazione sembrano, in base al DPCM in oggetto, suscettibili di variare da regione a regione, e non sono quindi garantiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. Se si parte dal presupposto che gli stessi costituiscano una componente essenziale del servizio – e per molte patologie sembra difficile immaginare il contrario – allora si potrebbe sviluppare una riflessione sulla possibilità di introdurre meccanismi che garantiscono tempi di attesa idonei e uguali per tutti i cittadini.

In secondo luogo, le situazioni di particolare urgenza nelle quali le regioni intervengono con proprie risorse non sembrano univocamente definite. Questo favorisce, di fatto, l'arbitrarietà nella individuazione dei casi in cui intervenire, che si può tradurre in disservizi per i cittadini (non intervento a fronte di situazioni di disagio non rilevate in tempi rapidi) o, al contrario, in un utilizzo non ottimale delle risorse (nei casi di intervento con risorse aggiuntive in casi in cui potrebbero essere sufficienti interventi di tipo organizzativo).

Si potrebbe aprire una riflessione sul punto se sia necessario garantire tempi di attesa e criteri di priorità stabili su tutto il territorio nazionale o se si intende lasciare su questo punto autonomia alle regioni.

Il sistema di indicatori

Il decreto ministeriale del 12 dicembre 2001 ha definito un sistema di indicatori per verificare l'effettiva applicazione dei LEA.

Dall'esame degli indicatori proposti, emergono alcune perplessità su quanto gli stessi siano in grado di rispondere alle finalità per le quali sono stati introdotti. Si propone di seguito una sintesi delle criticità riscontrate.

Indicatori non collegati ai LEA. Gli indicatori non presentano alcun collegamento diretto con le prestazioni garantite dai LEA, ma solo una corrispondenza generica con le tre grandi aree di offerta di prestazioni in cui sono classificati in LEA.

Indicatori sbilanciati su misurazioni di efficienza e non di risultato. Una gran parte degli indicatori misura i costi dei servizi resi (ben 6 su 8, ad esempio, nel caso degli indicatori riferiti all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro) e fornisce quindi misurazioni di efficienza (utilizzo di risorse) e non di efficacia (conseguimento di risultati). I costi di riferimento con cui questi indicatori devono essere valutati sono quelli medi nazionali, quindi in realtà gli indicatori misurano lo scostamento in più o in meno dei costi dei servizi rispetto alla media delle altre regioni. Inoltre, numerosi altri indicatori danno un'idea delle dotazioni di partenza di cui dispongono le regioni, e non di come le stesse vengono utilizzate (es. disponibilità di pediatri di libera scelta, percentuale di aziende dotate di centrale operativa 118). Solo un ristretto gruppo di indicatori si riferisce invece ai risultati.

Eccessiva genericità degli indicatori di risultato. Gli indicatori di risultato, che costituiscono un gruppo a parte) risultano essere molto sintetici (ad es.: quoziente di mortalità infantile, tasso di mortalità evitabile per cause selezionate). Anche per questi indicatori, il parametro di riferimento con il quale devono essere confrontati è dato dai valori medi nazionali. L'eccessiva sinteticità rende più complessa l'identificazione delle cause di scostamento dalla media nazionale in caso di indicatori insoddisfacenti.

Collegamento tra indicatori, indicatori di risultato e le "informazioni sullo stato di salute e sul contesto". Il ministero, che ha un anno per redigere il rapporto con i risultati del monitoraggio, deve considerare in modo integrato gli indicatori e le informazioni generali sullo stato di salute e sul contesto. Nel decreto non è prevista una metodologia nè un modello secondo cui queste informazioni generali – peraltro assai numerose – saranno utilizzate per "normalizzare" gli indicatori emersi.

In una prospettiva di ampio decentramento, appare necessario garantire l'accountability del sistema sanitario, in termini di rispondenza ai bisogni dei cittadini e responsabilizzazione sulle risorse impiegate. Un sistema di monitoraggio finalizzato a perseguire questo obiettivo dovrebbe avere alcune caratteristiche, che non sembrano presenti nell'attuale sistema:

- un set di indicatori che misurano sia i risultati ottenuti che le risorse impiegate e soprattutto siano in grado di collegare per una stessa "entità" misurata i risultati con le risorse;
- indicatori opportunamente disaggregati; ognuno deve essere riferibile ad un contesto organizzativo facente capo ad un centro di responsabilità e per il quale è possibile, in seguito al monitoraggio, prevedere interventi autonomi;
- collegamento del sistema di monitoraggio con un sistema di programmazione, almeno in termini di preventiva definizione di obiettivi; l'attuale sistema invece effettua il monitoraggio ex post, in modo non collegato con alcuna preventiva definizione di obiettivi;

- permettere di analizzare in modo oggettivo le cause degli scostamenti degli indicatori dai valori obiettivo precedentemente definiti.