

# **I livelli essenziali di assistenza (LEA)**

# Definizione dei LEA/1

## I livelli essenziali di assistenza

Possono essere definiti come:

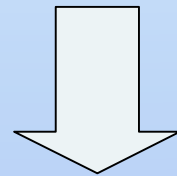
Tutte le attività ed i servizi che il Servizio sanitario è tenuto ad erogare con i finanziamenti a disposizione, ovvero con la quota delle risorse pubbliche destinata all'assistenza sanitaria

# Definizione dei LEA/2

## I livelli essenziali di assistenza

Sono quindi:

I limiti quantitativi, qualitativi e tipologici entro i quali il Servizio sanitario è garantito



Le Regioni sono chiamate ad assicurare i livelli essenziali e solo entro questi limiti il servizio può considerarsi obbligatorio

# **Finalità dei LEA**

Indicare, a favore dei cittadini, l'elenco delle prestazioni esigibili dal SSN

Indicare, a favore delle Regioni, il contenuto necessario dell'obbligo di servizio pubblico

Consentire, a favore dell'equilibrio complessivo della finanza pubblica, un controllo sui costi delle prestazioni sanitarie, attraverso l'analisi delle spese sostenute dalle regioni per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza

# LEA e servizio pubblico

A proposito della definizione dei LEA,  
è bene precisare che:

- ✓ La funzione dei LEA come contenuto obbligatorio del servizio pubblico si è affermata solo recentemente, in quanto, fino al 2001, mancava una precisa individuazione delle prestazioni che il SSN era tenuto ad erogare
- ✓ Il **principio di globalità** espresso dalla legge n. 833/1978 non ha impedito che, nella concreta attuazione della legge, si registrassero profondi divari nella quantità, qualità e tipologia delle prestazioni erogate nelle diverse parti del territorio nazionale

## **Livelli essenziali e livelli aggiuntivi**

**La definizione dei livelli essenziali di assistenza non esclude che:**

- ✓ le Regioni possano farsi carico dell'erogazione di ulteriori prestazioni, che devono però finanziare con risorse proprie
- ✓ I comuni possano finanziare l'erogazione da parte delle strutture del SSN di livelli aggiuntivi di assistenza

# L'evoluzione normativa dei LEA/1

1991 -1992

(l. 412/1991, l. 438/1992, d.p.r. 24/12/1992)

Prima previsione dei “livelli di assistenza sanitaria da assicurare **in condizioni di uniformità** su tutto il territorio nazionale”

I livelli si presentano come obiettivi che il SSN si propone di raggiungere e la loro realizzazione costituisce un impegno programmatico e non un obbligo

# **L'evoluzione normativa dei LEA/2**

**d.lgs. 502/1992**

I livelli uniformi di assistenza sanitaria come specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini diventano un contenuto necessario del Piano sanitario nazionale

**Gli atti di programmazione adottati negli anni '90 si sono limitati ad offrire definizioni generali dei LEA e a indicare solo in negativo ed in via esemplificativa alcune prestazioni sicuramente escluse dai contenuti dell'obbligo del servizio pubblico**



# L'evoluzione normativa dei LEA/3

## D.lgs. 229/1999

(art. 1, commi 2 e 3 , d.lgs. 502/1992)

I livelli sono definiti come “essenziali” e non “uniformi” e sono specificati i criteri ai quali il Governo deve attenersi nella loro definizione

Si afferma il principio della contestualità tra la individuazione dei LEA e la quantificazione delle risorse finanziarie, che quindi non vengono delimitate a monte, ma al contrario definite sulla base delle prestazioni necessarie

# I LEA nel d.lgs. 229/1999

Art. 1, comma 7 d.lgs. 502/1992 (come modificato dal d.lgs. 229)  
I criteri per la individuazione delle prestazioni “essenziali”

<b>pertinenza</b>	<b>efficacia</b>	<b>appropriatezza clinica</b>	<b>appropriatezza organizzativa</b>
Rispondono agli obiettivi di assistenza del SSN individuati nella programmazione sanitaria	La loro efficacia è dimostrata dalle evidenze scientifiche	sono appropriate alle condizioni cliniche del paziente	A parità di efficacia con altre prestazioni soddisfano il principio di economicità e garantiscono un uso efficiente delle risorse

# **La disciplina attuale dei LEA**

**Accordo Stato-Regioni 22 novembre 2001  
(DPCM 29 novembre 2001)**

**“Definizione dei livelli essenziali di assistenza del  
Servizio sanitario nazionale”**

**Contiene la disciplina attuale dei LEA**

**I contenuti del DPCM 29 novembre 2001 sono  
stati successivamente confermati da una  
legge ordinaria (art. 54 della l. 289/2002)**

# I LEA secondo la giurisprudenza

Corte Costituzionale, sentenza n. 88/2003

Il DPCM 29 novembre 2001 (poi recepito dalla legge 289/2002) è in linea con il nuovo art. 117 comma 2 lett. m) Cost.

Ogni atto che intenda individuare livelli essenziali deve pertanto:

- Essere disciplinato, almeno nel procedimento e nei tratti essenziali, da una fonte di rango legislativo
- Il procedimento di adozione deve prevedere una fase di concertazione necessaria con le Regioni

Ogni atto che non presenti questi requisiti non può considerarsi espressivo del potere statale di individuazione dei LEA

# LEA e standards

Corte Costituzionale, sentenza n. 134/2006

- ❖ per assicurare una effettiva garanzia dei livelli essenziali il legislatore statale può anche dettare una **disciplina di tipo specificativo** o attuativo contenente **standards** (qualitativi, quantitativi, ma anche strutturali e tecnologici) da assicurare nell'erogazione delle prestazioni essenziali
- ❖ Obbligatoria la **previa intesa** con le Regioni

# La struttura del DPCM 29 novembre 2001

Indicazione generale delle tipologie di prestazioni obbligatorie

(cd. lista positiva)

Indicazione delle prestazioni da considerarsi escluse dai LEA totalmente o parzialmente, e di quelle inappropriate secondo l'attuale organizzazione assistenziale

(cd. lista negativa)

# La lista positiva/1

## L'allegato 1

Riporta

gli elenchi delle attività e dei servizi che il SSN è tenuto a garantire

Nella compilazione della lista positiva è stato utilizzato il criterio del richiamo a precedenti atti che già contenevano una elencazione di prestazioni, ivi compresi gli *standards* organizzativi e qualitativi eventualmente già previsti

# Le tre macro aree di intervento

- ✓ **Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro** : Prevenzione delle malattie; tutela degli ambienti di vita e di lavoro; controllo e vigilanza sulle attività potenzialmente nocive o pericolose; educazione della collettività a sane abitudini di vita
- ✓ **Assistenza distrettuale**: assistenza sanitaria di base; assistenza farmaceutica; prestazioni specialistiche ambulatoriali; assistenza territoriale ambulatoriale o domiciliare; assistenza territoriale residenziale o semiresidenziale
- ✓ **Assistenza ospedaliera**: Attività di pronto soccorso e di urgenza; trattamenti erogati in regime di degenza e di ricovero diurno; interventi ospedalieri a domicilio; servizi trasfusionali; prelievo conservazione e trapianto organi e tessuti; etc.



# Le sotto-categorie di interventi

Secondo il DPCM 29 novembre 2001, l'assistenza sanitaria collettiva si riparte in:

- ✓ Prevenzione collettiva
- ✓ Prevenzione individuale
- ✓ Attività di medicina legale

# La prevenzione collettiva

Comprende:

- ✓ **Compiti di igiene e sanità pubblica**

(profilassi delle malattie infettive, tutela dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale e tutela dai rischi sanitari degli ambienti)

- ✓ **Igiene degli alimenti e della nutrizione**

(controllo sulla produzione e somministrazione di alimenti e bevande)

- ✓ **Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro**

- ✓ **Sanità pubblica veterinaria**

(sanità animale, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale)

# La prevenzione individuale

Comprende:

- ✓ Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
- ✓ Realizzazione di programmi di screening e diagnosi precoce
- ✓ Prestazioni specialistiche e diagnostiche per prevenire la diffusione di malattie epidemiche

# La medicina legale

Le attività di medicina legale  
comprendono:

- ✓ Le certificazioni sanitarie ai dipendenti assenti dal servizio
- ✓ Altre funzioni di certificazione stabilite dalle Regioni

# Le competenze

Sindaci  
come autorità  
Sanitarie locali

ISS  
e ISPESL

Ispettorati  
del lavoro

Dipartimento di prevenzione  
presso ciascuna azienda USL

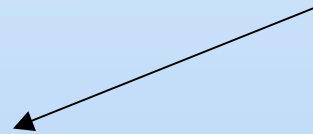
Agenzie regionali  
protezione  
ambiente  
(ARPA)

Istituto nazionale  
Assicurazione  
Infortuni sul lavoro

Istituti  
zooprofilattici  
sperimentali e uffici  
veterinari

# L'assistenza distrettuale

È l'attività organizzata negli ambiti territoriali distrettuali in cui è ripartita ciascuna azienda USL



**Produzione diretta:**  
Interventi svolti **direttamente dal distretto**  
in alcuni casi solo come filtro di ulteriori prestazioni erogate da presidi ospedalieri o specialistici

**Committenza esterna:**  
Interventi svolti **da altri presidi pubblici o privati** legati al Servizio sanitario da convenzioni o accordi

# L'assistenza sanitaria di base/1

Comprende:

## Medicina generale e pediatria

Assistenza primaria erogata da medici specialisti in medicina generale o pediatria la cui attività è regolata da appositi accordi nazionali conclusi tra la parte pubblica e le rappresentanze di categoria integrati da accordi attuativi regionali

Gli accordi regolano il compenso, le incompatibilità e le condizioni per l'esercizio dell'attività professionale da parte dei medici

## Guardia medica

Completa l'assistenza prestata dai medici di medicina generale e pediatria negli orari in cui questi ultimi non sono tenuti a prestare la propria opera

# L'assistenza sanitaria di base/2

A proposito dell'assistenza di base  
occorre precisare che:

- ✓ La convenzione che regola il rapporto tra medico di base (o pediatra) ed azienda usl non costituisce un rapporto di pubblico impiego, ma un **contratto di prestazione d'opera professionale**, sia pure con i connotati della c.d. parasubordinazione
- ✓ le eventuali controversie sono di competenza del giudice ordinario



# L'assistenza farmaceutica/1

Comprende:

## distribuzione dei medicinali

per conto delle Aziende USL da parte delle farmacie, presso le quali gli assistiti possono ottenere medicinali ed altri prodotti sanitari, gratuitamente, a pagamento o con l'esborso di un ticket

## distribuzione diretta dei farmaci

da parte delle strutture assistenziali

# L'assistenza farmaceutica/2

## Le farmacie

- ✓ sono **pubbliche (comunali) o private** ed il loro rapporto con il Servizio sanitario è regolato da una **convenzione nazionale** (recepita nel DPR 371/1998) che disciplina le modalità di erogazione dei farmaci, di pagamento delle farmacie da parte delle aziende sanitarie, i controlli sulla loro attività. Ad essa si conformano le singole convenzioni tra Azienda USL e farmacie
- ✓ La **distribuzione delle farmacie sul territorio** è disciplinata attraverso apposite piante organiche ed il loro numero è contingentato, in deroga alla liberalizzazione degli altri esercizi commerciali

# L'assistenza distrettuale/1

Comprende:

## Le Prestazioni specialistiche ambulatoriali

Comprendono anche la diagnostica strumentale e gli esami di laboratorio

## L'Assistenza territoriale ambulatoriale o domiciliare

Comprende l'attività prestata a favore dei portatori di handicap, dei tossicodipendenti, dei malati terminali o di AIDS, l'attività dei consultori familiari e l'assistenza penitenziaria

## L'assistenza territoriale residenziale o semiresidenziale

Comprende le attività erogate a tutela della salute mentale o degli anziani attraverso centri residenziali o semiresidenziali

# L'assistenza distrettuale/2

A proposito dell'assistenza distrettuale  
occorre precisare che:

- ✓ La **normativa regionale** disciplina nel dettaglio l'organizzazione, le tariffe, le condizioni di accesso al servizio
- ✓ Ciascuno dei compiti di cui si compone l'assistenza distrettuale è svolto da specifiche strutture organizzative, alcune delle quali specificamente previste dalla normativa statale, come i SERT (servizi per le tossicodipendenze)

## **La lista negativa**

L'allegato 2 del DPCM 29 nov 2001 si riparte in:

**Allegato 2A** : prestazioni escluse in base  
all'applicazione dei principi di  
**pertinenza ed efficacia**

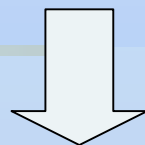
**Allegato 2B**: prestazioni escluse in base  
all'applicazione del principio di  
**appropriatezza clinica**

**Allegato 2 C**: prestazioni escluse in base  
all'applicazione del principio di  
**appropriatezza organizzativa**

# Le Regioni e i LEA

## Gli atti regionali di attuazione dei LEA:

- ✓ In alcuni casi **hanno reinserito prestazioni escluse** (ad es. cure dentarie, vaccinazioni non obbligatorie, rilascio di certificati sportivi, medicine alternative)
- ✓ In altri casi, pur non variando sostanzialmente l'ambito delle prestazioni, **hanno introdotto tickets o elevato il prelievo fiscale per far fronte al loro costo**




L'attuazione del **DPCM 29 novembre 2001** non ha impedito il verificarsi di differenziazioni


# Differenziazioni e disuguaglianze

- La differenziazione nel concreto godimento delle prestazioni può derivare da fattori di tipo strettamente tecnico (diverse specializzazioni ed abilità presenti sul territorio), oppure dalle scelte derivanti dall'autonomia (normativa ed organizzativa) delle Regioni
- Queste differenziazioni vanno tenute distinte dalle disuguaglianze (diversa qualità delle prestazioni sul territorio, assenza di dotazioni sufficienti): è compito di tutti i livelli di governo adoperarsi al fine di eliminarle
- Il sistema dei LEA non ha ancora portato alla soluzione del problema, cruciale in Italia, delle disuguaglianze

# I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS): la legge 328/2000

I. 328/2000, Art. 2. (Diritto alle prestazioni)

 Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. (...)

 2. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi dell'articolo 22. (...)

- **Attribuzione del carattere di universalità anche al servizio sociale**
- **Riconoscimento legislativo dei livelli essenziali delle prestazioni sociali**



# Le fonti di disciplina dei LIVEAS: la legislazione statale

Art. 22. (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche (...).
2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria (...) gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi **secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale (...)**:
  - a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
  - b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
  - c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
  - d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari (...) per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
  - e) misure di sostegno alle donne in difficoltà (...);
  - f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili; realizzazione (...) dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio (...) e dei servizi di comunità e di accoglienza (...) per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
  - g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;
  - h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
  - i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

# **Le fonti di disciplina dei LIVEAS: la pianificazione**

- Sistema “a cascata” di specificazione della tipologia di prestazioni, attraverso il piano nazionale, i piani regionali ed i piani di zona
- Ampio margine di discrezionalità lasciato comunque nella individuazione dei requisiti soggettivi per l’accesso alle prestazioni

# L'attuazione della legge 328/2000

- L'entrata in vigore della riforma costituzionale ed il passaggio alle regioni della competenza legislativa in materia di servizi sociali ha aperto una fase di incertezza sulla sorte della riforma, con conseguente, quasi inevitabile, rallentamento della sua attuazione, solo di recente parzialmente recuperato.
- la mancata determinazione a livello nazionale di una vera e propria "lista" dei prestazioni essenziali non ha impedito che a livello regionale e locale si procedesse comunque all'adozione degli atti di pianificazione previsti dalla l.r. 328/2000 ed all'individuazione delle prestazioni costituenti oggetto del servizio pubblico da parte delle Regioni.

# Tendenze comuni della legislazione regionale

- rafforzamento del sistema di assistenza territoriale, al fine di renderlo idoneo ad integrare le risposte sociali e sanitarie, superando la settorialità degli interventi sul fronte sociale e su quello sanitario per venire incontro alla crescente domanda di tali servizi
- consolidamento del ruolo dei distretti, deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare, nonché alla gestione, in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, delle attività socio-sanitarie delegate dai comuni.

# Effetti sul piano della garanzia dei livelli essenziali

La mancanza di un compiuto quadro di definizione dei LIVEAS ha livello nazionale ha prodotto differenziazioni rilevanti:

- Nella natura episodica o programmata delle misure di assistenza, con regioni che hanno direttamente puntato alla realizzazione di politiche strutturate per anziani e disabili, attraverso la creazione di propri fondi per la non autosufficienza, e l'approvazione di piani socio-sanitari, e regioni che, invece, hanno potuto solo procedere con interventi specifici e in qualche modo straordinari;
- nelle concrete prestazioni erogate, che variano notevolmente: dalle provvidenze di natura economica, alla disponibilità di servizi di assistenza residenziale e domiciliare, fino a modelli più innovativi, come cofinanziamenti per favorire l'adeguamento delle abitazioni, il telesoccorso ed il monitoraggio degli anziani;
- nelle risorse complessivamente erogate dalle Regioni agli enti locali per far fronte a questi interventi e alla misura della compartecipazione chiesta agli assistiti e alle loro famiglie, al di sopra della soglia (anch'essa individuata in forma variabile) del "disagio economico".