



Sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA)

Il DPCM 12.01.2017 sui LEA è stato finalmente pubblicato nella [Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 S.O. 15](#)

L'aggiornamento dei Livelli di Assistenza Sanitaria (LEA) era atteso da quindici anni. All'anno 2001 risale infatti il Dpcm che per la prima volta nel nostro Paese introdusse l'elenco di prestazioni e di servizi sanitari cui hanno diritto i cittadini. La definizione e l'aggiornamento dei LEA è un atto fondamentale per l'esercizio del diritto alla tutela della salute e alle cure. Secondo il mandato costituzionale si tratta di Livelli Essenziali concernenti i diritti sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Anche se l'esperienza di questi anni ci ha insegnato che non basta definire o aggiornare i Lea per garantire questi diritti e per assicurarli in modo uniforme in tutto il Paese.

Questo è il punto cruciale, aggiornare i LEA certamente un atto utile e importante ma non esaurisce il mandato costituzionale. Per questo CGIL CISL UIL hanno chiesto al Ministro Lorenzin un confronto per attuare i nuovi LEA: [vedi la Lettera](#)

I nuovi LEA, contenuti in un voluminoso provvedimento che introduce nuove prestazioni, ne aggiorna e ne conferma molte altre, sono stato approvati con [l'Intesa Stato Regioni del 7 settembre 2016](#).

Nel nuovo provvedimento, che sostituisce il Dpcm del 29.11.2001, è contenuto gran parte del lavoro compiuto con il cosiddetto "Dpcm Prodi (Turco)" del 2008. Decreto che fu ritirato dal Governo Berlusconi dopo che la Ragioneria generale dello Stato segnalò la mancanza di copertura finanziaria, quantificata allora in circa 3 miliardi. Il problema è che anche oggi non c'è una copertura finanziaria *effettiva*. E i costi dichiarati non sono affatto certi.

Incerta la copertura finanziaria effettiva.

La Tabella della Relazione Tecnica (qui sotto riportata) che accompagna il Dpcm di 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*.

LEA	COSTI milioni euro	RISPARMI milioni euro	Differenza costi/risparmi milioni 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	771,8

Per l'anno 2016 le Regioni avevano accettato, seppur dopo proteste, che una parte del fondo sanitario, 800 milioni, fosse vincolato al finanziamento dei nuovi LEA. Successivamente le Regioni avevano dato il via libero al provvedimento ma solo a *precise condizioni*: che il livello del Fondo Sanitario Nazionale fosse nel 2017 a 113 miliardi e nel 2018 a 115 miliardi. Con l'ultima legge di bilancio, e con la [mancata Intesa Stato Regioni del 9.2.2017](#) sappiamo che nel

2017 il FSN scende a 112,5 mld e nel 2018 scende a 114 mld. Manca oltre 1,5 miliardo rispetto alle risorse che dovevano finanziare i LEA.

Così le Regioni hanno ottenuto che l'attuazione dei nuovi Lea avvenga gradualmente, secondo la copertura finanziaria effettiva, e in base al lavoro di un apposita Commissione. Questi vincoli posti dalle Regioni sui Lea sono contenuti in un Allegato che è parte integrante [dell'Intesa del 7.9.2016](#).

In pratica i costi aggiuntivi dei Lea vanno a gravare sul finanziamento esistente, già pesantemente ridotto per effetto delle ultime manovre finanziarie.

Aumentano così le prestazioni da garantire ai cittadini ma a parità di finanziamento complessivo. Si rischia di creare una inaccettabile "selezione" delle prestazioni. O di non poterle garantire immediatamente.

Il rischio di approvare un provvedimento necessario ma velleitario

L'aggiornamento dei Lea era ed è necessario. Introdurre nuove o più aggiornate prestazioni per i cittadini è comunque un fatto positivo. Così come la nuova articolazione dei Lea, 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.

Ma se non si mette in sicurezza il finanziamento del SSN, l'aggiornamento dei Lea rischia di essere un provvedimento velleitario. I ripetuti tagli al finanziamento alla Sanità e ai servizi del welfare socio assistenziale, hanno messo in discussione la garanzia dei *vecchi Lea*, soprattutto in alcune regioni. I monitoraggi sulla garanzia dei Lea sono preoccupanti e descrivono una drammatica frammentazione del SSN.

Garantire uniformità ed esigibilità dei Lea

In ogni caso l'aggiornamento non basta, deve 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 di adottare i provvedimenti già previsti nel Patto per la Salute 2014/2016 sul monitoraggio del LEA (all'articolo 10) e mai attuati. 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 sono indispensabili i fabbisogni di personale. Gli indicatori e gli standard esistenti sono del tutto parziali: esistono per l'Ospedale ma non per i servizi distrettuali. Una carenza incomprensibile che ostacola i processi di riorganizzazione. Inoltre, come sappiamo, l'effettiva garanzia dei Lea è strettamente legata alle liste di attesa. E ancora, come dicevamo, senza la definizione dei corrispondenti Lea per l'Assistenza Sociale l'esigibilità e l'uniformità del diritto all'assistenza sociosanitaria resta impossibile.

Infine, 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 troppe differenze fra sistemi regionali. Insomma, senza risorse e senza poteri l'effettiva garanzia dei Lea, vecchi e nuovi che siano, resta un obiettivo da raggiungere.

Nuovi LEA E Ticket

Sull'introduzione di nuovi ticket dovuta alla revisione dei LEA c'è stata una polemica tra la Cgil e il Ministro Lorenzin, che ha definito questo un "falso allarme". C'è da dire che il commento della Cgil sui nuovi Lea è contenuto in un documento di quindici pagine che riguarda l'intero provvedimento. La questione ticket è appena accennata, ma certo non poteva essere taciuta.

Peraltro, la stima sul valore dei "maggiori ticket" non è della Cgil, è contenuta nella [Relazione tecnica del Ministero della Salute](#) che accompagna il provvedimento sui Lea, dove è anche illustrata in una tabella a pagina 22. Non si capisce perciò la smentita del Ministro Lorenzin.

Ma soprattutto [Cgil, Cisl, Uil rivendicano un exit strategy dal sistema dei ticket](#), considerandolo iniquo e controproducente. E quindi nello specifico del provvedimento sui nuovi Lea, la Cgil ha stigmatizzato il fatto che lo spostamento di alcune prestazioni dal day hospital e dal day surgery all'ambulatorio (pur motivato da giuste ragioni di appropriatezza) comportasse per i

cittadini il pagamento di un ticket che in ambito ospedaliero non era richiesto. [l'Istat](#) segnala che milioni di italiani rinunciano alle cure per ragioni economiche, perciò il Ministro farebbe bene a dichiarare se e come intende affrontare la questione ticket.

Un rapido sguardo ai nuovi Lea

Per una valutazione completa sull'intero provvedimento rinviamo alla [scheda commento CGIL](#).

Qui segnaliamo alcune questioni particolarmente significative, **sui Lea della Prevenzione e dell'assistenza distrettuale nell'area socio sanitaria** in particolare, che riguardano anche la contrattazione sociale che il sindacato può mettere in campo per l'attuazione dei nuovi Lea

*Il **Lea della Prevenzione** è descritto nell' [Allegato 1](#). Le schede che illustrano il dettaglio delle prestazioni sono in buona parte condivisibili: ampliano il concetto di prevenzione e lo spettro di azione. In particolare l' area F "*Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche*" e l'area E sulla "*tutela della salute dei consumatori*". Inoltre, particolarmente significativa, è l'area di intervento C, relativa alla "*Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*, qui semmai si tratta di garantirne l'effettiva attuazione e per questo occorrerà un confronto per collegare i Lea al nuovo testo Unico sulla sicurezza nel lavoro.*

Tuttavia, ancora una volta, la Prevenzione è difficilmente esigibile: mancano indicatori di offerta e standard organizzativi, seppur rispettosi dell'autonomia regionale, vincolanti per la programmazione. E le risorse dedicate sono assolutamente insufficienti. Ma il vero problema è la debole mobilitazione sociale (e politica) sulla Prevenzione, che riguarda interventi di tipo sociale, ambientale, economico che vanno ben oltre l'ambito sanitario.

*Il **Livello Essenziale di Assistenza (Distrettuale) SOCIOSANITARIA** è trattato negli [articoli da 21 a 35](#). L'allegato 1C del Dpcm del 2001, relativo alle prestazioni dell'area ad integrazione socio-sanitaria, viene interamente sostituito dal nuovo articolato. Vengono previste, all'articolo 21, Linee di indirizzo, da emanarsi con specifico Accordo Stato Regioni, per realizzare *percorsi assistenziali integrati*. 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). Non c'è dubbio che si tratta di un notevole passo in avanti per offrire alla programmazione regionale e locale un punto di riferimento più forte.*

Anche qui, la mancata definizione dei corrispondenti **Livelli Sociali** e l'assenza di indicatori di offerta e di standard organizzativi e la scarsità di risorse dedicate, rende ancora problematica l'attuazione di questo livelli. A questo proposito, ad esempio, l'articolo 21 cita esplicitamente la necessità di istituire il **fondo per la non autosufficienza**.

Questi articoli sono riferimento anche per le definizioni degli *accordi per la Medicina Generale (MMG)* 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. 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).

Da segnalare quanto previsto per *l'assistenza domiciliare e territoriale* (articoli da 22 a 28) rivolta alle persone non autosufficienti, ai malati in fase terminale, a minori - donne coppie - famiglie (i Consultori), alle persone con disturbi mentali (CSM), per minori con disturbi neuropsichiatrici, ai disabili, alle persone con dipendenze patologiche. Sappiamo che si tratta di servizi fondamentali, ma spesso sottodimensionati, che devono rispondere a bisogni crescenti. Il problema anche qui è la reale esigibilità di questi Lea rivolti a fasce di popolazione con scarsa forza contrattuale.

Una menzione particolare merita l'inserimento tra i LEA relativi alle **Dipendenze**, dell'assistenza per il Gioco d'Azzardo Patologico **GAP** e tra le prestazioni la "[riduzione del danno](#)".

Importanti sono anche gli articoli (da 29 a 35) sui Livelli Essenziali per ***l'Assistenza sociosanitaria di tipo residenziale e semiresidenziale***. Per ciascun target di utenza sono previsti diversi gradi di intensità assistenziale. La scelta 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 è indispensabile uniformare l'offerta di *strutture intermedie*, (es. Ospedali di comunità) che si devono collocare tra Ospedale, Rsa e Assistenza a domicilio, per garantire la continuità assistenziale. In questo momento le differenze fra le regioni sono enormi. Ma soprattutto perché la nuova classificazione dei livelli di intensità assistenziale *potrebbe produrre effetti anche sulla quota a carico di Comuni e cittadini*. Anche se con i nuovi Lea non è stata prevista formalmente una variazione alla compartecipazione rispetto alle norme vigenti, è opportuno un chiarimento, perché queste prestazioni sono state erogate e classificate in modo diverso dalle singole Regioni, anche in materia di compartecipazione.

In realtà si ripropone **la necessità di rivedere in generale il sistema di compartecipazione** (e di finanziamento) **anche per le spese sociali**, che in troppi casi sono così elevate da impedire o limitare l'accesso ai servizi [vedi sentenza Tar Piemonte](#).