



UNIMORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

CAPP - Centro di
Analisi delle Politiche Pubbliche

CAPPaper

n. 175 | dicembre 2021

**La garanzia dei LEA:
problemi di misurazione e monitoraggio**

Nerina Dirindin, Enza Caruso

Dipartimento di Economia Marco Biagi
www.capp.unimore.it

NERINA DIRINDIN¹ – ENZA CARUSO²

LA GARANZIA DEI LEA: PROBLEMI DI MISURAZIONE E MONITORAGGIO

Il tema della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) merita di essere riproposto nelle discussioni di politica sanitaria, non avendo ancora trovato la giusta attenzione nelle relazioni inter-governative.

La Corte Costituzionale ha più volte sostenuto la necessità di *dare senso e contenuto alla tutela del diritto alla salute* di cui all'articolo 32 della Costituzione, diritto che deve essere assicurato a ogni persona garantendo in tutto il Paese i livelli essenziali di assistenza. In realtà, nonostante l'imponenza del sistema informativo sanitario, il monitoraggio del Lea restituisce una fotografia piuttosto sfocata di quanto viene concretamente garantito alla popolazione, in particolare nelle aree più deboli e critiche, quelle su cui abbiamo molto riflettuto nell'attuale dimensione pandemica. In tal senso, sarebbe opportuno procedere a un'analisi schietta sulla metodologia di valutazione e monitoraggio per dare contenuto alla tutela della salute dal punto di vista del livello centrale.

Breve storia del sistema di garanzia dei Lea

Il *sistema di garanzia* dei Lea nasce con il d.lgs. 56/2000 (art. 9) come sistema di «regole e convenzioni per la rilevazione, la validazione e l'elaborazione delle informazioni e dei dati statistici» necessari per costruire un «insieme minimo di indicatori e parametri di riferimento, relativi a elementi rilevanti ai fini del monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché dei vincoli di bilancio delle regioni a statuto ordinario». È lo stesso d.lgs. 56/00 che programma la riduzione di parte dei trasferimenti del finanziamento, in misura non superiore al 3 per cento della quota capitaria, in caso di inadempimenti.

Con il dm 12/12/2001 viene fissato un primo set di 100 indicatori, in connessione alla definizione dei Lea avvenuta con il dpcm del 29 novembre 2001: il sistema informativo sanitario si è progressivamente riorientato, integrando le rilevazioni sulle strutture sanitarie e sulle loro attività con quelle sulle prestazioni erogate, gradualmente arricchite con informazioni sulla qualità delle prestazioni e sui processi assistenziali integrati offerti agli assistiti.

¹ Università degli Studi di Torino e CORIPE

² Università degli Studi di Perugia e CAPP

Relazione presentata al Convegno Nazionale di Contabilità Pubblica – *Dall'emergenza sanitaria alla stabilizzazione finanziaria della sanità pubblica*, 17-18-19 dicembre 2020, Università di Pisa.

L'intesa del 23 marzo 2005 definisce poi un meccanismo incentivante di premi e sanzioni finalizzato alla responsabilizzazione delle regioni negli equilibri economici e finanziari e nella riorganizzazione dell'offerta dei servizi sanitari. A tal fine utilizza la *Griglia Lea*, un sottoinsieme di indicatori del sistema di garanzia, per sbloccare la quota di finanziamento del SSN vincolata alla verifica degli adempimenti: in primis l'equilibrio di bilancio, certificato dal Tavolo adempimenti del Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) e quindi l'erogazione dei Lea in condizioni di appropriatezza ed efficacia, valutata dal Comitato Lea istituito con il dm 21/11/2005.

In sostanza il sistema di garanzia dei Lea registra la domanda, l'offerta dei servizi sanitari, e i relativi costi. Fanno inoltre parte del sistema informativo anche il *Sistema Tessera Sanitaria*, che dovrebbe permettere il monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni sanitarie; il *Programma Nazionale Esiti* che compara le strutture ospedaliere pubbliche e private, in termini di efficacia e sicurezza delle cure; il *Siveas* (Sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria) che dovrebbe controllare che i finanziamenti si traducano in prestazioni efficienti ed appropriate, oltre che affiancare le regioni in Piano di rientro, e più in generale tutte le attività per la redazione della *Relazione sullo stato sanitario del Paese*, che teoricamente dovrebbe essere alla base del ciclo della programmazione del SSN³.

Nel Patto per la salute 2010-2012 (art. 10) gli indicatori della Griglia Lea dell'intesa 23 marzo 2005 sono stati aggiornati, e dal 1° gennaio 2020 è entrato in vigore con il dm 12/03/2019 il *Nuovo sistema di garanzia* (NSG) per il monitoraggio dei Lea.

Figura 1 – Struttura degli indicatori della Griglia LEA

Livello di assistenza	Dimensioni del livello di assistenza	Indicatori	Peso complessivo del livello di assistenza
Assistenza collettiva	6	12	5
Assistenza distrettuale	9	14	10,89
Assistenza ospedaliera	4	8	9,11
Totale	19	34	25

Dal 2005 e fino al 2019 il sistema di monitoraggio della Griglia Lea è rimasto sostanzialmente immutato nel suo impianto, costruito su un set di *34 indicatori* per macro livelli di assistenza (collettiva, distrettuale e ospedaliera) (fig. 1). La

Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute sintetizza tali indicatori in un punteggio finale, indicativo del livello raggiunto dalla singola regione in termini di performance dei servizi sanitari regionali. La Griglia Lea per le singole regioni dovrebbe consentire di individuare sia le aree di criticità sia i punti di forza dell'assistenza sanitaria erogata.

Questo sistema di indicatori, i cui dati sono raccolti mediante un *questionario* compilato dalle regioni, restituisce però una risposta poco plausibile e metodologicamente discutibile per una serie di ragioni. Si tratta di una funzione di garanzia per il rispetto dei diritti dei cittadini che deve essere svolta puntualmente dal livello centrale, ma che di fatto è stata svolta in modo eccessivamente burocratico-formale, senza una adeguata prospettiva in termini di risposte effettivamente garantite alle persone, per di più in anni in cui la sanità pubblica si è fortemente indebolita. In tal senso, i cambiamenti che la pandemia ci costringe a vivere potrebbero costituire l'occasione per ripensare con mente fresca e attenta ai bisogni della popolazione a ogni possibile ulteriore miglioramento.

³ F. PALUMBO, M.G. LA FALCE, *Aspetti teorici e applicativi dei Lea in campi sanitario*, Quotidiano sanità edizioni, 2020, ottobre, pp. 1-178.

La figura 2 mostra la sintesi degli adempimenti per il 2018 della Griglia Lea. Al 2018 tutte le regioni a statuto ordinario risultano adempienti⁴. Si noti che il punteggio delle regioni a statuto speciale è in molti casi assente, non essendo le stesse sottoposte alla verifica degli adempimenti e quindi non avendo l'obbligo di trasmettere le informazioni (con l'eccezione della Sicilia che riceve ancora parte delle risorse dal Fondo Sanitario Nazionale).

Figura 2 – Punteggio finale della Griglia LEA

Regione	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Veneto	222	218	209	202	189	190	193
Emilia R.	221	218	205	205	204	204	210
Toscana	220	216	208	212	217	214	193
Piemonte	218	221	207	205	200	201	186
Lombardia	215	212	198	196	193	187	184
Liguria	211	195	196	194	194	187	176
Umbria	210	208	199	189	190	179	171
Abruzzo	209	202	189	182	163	152	145
Marche	206	201	192	190	192	191	168
Friuli Venezia Giulia*	206	193					
Basilicata	191	189	173	170	177	146	169
Lazio	190	180	179	176	168	152	167
Puglia	189	179	169	155	162	134	140
P.A. Trento*	185	185					
Molise	180	167	164	156	159	140	146
Sicilia	171	160	163	153	170	165	157
Campania	170	153	124	106	139	136	117
Calabria	162	136	144	147	137	136	133
Valle d'Aosta*	159	149					
Sardegna*	145	140					
P.A. Bolzano*	142	120					

In particolare, 16 regioni a statuto ordinario risultano valutate positivamente, ottenendo un punteggio uguale o superiore a 160 (livello considerato minimo accettabile). Tra queste, 9 regioni arrivano ad un punteggio superiore a 200 (Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte, Lombardia, Liguria, Umbria, Abruzzo e Marche) e 7 regioni si collocano in un punteggio compreso tra 160 e 200 (Basilicata, Lazio, Puglia, Molise, Sicilia, Campania e

Calabria). Con riguardo alle regioni a statuto speciale, che si ricorda non sono sottoposte alla verifica degli adempimenti, solo il Friuli Venezia Giulia e la Provincia Autonoma di Trento registrano un punteggio positivo, mentre Valle d'Aosta, Sardegna e la Provincia Autonoma di Bolzano si caratterizzano per punteggi inferiori a 160 e presentano diverse criticità all'interno di diversi macro-livelli di assistenza (anche se i dati disponibili sono parziali).

Al 2019, due regioni a statuto ordinario, Molise e Calabria, mostrano un drastico peggioramento del loro punteggio rispetto all'anno precedente, tanto da non raggiungere il livello ritenuto minimo accettabile. La flessione riguarda la gran parte delle regioni: il punteggio medio si riduce del 2,4% e del 4,3% rispettivamente per le regioni non in Piano di rientro e in Piano di rientro.

La fotografia che ci restituisce la Griglia Lea, con quasi tutte le regioni adempienti, testimonia le carenze della metodologia: non emergono le debolezze dei sistemi sanitari regionali, soprattutto nelle regioni sotto piano di rientro (ma non solo) con cui quotidianamente cittadini e pazienti fanno i conti. Il sistema di garanzia fotografa quindi quello che si vuole vedere o meglio quello che il sistema informativo può vedere. Tutto ciò che il sistema non è in grado di cogliere resta trascurato.

Inoltre, nella Griglia Lea, la sostanziale staticità di soglie e indicatori ha prodotto un effetto di adattamento che spiega il miglioramento degli indicatori, senza che, di fatto, ci sia un miglioramento della qualità e dell'efficacia dell'assistenza sanitaria. I fenomeni distorsivi sono peraltro tipici delle rilevazioni basate su *autocertificazioni*.

⁴ MINISTERO DELLA SALUTE, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e Risultati dell'anno 2018*, Roma 2020.

A partire dall'anno 2020, il dm 12 marzo 2019 prevede l'aggiornamento del Sistema di Garanzia dei Lea⁵. Il nuovo sistema di garanzia (NSG), rinnovato in molti aspetti, comprende 88 indicatori, una parte dei quali - 22 *indicatori CORE* - è oggetto di una simulazione in forma retrospettiva per verificare i risultati rispetto alla Griglia Lea nell'anno 2018 (fig.3).

Figura 3 – Indicatori CORE del NSG

AREA PREVENZIONE	AREA DISTRETTUALE	AREA OSPEDALIERA
<p>P01C – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)</p> <p>P02C – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPFR)</p> <p>P10Z – Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino</p> <p>P12Z – Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale</p> <p>P14C – Indicatore composito stili di vita</p> <p>P15C – Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, colon e mammella</p>	<p>D03C* - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a b/l termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco</p> <p>D04C* - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite</p> <p>D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso</p> <p>D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.</p> <p>D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici</p> <p>D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)</p> <p>D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria</p> <p>D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</p> <p>D33Z - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)</p>	<p>H01Z – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente</p> <p>H02Z – Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui</p> <p>H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario</p> <p>H05Z – Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni</p> <p>H013C – Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario</p> <p>H017C/H18C – Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti e Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti</p>

In particolare, i nuovi 88 indicatori si suddividono in:

- 16 indicatori di assistenza preventiva (6 Core);
- 33 indicatori di assistenza distrettuale (9 Core);
- 24 indicatori di assistenza ospedaliera (7 Core);
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale (ancora

molto debole);

- 10 indicatori di valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Il nuovo sistema è innovativo nelle finalità di valutazione e monitoraggio dell'attività sanitaria e integrato con il sistema di verifica degli adempimenti del MEF. Gli indicatori sono costruiti in modo da associare a ciascun Lea i processi di erogazione delle prestazioni in termini di efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

La valutazione dei PDTA⁶, come insieme di prestazioni integrate da diversi professionisti ed erogate a più livelli (ambulatoriale, territoriale o ospedaliero), considera la qualità percepita, l'umanizzazione delle cure, l'equità geografica e sociale all'interno e tra le regioni. I 10 indicatori PDTA prescindono dal modello organizzativo regionale, sono stati selezionati per impatto sulla popolazione (2 Broncopneumopatia cronico ostruttiva, BPCO; 2 Scompenso cardiaco; 1 Diabete; 1 Tumore della mammella nella donna; 2 Tumore del colon; 2 Tumore del retto) e misurano effetti attesi per tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. In particolare, considerano l'aderenza alle terapie farmacologiche e ai controlli periodici dei marcatori di malattia, la tempestività degli interventi terapeutici chirurgici e medici. La validità di questi indicatori di processo è stata verificata con gli indicatori relativi ad alcuni esiti di salute, quali il ricovero per complicanze o il decesso.

È stata inoltre prevista una revisione annuale del set di indicatori da parte di un gruppo di esperti composto da tecnici operanti sui tre livelli di assistenza. Tale gruppo

⁵ MINISTERO DELLA SALUTE, Servizio sanitario nazionale: i Lea, Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG): https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&cid=5238&area=lea&menu=monit_orsaggioLea&tab=1

⁶ MINISTERO DELLA SALUTE, *Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali Metodologia per il calcolo degli indicatori*, Roma 2018.

valuta l'affidabilità, la significatività e la rilevanza dei singoli indicatori e ne propone al Comitato Lea l'eventuale conferma, modifica o sostituzione da un anno all'altro.

In breve, è stato avviato un processo di valutazione di aspetti troppo frequentemente trascurati. Nel NSG, affinché una Regione sia considerata adempiente, il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi in un intervallo di 60-100 punti. Un punteggio inferiore a 60, anche in una sola macro area di assistenza, comporterà un esito negativo nella valutazione. Ne deriva che, al contrario della Griglia Lea previgente, la nuova metodologia non sintetizza in un unico punteggio la valutazione dei tre livelli, ma misura in maniera indipendente la garanzia di ciascuno di essi, e all'interno di ciascun Lea sono individuabili gli indicatori critici, il loro trend e la significativa rilevanza a livello territoriale.

La pandemia ha messo in luce quanto sia importante avere una valutazione di come funziona il settore della prevenzione e quello dell'assistenza distrettuale, evitando di concentrarsi soltanto sull'assistenza ospedaliera sulla quale peraltro abbiamo una mole di informazioni relativamente più robusta e aggiornata sotto tutti i punti di vista.

Al fine di testare il NSG, il Ministero della salute ha applicato il nuovo sistema alle rilevazioni riferite all'anno 2018.

Figura 4 – NSG Simulazione 2018 Indicatori CORE

Regioni adempienti	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	
PIEMONTE	93.04	88.31	85.59	>80%
LOMBARDIA	89.94	69.24	79.93	70-80%
PA TRENTO	93.02	72.90	94.18	60-70%
VENETO	91.72	94.65	85.93	50-60%
FRIULI VENEZIA GIULIA	73.20	76.42	82.94	40-50%
LIGURIA	83.50	86.84	75.84	<40%
EMILIA ROMAGNA	93.26	94.62	90.70	
TOSCANA	88.48	89.79	90.91	
UMBRIA	93.92	67.48	87.33	
MARCHE	82.03	76.70	77.04	
ABRUZZO	86.24	69.21	68.54	
PUGLIA	79.39	66.30	72.14	
Regioni inadempienti	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	
VALLE D'AOSTA	72.30	36.70	71.54	
PROV. AUTON. BOLZANO	51.86	54.69	71.38	
LAZIO	84.99	59.60	73.25	
MOLISE	79.55	59.87	44.74	
CAMPANIA	74.67	63.42	58.07	
BASILICATA	84.16	45.09	75.83	
CALABRIA	64.03	58.44	47.22	
SICILIA	50.76	69.32	n.c.	
SARDEGNA	75.78	34.50	64.60	

La simulazione del NSG sui dati del 2018 (fig. 4) restituisce una fotografia delle regioni completamente diversa da quella conosciuta con la vecchia Griglia Lea. Se con il vecchio sistema le regioni erano tutte adempienti, con il NSG, considerando i 22 indicatori Core, soltanto 12 regioni su 20 soddisfano i Lea (9 regioni nel 2019). Tutte le altre regioni sono invece considerate non

adempienti, a vari livelli di gravità.

La sperimentazione in corso consente di fare qualche passo avanti. Ogni regione calcola gli indicatori di processo utilizzando la metodologia fornita dalla Direzione generale della programmazione sanitaria. Le fonti dei dati hanno come unità di osservazione/rilevazione la singola prestazione (dimissione, visita, prescrizione farmaceutica) e sono interconnesse in modo da poter seguire il paziente attraverso i diversi accessi alle strutture sanitarie (come previsto dal DM n. 262 del 7 dicembre 2016).

Diversi sono tuttavia gli aspetti problematici che permangono anche nel NSG.

Gli aspetti problematici

In via del tutto preliminare si rileva che una piattaforma informatica brevettata BEAVER ®⁷ con algoritmi SAS gestisce le fonti informative interconnesse presso il Ministero della salute. Un Gruppo di lavoro fornisce il supporto tecnico per elaborazioni degli indicatori. Questo aspetto, appare particolarmente sorprendente, poiché rivela l'ennesima esternalizzazione del livello centrale di governo di funzioni importanti per il SSN.

Nel quadro dei flussi informativi, tutti gli indicatori dell'assistenza distrettuale sono costruiti a partire da flussi informativi ancora oggi considerati dallo stesso Ministero *insufficienti* per qualità e/o livelli di copertura e quindi non in grado di descrivere secondo principi di adeguatezza e completezza le realtà regionali. Più in generale, si è consolidata nel tempo la tendenza a concentrarsi soltanto sui flussi informativi ospedalieri e farmaceutici, puntando l'attenzione sulle acuzie e trascurando il territorio, erroneamente considerato meno rilevante per la tutela della salute dei cittadini. È invece sull'assistenza distrettuale che si deve fare molto di più di quanto fatto finora, colmando le carenze e potenziando la capacità di monitorare ciò che si fa sul territorio.

Carente appare anche la metodologia, ovvero la scelta degli indicatori, gli standard di riferimento, le soglie utilizzate. La metodologia di valutazione comprende un sistema di pesi che attribuisce ad ogni indicatore un peso di riferimento, e assegna dei punteggi rispetto al livello raggiunto dalla regione nei confronti di standard nazionali. Ma oltre quale soglia si può dire che una regione è adempiente e sotto quale soglia si può dichiarare una regione inadempiente? Il Ministero sottolinea come «la scelta delle soglie dei valori degli indicatori dipende da diversi fattori: laddove siano disponibili si consultano provvedimenti, documenti programmatici istituzionali nazionali ed internazionali, progetti di ricerca. Se non sussistono ci si avvale dell'analisi delle distribuzioni fatte con i dati disponibili e su scelte di natura politica e di condivisione tra i rappresentanti del Comitato Lea»⁸. Si finisce quindi col ricorrere a medie o mediane nazionali, una soluzione piuttosto discutibile perché assegna impropriamente al dato nazionale il valore di riferimento e considera adempienti le realtà con valori prossimi a quello nazionale anche quando quest'ultimo è nettamente inadeguato. Il sistema restituisce in tali casi l'immagine delle differenze interregionali più che il rispetto dei Lea. Si pensi ad esempio all'assistenza domiciliare integrata garantita alle persone ultra65enni, tipologia di assistenza gravemente carente in tutto il Paese, rispetto alla quale sono considerate “normali” le regioni con valori appena superiori al dato nazionale (pari a 1,88% nel 2018), valore assolutamente insufficiente.

⁷ F. REA, P. PUGNI, D. PESCHINI, L. PALMIERI, S. GIAMPAOLI, F. CARLE, G. CORRAO, *Real-world assessment of healthcare provided by the National Health Service: The network of regional Beaver® research platforms*, in *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, vol. 14, n. 3, suppl. 2, 2017.

⁸ MINISTERO DELLA SALUTE, *Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia Lea*, Roma 2012.

Figura 5 – Percentuale di parti cesarei primari

		Peso	Valore normale	Scost minimo	Scost. rilevante ma in miglior	Scost non accettabile
2017/ 2018	> 1000 casi	1	<= 25,00%	25,01% - 30,00%	> 30,00% e in diminuzione	> 30,00% e non in diminuzione
	< 1000 casi	0,50	<= 15,00%	15,01% - 20,00%	> 20,00% e in diminuzione	> 20,00% e non in diminuzione
2014		1	<= 18%	18%-23%	> 23% e in riduzione	> 23% e non in riduzione
2012		1	<=20%	20-23%	>23% in riduzione	>23% non in riduzione

La revisione sistematica dell'OMS del 2015 indica che un tasso di tagli cesarei fino al 10%-15% è associato ad una riduzione della mortalità materna-neonatale e infantile.

L'esempio dei parti cesarei primari può chiarire i motivi di preoccupazione (fig. 5). Gli indicatori si modificano nel tempo, cosa di per sé non negativa (qualche grado di flessibilità può essere utile), ma con quali effetti nelle comparazioni intertemporali? Cambiano anche le soglie e i pesi assegnati ai singoli

indicatori. Fino al 2014 la percentuale di parti cesarei primari aveva un solo indicatore, successivamente le percentuali sono state differenziate tra le strutture ospedaliere che effettuano più di mille parti all'anno e quelle dove se ne fanno meno. Questa suddivisione ha modificato il valore considerato normale: prima era 20% poi è diventato 18% e successivamente è stato fissato a 25% e 15%. Ovviamente sono cambiati i pesi e gli scostamenti minimi che possono essere considerati accettabili.

Figura 6 – Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti

	Peso	Valore normale	Scost minimo	Scost. rilevante ma in miglior	Scost non accettabile
2017	1,17	$\geq 9,80$	$\geq 4,81$ e $< 9,80$	$< 4,81$ e in aumento	$< 4,81$ e non in aumento
2014	1,11	$\geq 6,60$	$\geq 4,4$ e $< 6,6$	$< 4,4$ e in aumento	$< 4,4$ e non in aumento
2012	1,11	≥ 10	6 - 9,9	< 6 e in aumento	< 6 e non in aumento

Un altro esempio è dato dall'assistenza agli anziani in strutture residenziali (fig. 6), un tema sul quale è necessario riflettere dopo la pandemia. Per questo indicatore non si possiedono standard di

riferimento, e il valore normale preso in considerazione è la mediana nazionale. Ne risulta che in un anno viene considerato normale chi ha più di 10 posti letto per mille anziani residenti, in un altro anno chi ne ha più di 6.6, in un altro anno ancora chi ne ha più di 9.8. L'analisi dello scostamento rispetto al valore normale rivela la grande variabilità dell'indicatore, in base ai modelli di assistenza adottati dalle singole regioni. La presenza di regioni con una dotazione di 25-30 posti letto per mille anziani residenti, a fronte di un valore mediano di poco inferiore a 10, rivela scelte regionali a favore del ricovero in residenze, a discapito dell'assistenza domiciliare e semiresidenziale. Scelte che la pandemia ci ha costretto a mettere in discussione, affrontando la fatica di ragionare sugli obiettivi di qualità e sicurezza verso cui il SSN deve spostarsi.

Effetti distorsivi possono inoltre essere generati dagli *effetti di adattamento* da parte delle regioni che si allineano con rapidità agli indicatori per la verifica dei Lea, o ancora dal fatto che i flussi sono prodotti con *autocertificazioni* delle regioni, con conseguenti fenomeni opportunistici tendenti a far apparire la regione adempiente, per evitare le penalizzazioni e per consentire al presidente pro tempore di vantare meriti (in realtà frutto di metodologie poco solide).

Infine, sussiste un problema nella stessa composizione del Comitato Lea per la verifica degli adempimenti. Il Comitato consta di 4 rappresentanti del Ministero

della salute; 2 rappresentanti del MEF; 1 rappresentante del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del consiglio dei ministri; 7 *rappresentanti delle regioni* designati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome. La certificazione degli adempimenti è effettuata dai componenti del Comitato Lea che stabiliscono annualmente gli adempimenti e i relativi criteri di valutazione. Il lavoro istruttorio viene condotto dagli uffici del Ministero della salute, AIFA e Agenas, competenti nelle singole materie e successivamente esaminato e convalidato dai componenti del Comitato Lea. Prima della conclusione dell'intera procedura, è previsto un confronto interattivo con i rappresentanti regionali.

In sostanza, un sistema che deve *dare senso e contenuto* alla tutela di un diritto costituzionale, funzione propria del livello centrale, è composto per la metà dalle stesse regioni che devono essere monitorate, regioni che possiedono una grande competenza tecnica nel merito dei singoli aspetti ma anche una grande capacità di intervento nei dettagli della metodologia (per evitare giudizi di inadempienza). Possiamo per esempio affermare che il miglioramento dei conti per le regioni in piano di rientro si sia accompagnato davvero al miglioramento degli indicatori Lea? La risposta (affermativa) della Griglia Lea è poco plausibile e metodologicamente discutibile.

In definitiva, il sistema di garanzia dei Lea, quello vecchio così come quello nuovo, presenta ancora criticità su aspetti essenziali che i flussi informativi non sono in grado di cogliere, questioni sempre ripresentate nei vari patti della salute ma alle quali non sono ancora stati applicati processi di valutazione adeguati.

L'importante lavoro svolto dal Ministero della salute per la definizione e l'aggiornamento dei Lea, che qualifica la sanità come unico settore che ha raggiunto in tale ambito risultati importanti, resta quindi non adeguatamente accompagnato da un altrettanto significativo impegno in tema di monitoraggio dei Lea.

Va peraltro sottolineato che, nonostante l'attività svolta dalla Commissione per l'aggiornamento continuo dei Lea, il riordino di alcune importanti aree di assistenza - quali l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'assistenza protesica - rimane ancora sulla carta, per la mancata ridefinizione delle tariffe. Le innovazioni introdotte nel 2017, importanti per un'assistenza al passo con le nuove evidenze scientifiche e tecnologiche, restano quindi al palo in attesa di un accordo con le regioni. Sul tema dei ritardi nell'applicazione dei nuovi Lea, Silvia Arcà⁹ afferma che «le regioni "virtuose" che hanno la possibilità di ampliare le tutele per la propria popolazione (Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna in testa) sono del tutto disinteressate alla "situazione generale", mentre le regioni in difficoltà hanno forse il timore che l'entrata in vigore dei nuovi nomenclatori imporrebbe scelte difficili per mantenere saldo il governo della spesa e preferiscono di gran lunga che le decisioni siano prese (o non prese) da altri». C'è una sostanziale indifferenza, disattenzione, disinteresse per motivi diversi da parte delle regioni intente a proteggere se stesse e i propri interessi politici in una partita giocata in maniera inadeguata.

In conclusione, molte questioni restano aperte sulle capacità del nostro sistema informativo sanitario di offrire una chiara lettura dell'operato delle regioni e di cosa riescono a garantire ai cittadini. Un'analisi non ingessata richiederebbe un reale monitoraggio dei Lea nell'interesse complessivo della nazione e delle stesse regioni, in una prospettiva lungimirante e non particolaristica. Il fatto che le regioni siano principalmente interessate alla liquidità da svincolare non è solo deludente, ma dimostra quanto la loro *governance* manchi di una cultura della tutela del diritto costituzionale alla salute dell'individuo e della collettività.

⁹ ARCA *Che fine hanno fatto i nuovi Livelli essenziali di assistenza?* Sanità24, Il Sole24ore, 30 maggio 2019.

Il livello centrale deve imparare a verificare meglio il rispetto dei Lea, rafforzando il sistema di monitoraggio ed epurandolo da interessi confliggenti. Il passo avanti fatto nel 2020 con l'entrata in vigore del NSG è importante ma non basta.

Resta infine aperta la questione delle regioni a statuto speciale che non solo non sono obbligate a rendicontare l'utilizzo delle risorse, ma continuano a rivendicare un eccesso di autonomia di fronte a diritti costituzionali da garantire in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, complice una certa soggezione da parte del livello centrale nei loro confronti.

Più in generale, tutte le regioni hanno bisogno di recuperare un maggiore impegno nella tutela della salute, non solo in termini di spesa ma soprattutto di adeguatezza delle risposte alla persona e alla collettività. Passi avanti devono essere fatti anche per una migliore capacità di osservare e ridurre le diseguaglianze non solo fra regioni ma anche all'interno delle regioni, soprattutto nelle aree più critiche. Su tali questioni è necessario un maggior impegno da parte di tutte le istituzioni.