


**la salute è un diritto:
non tagliare, spendere meglio**


[PRIMO PIANO](#) [Sanità](#) [Lavoro – Professioni](#) [Farmaci – Tech](#) [Dipendenze](#) [Ospedali](#) [Territorio](#) [Genere – Donne](#) [Sociale](#)
[Prevenzione](#) [Non Autosufficienza – Disabilità](#) [Migranti](#) [Carcere](#) [Salute Mentale – OPG](#) [Anti Corruzione](#) [Documenti e Statistiche](#)
 RPS – Rivista delle Politiche Sociali



LEA/LEP: panacea per l'autonomia? di Cesare Cislighi



La necessità di definire il contenuto dei servizi sanitari a cui i cittadini hanno diritto di accesso è stata considerata sin dal **decreto 30 dicembre 1992, n. 502**, (Governo Amato, Ministro della Sanità De Lorenzo), che all'art. 1.2 poneva la definizione dei livelli di assistenza, e che così originariamente recitava:

Il Piano sanitario nazionale indica: a) le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione; b) 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.

Si noti che nel testo originale del decreto si parla di "livelli uniformi", e solo il **decreto 18 settembre 2001, n.347**, (Governo Berlusconi, Ministro della Sanità Sirchia) l'articolo 1.2 viene così modificato:

Il Servizio sanitario nazionale assicura [...] i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Al concetto di uniformi viene associato quello di essenziali che già ne limita concettualmente l'estensione ma ne garantisce la necessità, ma poco dopo nel decreto che definisce i livelli questi vengono chiamati esclusivamente essenziali, e si perde definitivamente il concetto di uniformi:

DPCM 29 novembre 2001 – Definizione dei livelli essenziali di assistenza, e nell'allegato 1 viene proposta la *Classificazione dei livelli*, precisando che le prestazioni di assistenza sanitaria garantite del servizio sanitario nazionale sono quelle riconducibili ai seguenti macro livelli essenziali di assistenza: 1) Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, 2) Assistenza distrettuale, 3) Assistenza ospedaliera. Seguono poi delle tabelle che articolano i micro livelli, le prestazioni in essi contenuti e gli eventuali costi a carico dell'utente o del Comune. Nell'allegato 2 vengono invece elencate le prestazioni totalmente escluse dai LEA, e

ARCHIVIO STORICO

ultimi INTERVENTI

Crimini di guerra, crimini di pace. 100 anni Basaglia. di Roberto Mezzina

Se il robot fa valere i suoi diritti. di Domenico Marino

I colloqui intimi in carcere ora sono un diritto. di Sarah Grieco

Droghe, l'innovazione nasce nelle città. di Jacopo Rosatelli

Il sistema penitenziario rischia di trovarsi in emergenza in pochi mesi. di Patrizio Gonnella

Tempi di bilanci per la sanità UK. di Letizia Fattorini

Interfacce cervello-computer: Neuralink entra in campo ma i giocatori sono tanti. di Camilla Orlandini

Complotto, la filosofia scende in campo. di Natalia Milazzo

Anziani e non autosufficienza, nel decreto niente risorse aggiuntive. E tutto (o quasi) rinviato a successive norme. di Stefano Cecconi

Per una nuova politica europea del farmaco. di Angelo Barbato

AUTORI

Aceti Ambrosini Anastasia
 Baldini Barbaresi Bassi
 Benevelli Bindi Bon Bordignon
 Cartabellotta Casarico Cattaneo
 Cecconi Cimmino Cippitelli
 Cislighi Comito Corleone
 Cosma Costa Cozza D'Elia
 Daveri de Carolis Declich
 Del Giudice Dell'Acqua Dentico

nell'allegato 3 quelle parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche, ed infine nell'allegato 4 le prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato e per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione.

Insomma, l'obiettivo del DPCM è quello di definire con precisione quello che il SSN può (più che deve) erogare, ma non si definiscono le modalità di erogazione, come invece sembrerebbe voler indicare la [legge 340 dicembre 2004, n.311 al comma 169](#):

169. Al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute,[...], anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento [...] sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, [...]. In fase di prima applicazione gli standard sono fissati entro il 30 giugno 2005.

Questo regolamento per definire gli standard in realtà non è mai stato pubblicato anche perché realmente sarebbe molto difficile e complesso prepararlo. E questo è il punto in cui emerge il lato utopico della definizione dei LEA soprattutto verso la possibilità reale di garantire che le modalità di erogazione siano uniformi sul territorio nazionale: sono passati ben vent'anni da questa norma e la realtà è tutt'altro che uniforme sul territorio, perché non è con una norma che si possa raggiungere questo obiettivo.

Nel 2017 è stato infine emanato il **DPCM 12 gennaio 2017** per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza che ribadisce che:

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.

Il nuovo decreto definisce anche delle modalità di erogazione e dei criteri di appropriatezza ma non gli standard di qualità, operazione troppo complessa per essere codificata rigidamente. E questo è il vero tallone d'Achille dei LEA: si può fare un menu delle pietanze ma tra due trattorie diverse che hanno lo stesso menu può capitare di mangiare bene in una e male nell'altra.

Ci si dovrebbe anche chiedere cosa significhi il termine "essenziali" e quindi quali siano invece le prestazioni "superflue". In realtà il termine da usarsi più corrispondente al testo dei decreti sarebbe quello di "livelli garantiti".

L'adeguatezza delle prestazioni ai bisogni di assistenza e la loro uniformità sul territorio può essere solo il risultato di un governo e di una gestione ben coordinata. È per questo che un sistema complesso come la sanità non potrà mai essere né totalmente codificato né completamente omogeneizzato, ma se ben governato potrà tendere verso una equità delle modalità di erogazione. C'è allora da chiedersi se una autonomia differenziata potrà portare maggiori diversità o maggiore uguaglianza tra i sistemi regionali, e il timore è che diminuendo l'unità di governo aumentino le diversità di gestione.

Non tutte le diversità possono essere inopportune, ci sono situazioni sociali, economiche, territoriali che possono giustificare modalità differenti di assistenza, ma per la maggior parte dei servizi sarebbe necessario che i cittadini potessero trovare sul territorio uguali risposte ai

Dettori	Dirindin	Donati
Falabella	Filippi	Fiorentini
Galletti	Garattini	Geddes
Geddes da Filicaia	Ghiselli	
Giannichedda	Giorgi	Gnetti
Gonnella	Gori	Granaglia
Greco		
Lancioni	Lisi	Luppi
Maciocco		
Maffei	Maiolini	Malafrina
Manconi	Mattarella	Mengarelli
Mezzina	Milazzo	Murru
Nocera		
Pagliani	Palma	Palumbo
Parrella	Pavolini	Pedretti
Pellegrini	Pepe	Perduca
Pesaresi	Poneti	Proia
Ragozzino		
Raitano	Rizzo	Ronconi
Rosina		
Rossi	Rotelli	Sabbadini
Sabelli		
Salmaso	Saraceno	Sartor
Scafato	Scannavini	Scillitani
Segio	Spinelli	Spinsanti
Starace		
Stefanini	Tagliaferri	Turati
Urgesi	Vanacore	Vecchiato
Vecchio	Zuffa	

Ricerca nel sito

loro bisogni di assistenza. I servizi in un'area metropolitana spesso è giusto che abbiano caratteristiche differenti dai servizi in aree rurali, e talvolta anche delle componenti culturali della popolazione necessitano risposte differenti seppur di pari efficacia.

Il sistema di monitoraggio dei LEA, secondo la [griglia LEA usata sino al 2019](#), seppur ha rappresentato un necessario strumento di valutazione dei servizi regionali, non è stato ha in grado di entrare realmente nella misura delle modalità e delle qualità dei servizi, e comunque già così evidenziato delle elevate diversità nell'adempienza ai LEA da parte delle Regioni. Se ne è peraltro già parlato su [E&P da parte di Claudio Maffei](#).

Dalla tabella seguente, elaborata da GIMBE relativa agli anni 2010-2018 si può vedere come le Regioni negli anni abbiano avuto livelli di adempienza molto differenti e rispetto ai criteri del sistema di monitoraggio l'Emilia Romagna, ad esempio, ha adempiuto per il 92,8% mentre la Campania per il 56,3%.

Adempimenti livelli essenziali di assistenza 2010-2018												
Regione	Adempimento 2010-2018	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totale	
Emilia Romagna	92,8%	208	205	210	204	204	205	205	218	221	1.880	
Toscana	90,5%	185	168	193	214	217	212	208	216	220	1.833	
Piemonte	88,0%	174	170	186	201	200	205	207	221	218	1.782	
Veneto	86,0%	178	182	193	190	189	202	209	218	222	1.783	
Lombardia	86,5%	171	195	184	187	193	196	198	212	215	1.751	
Umbria	85,0%	191	184	171	179	190	189	199	208	210	1.721	
Marche	83,0%	180	164	165	191	192	190	192	201	206	1.681	
Liguria	81,8%	137	166	176	187	194	194	196	195	211	1.656	
Friuli Venezia Giulia*	80,4%	171	172	167	168	163	185	203	193	206	1.628	
P.A. Trento*	78,3%	145	153	163	186	184	185	200	185	185	1.586	
Basilicata	76,3%	164	167	169	146	177	170	173	189	191	1.546	
Abruzzo	75,1%	133	145	145	152	163	182	189	202	209	1.520	
Lazio	73,4%	122	152	167	152	168	176	179	180	190	1.486	
Sicilia	68,8%	108	147	157	165	170	153	163	160	171	1.394	
Molise	68,1%	126	142	146	140	159	156	164	167	180	1.380	
Puglia	65,4%	74	123	140	134	162	155	169	179	189	1.325	
Valle d'Aosta*	63,0%	162	153	135	129	120	132	137	149	159	1.276	
Calabria	60,5%	99	128	133	136	137	147	144	136	162	1.222	
Sardegna*	57,1%	88	130	115	166	124	118	130	140	145	1.156	
Campania	56,3%	95	101	117	136	139	106	124	153	170	1.141	
P.A. Bolzano*	56,2%	120	131	126	113	113	121	153	120	142	1.139	
Totale punteggio ottenuto		3.031	3.278	3.358	3.476	3.558	3.579	3.742	3.842	4.022	31.886	
Massimo punteggio raggiungibile		4.725	4.725	4.725	4.725	4.725	4.725	4.725	4.725	4.725	42.525	
Percentuale inadempimento		35,9%	30,6%	28,9%	26,4%	24,7%	24,3%	20,8%	18,7%	14,9%	25,0%	

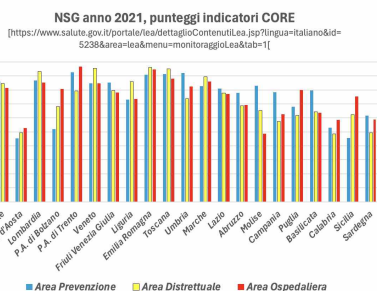
*Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti

Quartili delle percentuali di adempimento 92,8 – 85,0 84,9 – 76,3 76,2 – 65,4 65,3 – 56,2

Elaborazione GIMBE dati Ministero della Salute, 23 novembre 2020

Il “Nuovo Sistema di Garanzia” (NSG) operativo dal 2020 è sicuramente un passo avanti e i macro indicatori che lo compongono ([file PDF](#)) portano ad evidenziare delle importanti differenze tra le Regioni e comunque anche loro non riescono di certo a valutare l'uniformità delle modalità di erogazione quantitativa e qualitativa delle prestazioni. Per ottenerla serve una programmazione coordinata ed una continua valutazione reciproca tra i diversi sistemi locali, magari con l'intervento di una authority indipendente nominata dalle Regioni stesse e vigilata dal Ministero. Anche la [relazione sui dati del 2021](#), e il calcolo indicativo del punteggio complessivo, evidenziano molte disparità tra le Regioni, sia in termini di accessi sia in termini di salute.

Regioni	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	86,05	84,47	81,36
Valle d'Aosta	45,31	49,31	82,59
Lombardia	86,84	93,09	85,33
P.A. di Bolzano	51,97	68,05	80,75
P.A. di Trento	92,55	79,33	96,52
Veneto	84,63	95,6	84,65
Friuli Venezia Giulia	85,32	78,42	78,22
Liguria	73,05	85,92	73,6
Emilia Romagna	90,73	95,96	94,5
Toscana	91,37	95,02	88,07
Umbria	91,97	73,64	82,31
Marche	82,62	89,38	85,9
Lazio	80,78	77,61	77,12
Abruzzo	77,74	68,46	69,25
Molise	82,99	65,4	48,55
Campania	78,37	57,52	62,68
Puglia	67,85	61,66	79,83
Basilicata	79,63	64,22	63,69
Calabria	52,96	48,51	58,52
Sicilia	45,53	62,19	75,29
Sardegna	61,63	49,34	58,71

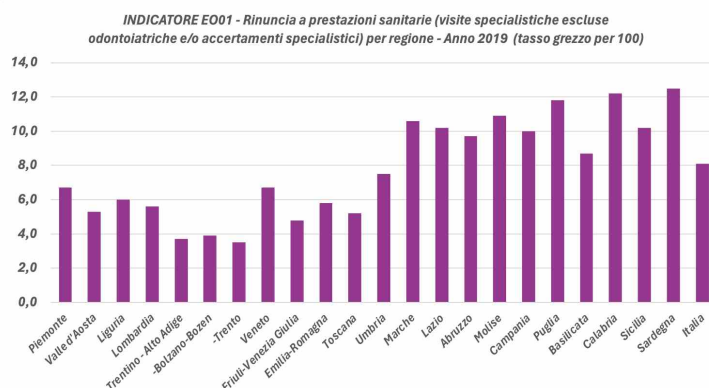


Entrando nello specifico, solo a titolo di esempio: che ci dice l'indicatore D12C del NSG

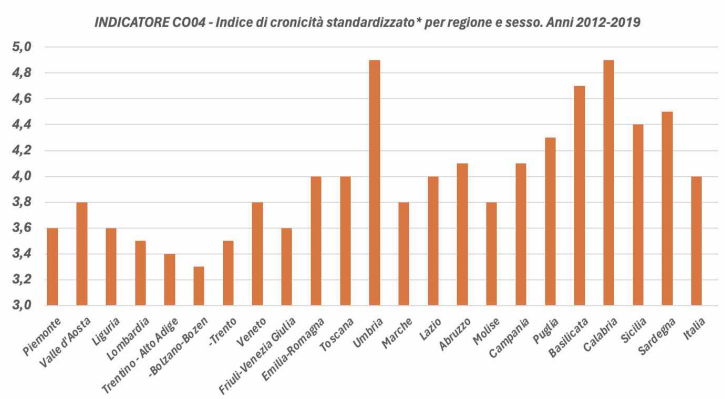
(Consumo pro capite di prestazioni di laboratorio)? Ci dice che c'è una grande variabilità nei consumi di prestazioni, che appare ingiustificabile: 13,18 pro capite in Umbria e 6,65 a Bolzano nel 2021 e addirittura 3,29 in Molise. Saranno dati corretti e completi? parleranno delle stesse prestazioni? avranno la stessa appropriatezza? È giusto cercare di valutare, ma per capire bisogna andare oltre!

Regione	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PIEMONTE	10,07	9,16	8,92	9,28	9,50	7,89	9,65
VALLE D'AOSTA	8,60	8,77	9,27	9,67	9,79	6,81	9,33
LOMBARDIA	9,75	8,71	8,90	9,14	8,43	7,12	10,10
PROV. AUTON. BOLZANO	7,72	7,48	7,85	8,32	8,32	4,96	6,65
PROV. AUTON. TRENTO	9,14	8,40	9,09	9,13	10,09	8,79	10,95
VENETO	8,59	7,77	8,16	8,45	8,74	6,54	7,92
FRIULI VENEZIA GIULIA	8,98	8,10	7,96	8,28	8,31	7,22	8,50
LIGURIA	9,11	8,83	8,22	8,43	8,69	6,36	8,35
EMILIA ROMAGNA	9,29	8,72	9,47	9,70	9,79	7,85	10,47
TOSCANA	9,55	10,00	9,93	9,68	9,36	8,24	10,99
UMBRIA	12,31	11,56	12,13	12,46	12,76	10,50	13,18
MARCHE	9,23	9,49	9,88	8,84	9,45	8,08	11,91
LAZIO	9,16	8,01	7,85	8,07	8,31	6,84	8,10
ABRUZZO	9,35	8,21	8,54	9,00	9,21	7,46	9,18
MOLISE	8,91	7,32	7,53	8,02	8,51	7,53	3,29
CAMPANIA	6,74	6,15	6,90	7,04	6,92	6,71	7,93
PUGLIA	9,37	7,86	7,93	8,27	8,34	7,57	9,17
BASILICATA	9,63	8,41	8,81	8,63	8,88	5,63	9,74
CALABRIA	9,34	7,77	8,22	8,25	7,53	6,24	6,74
SICILIA	8,01	7,22	7,60	8,21	8,48	7,88	9,69
SARDEGNA	7,86	7,06	7,11	7,04	6,72	5,21	6,71

Nel nuovo sistema di garanzia sono stati inseriti anche indicatori che evidenziano le situazioni di criticità e di bisogno delle popolazioni regionali. Anche questi indicatori evidenziano quante ampie siano attualmente le differenze territoriali.



La rinuncia alle prestazioni sanitarie è un indicatore prevalentemente di carenza dell'offerta e risulta più elevato nelle Regioni con meno servizi e con meno ricorsi alla sanità privata integrativa.

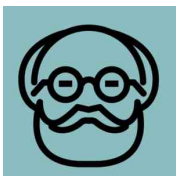


L'indice di cronicità, standardizzato per età e genere, è invece un indicatore di bisogno delle popolazioni e risulta più frequente purtroppo proprio dove sembra ci sia minor adempimento nella erogazione del LEA.

In conclusione, non sono i LEA, definiti come menù da una norma, che possono garantire che l'autonomia differenziata non spezzi l'unità del servizio sanitario nazionale. È solo una unità di governo ed un coordinamento della gestione che può cercare di ottenerla pur con molta difficoltà. Non spacciamo quindi i LEA come fossero la completa garanzia perché l'autonomia differenziata non produca una disgregazione del sistema sanitario e un livello che può diventare anche elevato di diseguità nella soddisfazione dei bisogni sanitari della popolazione. I LEA, quindi, sono una base di partenza necessaria come lo è un buon libro di ricette quando si cucina, ma poi se non ci sono gli ingredienti giusti e se il cuoco non sa cucinare la pietanza non sarà molto gradevole!

Ottenere l'equilibrio in un sistema è operazione molto complessa: ci sono talvolta regole inutili che soffocano la responsabilità necessaria per trovare le soluzioni migliori, e invece regole indispensabili che evitano di giustificare le disuguaglianze e le diseguità. Ma le regole non bastano e non basta una valutazione a posteriori; serve una reale unità organizzativa, programmatica e di governo. È su questo che si dovrebbe lavorare perché l'autonomia differenziata non sgretoli l'unitarietà del Servizio Sanitario Nazionale.

fonte: <https://epiprev.it/blog/come-sta-la-sanita/lea-lep-panacea-per-l-autonomia>



Leggi anche



100 ANNI BASAGLIA, "SALUTE MENTALE PER TUTTI: Riprendiamoci i diritti", la mobilitazione nazionale



RIPARTO FSN 2023: la delibera CIPE, quote e criteri



L'AGONIA DELLA PSICHIATRIA: Ritroveremo il senso della cura?



Crimini di guerra, crimini di pace. 100 anni Basaglia. di Roberto Mezzina

Questo sito fa uso di cookie per migliorare l'esperienza di navigazione degli utenti e per raccogliere informazioni sull'utilizzo del sito stesso. Utilizziamo cookie tecnici per statistiche sulla base dei comportamenti degli utenti. Proseguendo nella navigazione si accetta l'uso dei cookie; in caso contrario è possibile abbandonare il sito. **ACCETTA**