



Area Contrattazione Sociale - Welfare
Politiche della Salute

"Sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria LEA"

(gennaio 2017)

[SCHEDA SINOTTICA \(link ai testi ufficiali\) con commento](#)

a cura di *Stefano Cecconi*

Una valutazione d'insieme sui nuovi *Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA)*

L'aggiornamento dei LEA attuato con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13.1.2017 - un voluminoso provvedimento che introduce nuove prestazioni, ne aggiorna e ne conferma molte altre, già oggetto di [Intesa Stato Regioni il 7 settembre 2016](#) - sostituisce il vigente Dpcm del 29.11.2001. Il nuovo provvedimento riprende in gran parte il lavoro compiuto con il "Dpcm Prodi" nel 2008. Decreto che fu poi ritirato dal Governo Berlusconi per mancanza di copertura finanziaria. Qui il [testo sottoposto all'esame del Parlamento](#).

Incerta la copertura finanziaria effettiva.

La Legge di Stabilità 2016 (comma 555 articolo 1 legge 208/2015) stabilisce che il finanziamento dei nuovi LEA avverrà finalizzando (vincolando) 800 milioni di euro del Fondo Sanitario vigente, cioè senza risorse aggiuntive. In pratica i costi aggiuntivi dei Lea vanno a gravare sul finanziamento esistente, già pesantemente ridotto per effetto delle ultime manovre finanziarie. La Legge di Bilancio 2017 ha vincolato una ulteriore quota del finanziamento sanitario all'attuazione di una parte dei Lea (es. Piano Vaccini), e ha fissato a 114 miliardi anziché a 115 miliardi il FSN 2018, manca così 1 miliardo rispetto a quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni sui nuovi LEA del 7.9.2016.

La Tabella estratta dalla [Relazione Tecnica](#) (qui sotto riportata) che accompagna la revisione dei Lea stima l'impatto economico in 771,8 mln di euro, calcolati tenendo conto anche di un aumento dei ticket a carico dei cittadini per 60,4 mln di euro*.

IMPATTO COMPLESSIVO	
LIVELLO DI ASSISTENZA	IMPATTO NETTO (€/mln)
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA	220,2
- Completamento Piano nazionale vaccini 2012-2014	34,0
. Attività di prevenzione rivolta alle persone (nuovi vaccini PNPV)	186,2
ASSISTENZA DISTRETTUALE	571,4
. Specialistica Ambulatoriale	380,7
. Assistenza Integrativa e Protesica	179,7
. Particolari categorie	11,0
ASSISTENZA OSPEDALIERA	-19,8
TOTALE IMPATTO	771,8

*Impatto effettivo
ambulatoriale
441,1 mln
- 60,4 mln ticket
aggiuntivi

In realtà i Costi dei LEA risultano dalla differenza tra maggiori costi e risparmi attesi.

Qui di seguito la Tabella maggiori costi e risparmi attesi (elaborazione Cgil su [Relazione Tecnica](#) Intesa Stato Regioni settembre 2016):

LEA	COSTI mln euro	RISPARMI mln euro
PREVENZIONE	426,9	206,7
AMBULATORIALE	1.720,80	1.340,1 (60,4 maggiori ticket)
RARE E CRONICHE	27	16
PROTESICA	365	606
INTEGRATIVA	483,7	63
OSPEDALE	30,3	50,09
TOTALE	3.053,70	2.281,89

MAGGIORI COSTI	3.053,7 mln
RISPARMI PRESUNTI	- 2.281,89 mln
DIFFERENZA MAGGIORI COSTI stima	771,81 mln

Aumentano così le prestazioni da garantire ai cittadini ma a parità di finanziamento complessivo. E non è detto che i risparmi attesi si realizzino.

Si rischia di creare una inaccettabile "selezione" delle prestazioni o di dover attendere le decisioni della apposita Commissione LEA istituita per il loro aggiornamento periodico e per una valutazione sulla loro applicabilità. Non a caso la Conferenza delle Regioni ha dato il via libera al Dpcm ma a condizione che via siano gradualità e risorse effettivamente aggiuntive nel 2017 e 2018: l'Intesa Stato Regioni 7.9.2016 sui nuovi LEA contiene come parte integrante il [documento delle Regioni](#).

Il rischio di approvare un provvedimento velleitario

La lunga crisi economica e sociale, aggravata da insensate politiche di austerità che hanno tagliato il finanziamento alla Sanità e ai servizi del welfare socio assistenziale, ha messo in discussione la garanzia dei Lea, soprattutto in alcune regioni. I monitoraggi sulla garanzia dei Lea sono preoccupanti e descrivono una drammatica frammentazione del SSN. Se non si mette in sicurezza il finanziamento del SSN, l'aggiornamento dei Lea proposto rischia di essere un provvedimento velleitario.

Eppure l'aggiornamento dei Lea è necessario e 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: si vedano gli articoli da 21 a 35 sull'Assistenza socio sanitaria integrata (che pure sono stati criticati proprio per la mancanza di risorse dedicate)

Il Decreto da solo non basta per garantire uniformità ed esigibilità dei Lea

In ogni caso l'aggiornamento non basta, dovrà essere completato con gli strumenti adeguati a favorire **l'uniformità nella diffusione dei Lea in tutto il Paese e la loro reale esigibilità**. Si tratta in primo luogo di adottare i provvedimenti già previsti nel Patto per la Salute 2014/2016 sul monitoraggio del LEA ([articoli 10 e 11](#)). In primo luogo occorre applicare le disposizioni sulle **liste di attesa**: l'effettiva garanzia dei Lea è strettamente legata ai tempi di accesso alle prestazioni.

Per applicare e rendere esigibili i Lea servono, con le dovute flessibilità per adattarli ai diversi contesti locali: indicatori di risultato, di offerta e standard organizzativi di riferimento (dei servizi, del personale, target di utenza % su popolazione, ecc.). In particolare il fabbisogno del personale adeguato. Gli indicatori e gli standard esistenti sono del tutto parziali (e ancora concentrati sull'Ospedale), pur con i miglioramenti introdotti dalla cosiddetta "[griglia Lea](#)". Inoltre, il provvedimento sui LEA ancora una volta elenca prestazioni e servizi, senza trattare in modo adeguato i percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali ([vedi Fiaso: PDTA](#)).

E ancora, senza la definizione dei corrispondenti **LEA per l'Assistenza Sociale** l'esigibilità e l'uniformità del diritto all'assistenza socio-sanitaria resta impossibile.

Occorre definire una relazione chiara tra prestazioni e diritti, come prevede la Costituzione, compreso l'esercizio dei poteri dello Stato, anche sostitutivi, per rimediare quella frantumazione del SSN che ha prodotto venti differenti sistemi regionali.

Per questo l'attuale revisione dei LEA va considerata una tappa del percorso per garantire l'esigibilità e l'uniformità del diritto alla Salute e alla protezione sociale.

Infine, questa volta, purtroppo, il provvedimento sui nuovi Lea è stato costruito senza quel confronto anche con le forze sociali (sindacato confederale e associazioni dei cittadini utenti) che aveva caratterizzato positivamente il percorso del 2008. E' evidente che bisogna cambiare metodo, se si vogliono rendere effettivi ed esigibili i Lea ai cittadini. Governo e Regioni devono aprirsi al confronto e alla partecipazione democratica.

Sui nuovi LEA si veda anche [SOS Sanità](#)

I principali riferimenti normativi sui LEA sono:

- la [Costituzione della Repubblica](#) in particolare l'art 117 lettera m): *definizione Lea e relativi poteri di Stato, Regioni e Autonomie Locali*.
- art. 1 (in particolare commi 1, 2, 3, 7, 8) del [D.Lgs 502/92 e successive modificazioni](#) (Es. "decreto Bindi" n. 229 del 1999, "Decreto Balduzzi" del 2012): *principi, definizione, risorse*.
- [Art. 1 comma 554 e 559 Legge 208/2015](#) Legge di Stabilità 2016 *Procedura per approvare e/o modificare i Lea*.
- [Articolo 1 comma 3 Intesa Stato Regioni 10.7.2014](#) *Patto per la Salute 2014/2016*
- [art. 6 comma 3 legge 21/2016 e art 2 comma 380 legge 244/2007](#): *aggiornamento tariffe delle prestazioni e delle funzioni e conseguente "valore" del Fondo sanitario (vedi anche articolo 8 sexies D.Lgs 502 1992 e successive modificazioni)*

Il provvedimento 2016 sui nuovi LEA:

- Il **nuovo DPCM** 13.01.2017 riprende gran parte dei contenuti del [Dpcm Prodi del 2008](#): allora non “bollinato” dalla Ragioneria Generale dello Stato e non più presentato dal Governo Berlusconi. Oggi si introduce qualche “novità” rispetto al 2008: es. Dipendenze da Gioco d’Azzardo Patologico, fecondazione eterologa, tutela gravidanza, elenco malattie rare e croniche esenti, assistenza protesica, ecc. Rispetto al 2008, rimangono confermati, e di grande importanza, gli articoli sull’assistenza sociosanitaria integrata (articoli 21 - 35).
- Sostituisce integralmente il [DPCM del 29 novembre 2001](#) (e modificazioni), il quale era composto da un solo articolo che assegnava agli [Allegati](#) l’identificazione dei LEA.
- **Definisce i LEA con un Dpcm di 64 articoli (che incorporano buona parte degli Allegati al Dpcm 29.11.2001) e con 18 tra nuovi Allegati e sub Allegati.**
- Recepisce una parte dei documenti approvati dalla Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei LEA, da Agenas e il lavoro tecnico scientifico del “[Progetto Mattoni del SSN](#)” .

I contenuti

- All’articolo 1 è stabilito che:

“1. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:

a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica

b) Assistenza distrettuale

c) Assistenza ospedaliera

2. I livelli essenziali di assistenza di cui al comma 1 si articolano nelle attività, servizi e prestazioni individuati dal presente decreto e dagli allegati che ne costituiscono parte integrante.”

Di seguito gli articoli da 2 a 64

Sono riportati solo i titoli degli ARTICOLI, per il contenuto integrale vedi [LINK articolato Nuovi Lea](#)

Sono riportati solo i titoli degli ALLEGATI, per il contenuto integrale vedi il collegamento ipertestuale a ciascun allegato

LIVELLO DI ASSISTENZA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

<p>Sono riportati solo i titoli degli ARTICOLI, per il contenuto integrale vedi LINK articolato Nuovi Lea</p> <p>Sono riportati solo i titoli degli ALLEGATI, per il contenuto integrale vedi il collegamento ipertestuale a ciascun allegato</p>	Commento
<p>Capo II Prevenzione collettiva e sanità pubblica</p> <p>Art. 2 Prevenzione collettiva e sanità pubblica</p> <p>A. sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;</p> <p>B. tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;</p> <p>C. sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;</p> <p>D. salute animale e igiene urbana veterinaria;</p> <p>E. sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;</p> <p>F. sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;</p> <p>G. attività medico legali per finalità pubbliche.</p> <p>Allegato 1: Prevenzione collettiva - dettaglio delle prestazioni garantite</p> <p>Vedi anche Allegato B "obiettivi copertura vaccinale"</p>	<p>Il macro livello, che finora era denominato "Assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro", diventa "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", cambiano anche i titoli delle attuali classificazioni</p> <p>Le schede che illustrano il dettaglio delle prestazioni (Allegato 1) sono condivisibili: ampliano il concetto di prevenzione e lo spettro di azione (in particolare l' area F "<i>Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche</i>" e l'area E sulla "<i>tutela della salute dei consumatori</i>");</p> <p>E' specificato molto meglio il dettaglio delle prestazioni rispetto al Dpcm del 2001.</p> <p>Da segnalare tra le nuove prestazioni, la vaccinazione anti HPV per tutte le ragazze, dal compimento degli undici anni fino al compimento dei dodici anni, per la prevenzione del cancro alla cervice uterina (circa 280.000 ragazze).</p> <p>Inoltre, particolarmente significativa, nell'Allegato 1, è l'area di intervento C, relativa alla "<i>Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro</i>". Ora si tratta di garantirne l'effettiva attuazione e per questo occorrerà un confronto per collegare i lea al nuovo testo Unico.</p> <p>Tuttavia, ancora una volta, questo Lea è difficilmente esigibile in modo uniforme nel territorio nazionale: mancano indicatori di offerta e standard organizzativi, seppur rispettosi dell'autonomia regionale, vincolanti per la programmazione.</p>

LIVELLO DI ASSISTENZA DISTRETTUALE

<p><i>Capo III- Assistenza Distrettuale</i></p> <p>Art. 3 Aree di attività dell'Assistenza distrettuale:</p> <ul style="list-style-type: none">a) assistenza sanitaria di baseb) emergenza sanitaria territorialec) assistenza farmaceuticad) assistenza integrativae) assistenza specialistica ambulatorialef) assistenza protesicag) assistenza termaleh) assistenza sociosanitaria domiciliare e territorialei) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale	<p>La Classificazione delle attività è quasi uguale a quella indicata nel Dpcm Lea 28.11.2001.</p> <p>Ma la novità è che sono gli articoli (da 4 a 34) a descrivere in dettaglio i contenuti delle singole aree di attività (si veda di seguito)</p>
<p><i>Segue Assistenza Distrettuale</i></p> <p>Art 4 Assistenza sanitaria di base</p> <p>Art. 5 Continuità assistenziale</p>	<p><u>L' articolo 4 elenca puntualmente attività e prestazioni dell'assistenza sanitaria di base</u> e l'articolo 5 prescrive la garanzia della continuità assistenziale (anche notturna e festiva).</p> <p>Questi articoli sono così riferimento anche per le definizioni degli accordi per la Medicina Generale (MG) e per la Pediatria di Libera scelta (PLS) che, evidentemente, si dovranno uniformare a quanto disposto. Questa è una novità importante, richiesta anche da noi, perché nel vigente Dpcm 28.11.2001, al contrario, il Lea era definito in base ai contenuti degli accordi per la MG e PLS</p> <p>Ora, nell'attuazione di questo Lea (e proprio nella definizione degli accordi di MG e PLS) dovranno essere precisati alcuni aspetti, quali: le modalità di garanzia della continuità assistenziale nelle 24 ore, la previsione di studi associati dei medici di base convenzionati nell'ambito del distretto sociosanitario, la garanzia della figura unica del Medico delle cure primarie (superando le diverse figure mediche).</p>

<p>Segue Assistenza Distrettuale</p> <p>Art. 6 - Assistenza ai turisti</p>	
<p>Art. 7 Emergenza sanitaria territoriale</p>	<p>Importanti conferme e precisazioni rispetto alle attuali disposizioni normative</p>
<p>Segue Assistenza Distrettuale</p> <p>Art. 8 Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate</p> <p>Art. 9 Assistenza farmaceutica erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri</p>	<p>Gli articoli sulla <u>assistenza farmaceutica</u> innovano positivamente. Articolo 8: rimborso sul prezzo di riferimento più basso (comma 1), nuovi servizi (comma 2). Articolo 9: ASL e Aziende Ospedaliere distribuzione diretta di farmaci per: assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, dimissioni ospedaliere o dopo visita specialistica ambulatoriale (comma 1). Disciplina sui farmaci innovativi non ancora autorizzati (art. 9 comma 2)</p> <p>Da fare il coordinamento tra queste norme e quelle sulla farmaceutica.</p>
<p>Segue Assistenza Distrettuale</p> <p>Art. 10 Prestazioni di assistenza integrativa</p> <p>Art. 11 - Erogazione di dispositivi medici monouso: Allegato 2 "dispositivi medici monouso"</p> <p>Art. 12 – Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso: Allegato A Intesa Stato Regioni</p> <p>Art. 13 erogazione di presidi per persone affette da patologia diabetica o da malattie rare: allegato 3 "nomenclatore presidi per diabetici e malattie rare"</p> <p>Art. 14 Erogazione prodotti dietetici</p>	<p>Gli articoli sull'<u>assistenza integrativa</u> (articoli da 10 a 14, allegato 2, e A) "dispositivi medici monouso") ampliano lo spettro di cittadini aventi diritto a questo Lea e vi precisano le condizioni per l'accesso (sono rivolti ad assistiti laringectomizzati, tracheostomizzati, ileostomizzati, colostomizzati e urostomizzati, assistiti che necessitano permanentemente di cateterismo, assistiti affetti da incontinenza urinaria o fecale cronica ed assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento). Si evidenzia l'inserimento nell'assistenza integrativa dei "dispositivi monouso" che prima erano compresi nell'assistenza protesica e la previsione di nuovi dispositivi per "medicazioni avanzate". Con l'articolo 13 accanto ai presidi per le persone con diabete, quelli per le malattie rare.</p> <p>I prodotti dietetici (art. 14) sono per particolari alimentazioni, da assicurare a persone affette da malattie metaboliche congenite, da fibrosi cistica, da celiachia, ai nati da madri sieropositive per HIV. Inserimento dei prodotti dietetici per le persone affette da nefropatia cronica e per grave disfagia da malattie neuro-degenerative.</p> <p>Spetta alle regioni disciplinare le modalità di attuazione degli articoli 13 e 14.</p>

Segue Assistenza Distrettuale

Art. 15 Assistenza specialistica AMBULATORIALE

- [Allegato 4 Nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali](#)

Art. 16 Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

- [Allegato 4 A densitometria ossea](#)
- [Allegato 4 B chirurgia refrattiva](#)
- [Allegato 4 C Odontoiatria](#)
- [Allegato 4d condizioni di erogabilità prestazioni ambulatoriali per appropriatezza prescrittiva](#)

Parte relativa all'assistenza specialistica ambulatoriale: articoli 15 e 16 e Allegato 4, 4 A, 4 B, 4 C.

Sono indicate per ciascuna prestazione specifiche condizioni di erogabilità (particolari categorie di destinatari, patologie, finalità diagnostiche ecc) da evidenziare sulla ricetta dal medico prescrittore per aver diritto alle prestazioni. E' una questione da verificare per evitare "esclusioni" dai Lea, visto che il cd decreto appropriatezza è superato dal Decreto Lea.

Questo Livello di prestazioni subisce una significativa revisione: il nomenclatore (allegato 4) è molto più ampio e più chiaro circa la definizione delle prestazioni e le indicazioni cliniche per l'appropriatezza. Risultano aggiunte numerose voci di laboratorio e nelle altre branche specialistiche. Per il laboratorio non si tratta di nuove prestazioni ma quasi sempre di una più analitica descrizione di quelle già esistenti. Per le altre branche l'aumento più rilevante riguarda la diagnostica per immagini e l'inserimento in ambulatorio delle prestazioni provenienti dai Day hospital e surgery **con conseguenze sui ticket a carico dei cittadini (vedi capitolo su LEA Ospedaliera).**

Spetta alle Regioni disciplinare le modalità di erogazione delle prestazioni, rispettando l'obbligo di monitoraggio (ricette telematiche) delle prescrizioni

Sono previste specifiche Intese Stato Regioni per stabilire pacchetti di prestazioni da erogare in forma organizzata dagli ambulatori.

Gli allegati 4 A (densitometria ossea), 4B (chirurgia refrattiva) e 4C Odontoiatria, fissano i limiti di erogabilità per queste prestazioni. Significativi sono le disposizioni circa la prescrivibilità di prestazioni odontoiatriche per "categorie vulnerabili" e per i minori 0 14 anni.

<p>Segue Assistenza Distrettuale</p> <p>Art. 17 Assistenza PROTESICA erogabili nell'ambito del Ssn e articolazione del nomenclatore</p> <p>Allegato 5</p> <p>Art. 18 Destinatari delle prestazioni di assistenza protesica</p> <p>Art. 19 Modalità di erogazione dell'assistenza protesica</p>	<p>Parte relativa all'<u>assistenza protesica</u>: protesi, ortesi ed ausili tecnologici in caso di menomazioni o disabilità (articoli 17, 18, 19 più Allegato 5). Qui si interviene con un importante riordino della materia che prevede: nuovo repertorio degli ausili e delle prestazioni, individuazione degli aventi diritto, procedure per l'erogazione degli ausili, norme per i produttori.</p> <p>Tra le novità è particolarmente importante l'introduzione di nuovi ausili informatici (tra i quali i comunicatori a sintesi vocale o a display, i sensori di comando, i sistemi di riconoscimento vocale) per i portatori di gravi disabilità, ausili per la mobilità personale (sollevatori mobili e fissi), ausili per la cura e l'adattamento della casa (stoviglie adattate, maniglie e braccioli di supporto), apparecchi acustici di ultima generazione per le persone con sordità preverale e periverale.</p> <p><u>La materia è stata criticata dalle associazioni che si occupano di disabilità.</u></p> <p>Le procedure per l'erogazione dell'assistenza protesica e le modalità di individuazione degli erogatori sono definiti con Intesa Stato Regioni (art. 19).</p>
<p>Art. 20 Assistenza termale - Allegato 9</p>	<p>Garantite le prestazioni di assistenza termale previste dalla normativa vigente ai soggetti indicati dall'allegato 9, compresi gli assicurati INPS e INAIL. Garantito un ciclo annuo di prestazioni (fatto salvo categorie particolari (vedi) che possono usufruire di un secondo ciclo).</p>

Segue Assistenza Distrettuale

Capo IV Assistenza sociosanitaria

Art 21 Percorsi assistenziali integrati

Art. 22 Cure domiciliari

Art. 23 Cure palliative domiciliari

Art. 24 Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie

Art. 25 Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuro-psichiatrico e del neurosviluppo

Art. 26 Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

Art. 27 Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità

Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

Gli articoli da 21 a 34 sull'Assistenza SOCIO SANITARIA sono molto importanti:

Sostituiscono, modificandolo e migliorandolo, anche l'allegato 1C del Dpcm del 2001 (relativo alle prestazioni dell'area ad integrazione socio-sanitaria).

Vengono previste (art 21) LINEE DI INDIRIZZO, da emanarsi con specifico Accordo Stato Regioni, per realizzare PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI, sulle quali sarà importante avere un confronto come sindacato. **Al comma 2 si dichiara che il Ssn garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico e la valutazione multidimensionale del bisogno (anche sociale) con il Progetto di assistenza individuale (PAI).**

Tuttavia, **la mancata definizione dei corrispondenti Livelli Sociali e l'assenza di indicatori di offerta e di standard organizzativi** (condivisi fra Stato e Regioni) rende ancora problematica l'attuazione di questo livello. Peraltro, Così come è evidente, l'importanza di istituire il fondo non autosufficienza, che viene esplicitamente citato nell' articolo 21

Da segnalare per l'assistenza domiciliare e territoriale (articoli da 22 a 28):

- l'articolazione delle cure domiciliari, rivolte alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità (articolo 22), in quattro livelli, in base alla complessità del bisogno e all'intensità dell'intervento assistenziale, con la previsione della presa in carico e del Piano di assistenza individuale.
- le cure palliative per i malati in fase terminale (articolo 23): è prevista un'area specifica di cure domiciliari, di elevata intensità assistenziale, che tutela e sostiene non soltanto il paziente ma anche la famiglia;
- la descrizione puntuale delle prestazioni che devono essere erogate dai servizi territoriali di assistenza sociosanitaria: per minori - donne coppie - famiglie (i Consultori), per persone con disturbi mentali (CSM), per minori con disturbi neuro-psichiatrici, per disabili, per persone con dipendenze patologiche. Si tratta di servizi fondamentali, ma spesso sottodimensionati; per questo bisogna "esigere" questi LEA.
- La nuova definizione, pur mancando di indicatori di offerta e di standard organizzativi, offre un'occasione concreta per il potenziamento di quest'area di attività.
- Positivo l'inserimento tra i LEA Dipendenze dell'assistenza per il Gioco d'Azzardo Patologico GAP e tra le prestazioni la "riduzione del danno".

Segue assistenza sociosanitaria (distrettuale)

Art. 29 Assistenza RESIDENZIALE extraospedaliera ad elevato impegno sanitario

Art. 30 Assistenza sociosanitaria RESIDENZIALE e SEMIRESIDENZIALE alle persone non autosufficienti

Art. 31 Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita

Art. 32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuro-psichiatrico e del neurosviluppo

Art. 33 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

Art. 34 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità

Art. 35 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

Da segnalare per l'Assistenza sociosanitaria di tipo residenziale e semiresidenziale (articoli da 29 a 35):

- E' previsto un livello di assistenza residenziale extraospedaliera (articolo 29) ad elevato impegno sanitario" (assistenza continua con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h, destinata a patologie non acute) e altri servizi residenziali e semiresidenziali rivolte a diverse persone: non autosufficienti (articolo 30), nella fase terminale della vita (articolo 31), con disturbi mentali (articolo 32), minori neuropsichiatria (art. 33) con disabilità (articolo 34), con dipendenze patologiche (articolo 35).

Per ciascun target di utenza sono previsti diversi gradi di intensità assistenziale. Ad esempio l'assistenza residenziale rivolta alle persone non autosufficienti prevede 3 gradi (oltre all'assistenza extraospedaliera con elevato impegno sanitario art. 29)

1. trattamenti estensivi di cura e recupero
2. trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale
3. trattamenti di lungo assistenza.

- L'articolazione in diversi gradi di intensità assistenziale, è condivisibile (ed era stata indicata dall'apposita Commissione per la revisione dei Lea), tuttavia ha bisogno di chiarimenti nella fase applicativa:

- in primo luogo perché la nuova classificazione dei livelli di intensità assistenziale **potrebbe produrre effetti anche sulla quota a carico di Comuni e cittadini** (compartecipazione). (vedi anche [Grusol](#)) Infatti queste prestazioni sono state erogate e classificate in modo diverso dalle singole Regioni, anche in materia di compartecipazione.

- in secondo luogo per uniformare la situazione, sapendo che è urgente prevedere e implementare tutte le cosiddette *strutture intermedie*, (es. Ospedali di comunità) che si devono collocare tra Ospedale, Rsa e Assistenza a domicilio, per garantire la continuità assistenziale.

A parte questo chiarimento indispensabile in fase applicativa, non è stata prevista formalmente una variazione alla quota percentuale di spesa a carico del Ssn o dei Comuni (e degli utenti), rispetto alle norme vigenti

In ogni caso si ripropone la necessità di rivedere in generale il sistema di compartecipazione, anche alle spese sociali che non devono coprire prestazioni di assistenza sanitaria a carico SSN ([vedi sentenza Tar Piemonte](#))

LIVELLO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Capo V - Assistenza Ospedaliera

Art. 36 Aree di attività dell'assistenza ospedaliera

Art. 37 Pronto soccorso

Art. 38 Ricovero ordinario per acuti

Art. 39 Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario

- [Allegato 6A: elenco DRG ad alto rischio in appropriatezza in ricovero ordinario](#)

Art. 40 Day surgery

Art. 41 Criteri di appropriatezza del day surgery

- [Allegato 6B: elenco prestazioni ad alto rischio non appropriatezza in Day surgery trasferibili in Ambulatorio](#)

Art. 42 Day Hospital

Art. 43 Criteri di appropriatezza del ricovero in day hospital

Art. 44 Riabilitazione e lungodegenze post acuzie

Art. 45 Criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione

Art. 46 Centri antiveleni

Art. 47 Attività trasfusionali

Art. 48 Attività trapianto organi e tessuti

Art. 49 Donazione di cellule riproduttive

LIVELLO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

La parte [sull'assistenza ospedaliera](#) (articoli da 36 a 49 più gli allegati 6A sui DRG ad alto rischio di non appropriatezza e allegato 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.

In Pronto Soccorso prevista una funzione di Osservazione Breve Intensiva.

I DRG ad alto rischio di non appropriatezza in ricovero ordinario passano da 43 a 118. Un Accordo Stato Regioni definirà criteri per fissare percentuali ricoveri appropriati in regime ordinario.

Vengono definiti anche le prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery. Proprio lo spostamento di alcune prestazioni chirurgiche, oggi svolte in day hospital e day surgery, all'area delle prestazioni ambulatoriali (vedi allegato 6B) comporta il loro ingresso nell'area delle prestazioni con compartecipazione.

E' condivisibile che siano svolte nella sede più appropriata, qual è l'ambulatorio anziché l'ospedale. **Ma non è accettabile un'ulteriore aumento del numero di prestazioni su cui grava il ticket**, tanto più per le prestazioni di tipo chirurgico. Si dovrà trovare quindi una soluzione che, nel rispetto del principio di appropriatezza, eviti di estendere a queste particolari prestazioni la compartecipazione.

Rimane comunque l'esigenza che i servizi ambulatoriali siano adeguatamente organizzati al fine di garantire le "nuove" prestazioni.

Importante anche le prescrizioni per l'appropriatezza per i day Hospital (art. 43).

Art. 49 tratta delle procreazione medicalmente assistita/fecondazione eterologa

ASSISTENZA A CATEGORIE PARTICOLARI

Capo VI - Assistenza specifica a particolari categorie

Art. 50 Assistenza specifica a particolari categorie

Art. 51 Assistenza agli invalidi

Art. 52 Persone affette da malattie rare

- [Allegato 7: malattie rare](#)

Art. 53 Soggetti affetti da malattie croniche

- [Allegato 8: elenco malattie croniche e invalidanti esenti da compartecipazione](#)
- [Allegato 8 bis idem provvisorio in attesa attuazione allegato 8](#)

Art. 54 Persone affette da fibrosi cistica

Art. 55 Nefropatici cronici in trattamento dialitico

Art. 56 Persone affette da Morbo di Hansen

Art. 57 Persone con infezione da HIV/AIDS

Art. 58 Persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale

Art. 59 Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità - [Allegati 10A e 10B 10 C](#)

Art 60 Persone con disturbo dello spettro autistico

Art. 61 Assistenza Sanitaria all'estero

Art. 62 Cittadini di Stati non appartenenti all'UE iscritti al Servizio sanitario nazionale

Art. 63 Cittadini di Stati non UE non in regola con il permesso di soggiorno

ASSISTENZA A CATEGORIE PARTICOLARI

Sull'assistenza a categorie particolari (articoli da 50 a 62), vi sono variazioni importanti, in particolare:

- il nuovo elenco della [malattie rare \(allegato 7\)](#) e delle prestazioni correlate esenti da compartecipazione, a modifica della legge 279/2001, con l'ampliamento dell'esenzione ad 110 nuove malattie o gruppi.
- il nuovo elenco delle prestazioni esenti da compartecipazione a favore dei soggetti affetti da [malattie croniche \(allegato 8\)](#) con la revisione dell'attuale elenco (DM 329/99). Aggiunte 6 nuove patologie gravi (BPCO medio/grave, Rene policistico autosomico dominante, Osteomielite cronica, Malattie renali croniche, Sindrome da talidomide, Endometriosi medio/grave) e l'esenzione per numerose altre patologie. Previste scadenze temporali per eseguire le prestazioni.

Art. 58 richiama il rispetto del Dpcm 2008 per il diritto, ancora non garantito, all'assistenza sanitaria in carcere tramite il SSN

Art. 59 Escluse dal pagamento del ticket prestazioni per la tutela della maternità (vedi anche allegati 10A e 10B) e per l'esclusione di rischio fetale (Allegato 10C)

Art. 60 Recepita la [legge 134/2015](#)

Art. 61 aggiorna le norme alla luce della relativa Direttiva UE, che in Italia non è ancora pienamente attuata

Art. 63 Riconoscimento nei Lea del diritto alla cure per extracomunitari irregolari. Norma ostacolata in alcune regioni.

Articolo 64 Norme finali e transitorie

comma 1: prevede Accordi Stato Regioni su criteri uniformi per individuare limiti e modalità di erogazione delle prestazioni demandate alle Regioni.

comma 2: si rinvia, sino all'emanazione del DM sulle tariffe, l'entrata in vigore degli articoli in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e dei relativi allegati. Intanto per le esenzioni dal ticket per malattie croniche vale elenco allegato 8bis in sostituzione allegato 1 DM 28.5.1999 n. 239. Comma 3: analogo rinvio per l'assistenza protesica.

Il DM sulla appropriatezza prescrittiva (cd decreto taglia prestazioni) decade con l'entrata in vigore delle nuove norme)

comma 4: Le disposizioni per malattie rare (art. 52 e allegato 7) entrano in vigore entro 180 giorni dall'entrata in vigore di questo Dpcm Lea

Comma 5: Abroga il Dpcm 29.12.2001 e successive modificazioni, che disciplinava i LEA.

Vedi anche:

[Sanità: Cgil, importante decreto su Lea, ma renderli esigibili, risorse insufficienti](#)

CGIL prima valutazione sui nuovi LEA, in particolare sull'inadeguato finanziamento su [Rassegna sindacale](#).