

I Livelli essenziali nella sanità

di Fabio Giglioni

Premessa

Il nuovo art. 117 cost. c. 2 lett. m) stabilisce che spetta alla legislazione esclusiva dello stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale»; ciò comporta l'esigenza di comprendere a pieno il significato e le implicazioni che derivano da questa formulazione e, a questo scopo, sembra opportuno monitorare la legislazione vigente in materia sanitaria, nella quale l'utilizzazione dell'espressione "livelli essenziali" (declinata nelle varie formule lessicali) è utilizzata sistematicamente dal 1992, anno in cui fu approvato il d.lgs. 502 di riordino del settore, anche se - sia pure in modo certamente meno chiaro - riferimenti in questo senso possono trovarsi nella l.n. 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, in particolare nell'art. 3.

Caratteristiche

Quest'ultima considerazione mette in luce immediatamente una prima importante caratteristica: la garanzia dei livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria è collegata strettamente col SSN, nel senso che il servizio sanitario esiste in funzione dell'assicurazione dei livelli essenziali (si rimanda, in questo senso, alla lettura dell'art. 1 d.lgs. 229/1999). Attualmente, quindi, garante del perseguimento dei livelli essenziali di assistenza in campo sanitario è solo il SSN (interessante sarebbe riflettere, alla luce della costituzionalizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di diritti sociali, se il servizio sanitario sia l'unico strumento possibile per assicurare questi e se ciò implichi una costituzionalizzazione anche del SSN).

I livelli essenziali di assistenza, che sono indicati dal piano sanitario nazionale, sono condizionati dal rispetto dei principi di dignità della persona umana, dei bisogni di salute, dell'equità dell'accesso alle cure e della loro qualità e appropriatezza e di economicità nell'impiego delle risorse (cfr. art. 1 c. 2 d.lgs. 229/1999 e punto 4.1 dell'accordo della conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001).

Contenuto dei LEA in sanità

L'art. 1 c. 6 d.lgs. 229/1999 chiarisce che nei LEA sono comprese le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni; quindi, a dispetto di una formulazione (livelli essenziali di assistenza) che potrebbe sembrare richiamare la definizione di *standard* (di qualità e/o di prestazione), con livelli essenziali qui si intende solo la classificazione di servizi e prestazioni che il servizio sanitario deve assicurare. Attualmente i livelli essenziali sono i servizi e le prestazioni definiti con d.p.c.m. 29 novembre 2001 all. 1 che recepisce l'accordo della conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001, all. 1 e si dividono in 3 macroaree: assistenza sanitaria collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Il controllo e la valutazione del rispetto dei livelli essenziali di assistenza sanitaria sono rimessi a indicatori approvati con d.m. 12 dicembre 2001. Nell'all. 2 dell'accordo della conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001 sono indicati: i servizi e le prestazioni che non attengono ai livelli essenziali minimi e che quindi sono fuori dal SSN; quelli che invece sono inclusi nel SSN solo per particolari soggetti considerati a rischio; quelli che sono esclusi perché inefficaci o meno appropriati di altri servizi e prestazioni.

LEA e servizi sociosanitari

Anche i servizi sociosanitari sono ricompresi nei LEA (cfr. all. 1 dell'accordo della conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001 e all. 1 d.p.c.m. 29 novembre 2001)

sia pure con la specificità che questi servizi prevedono: infatti, in certi casi indicati dalla tabella A del **d.p.c.m. 14 febbraio 2001**, la partecipazione alla spesa dei servizi è condivisa con i comuni e con questi il SSN condivide pure la responsabilità dei servizi.

LEA e servizio farmaceutico

Il servizio di distribuzione dei farmaci si correla ai LEA per l'individuazione dei farmaci ritenuti essenziali a totale carico del SSN. Come per le prestazioni e i servizi rientranti nei LEA, anche nella distribuzione dei farmaci si prevedono forme di compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti secondo la rilevanza terapeutica dei farmaci. A parità di rilevanza terapeutica di farmaci aventi efficacia omogenea, le regioni possono articolare il carico contributivo richiesto agli assistiti prevedendo compartecipazioni modulari di bassa, media e alta contribuzione (cfr. **art. 6 l.n. 405/2001** e **punto 12 dell'accordo della conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001**).

LEA e risorse

Le risorse necessarie per la garanzia dei LEA sono determinate contestualmente all'approvazione del PSN e sono a carico dello Stato per mezzo del fondo sanitario nazionale; sono ripartite alle regioni con trasferimenti di bilancio secondo area di assistenza e altri parametri. Tutte le esigenze che emergono in corso di applicazione del PSN sono affrontate dalle regioni in modo autonomo, ricorrendo a strumenti di finanziamento quali la richiesta di compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti, l'addizionale IRPEF, la riclassificazione dei farmaci da distribuire e la riduzione di spesa sanitaria regionale (**art. 4 c. 3 l.n. 405/2001**).

LEA e regioni

Le regioni sono chiamate a organizzare e a finanziare i servizi sul territorio in modo da garantire il perseguimento dei LEA. L'intervento regionale si pone a valle per quanto concerne la materia dei LEA, anche se possono intervenire per integrare i livelli essenziali definiti dallo Stato, offrendo in tal modo servizi aggiuntivi ritenuti essenziali (si veda in questo senso **l'art. 5 l. Toscana n. 22/2000** che inserisce tra i LEA le attività e i servizi di informazione e promozione informativa che consentano agli utenti di accrescere gli strumenti di autotutela e di attenuare l'asimmetria informativa che caratterizza il rapporto tra fornitori di servizi sanitari e utenti).