

Convegno regionale C.A.R.D. Veneto

“In tempi di tagli, una garanzia: La continuità delle cure”

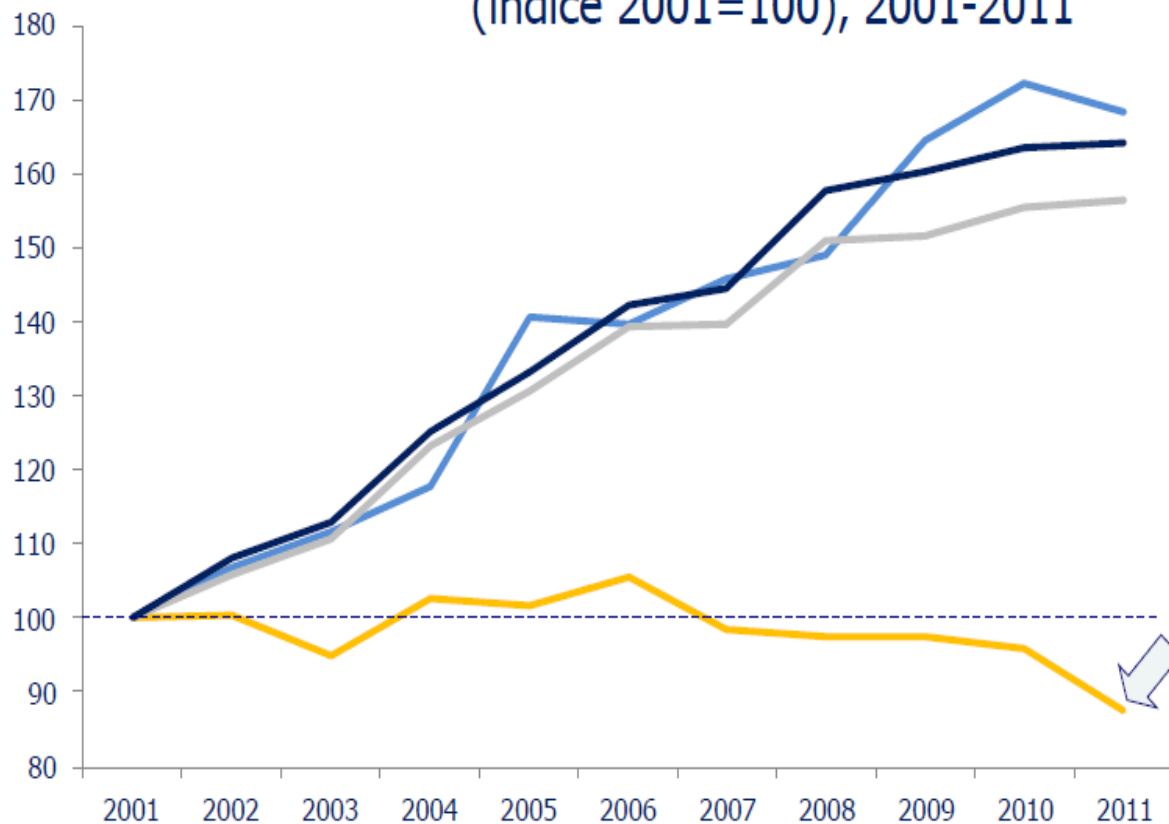
Lo stato dell'arte dei LEA distrettuali in Italia.
Vincoli normativi e indicazioni dei necessari aggiornamenti

Padova, 5 aprile 2013

Mariadonata Bellentani

Il trend della spesa sanitaria pubblica

Evoluzione delle principali voci della spesa sanitaria pubblica (indice 2001=100), 2001-2011



La spesa farmaceutica si è ridotta ulteriormente rispetto alle altre principali voci della spesa sanitaria pubblica

Ass. Farmaceutica

Ass. Generica e Specialistica

Ass. Ospedaliera

Altre prestazioni e servizi sanitari

I principi generali

(art. 1, commi 7 e 8, del D.lgs. 502/92 e s.m.i.; DPCM 29 novembre 2001 sui LEA)

Scelte di evidence
based policy
making:
le migliori
evidenze
scientifiche, con
assunzione a carico
del SSN delle
attività di
documentata
efficacia

“I LEA includono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate”.

“I LEA escludono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che:

- non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN;
- non soddisfano il principio dell'efficacia e della appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze”.

Il sistema di garanzia dei LEA

“Commissione nazionale per definizione e aggiornamento LEA”

presso il Ministero della Salute (art. 4-bis L. 112/2002)

- Provvede alla inclusione, esclusione, modifica delle prestazioni e alla formulazione di indicazioni cliniche in base ad evidenze scientifiche ed innovazioni tecnologiche; le modifiche richiedono un DPCM

“Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA”,

presso il Ministero della Salute (Accordo 23 marzo 2005)

- verifica l'effettiva erogazione dei LEA, la corrispondenza tra la spesa sostenuta e quella prevista, il rispetto dei criteri di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse

“Tavolo per la verifica degli adempimenti”

presso il Ministero dell'Economia (Accordo 23 marzo 2005)

La revisione dei LEA proposta con DPCM 23 aprile 2008 non entrato in vigore

Il decreto prevedeva un cambiamento di prospettiva: definire il contenuto “positivo” dei Lea, piuttosto che individuare le prestazioni escluse, totalmente o parzialmente, dai LEA.

Inoltre, per l’area distrettuale, si introduceva il concetto dei *“percorsi assistenziali integrati”* di tipo sociosanitario, e non solo prestazioni

Con 56 articoli e una serie di allegati

- ✓ Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- ✓ Dispositivi medici monouso
- ✓ Principi generali per l’erogazione dei dispositivi medici monouso
- ✓ Presidi per persone affette da patologia diabetica
- ✓ Specialistica ambulatoriale - Nomenclatore e note di laboratorio
- ✓ Fattori di rischio per l’erogazione delle prestazioni di densitometria ossea
- ✓ Condizioni per l’erogazione della chirurgia refrattiva
- ✓ Criteri di erogazione delle prestazioni odontoiatriche
- ✓ Ausili su misura; Ausili di serie, Ausili pronti per l'uso, Prestazioni professionali
- ✓ Elenco Drg ad alto rischio di non appropriatezza in Ricovero Ordinario;
- ✓ Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in Day Surgery - trasferibili in regime ambulatoriale
- ✓ Elenco malattie rare esentate dalla partecipazione al costo
- ✓ Elenco malattie croniche esentate dalla partecipazione al costo

Il sistema di monitoraggio

- Opera prevalentemente a livello “macro”
- I principale strumenti:
 - Questionario LEA
 - Flussi informativi, ora riguardanti anche il territorio:
 - Flusso SIAD, FAR, EMUR, PS, Dispositivi medici, Hospice, Specialistica ambulatoriale, farmaceutica convenzionata, diretta e per conto, etc

Le basi concettuali:

- Il DM 12 dicembre 2001 – Indicatori per il monitoraggio LEA
- L’Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005
- Patto per la Salute 2010-2012
- Legge 135 del 2012 (art.15, c.13) - 3,7 pl. x 1.000 abitanti ... e bozza di regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, da fissarsi tenendo conto della mobilità interregionale, nel rispetto dell'organizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei

- La definizione di standard nazionali rimane limitata:
 - L. 135/2012, art. 13, comma 3 sull'assistenza ospedaliera (3 p.l. per acuti + 0,7 p.l. post-acuti per mille abitanti...)
 - La proposta di regolamento non è ancora approvata
- Altri riferimenti nazionali (linee guida, report di HTA) richiedono ulteriore implementazione
- Quali riferimenti per l'assistenza territoriale?

Adempimento “mantenimento dell’erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia Lea

La verifica sintetica avviene attraverso la raccolta dati e informazioni e l’utilizzo di un set di indicatori selezionati appositamente dai rappresentanti del Comitato LEA, con il fine di conoscere l’erogazione dei livelli di assistenza nelle regioni ed evidenziare le eventuali criticità.

Elenco sintetico di 21 indicatori di efficienza ed appropriatezza:

Livello di assistenza	N. indicatori	Peso
Assistenza collettiva	6	5
Assistenza distrettuale	9	10
Assistenza ospedaliera	6	10

le regioni sono tenute a rispettare, individuato come «Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali» è fissato in >

Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia Lea

Livello di assistenza	N. indicatori	Peso (P)
Assistenza distrettuale	9	10

7 Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrica, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età) P 1
8 Distrettuale anziani	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI P 1
9 Distrettuale anziani	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1000 anziani residenti P 1,25
10 Distrettuale disabili	Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti P 1
11 Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) P 1
12 Distrettuale farmaceutica	Costo (%) dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto) P 2
13 Distrettuale Specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti P 0,75
14 Distrettuale salute mentale	Utenti in carico nei centri di salute mentale per 100.000 ab. P 1
21 Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso P 1

Adempimento “mantenimento dell’erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia Lea

Al set di indicatori sono attribuite , oltre ai pesi, delle soglie

Le soglie sono suddivise in 5 classi a cui è assegnato un punteggio

Valore normale	Scostamento minimo	Scostamento rilevante ma in miglioramento	Scostamento non accettabile	Dato mancante o palesemente errato
9	6	3	0	-1

La somma dei prodotti dei pesi per il punteggio delle soglie fornisce un risultato finale che costituisce la valutazione globale della regione rispetto all’adempimento sul “mantenimento dei LEA”.

I punteggi finali vengono poi suddivisi in 3 classi:

<i>Valutazione</i>	<i>Intervallo del punteggio</i>
Adempiente	> 160
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	130 - 160
Critica	< 130

A titolo di esempio, nella Griglia LEA, il parametro di riferimento che le regioni sono tenute a rispettare, individuato come

Indicatore 8 “Percentuale di anziani \geq 65 anni trattati in ADI è fissato in
 \geq 4% come valore normale
<3,5% e non in aumento, valore inaccettabile

Indicatore 9 - Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali” è fissato in
 \geq 10 p.l. ogni 1.000 anziani residenti come valore normale
= 6 p.l. ogni 1.000 anziani residenti, valore considerato inaccettabile

Quadro strategico nazionale (QSN) 2007-2013:

L'obiettivo generale è supportare le otto regioni del Mezzogiorno nella realizzazione degli interventi tesi al raggiungimento dell'obiettivo di servizio S.06 («Incremento della percentuale di anziani beneficiari di ADI dall'1,6 % al 3,5 %»).

Parametri dei principali Paesi UE:

50-60 p.l. per mille abitanti anziani (Comas-Herrera et al., 2003)

Adempimenti LEA

Risultati della valutazione 2010

- Otto Regioni hanno garantito, la piena erogazione dei LEA.
- Liguria e Abruzzo risultano adempienti, ma con riserva su alcuni indicatori.
- Le altre risultano inadempienti con rinvio ai rispettivi piani di rientro.

Valutazione	Regione	Impegno
Adempiente	Emilia R.	
	Umbria	
	Toscana	
	Marche	
	Veneto	
	Piemonte	
	Lombardia	
Basilicata		
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Liguria	*Impegni 2011: <ul style="list-style-type: none"> • Incremento delle attività riferite al primo livello di assistenza (es. programmi di screening) • Riduzione del tasso di ospedalizzazione
	Abruzzo	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi alle cure palliative ed all'assistenza domiciliare e residenziale
Critica	Molise	• Rinvio al Piano di Rientro.
	Lazio	• Rinvio al Piano di Rientro
	Sicilia	• Rinvio al Piano di Rientro
	Calabria	• Rinvio al Piano di Rientro
	Campania	• Rinvio al Piano di Rientro
	Puglia	• Rinvio al Piano di Rientro

D.l. n.158/2012 (conv. in L. n.189 dell' 8/11/2012)

Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute

Art. 5 – Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento alle persone affette da malattie croniche, da malattie rare, nonché da ludopatia

- *Comma 1: “[.....] con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 31 dicembre 2012, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, con prioritario riferimento alla riformulazione dell'elenco delle malattie croniche di cui al decreto del Ministro della sanità 28 maggio 1999, n. 329, e delle malattie rare di cui al decreto del Ministro della sanità 18 maggio 2001, n. 279, [.....] al fine di assicurare il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze”.*
- *Comma 2: “Con la medesima procedura di cui al comma 1 e nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, si provvede ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'OMS.”*

Schema di DPCM di aggiornamento dei Lea ai sensi della Legge 189 del 2012

Lo schema di DPCM è approvato dal Consiglio dei Ministri il 29 dicembre 2012 e trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni prevede:

Esenzione per patologia più ampia:

- **Revisione del d.m. n. 329/1999, e s.m.i., in materia di esenzione per le malattie croniche e invalidanti**
 - sei patologie croniche diventano esenti (Sarcoidosi, Osteomielite cronica, Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), Rene policistico autosomico dominante, Patologie renali croniche, Sindrome da talidomide)
 - inserimento tra le malattie croniche di patologie già esenti come rare : Malattia celiaca e Sindrome di Down
- **Revisione del d.m. n. 279/2001, e s.m.i., in materia di esenzione per malattie rare**
 - estesa ad altre 110 patologie rare

Ludopatia nei Lea delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione

“Assistenza socio sanitaria alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso di sostanze”.

le persone affette da ludopatia possono usufruire dei servizi territoriali per le dipendenze (SERT, Centri diurni, ecc.) già attivi nelle Asl.

Schema di DPCM di aggiornamento dei Lea ai sensi della Legge 189 del 2012

Misure per l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale

Le Regioni attivano programmi di verifica sistematica **dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa dell'assistenza specialistica ambulatoriale**, attraverso il controllo delle prestazioni prescritte ed erogate a pazienti con specifiche condizioni cliniche e, comunque, di almeno **il 5% delle prestazioni prescritte**.

Si prevede l'obbligo del medico prescrittore di indicare nella ricetta **il quesito o il sospetto** diagnostico che motiva la prescrizione, pena la inutilizzabilità della ricetta stessa.

Misure per la diffusione di procedure analgesiche in corso di travaglio e parto vaginale

Le Regioni individuano nel proprio territorio le strutture che effettuano tali procedure e che sviluppino appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse

D.l. n.158/2012 (conv. in L. n.189 dell' 8/11/2012)

Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute

Art. 1. - Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie

*“ Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono **forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali Nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie ...** ”*

- **AFT** condividono, in forma organica, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi
- **UCCP** erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il **coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionale con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.**
- Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto, gli ACN con i MMG, PLS e Spec. Amb. devono essere adeguati nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti ACN e nel rispetto dell'art.15, comma 25 del D.l. n.95/2012 convertito in L. n.135/2012 (Spending Review)
- Entro successivi 90 giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi AIR

Fondo per le Non Autosufficienze 2013

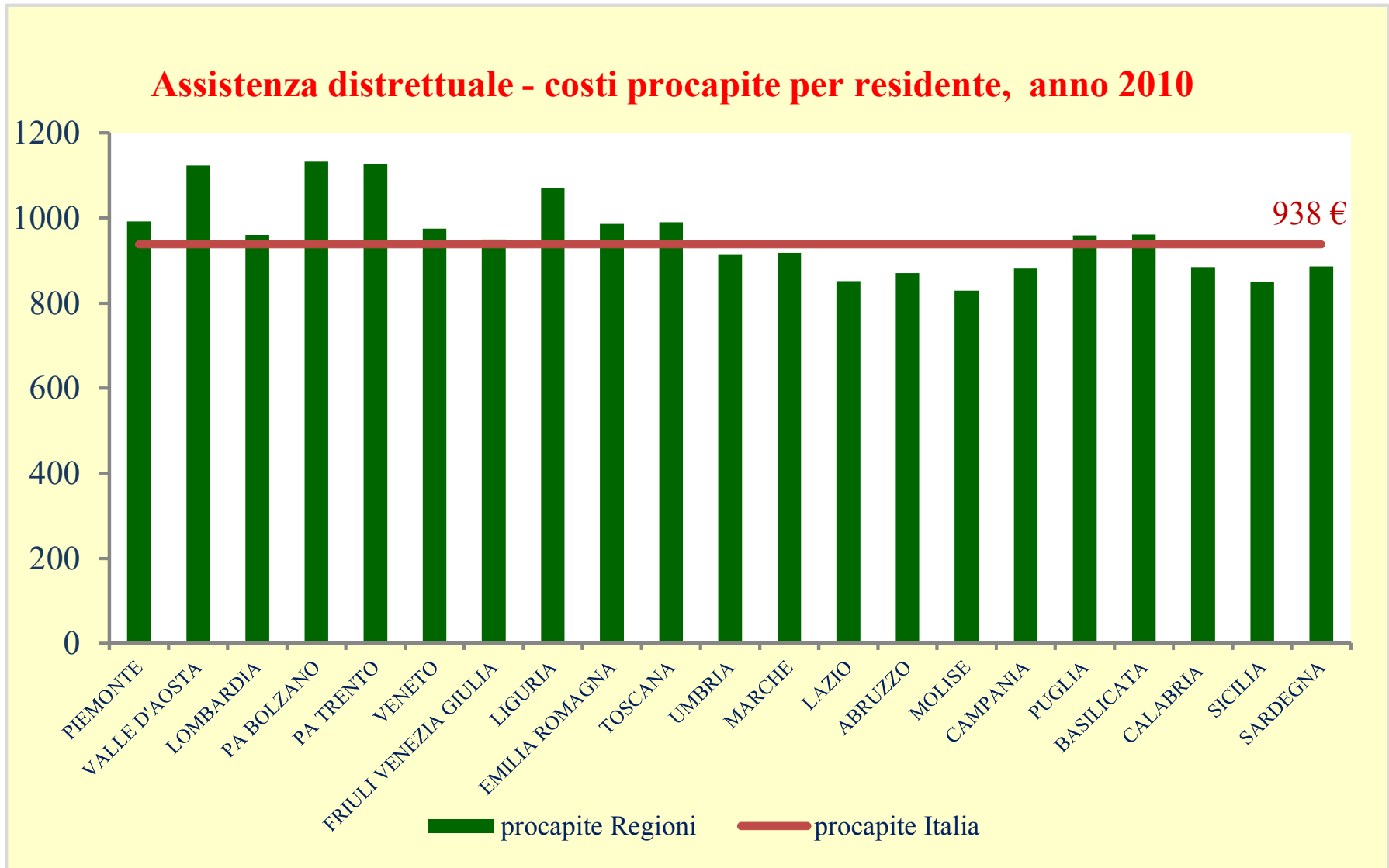
Intesa Conferenza Unificata 24.01.2013, ex Legge di Stabilità 228/2012 art. 1 c. 272

	2013	%
Piemonte	21.752.500,00	7,91
Valle d'Aosta	687.500,00	0,25
Lombardia	41.552.500,00	15,11
Bolzano	2.090.000,00	0,76
Trento	2.310.000,00	0,84
Veneto	21.092.500,00	7,67
Friuli-Venezia Giulia	6.242.500,00	2,27
Liguria	9.377.500,00	3,41
Emilia-Romagna	21.725.000,00	7,90
Toscana	19.305.000,00	7,02
Umbria	4.785.000,00	1,74
Marche	7.947.500,00	2,89
Lazio	23.952.500,00	8,71
Abruzzo	6.710.000,00	2,44
Molise	1.897.500,00	0,69
Campania	23.017.500,00	8,37
Puglia	17.710.000,00	6,44
Basilicata	3.025.500,00	1,11
Calabria	9.680.000,00	3,52
Sicilia	22.687.500,00	8,25
Sardegna	7.425.000,00	2,70
ITALIA	275.000.000,00	100,00

Con 30% destinato
all'assistenza
domiciliare per
disabilità gravissime,
inclusa la SLA

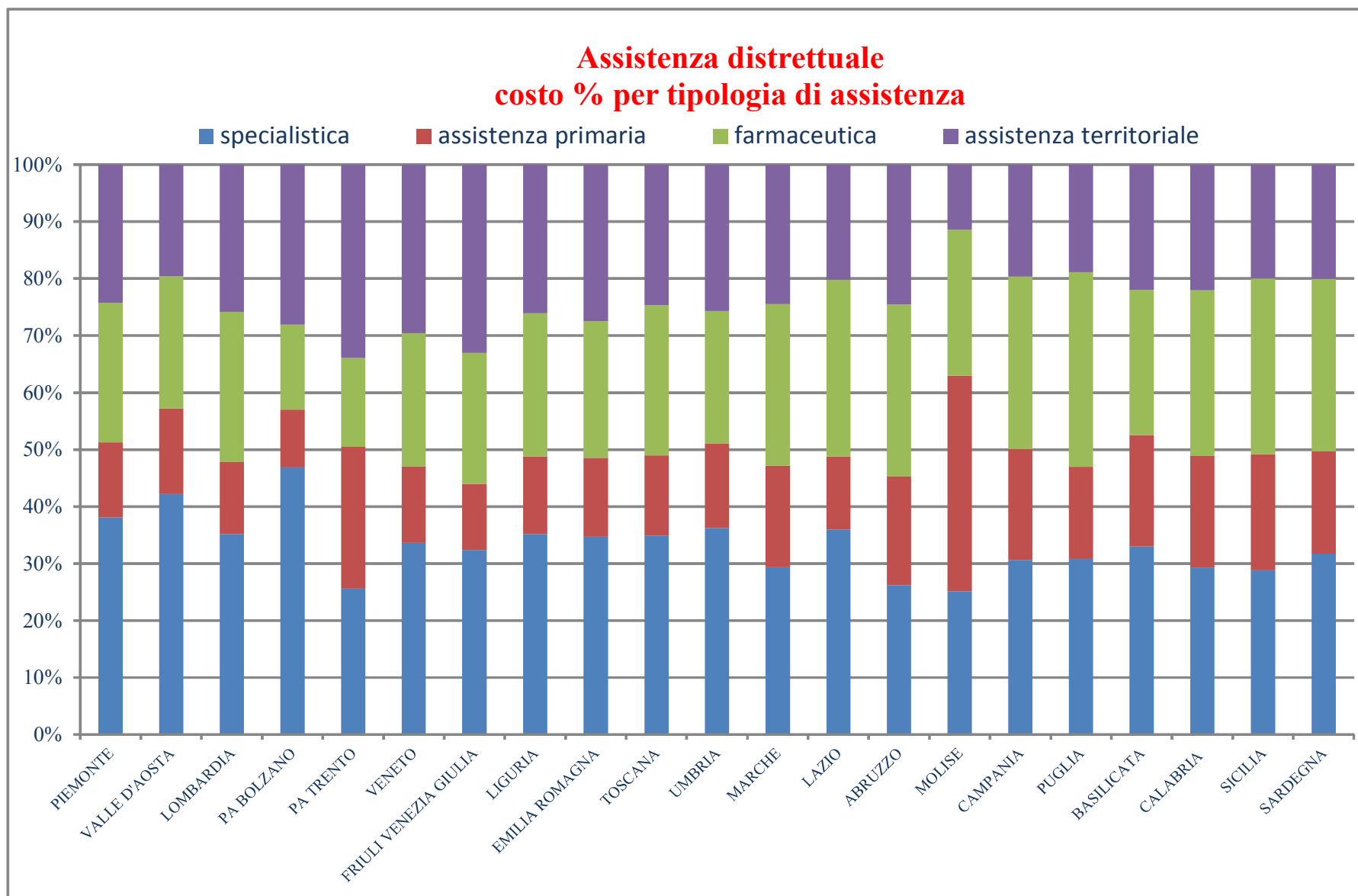
Assistenza distrettuale

Costo procapite, pesato – anno 2010



Assistenza distrettuale

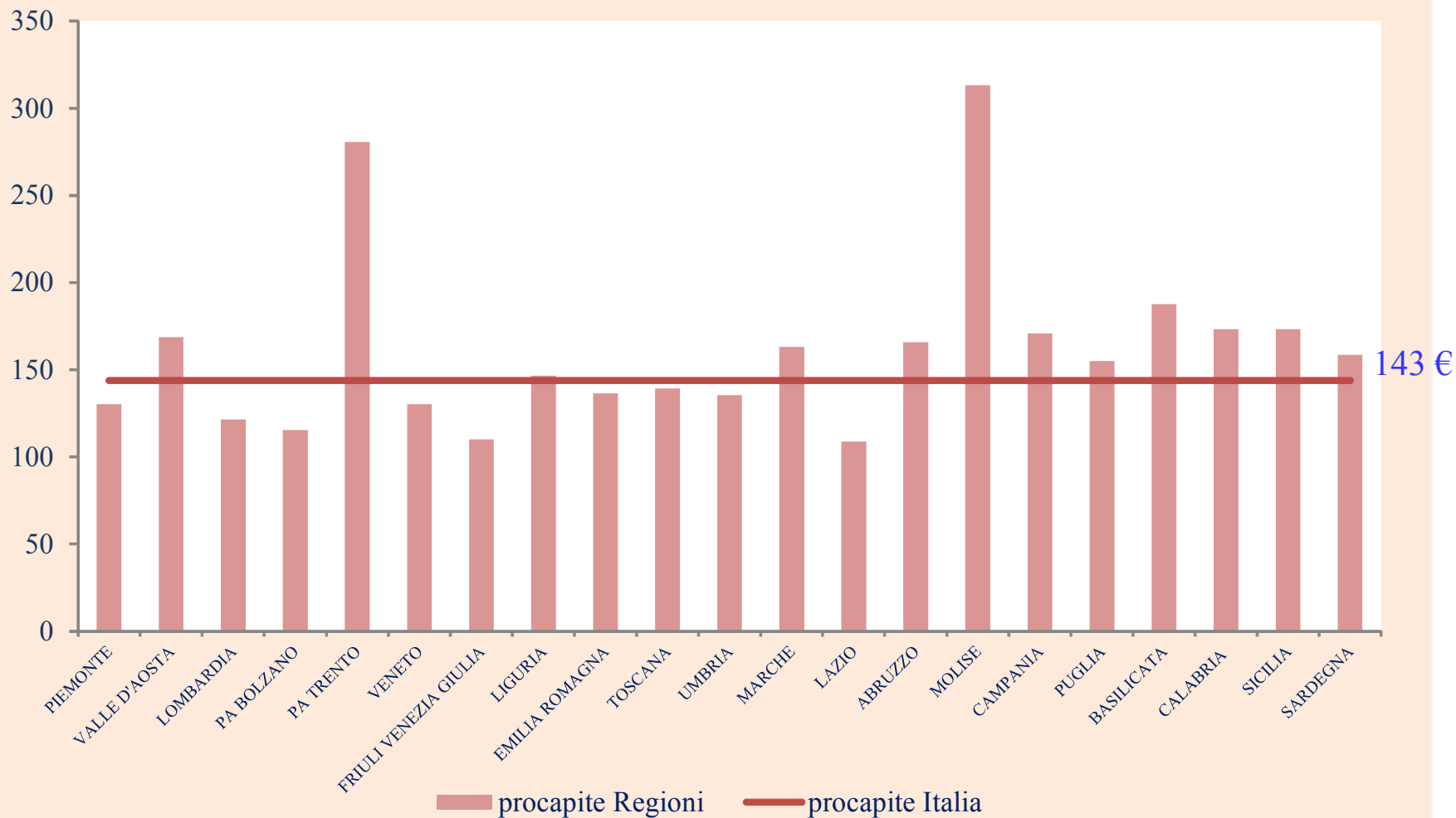
Costo procapite Italia = 938 euro



Assistenza primaria

Costo procapite pesato – anno 2010

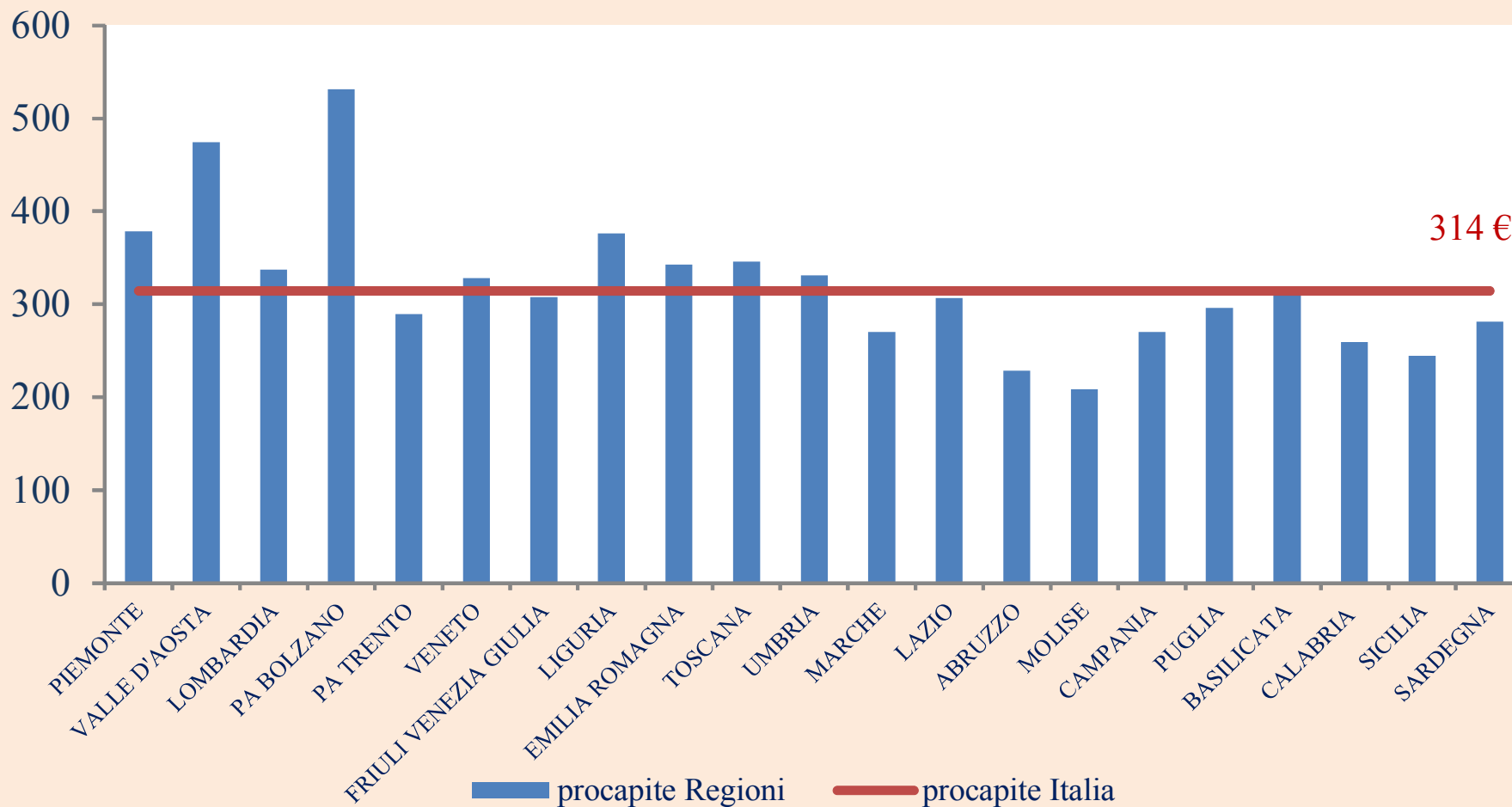
Assistenza primaria - costo procapite 2010



Assistenza specialistica

Costo procapite pesato – anno 2010

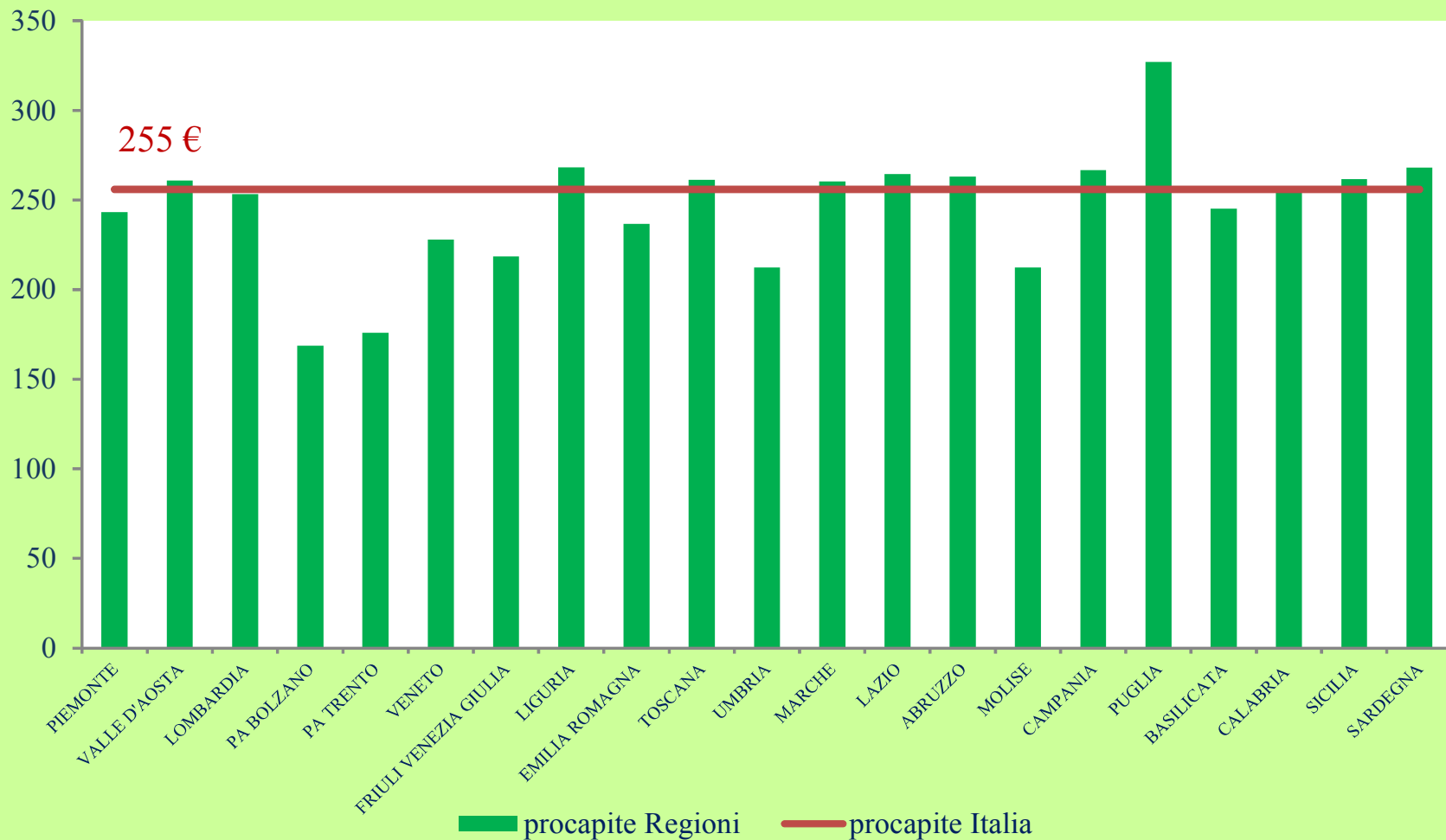
Assistenza specialistica - costi procapite, anno 2010



Assistenza farmaceutica

Costo procapite pesato – anno 2010

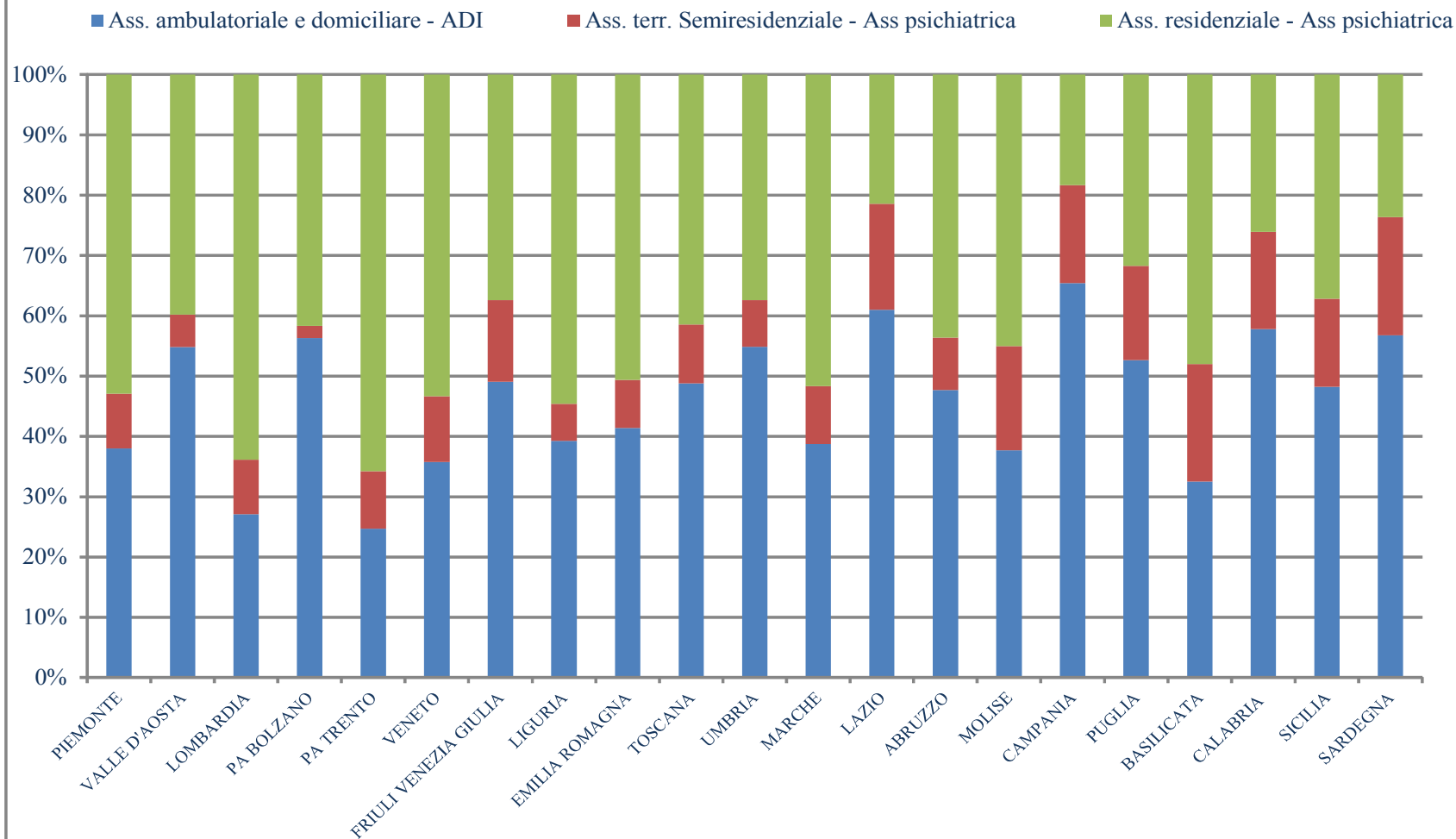
Assistenza farmaceutica- costo procapite 2010



Assistenza territoriale

Costo procapite Italia = 224 euro

Assistenza territoriale - ADI, residenziale e semiresidenziale % per tipologia di assistenza



Alcune priorità

- *Assistenza sociosanitaria: fabbisogni e costi standard*
 - Migliore caratterizzazione del LEA distrettuale - percorsi sociosanitari
 - Ricognizione sui criteri utilizzati dalle Regioni per la definizione dei fabbisogni
 - Parametri di riferimento per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e definizione di priorità (home care: caratterizzazione delle cure, parametri qualitativi e quantitativi)- non traduzione semplicistica di p.l. ospedalieri in p.l. residenziali e semiresidenziali;
- *Riordino dell'assistenza primaria e governance distrettuale*
 - PDTA per patologie croniche e la multicronicità, con utilizzo integrato dei flussi informativi correnti
 - Punti di riferimento certi per il cittadino (distretto, Punto Unico di Accesso, etc)
 - Sviluppo di modelli innovativi per l'assistenza primaria (AFT e UCCP)
- *Modello integrato di continuità delle cure*
 - Integrazione Long term care, continuità assistenziale, 118, in coerenza con le indicazioni europee