

Livelli Essenziali di Assistenza: quando l'essenza dimentica l'evidenza

In Italia i LEA – Livelli Essenziali di Assistenza – rappresentano il complesso di servizi, prestazioni e attività che i cittadini hanno il diritto di ottenere dal Servizio Sanitario Nazionale: nascono e vengono definiti a livello nazionale con un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 2001, entrato poi in vigore nel 2002. In ambito medico, sanitario e riabilitativo, quindici anni sono un'eternità: pensiamo alle malattie emergenti e rare, alle scoperte scientifiche, all'evoluzione farmacologica e tecnologica, alle differenti necessità assistenziali che derivano dalla cronicizzazione di condizioni cliniche prima incompatibili con la sopravvivenza. Tutto questo ha reso i precedenti LEA obsoleti: l'aggiornamento era ed è, oggi più che mai, un atto doveroso, oltre che necessario.

Sono definiti "livelli essenziali" in quanto racchiudono tutte le prestazioni e le attività che lo Stato ritiene così importanti da non poter essere negate ai cittadini. Si intende, quindi, l'impegno a garantire tali cure in quanto appropriate.

Il significato del termine *essenziale* si riferisce ad un qualcosa che "costituisce o contiene l'essenza di una cosa; sostanziale, indispensabile". Quindi l'aggettivo associato a prestazioni ed attività sanitarie fa subito pensare a qualcosa di **indispensabile** e soprattutto **appropriato** alla situazione. Viene allora da chiedersi se le prestazioni incluse nella proposta di modifica e quindi il lavoro del legislatore seguano realmente i dettami dell'essenzialità e dell'appropriatezza. L'ARIR ha sempre sostenuto che l'appropriatezza nasca prima di tutto dalla scelta di garantire l'erogazione di prestazioni basate sull'evidenza scientifica (EBM). Questa naturale predisposizione per una riabilitazione "*evidence based*" ci ha portati a riporre molte speranze nel processo di aggiornamento dei LEA, così come descritto nell'albero decisionale pubblicato nel settembre 2014: 12 quesiti dovevano guidare la Commissione nella revisione e nell'aggiornamento dei LEA attraverso un rigoroso processo di ricerca. Ed ecco quindi domande quali:

- > Esistono prove di documentata efficacia della prestazione?
- > Esistono prove di inefficacia della prestazione?
- > La prestazione determina un significativo beneficio in termini di miglioramento della salute?

Purtroppo i buoni propositi evidentemente non sono stati utilizzati in maniera sistematica, né nel 2001, né tantomeno nell'ultimo aggiornamento, trasformando i "Livelli Essenziali di Assistenza" in "Livelli Eccezionali di Assistenza". Ove si perda il riferimento a criteri oggettivi di selezione, il rischio di includere prestazioni non "*Evidence Based*" è molto elevato, con tutte le conseguenze del caso, costituendo di fatto delle incongruenze che possono andare dall'inappropriatezza allo spreco legalizzato di risorse.

Non è forse paradossale trovarsi nella condizione di dover erogare prestazioni di dimostrata inefficacia all'interno di pacchetti *pre-stampati* di riabilitazione? Come poi non avere la possibilità di prestare le cure più appropriate perché non contemplate nei LEA?

Il Direttivo ARIR si è già attivato per inviare alcune proposte di emendamento alla bozza di documento ministeriale, chiedendo esplicitamente l'inclusione di prestazioni non contemplate, ma essenziali per le persone affette da patologie respiratorie acute e croniche.

Analizzando in dettaglio la documentazione relativa alla proposta di aggiornamento dei LEA, è apprezzabile lo sforzo prodotto dai legislatori in favore delle persone affette da patologie respiratorie croniche che necessitano di interventi di riabilitazione. Ci siamo sentiti però in dovere di segnalare alcuni punti non in linea con gli obiettivi, più che condivisibili, di miglioramento della qualità dei servizi erogati e di riduzione della spesa pubblica.

Il primo punto, purtroppo difficilmente scardinabile da una "tradizione" legislativa tutta italiana, è l'associazione della parola "Riabilitazione" con la specialità medica in Medicina Fisica e Riabilitazione (MFR). Negli ultimi documenti riferiti alla riabilitazione, questo equivoco ha subito una sconcertante evoluzione: superato il tradizionale e ormai affollato campo della riabilitazione neurologica e ortopedica, l'interesse prescrittivo ha raggiunto finalmente gli ambiti respiratorio e cardiologico, senza peraltro degnarsi di recepirne le consolidate evidenze scientifiche. Il documento proposto prevede infatti che lo specialista in MFR sia l'unico che può valutare (spirometria compresa) e consentire l'accesso alle prestazioni riabilitative respiratorie e cardiologiche: in questo modo si preclude l'accesso diretto a pacchetti di prestazioni diagnostico-terapeutiche e riabilitative con prescrizione diretta dello specialista di branca (pneumologo o cardiologo) che, coerentemente con il proprio profilo specialistico, potrebbe garantire un più adeguato inquadramento diagnostico, clinico e terapeutico, ottimizzando la terapia farmacologica in funzione di diagnosi, caratteristiche fenotipiche e del programma riabilitativo impostato in equipe interdisciplinare. In base a quanto finora detto, una persona che ha già una diagnosi di patologia respiratoria cronica e che ha necessità di effettuare un ciclo riabilitativo, si reca dallo specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione (prima ricetta del Medico di Medicina Generale – MMG) il quale, dopo valutazione "globale", ma necessariamente parziale dal punto di vista respiratorio (potrebbe fare al massimo una spirometria semplice), lo invia allo specialista Pneumologo (seconda ricetta del MMG) per le valutazioni specifiche del caso. In questo modo, invece di snellire il percorso, riducendo i

passaggi burocratico-amministrativi e i costi per il sistema, si rischia di aumentare i disagi per i pazienti e i costi per il sistema.

In questo senso sarebbe stato sicuramente più utile ed efficace recepire linee guida e raccomandazioni redatte da società scientifiche nazionali e internazionali, che hanno delineato criteri di accesso, componenti essenziali del programma riabilitativo e ruoli dei professionisti sanitari necessari per un intervento efficace e duraturo.

Come i documenti internazionali recitano da tempo, una valutazione globale e multi-professionale è alla base dell'individualizzazione del programma riabilitativo, in base ai bisogni specifici della persona, in relazione alla menomazione, alla conseguente limitazione funzionale e alla partecipazione nei contesti di vita quotidiana. Nell'ambito delle patologie respiratorie croniche, la specificità di tutto il team riabilitativo è fondamentale per il raggiungimento degli indici di risultato prefissati,

prevedendo competenze adeguate in tutto il processo riabilitativo, dalla valutazione al trattamento. Rimangono quindi molto dubbiosi circa la necessità di trovare in altre branche mediche le competenze specifiche a supporto dell'iter di riabilitazione polmonare.

Il secondo punto che ci sentiamo di evidenziare, si riferisce al numero di sedute annuali di rieducazione motoria cardio-respiratoria previste per paziente: l'attuale proposta limiterebbe tale intervento ad un massimo di 10 prestazioni ogni 12 mesi. Per chi si occupa di riabilitazione respiratoria, è ben noto come questa "posologia" sia insufficiente a determinare un miglioramento degli *outcome* e a garantire una durata nel tempo dei benefici acquisiti. È stato diffusamente confermato come l'efficacia dei programmi di ricondizionamento cardio-respiratorio sia subordinata a una durata minima di 12 settimane, con almeno 3 sessioni di allenamento da 60 minuti a settimana, oppure almeno 20 sessioni consecutive, su-

pervisionate da personale sanitario con specifiche competenze. Cicli di allenamento da 10-12 sedute intensive, sono stati ritenuti sufficientemente utili solo in caso di preparazione a interventi di chirurgia maggiore. Ad ogni modo, è ormai associato che il mantenimento dei risultati in termini di funzione muscolare e respiratoria, l'impatto sulla partecipazione, la riduzione del consumo di farmaci e degli accessi ospedalieri sono subordinati alla durata dei programmi di Riabilitazione Respiratoria: maggiore è la durata del programma, migliori sono gli esiti.

L'ultima perplessità che vogliamo sottolineare ci lascia alquanto interdetti circa la caratteristica di essenzialità delle prestazioni descritte nella proposta di cambiamento dei LEA. Infatti, all'interno dell'elenco delle prestazioni garantite, troviamo procedure che non hanno un'evidenza scientifica e la cui efficacia è stata messa più volte in discussione, arrivando addirittura ad essere giudicate peggiorative. Ci riferiamo alla cosidd-

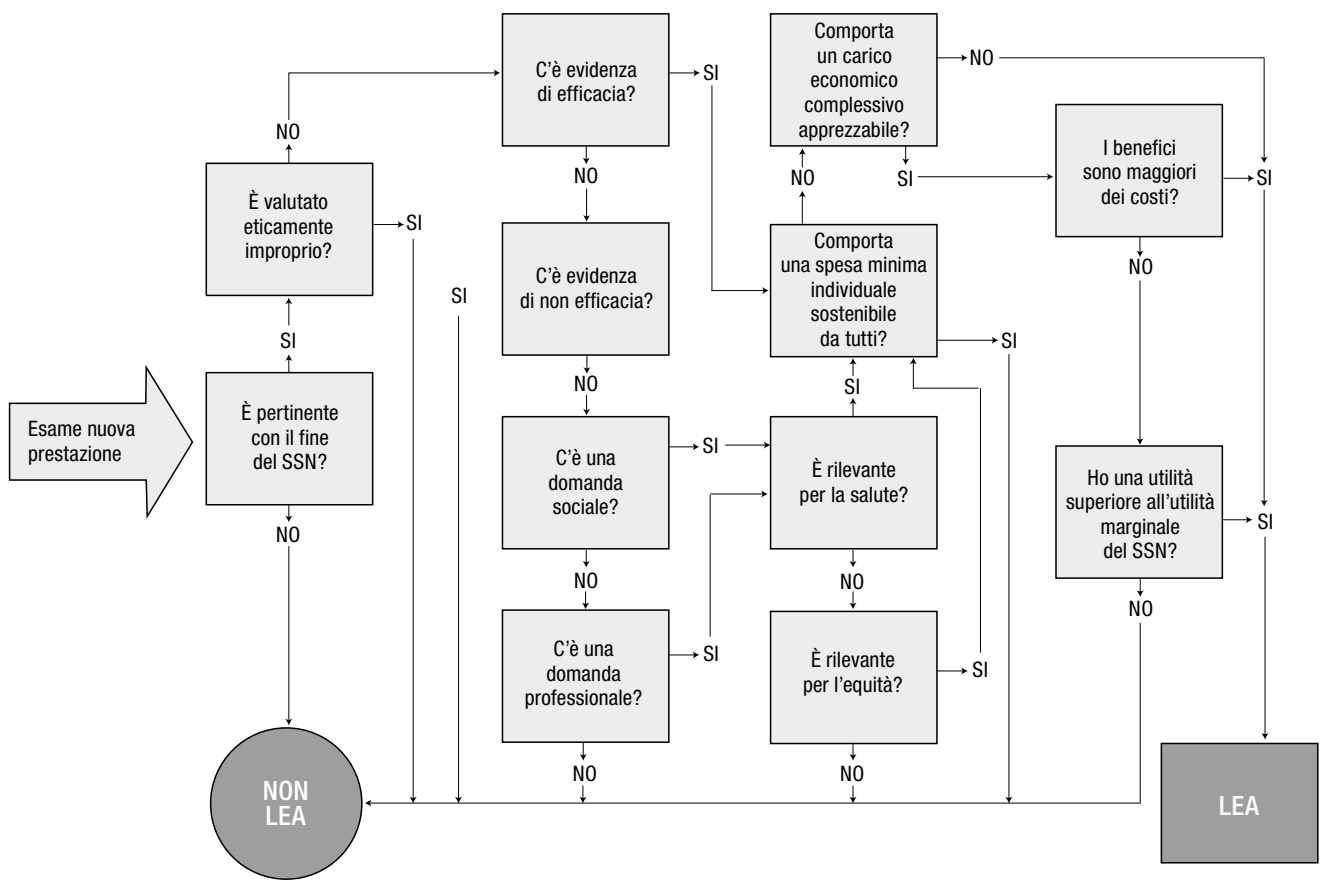


Figura 1 Flowchart per valutazione delle prestazioni da inserire nei LEA.

detta "respirazione diaframmatica" e agli "esercizi callistenici" non meglio specificati: per queste attività non è stata ancora provata l'efficacia e in alcuni casi (es. respirazione diaframmatica nel BPCO grave) è stato addirittura sottolineato quanto possa essere deleteria per il paziente. Sono rimaste invece escluse numerose attività che nella pratica clinica quotidiana sono ormai consolidate: l'assenza di tali prestazioni rischia di falsare il flusso dei dati sulle prestazioni erogate all'interno del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale, alimentando ulteriormente il paradosso. Ci riferiamo a prestazioni che richiedono preparazione e dedizione da parte dei professionisti sanitari esperti in materia di riabilitazione respiratoria come, ad esempio, l'educazione dei pazienti e dei caregiver alla corretta gestione e auto-somministrazione della terapia inalatoria, dell'ossigenoterapia, della ventilazione meccanica, la valutazione dell'aderenza al trattamento prescritto e le sedute di follow-up e di verifica del piano di autotrattamento, la tele-riabilitazione, ecc.

Abbiamo inoltrato queste ed altre proposte di emendamento all'attenzione del GARD-Italia (*Global Alliance against chronic Respiratory Disease*), un organismo del Ministero della Salute che riunisce i principali stakeholder delle malattie respiratorie, tra cui ARIR, che ha tra i suoi obiettivi l'implementazione e lo sviluppo di politiche per la promozione della salute, la prevenzione e il management delle malattie respiratorie croniche. Nel documento inviato abbiamo segnalato le incongruenze e le criticità riscontrate, al fine di far pervenire le proposte di modifica alla Ministra Beatrice Lorenzin e ai legislatori coinvolti nella stesura della revisione dei LEA. Questo documento è parte del contributo che ARIR porta agli organismi sanitari per coadiuvare il legislatore a investire su interventi di riconosciuta appropriatezza ed efficacia, per garantire Livelli Essenziali di Assistenza sempre più adeguati ai tempi che cambiano e rispondenti alle necessità del paziente, contribuendo ad un Sistema Salute sempre più sostenibile.

Il Direttivo ARIR

Bibliografia

- > DPCM 29 novembre 2001. Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.
- > DM 12 Dicembre 2001. Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.
- > www.salute.gov.it. 1 settembre 2004. I livelli di assistenza e le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale. Area: Programmazione sanitaria e LEA.
- > Cartabellotta A. Livelli Essenziali di Assistenza 15 anni dopo. Evidence 2016;8(2).
- > Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, Hill K, Holland AE, Lareau SC, ManWD, Pitta F, Sewell L, Raskin J, Bourbeau J, Crouch R, Franssen FM, Casaburi R, Vercoulen JH, Vogiatzis I, Gosselink R, Clini EM, Effing TW, Maltais F, van der Palen J, Roosters T, Janssen DJ, Collins E, Garcia-Aymerich J, Brooks D, Fahy BF, Puhan MA, Hoogendoorn M, Garrod R, Schols AM, Carlin B, Benzo R, Meek P, Morgan M, Rutten-van Mölken MP, Ries AL, Make B, Goldstein RS, Dowson CA, Brozek JL, Donner CF, Wouters EF. ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2013 Oct 15;188(8):e13-64.
- > Crisafulli E, D'Ambrosia F, Delicati O, Gaudiello G, Pasqua F, Zampogna E, Lazzari M, Balbi B. Raccomandazioni Italiane sulla Pneumologia Riabilitativa. Evidenze scientifiche e messaggi clinico-pratici. Articolo di sintesi di un gruppo di esperti. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2015;30:250-263.

L'EDITORIA DELLE MALATTIE RESPIRATORIE Cultura e Comunicazione



MIDIA
EDIZIONI

Tel. +39 040 3720456 - midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it