

AMBIENTE E SALUTE NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I NUOVI LEA DEFINITI NEL 2017 INTRODUCONO IMPORTANTI NOVITÀ SOPRATTUTTO NELL'AREA DELLA PREVENZIONE. ASSUME SEMPRE MAGGIORE RILEVANZA LA VALUTAZIONE DI IMPATTO PREVENTIVA DI POLITICHE E PIANI, CON UN APPROCCIO INTERSETTORIALE. ORA SAREBBE NECESSARIO UN SISTEMA DI MISURAZIONE, A PARTIRE DAI DATI GIÀ DISPONIBILI.

I Livelli essenziali di assistenza (Lea), introdotti con il Dlgs 502/1992, sono le attività, i servizi e le prestazioni che tutti gli assistiti hanno diritto di ricevere dal Sistema sanitario nazionale in condizioni di uniformità: rappresentano l'ambito delle garanzie che lo Stato assicura ai propri cittadini, gratuitamente o con partecipazione alla spesa (il cosiddetto ticket), utilizzando le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Il primo elenco dei Lea è stato definito con il Dpcm 29 novembre 2001, che ha previsto la suddivisione in tre livelli: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera (www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2002/02/08/02A00907/sg). Il Sistema di garanzia dei Lea, promosso dal decreto legislativo 56/2000, definiva un set di circa 100 indicatori, individuati sulla base delle fonti informative allora disponibili e delle conoscenze in materia, rilevanti per il monitoraggio e la valutazione dell'assistenza sanitaria finalizzata agli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale. Nel tempo, sono stati poi

introdotti flussi informativi su base individuale e con informazioni a livello di singola prestazione erogata e tipologia. Per questo si è reso necessario modificare l'insieme degli indicatori per renderlo più adatto a descrivere le performance e le capacità di risposta dei Servizi sanitari regionali ai bisogni di salute della popolazione (*Patti per la salute*).

Nuovi Lea e prevenzione

Con il Dpcm 12 gennaio 2017 sono stati definiti i nuovi Lea (www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg) che, soprattutto nell'area della prevenzione, introducono importanti novità sia nell'impostazione che nei contenuti. In primo luogo, cambia la denominazione: il livello, originariamente chiamato "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" viene rinominato come "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", esplicitando la *mission* specifica rivolta alla promozione e tutela della salute destinati alla popolazione.

I Lea delle prevenzione sono articolati in 8 programmi/attività, a loro volta declinati in componenti del programma e quindi in prestazioni. I principali cambiamenti riguardano:

- l'introduzione di un nuovo programma dedicato alla "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e gli *screening* oncologici"
- l'eliminazione dell'area relativa alle attività di prevenzione rivolte alla persona (le vaccinazioni sono ricomprese nell'area di prevenzione dei rischi infettivi, mentre gli *screening* oncologici nella nuova area di prevenzione delle malattie croniche)
- l'istituzione del programma di Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- l'enfasi sulle funzioni di sorveglianza, che si accompagna a quelle di prevenzione e vigilanza.

L'elemento più rilevante è l'introduzione esplicita del tema dell'intersectorialità, collegata a quello delle valutazioni di impatto preventive di politiche, piani e interventi, che consente di intersecare i fattori di rischio individuali con quelli collettivi, attraverso lo strumento del

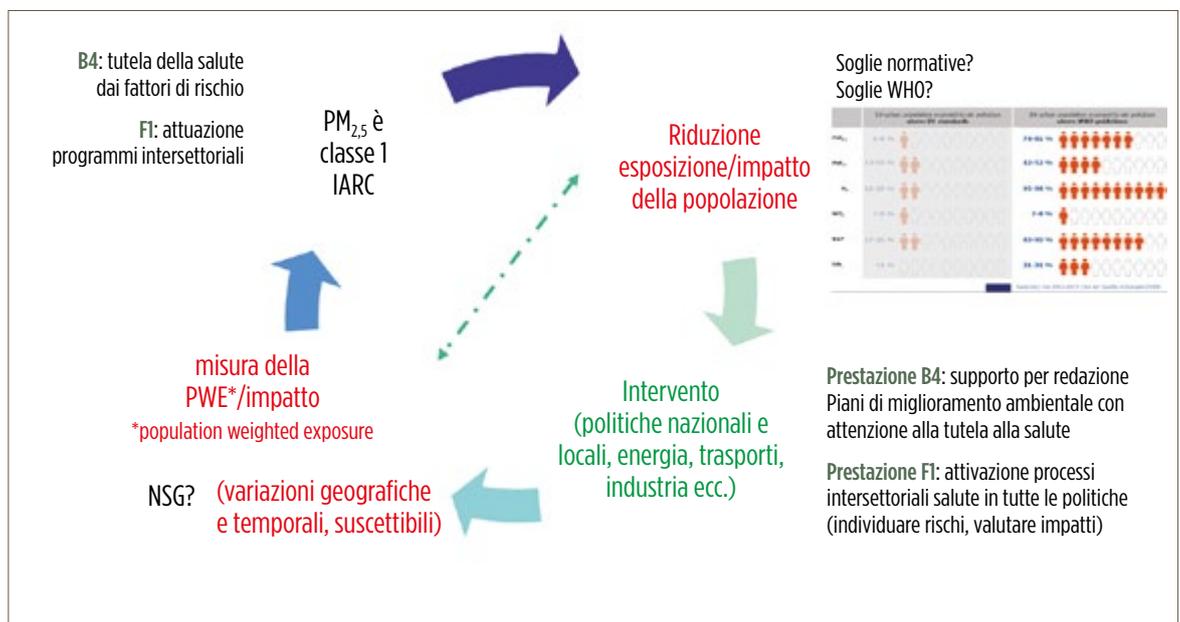


FIG. 1
 PIANI DI MIGLIORAMENTO AMBIENTALE

Esempio di schema per la valutazione di impatto ambiente e salute e la definizione di piani di miglioramento ambientale.

AMBIENTE E SALUTE

profilo di salute. È attraverso questa impostazione che l'integrazione ambiente e salute diventa un livello essenziale di assistenza, non solo nel programma B "Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti aperti e confinati", dove troviamo la promozione di progetti di miglioramento dell'ambiente e la valutazione di possibili effetti sulla salute di esposizioni a fattori di rischio ambientali; nel nuovo programma "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche", la costruzione dei profili di salute delle comunità prevede l'individuazione dei rischi per la popolazione e per l'ambiente e la valutazione degli impatti associati, che si rivolge anche a istituzioni extra sanitarie e ai cittadini per l'attuazione di programmi intersettoriali di promozione della salute. Infine, la prevenzione delle malattie croniche si fonda anche su attività di tipo analitico per misurare le condizioni di rischio, anche su base individuale.

Costruire un sistema di indicatori per misurare l'attuazione dei Lea

Tali attività sono considerate Livelli essenziali di assistenza, e devono pertanto essere rese esigibili dal Ssn da parte di tutti i cittadini residenti nel nostro paese, in modo omogeneo sul territorio nazionale. Vi sono evidentemente dei riflessi operativi, per valutare l'effettiva capacità delle Regioni di erogare tali nuove prestazioni, a partire dalle dotazioni strutturali, infrastrutturali e tecnologiche, oltre evidentemente alle risorse umane e alle competenze necessarie.

La verifica dell'esigibilità dell'erogazione dei Lea si attua attraverso il sistema di monitoraggio ministeriale che valuta l'adempimento delle Regioni attraverso uno strumento – il *Questionario Lea* – che prevede al suo interno la cosiddetta *Griglia Lea*, un cruscotto di indicatori quantitativi. La verifica dell'adempimento è collegata all'accesso a una "quota premiale" del Fondo sanitario nazionale, da parte delle Regioni.

Anche questo strumento è stato recentemente aggiornato, con il Dm 12 marzo 2019, che ha adottato il Nuovo sistema di garanzia dell'erogazione dei Lea (Nsg-Lea), un sistema descrittivo di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le regioni, articolato sui tre livelli dei Lea. Gli indicatori individuati sono 88, di cui 16 dedicati alla prevenzione collettiva e sanità pubblica: tra questi è



FOTO: GIOVANNI ZAGARIA - CC BY-SA

stato selezionato un sottoinsieme (*core*) da utilizzare per la valutazione delle Regioni. Esaminando i 6 indicatori *core* della prevenzione, tuttavia, si evidenzia che quattro sono rivolti alla prevenzione individuale (vaccinazioni, *screening* e stili di vita), uno all'attività di controllo delle anagrafi animali e uno alle attività di controllo degli alimenti. Di fatto, quindi, nessuna delle innovazioni introdotte nei Lea (la predisposizione di programmi di miglioramento ambientale, la valutazione dell'associazione tra fattori di rischio ambientali ed esiti di salute, la redazione dei profili di salute, la sorveglianza dei fattori di rischio ambientali, la predisposizione di interventi mirati, anche attraverso esami analitici) è soggetta ad alcuna forma di misurazione. Eppure, nel panorama europeo e nazionale sono diversi gli esempi di *Indicatori ambiente e salute*, prodotti dall'Agenzia europea per l'ambiente e dal Sistema nazionale per la protezione ambientale, sia a livello centrale (Ispra), che nelle singole Arpa/Appa, e che vengono resi disponibili attraverso cruscotti online e reportistica (come ad esempio l'Annuario dei dati ambientali). Il patrimonio di attività e dati di monitoraggio ambientale sarebbe in realtà immediatamente disponibile per l'individuazione di indicatori ambiente-salute da collegare agli specifici programmi Lea. Lo stesso Ministero della Salute, attraverso i bandi di ricerca del Centro per il controllo delle malattie, ha finanziato progetti che hanno consegnato alla comunità della tutela ambientale e della sanità pubblica metodologie per la valutazione di impatto ambiente e salute (ad esempio, il progetto Viias, www.viias.it), e che possono rappresentare, insieme ai dati di monitoraggio ambientale, la base di calcolo di indicatori per la redazione di

piani di miglioramento ambientale e per la valutazione della loro efficacia. L'esperienza di programmi nazionali di valutazione, come il *Programma nazionale esiti*, dimostra che si migliora solo ciò che si misura, e si conosce: la costruzione di un sistema di indicatori Lea ambiente-salute deve dunque avvenire attraverso un percorso che sistematizzi le evidenze sulla relazione tra fattori di rischio ambientali e salute; promuova l'integrazione dei dati sanitari e ambientali; definisca le strategie per misurare l'esposizione della popolazione ai fattori di rischio selezionati; individui obiettivi di miglioramento ambiente-salute e gli interventi necessari per attuarli; valuti l'efficacia degli interventi stessi. Risulta evidente che l'attivazione di un percorso di questo tipo richieda preliminarmente l'attuazione di interventi di sistema, che partano dall'identificazione di un gruppo nazionale integrato ambiente e salute (per la raccolta delle evidenze, la definizione degli obiettivi e degli indicatori) e analizzino anche la variabilità interregionale nelle risorse informative e nei sistemi di monitoraggio. In questo senso, i nuovi Lea e il Nsg rappresentano un'opportunità di crescita per l'integrazione ambiente e salute, per affrontare i temi dell'infrastrutturazione informativa dei dati sanitari e ambientali e della valutazione dell'esposizione della popolazione, a partire dalle risorse già disponibili e dal patrimonio di esperienze e relazioni che la Rete italiana ambiente e salute può mettere a disposizione, svolgendo un'indispensabile attività di *advocacy*.

Lucia Bisceglia

Area Epidemiologia e care intelligence, Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale - Aress Puglia