

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

rappresentano le **garanzie** che il SSN si impegna ad assicurare ad ogni cittadino ovvero i servizi e le prestazioni assicurati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale nell'ambito della quota capitaria del finanziamento.

Hanno una **dimensione programmatica** e sono un **impegno** per gli Enti del SSN, Regioni e USL.
(Legge finanziaria per il 1992)

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- D.lgs 502/92
- D. Lgs 229/99
- Accordo Stato-Regioni del 22/11/2001 in materia di Livelli Essenziali di Assistenza

E-R

- Delibera di Giunta Regionale 1365/2002

Riguardano

1. **assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro:** profilassi malattie infettive e diffuse, tutela dei rischi connessi con l'ambiente di vita come l'inquinamento ambientale, tutela dai rischi infortunistici e sanitari dell'ambiente lavoro, sanità pubblica veterinaria, tutela igienico-sanitaria degli alimenti, attività di prevenzione rivolte alle persone, medicina legale.
2. **assistenza distrettuale** (medicina di base, medicina specialistica ambulatoriale, ADI, assistenza socio-sanitaria, farmaceutica)
3. **assistenza ospedaliera** (ricovero ordinario, DH, lungodegenza riabilitativa)
4. **Assistenza specialistica**, semiresidenziale e territoriale
5. **assistenza residenziale** sanitaria a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati
6. **Attività di supporto** alla organizzazione assistenziale

D. Lgs 229/99 : i LEA diventano da impegno programmatico del SSN a **diritto dei cittadini** indipendentemente dal reddito, luogo di residenza, gratuitamente o dietro pagamento di una quota come partecipazione alla spesa.

L'individuazione dei LEA è parte necessaria del PSN e la loro individuazione è fatta su base di dati epidemiologici e clinici con la specifica delle prestazioni da garantire nel rispetto degli *obiettivi di programmazione socio-economica* nazionale e con *l'entità del finanziamento* assicurato al SSN.

I principi fondamentali per l'individuazione delle prestazioni all'interno dei LEA sono:

Dignità della persona

bisogno di promozione, prevenzione, mantenimento e recupero di **salute**

appropriatezza della prestazione sia appropriatezza clinica secondo le evidenze scientifiche disponibili

qualità delle cure

uniformità della garanzia

Economicità nell'impiego delle risorse

Prestazioni (pena esclusione)

- ↪ *Efficaci (prove di evidenza scientifica)*
- ↪ *Appropriate (per esigenze di salute e modalità di erogazione, accessibilità)*
- ↪ *Essenziali*
- ↪ *Uniformi*
- ↪ *Efficienti (efficienza produttiva)*
- ↪ *Soddisfare i bisogni primari di salute della popolazione (promozione, prevenzione, mantenimento e recupero di salute)*

DPCM 29 nov. 2001-Sceglie di fornire una lista “negativa” puntuale e una lista “positiva” solo per specifici settori come la farmaceutica, specialistica ambulatoriale, protesi, dietetici.

Lista “negativa”

Allegato 2A

Prestazioni totalmente escluse dai LEA

Chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie, o malformazioni congenite

Medicine non convenzionali (agopuntura con l’eccezione per le indicazioni anestesilogiche, fitoterapia, medicina ayurvedica, omeopatia, osteopatia, chiropratica)

Circoncisione rituale maschile

Vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all’estero

Certificazioni mediche (ecc. quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica sportiva non agonistica, ..)

Alcune prestazioni di fisioterapia ambulatoriale (ultrasuonoterapia, ionoforesi, laserterapia antalgica, ...)

Allegato 2 B

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche (appropriatezza clinica).

Al di fuori delle specifiche condizioni le prestazioni sono inappropriate e inefficaci.

1. Chirurgia refrattiva con laser ad eccimer: erogabile solo limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali

2. Medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni è condizionata dalla sussistenza di taluni presupposti (quadri patologici definiti, età, congruo intervallo di tempo dalla precedente erogazione) o di specifiche modalità di erogazione (durata minima della prestazione, non associazione ad altre prestazioni definite,..) fatto salvo quanto detto nell'Allegato 2a.

3. Densitometria ossea (MOC) limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica

4. Assistenza odontoiatrica : limitatamente alle fasce di popolazione in particolari condizioni di vulnerabilità

** le indicazioni limitano la competenza del SSN ai programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva e all'assistenza odontoiatrica e protesica verso soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

Come previsto nel D. L.gs 229/99, vengono affidati ai Fondi integrativi del SSN l'assistenza odontoiatrica per i servizi complementari.

Allegato 2 C

Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato.

Sono i casi trattati in regime di ricovero sia di DH che possono essere trattati con diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impegno di risorse.

Lista di 43 DRG al alto rischio di inappropriately se erogati in regime di degenza ordinaria, per i quali sulla base delle rilevazioni regionali dovrà essere indicato deve il *valore percentuale –soglia di ammissibilità* fatto salvo da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali.

Quando il numero dei pazienti ricoverati in regime ordinario per uno dei suddetti DRG supera un valore considerato fisiologico e giustificato da particolari condizioni del paziente o da specifiche ragioni di contesto, le Regioni e le Aziende devono attivare interventi correttivi sull'organizzazione della struttura.

Per migliorare l'appropriatezza vengono inseriti nel nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale alcune prestazioni oggi eseguibili solo in regime di ricovero ordinario o DS come ad es. la chirurgia ambulatoriale oculistica (cataratta), tunnel carpale,...

DPCM 2001- istituisce il **Tavolo di manutenzione dei livelli**= organo centrale a composizione mista, Stato e Regioni, incaricato di provvedere alla inclusione-esclusione-modifica delle prestazioni e dei servizi compresi nei LEA in base alle evidenze scientifiche di efficacia, e in relazione alle innovazioni scientifiche e tecnologiche.

Attuazione del DPCM da parte delle Regioni-

alcune prestazioni escluse dai LEA sono garantite da alcune Regioni come livello superiore regionale. Nella maggior parte dei casi si tratta di prestazioni garantite in passato e la cui soppressione , sia pure attribuibile ad una decisione del livello centrale, susciterebbe malumori e resistenze tra i cittadini e/o erogatori.

Es. Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana e Umbria confermano l'agopuntura in condizioni cliniche definite, la Lombardia assicura le prestazioni di fisioterapia individuate nell'allegato 2A,..

Decreto del Governo 12 dicembre 2001.

Viene stabilito un insieme di indicatori e di parametri di riferimento finalizzati al monitoraggio dei LEA nonché dei vincoli di bilancio delle Regioni a statuto ordinario.

Il set di indicatori riguarda la valutazione dei servizi sanitari sia i relativi costi.

Alcuni indicatori livello ospedaliero:

- % di pazienti ospedalizzati dal pronto Soccorso rispetto al totale degli accessi di PS
- Incidenza dei ricoveri medici da PS e dimessi con degenza 0-3 gg
- Tassi di ospedalizzazione generali e standardizzati per età
- % di giornate di degenza inappropriate
- % di DS + one DS per interventi di cataratta, stripping delle vene, tunnel carpale
- Giornate di DH rispetto a quelle di ricovero ordinario
- % di giornate di DH medico rispetto a quelle di ricovero ordinario.
- % di ricoveri brevi

**DGR n. 2678 del 20/12/2004- *assistenza odontoiatrica nella RER:
programma regionale per l'attuazione dei LEA***

1. Programmi di tutela della salute dentale in età evolutiva

- a) Programmi di prevenzione della carie mediante progetti di educazione nutrizionale e di igiene dentale, rivolti ai bambini, ai genitori e agli insegnanti. In questi progetti sono coinvolti i Dipartimenti di cure primarie attraverso l'unità pediatrica distrettuale e la scuola.

2.Programma odontoiatrico: i destinatari

Sono le condizioni di vulnerabilità che danno l'accesso alle cure odontoiatriche nell'ambito dei LEA

a)Condizioni di vulnerabilità sanitaria-patologie che presentano specifici problemi di natura odontoiatrica che possono dare complicanze o che sono derivati dalla patologia di base e/o relativi trattamenti.(es. cardiopatie congenite cianogene, portatori di handicap, emofilici, tossicodipendenti, HIV positivi, pz. in trattamento radioterapico,..) .

Vengono indicate le eventuali limitazioni temporali circa l'erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a queste categorie (es. fino ai 40 aa per i tossicodipendenti)

b) Condizioni di vulnerabilità sociale.

Utilizzando l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per definire le categorie di popolazione con vulnerabilità sociale vengono distinte tre categorie:

situazioni di esclusione sociale-persone indigenti con reddito annuo non superiore a 7.500 €

situazioni di povertà-soglia della povertà con reddito annuo fra 7.500 e 12.500 €

situazioni di reddito medio-basso-con reddito annuo fra 12.500 e 15.000 €

Le prestazioni erogate nel programma sono elencate nell'Allegato 1 del DGR.

Modalità di partecipazione alla spesa alle cure odontoiatriche:

In base alla categoria di vulnerabilità sociale le prestazioni previste possono prevedere un diverso grado di partecipazione alla spesa:

Totalmente esenti

Partecipazione alla spesa fino a 40 € a prestazione

Partecipazione alla spesa fino a 80 € a prestazione

Modalità di partecipazione alla spesa per le cure ortodontiche e protesiche

Valgono gli stessi criteri prima esposti per le prestazioni sanitarie e un costo max previsto dall'Az. per gli apparecchi ortodontici e le protesi

I tempi di attesa

Fermo restando il tempo max di 30 gg per le prime visite specialistiche e i 7 gg per le urgenze sono distinti diversi tempi di attesa in base ai diversi settori:

- *Settore protesico*-tempo di attesa complessivo per il completamento del programma terapeutico è di 120-150 gg
- *Settore ortodontico*- tempo di attesa complessivo per il completamento del programma terapeutico è di 150-180 gg
- *Settore odontoiatrico di tipo conservativo*- tempo di attesa complessivo per il completamento del programma terapeutico è di 60-90 gg