

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I Livelli essenziali di assistenza (Lea)

Il D. lgs. 229/1999 (riforma Bindi) delinea un **sistema sanitario integrato**, dove le competenze di programmazione sono attribuite al Governo. Il Ministero della salute programma la politica sanitaria attraverso il Psn e stabilisce i **Livelli essenziali di assistenza (Lea)**. Il concetto di Livelli di Assistenza è presente nel nostro Paese sin dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Il decreto legge n. 347 / 2001, convertito in legge n. 405/2001, e il D.P.C.M. 29/11/01 prevedono l'adozione dei LEA, cioè dei Livelli Essenziali di Assistenza.

*I Livelli
essenziali
di
assistenza
(Lea)*

La legge 833/1978 che istituisce di fatto in Italia il S.S.N. prescrive agli articoli 3 e 4 la necessità di garantire livelli di assistenza e soprattutto condizioni di salute uniformi su tutto il territorio nazionale, prevedendo in caso di inosservanza sanzioni penali. Si nota chiaramente come l'enfasi sulla uniformità era posta dalla necessità di estendere la copertura sanitaria a tutta la popolazione con l'obiettivo ultimo di rendere universale ed omogenea l'assistenza offerta fino a quel momento dai molteplici enti mutualistici, ormai in via di scioglimento con la istituzione del Fondo Sanitario Nazionale.

I LEA inizialmente nell'ambito della legge 833/1978 si configurano come obiettivi che il S.S.N. assume di conseguire a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell'ambito della quota capitarla di finanziamento.

Una nuova affermazione dell'obbligo di definire i livelli uniformi di assistenza non più come principio ispiratore di uguaglianza, ma come contenuto e strumento necessario del Piano Sanitario Nazionale, è contenuta nella legge delega per il riordino del SSN n. 421/1992 e nel conseguente decreto n. 502/1992. Tali provvedimenti normativi sanciscono nuovi e fondamentali aspetti dei LEA e cioè la loro compatibilità e subordinazione con le risorse finanziarie disponibili,

Il decreto infatti prevede che “i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale siano definiti nel rispetto degli obiettivi della programmazione socioeconomica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale e in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio Sanitario Nazionale.”

Nello stesso articolo alla lettera b del comma 4 si ribadisce la subordinazione dei livelli di assistenza alle disponibilità economiche stabilendo che il Piano Sanitario Nazionale doveva indicare “i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione”.

Ancora nel 1999 con l'approvazione del D. lgs. n. 229/1999 si ricevono alcune direttive già specificate in precedenza in materia di livelli di assistenza. Questi ultimi vengono qualificati come “**essenziali**”: tale aggettivo tende a sottolineare che i livelli assistenziali sono definiti da servizi e prestazioni selezionati secondo **criteri di necessità, efficacia e appropriatezza d'uso**; la loro definizione deve avvenire contestualmente alla determinazione delle risorse pubbliche destinate al S.S.N.. Inoltre il decreto definisce i Livelli come “**uniformi**”, in virtù del principio di equità che è alla base del meccanismo di trasferimento delle risorse economiche alle Regioni per la loro attuazione; tale meccanismo tende ad essere equo in virtù del fatto che la determinazione della quota pro-capite ponderata avvenga in base a parametri che considerino le differenze nelle caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche di ciascuna Regione.

Con questa ulteriore riforma i LEA assumono le **caratteristiche di impegno programmatico** per il S.S.N. e si attribuisce **ai cittadini il diritto ad ottenere le prestazioni incluse nei LEA**, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza, gratuitamente o dietro pagamento di una quota limitata a titolo di partecipazione al loro

costo. I principi fondamentali fissati dalla legge per l'individuazione dei livelli sono:

- dignità della persona umana;
- bisogno di salute;
- equità nell'accesso all'assistenza;
- qualità delle cure e appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze;
- economicità nell'impiego delle risorse.

I LEA sono più di un insieme di prestazioni da erogare o da non erogare: sono una **strategia che ha il duplice obiettivo di governare la spesa pubblica e di realizzare il principio fondamentale di universalismo egualitario del SSN** in un contesto di decentramento di governo: ad essi è attribuito il compito di definire uno **standard nazionale per le prestazioni e i servizi** a cui tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza, hanno diritto.

L'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha previsto, per il triennio 2005-2007, una serie di adempimenti e responsabilità ai vari livelli del SSN per la realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, in particolare nella direzione di definire un **sistema di monitoraggio**, garantendo continuità e sviluppo dei flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard quali-quantitativi e dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre nell'Accordo Stato -Regioni dell'11 luglio 2002 e nel d.p.c.m. del 29 novembre 2001 si stabilisce che:

- l'erogazione delle prestazioni entro **tempi appropriati** alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- le prestazioni devono essere erogate secondo **criteri di efficacia, appropriatezza, accessibilità ed equità**;
- occorre stabilire dei **criteri di priorità** per poter garantire a tutti i pazienti una risposta, secondo criteri basati sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento;
- occorre **monitorare i bisogni e le priorità assistenziali**, strumento indispensabile alla programmazione a livello aziendale, regionale e nazionale, attraverso strumenti di misura standardizzati che consentano comparazioni tra i diversi erogatori e tra le diverse realtà territoriali.

La Legge 311/2004 prevede la fissazione, tramite regolamento, di una serie di standard qualitativi (strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito) e quantitativi di erogazione delle prestazioni.

L'accento viene posto non più solo sulla **efficienza** intesa come **ottimizzazione delle risorse**, ma anche sulla **efficacia** delle prestazioni erogate **in termini di risultati di salute**, sul miglioramento nelle possibilità di accesso ai servizi e sulla rivalutazione del ruolo del paziente e degli operatori sanitari attraverso la loro partecipazione attiva nell'erogazione di prestazioni.

L'affermarsi di queste nuove teorie ha comportato la rivalutazione del ruolo dello Stato, non più soltanto come regolatore esterno del mercato, ma come vero e proprio decisore e pianificatore di una politica sanitaria orientata alla salute ancora prima che alla sanità. Con l'adozione dei LEA sono posti a carico del S.S.N. le tipologie assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate.

Le leggi sopra citate danno all' "**appropriatezza**" una ampia accezione di significato; l'appropriatezza viene giudicata come efficacia clinica. L'**inappropriatezza** può essere **di tipo strutturale** (eccesso di posti letto) e anche **tecnico-organizzativa**, come è per esempio l'inappropriatezza dell'ambito di cura e del livello di assistenza erogante nel complesso della rete assistenziale globale (livello troppo alto, ospedale in luogo di assistenza territoriale).

L'adozione di Livelli Essenziali di Assistenza significa uno sforzo per rimodulare il sistema di remunerazione al fine di scoraggiare artificiose induzioni della domanda e nel contempo le mercificazioni delle prestazioni assistenziali; significa definire dei percorsi

diagnostico-terapeutici per scoraggiare gli accessi impropri e più ampiamente per evitare l'utilizzo improprio delle risorse assistenziale ai vari livelli del sistema sanitario; significa infine possedere un sistema informativo idoneo a fornire un adeguato set di indicatori di appropriatezza, al fine di promuovere la revisione dei processi.

Parallelamente al percorso di definizione del significato dei Livelli Essenziali di Assistenza si è reso necessario introdurre e chiarire **nuovi concetti di ordine gestionale e organizzativo** che oggi rappresentano in buona parte i motivi ispiratori e le finalità del sistema sanitario:

- **ACCESSIBILITA'**: possibilità per l'utente di usufruire tempestivamente del servizio di cui ha bisogno, ad un costo che può sostenere.
- **APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA O GENERICA**: per appropriatezza del livello di effettuazione si intende se un intervento viene erogato al livello più gradito all'utente e/o meno costoso. Ad esempio appropriatezza delle giornate di degenza o dei livelli di effettuazione: domicilio, ambulatorio, day-hospital, ricovero. E' stato ampiamente documentato che una quota non trascurabile di ricoveri ospedalieri ordinari sono sostituibili da trattamenti erogabili a livelli assistenziali differenti come in day-hospital, ambulatori o a domicilio.
- **EFFICACIA**: nella valutazione degli interventi sanitari per efficacia si intende la capacità dell'intervento in esame di migliorare gli esiti della condizione in esame. L'efficacia di un servizio sanitario consiste nel fare le cose giuste alle persone giuste e si identifica con l'appropriatezza. Nel linguaggio comune la parola efficacia viene usata per indicare il rapporto tra risultati e obiettivi.
- **EFFICIENZA**: in genere indica il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti. In ambito sanitario questo concetto strettamente legato alla modalità di utilizzo delle risorse economiche necessita di alcune precisazioni:
 - o efficienza operativa o tecnica: rapporto tra output e input, cioè tra prestazioni erogate e risorse impiegate, o capacità di effettuare gli interventi voluti con risparmio di risorse, o di effettuare un maggior numero di interventi con lo stesso impegno di risorse;
 - o efficienza economica: indica un buon rapporto tra risorse impiegate e esiti di salute;
 - o efficienza allocativa: misura in cui le risorse a disposizione vengono distribuite in modo da portare i maggiori benefici alla società, in modo da promuovere gli interventi più convenienti, cioè quelli con un rapporto efficacia /costi più elevato.
- **OBIETTIVO**: obiettivo misurabile, valutabile, per il quale sono stati determinati criteri, indicatori e soglie di raggiungimento.
- **QUALITA'**: insieme delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare bisogni espressi o impliciti (definizione ISO 8004).
- **TEMPESTIVITA'**: possibilità di ricevere una prestazione in tempo utile, affinché i destinatari non vadano incontro a rischi legati ad un eventuale ritardo.

Il D. lgs. 502 è poi integrato dal D. lgs. 229/99 che prevede una maggiore **managerialità** che il legislatore ha voluto dare al sistema, affidando la gestione ad un organo monocratico e di natura non più politica (anche se nominato dalla Regione), quale il Direttore Generale.