

**Valutazioni sulla  
"Nuova definizione dei  
Livelli Essenziali di  
Assistenza sanitaria (LEA)"**

**Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM)  
21 aprile 2008**

Roma aprile 2008

**Valutazioni sul Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 21 aprile 2008 "Nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA)"**

La nuova definizione dei LEA, sancita con il DPCM del 21 aprile 2008<sup>1</sup>, è stata "costruita" con un lungo percorso di elaborazione e di confronto che si è svolto a livello istituzionale (fino al raggiungimento dell'Intesa Stato Regioni) e con il Sindacato confederale. Si tratta di un provvedimento largamente condivisibile: può dare alla programmazione regionale e locale un punto di riferimento più forte, per favorire i processi di riorganizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, rispondendo in modo appropriato alla domanda di salute e di cure dei cittadini e alle trasformazioni intervenute in questi anni.

Tuttavia il Decreto non basta, dovrà ora essere completato con gli strumenti adeguati a favorire l'uniformità nella diffusione dei Lea in tutto il paese e la loro reale esigibilità.

In particolare bisognerà definire:

- **INDICATORI DI OFFERTA (E STANDARD ORGANIZZATIVI)**. Per applicare e rendere esigibili i Lea servono, con le dovute flessibilità per adattarli ai diversi contesti locali, indicatori di offerta e standard organizzativi di riferimento (dei servizi, del personale, target di utenza % su popolazione, ecc.). In particolare il fabbisogno del personale adeguato, qualitativamente e quantitativamente, per il raggiungimento degli obiettivi indicati nei Lea. Altrimenti sarà molto difficile garantire l'assistenza socio-sanitaria e quasi impossibile realizzare l'"uniformità" nel territorio nazionale, con il rischio di accentuare le differenze tra le varie regioni. Il problema è delicato perché bisogna trovare, con un Intesa Stato Regioni, un punto di equilibrio fra "uniformità" dei Lea e "autonomia organizzativa" delle singole Regioni. Inoltre, senza indicatori di offerta e standard di riferimento, è molto difficile la valutazione di IMPATTO ECONOMICO, necessaria per quantificare le RISORSE. Si tratta in primo luogo di adottare i due provvedimenti già previsti nel Patto per la Salute: il "Monitoraggio dei costi delle prestazioni" ("con riferimento alle pratiche ritenute più efficienti/appropriate, riscontrabili nel Servizio Sanitario nazionale") e la "Proposta del set di indicatori".

---

<sup>1</sup> che abroga e sostituisce il Dpcm sui LEA del 29.11.2001 e successive modificazioni

- **INDICATORI DI RISULTATO:** per misurare e valutare l'impatto dei Lea servono anche indicatori di risultato (OUTCOME); indicatori capaci di dimostrare quanto la salute dei cittadini sia influenzata dall'organizzazione sanitaria (e quindi quando sia necessario rendere più appropriate le prestazioni) e quanto sia determinata da altri fattori (istruzione, reddito, ecc.).
- **INTERVENTI SULLE LISTE DI ATTESA.** La effettiva garanzia dei Lea è strettamente legata alle liste di attesa. Pertanto, tra gli strumenti per la reale esigibilità dei LEA devono essere compresi i provvedimenti relativi alla riduzione e al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie.

Si tratta ora di avviare il confronto con il nuovo Governo e con le Regioni, al fine di dotare il "pacchetto" dei Lea degli strumenti necessari per la loro reale applicazione e concreta esigibilità in tutto il territorio nazionale, garantendo in primo luogo le risorse necessarie.

---

Il provvedimento approvato, rispetto al testo precedente (in merito al quale Cgil, Cisl, Uil, hanno presentato un documento di valutazioni molto articolato), non contiene modifiche radicali. Vale la pena comunque sottolineare alcune criticità che è necessario superare in fase di sviluppo e di applicazione. Il riferimento è ai tre macro livelli di assistenza stabiliti dal DPCM:

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica
2. Assistenza Distrettuale
3. Assistenza Ospedaliera

### **LIVELLO DI ASSISTENZA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA**

Particolarmente significativa, nell'Allegato 1, è l'area di intervento C, relativa alla "***Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro***". Si tratta di garantirne l'effettiva attuazione e per questo occorrerà un confronto per rendere esigibile questo Lea, anche in relazione all'applicazione del Testo Unico in materia, appena approvato.

### **LIVELLO DI ASSISTENZA DISTRETTUALE**

Gli articoli 4, 5 e 6 sulla assistenza sanitaria **di base e la continuità assistenziale** (e assistenza ai turisti) sono, di fatto, riferimento anche per le definizioni degli accordi per la Medicina Generale che, evidentemente, si dovranno uniformare al Lea. In particolare per garantire: la continuità assistenziale nelle 24 ore, studi associati dei

medici di base nell'ambito del distretto sociosanitario, la figura unica del Medico delle cure primarie (con superamento delle attuali diverse figure mediche).

La parte relativa **all'assistenza specialistica ambulatoriale** (articoli 15 e 16 più il nomenclatore delle prestazioni Allegato 4) rappresenta ancora un punto interrogativo sul versante della copertura economica. Non entra quindi in vigore con questo DPCM, ma deve attendere l'emanazione del DM che fisserà le nuove TARIFFE, anche per una valutazione dell'impatto economico. Infatti, è prevedibile un aumento dei costi del livello (in parte compensato dalla riduzione dei costi per il day surgery per le prestazioni trasferite in ambulatorio).

Anche la parte relativa all'**assistenza protesica** (articoli 17, 18, 19 più allegato 5) non entra in vigore con questo DPCM ma deve attendere l'emanazione del DM che fisserà le nuove TARIFFE, anche qui per la valutazione dell'impatto economico.

Significative e apprezzabili sono le disposizioni circa la prescrivibilità di prestazioni odontoiatriche per "categorie vulnerabili" e per i minori 0 14 anni, la cui attuazione concreta dovrà essere seguita attentamente.

Gli articoli da 21 a 34 **sull'Assistenza Territoriale Domiciliare, Semiresidenziale e Residenziale** sono molto importanti ed innovativi. Sostituiscono, infatti, modificandolo e migliorandolo, l'allegato 1C del vigente DPCM (relativo alle prestazioni dell'area ad integrazione socio-sanitaria). Vengono previste (art 21) Linee di indirizzo, da emanarsi con specifico atto intesa Stato Regioni, per realizzare l'integrazione socio sanitaria, sulle quali diventa importante anche il confronto con il Sindacato.

Ci sono però alcune criticità che richiedono un puntuale chiarimento e che riguardano la quota di finanziamento stabilita a carico del Ssn per le prestazioni dell'area integrazione socio sanitaria. Non è infatti prevista una variazione alla quota percentuale di spesa a carico del Ssn o dei Comuni (e degli utenti), rispetto alle norme vigenti. Il rischio di ciò è che la classificazione in diversi livelli di intensità assistenziale, produca differenziazioni anche in termini di compartecipazione. Tanto più che queste prestazioni sono disciplinate ed erogate con modalità diverse tra le Regioni, ivi comprese le modalità di compartecipazione alla spesa.

Su tali questioni è necessario rivedere, complessivamente, il sistema di compartecipazione alle spese sociali, facendo riferimento, ad esempio, al modello prefigurato nel Disegno di Legge delega sulla non

autosufficienza, che prevede l'utilizzo dell'Isee (Indicatore situazione economica equivalente).

Va però considerato che lo sviluppo e la realizzazione di quanto previsto nel DPCM, in materia di assistenza socio-sanitaria, è parzialmente condizionato da due ulteriori interventi:

- la definizione dei corrispondenti Livelli Sociali e il loro relativo finanziamento;
- l'approvazione della legge sulla non autosufficienza con relativo Fondo adeguatamente finanziato.

### **LIVELLO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**

La parte **sull'assistenza ospedaliera** (articoli da 35 a 45 più gli allegati 6A sui DRG ad alto rischio di non appropriatezza e 6B sulle prestazioni inappropriate in day surgery trasferibili in ambulatorio), definisce più chiaramente le aree di prestazioni (acute, post acute - ordinarie e diurne) e si concentra sull'appropriatezza.

Lo spostamento di alcune prestazioni chirurgiche, oggi svolte in day Surgery, all'area delle prestazioni ambulatoriali (vedi allegato 6B) richiede che i servizi ambulatoriali siano adeguatamente organizzati al fine di garantire le "nuove" prestazioni. Inoltre, tali prestazioni, attualmente esenti, sarebbero assoggettati al pagamento del ticket.

Trattandosi di prestazioni chirurgiche, è necessario confermarle nell'ambito delle prestazioni esenti dal pagamento del ticket.