- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.215 Sat, 12 Jul 2025, 07:34:07

Vol. 18, N. 1, Gennaio-Marzo 2017

I nuovi Livelli essenziali di assistenza sanitaria

Giorgia Guerra

Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e Studi Internazionali, Università di Padova

Riassunto. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 13 gennaio 2017 sono stati aggiornati i Livelli essenziali di assistenza, ossia le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale deve garantire a tutti i cittadini, con le risorse pubbliche, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). L'articolo illustra i contenuti e le novità del decreto, e mette in evidenza alcune criticità legate all'effettiva sostenibilità finanziaria.

Parole chiave. Assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera, prevenzione, sanità pubblica, Servizio sanitario nazionale, risorse finanziarie pubbliche.

Abstract. The Italian decree dated January 13th, 2017 updated the Essential levels of health care, i.e. the services that the National healthcare system has to guarantee to all citizens through public economic resources, for free or against payment of a fee. This article describes the contents and the news of the decree, and emphasizes some criticalities related to the financial sustainability.

Key words. Disease prevention, health care district, hospital healthcare, National healthcare system, public healthcare, public financial resources.

1. Introduzione

Dopo una lunga attesa, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 13 gennaio 2017 ha aggiornato i Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea), ovvero le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (Ssn) deve garantire a tutti i cittadini, con le risorse pubbliche, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Il provvedimento, che sostituisce il Dpcm del 29.11.2001[1], consiste in un voluminoso documento che introduce nuove prestazioni e ne aggiorna altre già oggetto di Intesa Stato-Regioni del 7 settembre 2016[2]. La Corte dei conti ha registrato il Dpcm[3], che è stato pubblicato nella *Gazzetta ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017.

Il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, ha parlato di passaggio storico per il nostro Sistema sanitario nazionale. I nuovi Lea introducono una serie di prestazioni innovative che saranno oggetto di descrizione nei paragrafi che seguono. Tuttavia, se da un lato è doveroso sottolineare l'importanza della loro revisione in funzione del mantenimento di un elevato grado di tutela della salute e accesso alle cure, non ci si può esimere da un rapido riferimento alle fonti finanziarie che dovrebbero permettere la loro effettiva realizzazione[4]. Nel dossier del Servizio di bilancio[5] si legge che l'impatto economico-finanziario della revisione dei Lea è stato quantificato dalla legge di stabilità 2016 (commi da 553 a 564 dell'art. 1 della l. 208/2015), che ha finalizzato l'importo di 800 milioni di euro annui, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale, per la prima revisione.

Si ricorda che, in base all'art. 26 del d.lgs. n. 68 del 2011, a decorrere dall'anno 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, tramite

[1] I Lea sono attualmente definiti dal Dpcm 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modificazioni.

[2] Il documento della Cgil di gennaio 2017, a cura di S. Cecconi, sottolinea che il nuovo provvedimento riprende in gran parte i contenuti del 'Dpcm Prodi' del 2008, decreto ritirato dal Governo Berlusconi per mancanza di copertura finanziaria.

[3] Il 3 febbraio 2017.

[4] L'art. 1 del nuovo provvedimento stabilisce che: *"Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza…"*.

[5] Servizio del bilancio (2016). Nota di lettura, «Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Atto del Governo n. 358)», NL156, dicembre 2016, Senato della Repubblica, XVII legislatura.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.215 Sat, 12 Jul 2025, 07:34:07

intesa, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria. Tale importo deve essere coerente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei Lea erogati in condizioni di efficienza e appropriatezza.

Il documento è, dunque, continuo oggetto di dibattiti con riguardo alla politica delle risorse[6]. Secondo il Patto per la salute[7], che preannunciava la revisione dei Lea, al Fondo sanitario nazionale 2016 dovevano essere destinati 115,444 miliardi, mentre ne sono stati destinati 111 miliardi[8]. Alcuni economisti hanno commentato tali differenze affermando che «con una mano si offrono 771,88 milioni per finanziare, sulla carta, più prestazioni, con l'altra mano si tolgono le risorse già programmate, ben più alte. Il Governo ha programmato una matematica riduzione della percentuale dei fondi da destinare alla sanità, fino a scendere nel 2019 al 6,5%, soglia al di sotto della quale siamo alla riduzione dell'aspettativa di vita»[9].

Ad ogni buon conto, le pagine che seguono sono dedicate alla presentazione delle principali novità sostanziali.

2. L'aggiornamento dei Lea

Una delle principali novità riguarda la costituzione di una Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn istituita dall'art. 1, c. 556, l. 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), che ha il compito di monitorare costantemente il contenuto, escludendo prestazioni, servizi o attività che diventino obsoleti, valutando di erogare a carico del Ssn trattamenti che, nel tempo, si dimostrino invece innovativi ed efficaci per la cura dei pazienti. Costituita con d.m. del 16 giugno 2016, parzialmente modificata con d.m. 17 ottobre 2016, la Commissione si è insediata l'11 ottobre 2016 al Ministero della salute, con il compito di garantire il costante aggiornamento dei Lea attraverso una procedura semplificata e rapida.

La Commissione è presieduta dal Ministro della salute ed è composta dal direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, da quindici esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della salute, uno dall'Iss, uno dall'Agenas, uno dall'Aifa, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

La Commissione dura in carica tre anni a decorrere dalla data di insediamento e svolge le attività previste dall'art. 1, c. 557 e 558, della citata l. 208/2015.

Per lo svolgimento delle attività, la Commissione è supportata da una segreteria tecnico-scientifica operante presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, che può avvalersi di personale messo a disposizione, in posizione di comando o distacco, dall'Iss, dall'Aifa, dall'Agenas, dalle Regioni, da enti del Ssn e altri enti rappresentati nell'ambito della Commissione, nel numero massimo di cinque unità.

In ogni caso l'aggiornamento non basta: dovrà 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, in primo luogo, di adottare i provvedimenti già previsti nel Patto per la salute 2014/2016 sul monitoraggio dei Lea (art. 10 e 11). Occorrerà, per esempio, applicare le disposizioni sulle liste di attesa, poiché l'effettiva garanzia dei Lea è strettamente legata ai tempi di accesso alle prestazioni.

3. I contenuti e le novità del decreto

L'art. 1 del Dpcm 13.1.2017 stabilisce che il Ssn debba assicurare i seguenti livelli di assistenza:

a. prevenzione collettiva e sanità pubblica[10] (capo II);
b. assistenza distrettuale (capo III);
c. (*assistenza sociosanitaria*) (capo IV);
d. (*assistenza ospedaliera*) (capo V);
e. assistenza specifica a particolari categorie (capo VI).

Questi macrolivelli si articolano in attività, servizi e prestazioni definite specificatamente dal decreto[11].

---

[6]Vedi Rodriquez, 2016.

[7]Il Patto per la salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Ssn, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Il Patto per la salute del triennio 2014-2016 è stato siglato il 10 luglio 2014.

[8]Le cifre sono riportate anche nell'articolo disponibile all'indirizzo: http://www.responsabilecivile.it/gentiloni-firma-i-nuovi-lea-lorenzin-passaggio-storico-per-il-ssn/.

[9]Così in http://www.ilfattoquotidiano.it/2017/01/13/ministro-lorenzin-dopo-la-firma-dei-nuovi-lea-vaccini-gratis-e-senza-ticket/3314876/.

[10]La precedente dicitura era:"Assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro".

[11]Per una lettura d'insieme si rinvia a: http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/_Oggetti_Correlati/Documenti/2016/11/17/dossier_schermato.pdf?uuid=ADnE09vB. Si rinvia altresì alla scheda di lettura "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea) novembre 2016, Atto del Governo n. 358; art. 1, c. 7, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502; art. 1, c. 7, d.lgs. 30 dicembre 1992 (novembre 2016).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.215 Sat, 12 Jul 2025, 07:34:07

Nell'ambito del primo, prevenzione collettiva e sanità pubblica di cui al capo II, le principali attività sono:

a. sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
b. tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
c. sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
d. salute animale e igiene urbana veterinaria;
e. sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori;
f. sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
g. attività medico-legali per finalità pubbliche.

Particolare importanza assume la nuova *policy* in materia di *vaccinazioni*, espressa nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale (Pnpv) 2016-2018. Tra le prestazioni, si introducono l'anti-pneumococco, l'anti-meningococco, l'anti-varicella, la vaccinazione anti-HPV per tutte le ragazze, dal compimento degli undici anni fino al compimento dei dodici anni, per la prevenzione del cancro alla cervice uterina (circa 280.000 ragazze). Si estende inoltre il vaccino anti-Papillomavirus anche agli adolescenti maschi. Per tutte queste vaccinazioni è prevista l'offerta gratuita da parte dei servizi deputati alle attività vaccinali dislocati sul territorio nazionale. Trattandosi di prevenzione sanitaria di massa, e non prestazioni sanitarie di cura, non sarà richiesto nemmeno il pagamento di un ticket.

Le principali attività descritte nel capo III, concernente l'assistenza distrettuale, sono invece le seguenti:

1. assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza ai turisti;
2. emergenza sanitaria territoriale;
3. assistenza farmaceutica, erogata attraverso le farmacie convenzionate e i servizi territoriali e ospedalieri;
4. assistenza integrativa, intesa quale erogazione di dispositivi medici monouso, di presidi per diabetici e di prodotti destinati a un'alimentazione particolare;
5. assistenza specialistica ambulatoriale;
6. assistenza protesica;
7. assistenza termale.

Per *l'assistenza protesica* si prevede l'introduzione di nuove protesi e ausili anche di elevata tecnologia (componentistica in materiali innovativi, sollevatori mobili e fissi, protesi acustiche digitali, comunicatori a sintesi vocale o a display, sensori di comando, sistemi di riconoscimento vocale, domotica, stoviglie adattate, maniglie e braccioli di supporto, etc); l'ampliamento dei beneficiari (malati rari, assistiti in Adi); la semplificazione delle procedure (collaudo degli ausili); specifiche indicazioni per l'appropriatezza prescrittiva e l'albo dei prescrittori; l'estensione delle gare per l'acquisto dei dispositivi standard, ma allo stesso tempo una personalizzazione dei dispositivi acquistati[12].

Anche i *pazienti diabetici* potranno usufruire da ora di dispositivi di ultima generazione oltreché dell'introduzione, tra le cure e prestazioni garantite, di nuovi esami come, ad esempio, quello per la diagnosi della retinopatia (Otc).

Il capo IV, che riguarda l'assistenza sociosanitaria inclusa nell'ambito dell'assistenza distrettuale, prevede l'erogazione di percorsi assistenziali integrati nelle seguenti aree:

1. assistenza distrettuale alle persone non autosufficienti; alle persone nella fase terminale della vita; ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie; alle persone con disturbi mentali; ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo; alle persone con disabilità; alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze;
2. assistenza semiresidenziale e residenziale alle persone non autosufficienti; alle persone nella fase terminale della vita; alle persone con disturbi mentali; ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo; alle persone con disabilità complesse; alle persone con dipendenze patologiche.

Si è sottolineato l'inserimento delle persone affette da *ludopatia* tra gli utenti degli attuali servizi destinati al trattamento delle dipendenze patologiche, ricordando che tale aggiunta non comporterà infine nuovi oneri, in quanto tali servizi sono già attivi su tutto il territorio nazionale. Si ricorda a questo proposito che la legge di stabilità 2015 (art 1, c. 133) vincola 50 milioni di euro del Fondo sanitario nazionale al trattamento di tali soggetti.

[12]La riformulazione del Nomenclatore protesico era molto attesa, poiché ferma al 1999. Introduce, negli elenchi dei dispositivi che le Regioni dovranno garantire, ausili informatici e di comunicazione, come i comunicatori oculari e le tastiere adattate, ma anche apparecchi acustici digitali e carrozzine a tecnologia avanzata. Come si dirà, nei nuovi Lea sono previsti anche lo screening neonatale, i trattamenti contro la ludopatia e la terapia del dolore.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.215 Sat, 12 Jul 2025, 07:34:07

Proseguendo, il capo V identifica tra le principali attività che costituiscono il livello:

1. pronto soccorso;
2. ricovero ordinario per acuti;
3. day surgery;
4. day hospital;
5. riabilitazione e lungodegenza post-acuzie;
6. attività trasfusionali;
7. attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
8. centri antiveleni (Cav).

Infine, il capo VI prevede l''Assistenza specifica a particolari categorie'.

1. Invalidi: viene confermata l'erogazione delle prestazioni garantite prima dell'entrata in vigore della l. n. 833 del 1978 (per esempio, secondo ciclo di cure termali, cure climatiche e soggiorni terapeutici, piccole protesi, etc) e si fa riferimento all'erogazione gratuita dei farmaci di classe C, agli invalidi di guerra e alle vittime del terrorismo, già prevista dalla normativa in vigore.
2. Affetti da malattie rare: l'elenco delle malattie rare, allegato al vigente d.m. n. 279/2001 viene integralmente sostituito da un nuovo elenco (allegato 7), che recepisce la proposta del Tavolo interregionale per le malattie rare e introduce oltre 110 nuove malattie o gruppi. Vengono, invece, escluse dall'elenco alcune patologie come la celiachia e la sindrome di Down.
3. Affetti da malattie croniche: viene prevista l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni individuate dal d.m. n. 329/1999. L'elenco delle malattie croniche, allegato al vigente decreto, viene integralmente sostituito da un nuovo elenco (allegato 8) che vede l'inserimento di *sei nuove patologie*: broncopneumopatia cronica ostruttiva - Bpco (limitatamente agli stadi 'moderato', 'mediograve' e 'grave'), rene policistico autosomico dominante, osteomielite cronica, endometriosi (limitatamente agli stadi III e IV), malattie renali croniche, sindrome da talidomide. Sono incluse, inoltre, alcune patologie attualmente tutelate come malattie rare (come la celiachia). Inoltre viene effettuata la revisione delle prestazioni garantite in esenzione per numerose patologie sulla base dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche.
4. Affetti da fibrosi cistica: si confermano le previsioni della l. n. 548 del 1993.
5. Nefropatici cronici in trattamento dialitico: si conferma il rimborso delle spese di trasporto al centro dialitico, nei limiti e con le modalità fissate dalle Regioni.
6. Affetti da morbo di Hansen: si confermano le previsioni della l. n. 126 del 1980.
7. Persone con infezioni da Hiv/Aids: si confermano le previsioni della l. n. 135 del 1990.
8. Soggetti detenuti e internati in istituti penitenziari e minori sottoposti a provvedimento penale: si richiama il contenuto del Dpcm 1 aprile 2008, che trasferisce al Ssn l'assistenza a tali tipologie di persone.
9. Tutela della gravidanza e della maternità: si aggiornano i protocolli, attualmente contenuti nel d.m. 10 settembre 1998, in funzione preconcezionale, per la tutela della gravidanza fisiologica[13], per la tutela della gravidanza a rischio e per la diagnosi prenatale, sulla base delle più recenti Linee guida (allegato 10).
10. Persone con disturbi dello spettro autistico: si conferma il contenuto della l. 18 agosto 2015, n. 134.
11. Cittadini italiani residenti in Italia autorizzati alle cure all'estero: si richiamano le previsioni dei Regolamenti CE n. 883/2004 e n. 987/2009 UE, le previsioni in materia di assistenza transfrontaliera di cui alla Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio e al d.l. 4 marzo 2014, n. 38, di attuazione della direttiva stessa, e il disposto della l. n. 595 del 1985 in materia di cure di altissima specializzazione all'estero.
12. Cittadini stranieri iscritti al Ssn: si richiama la previsione dell'articolo 34 del T.U. sull'immigrazione e i diritti dello straniero in Italia.
13. Cittadini stranieri non iscritti al Ssn non in regola con il permesso di soggiorno: si richiama la previsione dell'art. 35 del T.U. sull'immigrazione e i diritti dello straniero in Italia.

4. Ulteriori novità del decreto

Merita un'attenzione particolare l'introduzione nei Lea della prestazione gratuita per la fecondazione eterologa.

Le accuse lanciate alla l. 40 del 19 febbraio 2004 e i vari 'smantellamenti' operati dalla Corte costituzionale sono ormai noti a tutti, poiché fonte non solo di dibattiti giuridici ma anche mediatici e sociali di notevole rilievo.

Si tratta, quindi, di una novità tanto sociale quanto economica, dato che le cifre del 'turismo estero' delle coppie in cerca di figli parlano chiaro. Il segretario nazionale dell'associazione Luca Coscioni, dopo aver salutato la novità come un grande

[13] È prevista l'analgesia epidurale che consente il cosiddetto 'parto indolore'.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.215 Sat, 12 Jul 2025, 07:34:07

passo avanti in materia e prevedendo un raddoppiamento delle nascite in Italia, ricorda che "nelle strutture pubbliche e in quelle private convenzionate viene pagato un ticket stabilito da ogni Regione"[14], che varia dai 30 ai 1000 euro, secondo uno studio pubblicato a maggio dal Censis (2016). Tuttavia, i costi aumentano decisamente nel caso di fecondazione eterologa, quando cioè è coinvolto un donatore o una donatrice di gameti. Ad oggi, l'eterologa è possibile di fatto solo negli ospedali pubblici di tre Regioni: Toscana, Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia. Pertanto, se non si è residenti in queste Regioni, non se ne ha accesso a meno che non si cambi residenza o non ci si rivolga a centri privati[15].

A fronte di questa situazione, con l'entrata in vigore dei Lea, il Ssn garantirà l'attività di selezione dei donatori di cellule riproduttive, il prelievo, la conservazione e la distribuzione delle stesse prevedendo un contributo a carico delle coppie che usufruiscono della procreazione medicalmente assistita eterologa (capitolo V, al punto 8 della Relazione illustrativa del Ministero della salute).

In sintesi: se fino a oggi alcune prestazioni erano solo a pagamento, con l'aggiornamento in esame, saranno prevalentemente gratuite. Sia per l'eterologa che per l'omologa cambiano, poi, le condizioni di accesso: 46 anni l'età massima delle donne e 6 il numero massimo di cicli erogabili.

5. Conclusioni

Come spesso accade, l'emanazione di provvedimenti di importanza sociale preminente è generalmente salutata non solo con entusiasmo, ma anche con numerose perplessità e dubbi sull'effettività, fattibilità e sostenibilità economica.

Tra tutti, il principale nodo rimane la copertura finanziaria effettiva.

L'impatto globale dell'aggiornamento dei Lea è riconducibile alla definizione della differenza tra[16]:

a. da un lato, i costi aggiuntivi generati dalla previsione di prestazioni aggiuntive, nella misura in cui generino consumi aggiuntivi (oltre che sostitutivi delle prestazioni eliminate e/o trasferite ad altro setting assistenziale);
b. dall'altro, le economie conseguibili nei diversi ambiti assistenziali e le maggiori entrate connesse alla partecipazione ai costi sulla quota di consumi aggiuntivi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pari a 60,4 milioni di euro.

Alcuni[17] ricordano che per l'anno 2016 le Regioni avevano accettato, dopo timide proteste, che una parte del Fondo sanitario nazionale, 800 milioni, fosse vincolato al finanziamento dei nuovi Lea. Ora invece le Regioni hanno dato il via al provvedimento, ma solo a precise condizioni: che il livello del Fondo sanitario nazionale resti fissato nel 2017 a 113 miliardi e nel 2018 a 115 miliardi (oggi è a 111 miliardi). E soprattutto che l'attuazione dei nuovi Lea avvenga gradualmente, secondo la copertura finanziaria effettiva[18]. Questi vincoli posti dalle Regioni sui Lea sono contenuti in un allegato che è parte integrante dell'Intesa Stato Regioni. In pratica per il 2016 i costi aggiuntivi dei Lea vanno a gravare sul finanziamento esistente, già pesantemente ridotto per effetto delle ultime leggi di stabilità. Per gli anni successivi potrebbe essere tutto da vedere.

Per concludere, la revisione dei Lea è funzionale e attesa tappa del percorso per garantire una protezione uniforme del diritto alla salute. In ogni caso, il confronto tra le forze sociali sull'implementazione dei provvedimenti (Aziende sanitarie, utenti del servizio, medici prescrittori, etc) pare auspicabile e di importanza cruciale.

[14]Così riporta l'articolo "La Pma nei Livelli essenziali di assistenza. Cosa cambia?", disponibile all'indirizzo: http://d.repubblica.it/attualita/2016/09/21/news/fecondazione_medicalmente_assistita_italia_quanto_costa_prezzi_rimborsi_regione_lea-3239365/

[15]Le cliniche private in Italia chiedono per un ciclo mediamente 4200 euro al Nord, 5200 al Centro e 2900 al Sud e nelle isole (dati Censis 2016).

[16]Si rinvia a http://www.saluteinternazionale.info/2016/10/livelli-essenziali-di-assistenza-sanitaria-lea-e-diritto-alla-salute/.

[17]Cfr. Cecconi, http://www.saluteinternazionale.info/2016/10/livelli-essenziali-di-assistenza-sanitaria-lea-e-diritto-alla-salute/

[18]La Fondazione Gimbe nota che "verosimilmente, infatti, i costi aggiuntivi risultano sottostimati, perché una percentuale imprevedibile delle nuove prestazioni saranno prescritte/erogate in maniera inappropriata, mentre sono stati sovrastimati i potenziali risparmi, in parte dipendenti da setting o da misure inapplicabili in alcune aree del Paese. Guardando alla spesa *out of pocket*, è previsto un incremento di ticket per oltre 18 milioni, conseguenti al passaggio di alcune prestazioni dal regime di day hospital/day surgery a quello ambulatoriale; inoltre è stato ridotto il pacchetto di prestazioni per l'ipertensione senza danno d'organo e i costi a carico delle famiglie per le prestazioni sociosanitarie non sono ben chiari. In un generale contesto di riduzione del finanziamento pubblico che fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose e nella consapevolezza che quelle 'dissennate' non riescono neppure ad adempiere all'erogazione dei 'vecchi Lea', la variabile interazione di queste criticità rischia di trasformare un grande traguardo politico in una illusione collettiva con gravi effetti collaterali: allungamento delle liste d'attesa, aumento della spesa *out-of-pocket*, sino alla rinuncia alle cure. Ecco perché la Commissione nazionale Lea non può limitarsi al *delisting* delle prestazioni obsolete, ma deve rivalutare complessivamente tutte quelle inserite nei Lea, facendo esplicito riferimento a un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul *value*, come già sottolineato dalla relazione della Commissione Igiene e Sanità del Senato" (Cartabellotta, 2017).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.215 Sat, 12 Jul 2025, 07:34:07

Bibliografia

Cartabellotta N (2017), Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva?, *IlSole24 ore,* 17 gennaio 2017.

Cecconi S (2016), *Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea) e diritto alla salute*. Disponibile al seguente indirizzo: http://www.saluteinternazionale.info/2016/10/livelli-essenziali-di-assistenza-sanitaria-lea-e-diritto-alla-salute/. Ultima consultazione: marzo 2017.

Lonigro I (2017), *La Pma nei Livelli essenziali di assistenza. Cosa cambia?* Disponibile al seguente indirizzo: http://d.repubblica.it/attualita/2016/09/21/news/fecondazione_medicalmente_assistita_italia_quanto_costa_prezzi_rimborsi_regione_lea-3239365. Ultima consultazione marzo 2017.

Pepe G (2017), *I Lea che danno e tolgono*, in *La repubblica* (noi&voi blog). Disponibile online al seguente indirizzo: http://pepe.blogautore.repubblica.it/2017/01/13/i-lea-che-danno-e-tolgono/. Ultima consultazione: marzo 2017.

Rodriquez G (2016), Nuovi Lea. Sulla loro sostenibilità avanza dubbi anche il Servizio Bilancio del Senato, *quotidianosanità.it,* 23 dicembre 2016.

Servizio del bilancio (2016), *Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Atto del Governo n. 358)*, Nota di lettura n. 156, dicembre 2016, Senato della Repubblica, XVII legislatura.