



**AUDIZIONE FNOMCEO del 06/12/2016**

**SENATO DELLA REPUBBLICA**

**Commissione Igiene e Sanità**

**Atto del Governo n. 358**

**sullo 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**

**Illustre Presidente e Illustri Componenti della Commissione,**

ringrazio per l'invito a partecipare a questa audizione e desidero dichiarare in premessa che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sottolinea l'importanza della materia in esame per la tutela della salute dei cittadini e per gli stessi operatori sanitari.

Il D.Lgs. 502/1992, all'art. 1, definisce i LEA come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal SSN, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze di un significativo beneficio in termini di salute individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Pertanto, sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, sono più costose di altre.

La nozione di livelli essenziali è stata introdotta nella Costituzione dalla legge costituzionale n. 3 del 2001, di riforma del Titolo V, con riferimento alla competenza legislativa esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale.

Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini, ma le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

Il D.P.C.M. del 2001 elenca, negli allegati, le attività e le prestazioni incluse nei LEA, le prestazioni escluse e le prestazioni che possono essere fornite dal SSN solo a particolari condizioni. Il citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, corredato di cinque allegati nei quali sono riportate le attività e le prestazioni incluse nei LEA, le prestazioni escluse e quelle che possono essere fornite dal Servizio Sanitario

Nazionale solo a determinate condizioni, ha un carattere sostanzialmente ricognitivo e si limita ad una descrizione generica dei sottolivelli di assistenza, rinviando agli atti normativi vigenti alla data della sua emanazione (in particolare, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza protesica, il predetto decreto fa riferimento agli allegati ai decreti ministeriali 22 luglio 1996, "Nomenclatore tariffario", e 27 agosto 1999, n.332, "Nomenclatore tariffario protesi e dispositivi").

In dettaglio:

- l'allegato 1: riporta le prestazioni erogate dal SSN nelle tre grandi aree di offerta della "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", della "Assistenza distrettuale" e della "Assistenza ospedaliera";
- l'allegato 2: è composto dall'allegato 2° che elenca le prestazioni escluse dai LEA, e dagli allegati 2B e 2C che elencano le prestazioni erogabili in particolari condizioni;
- l'allegato 3: fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei Lea;
- l'allegato 4: definisce le linee guida relative al ruolo delle Regioni;
- l'allegato 5: riporta gli impegni assunti dalle Regioni per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e in regime di ricovero.

Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza protesica, il D.P.C.M. 29 novembre 2001 fa riferimento agli allegati al DM 22 luglio 1996 e al decreto 27 agosto 1999, n. 332.

L'aggiornamento dei LEA è atteso da tempo, e da tempo è stato annunciato, anche a livello normativo. In attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica, il nuovo Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 1, comma 3, ne ha disposto l'aggiornamento entro il 31 dicembre 2014. Successivamente, la legge di stabilità 2015 (legge 190/2014) ha "ratificato" in vi a normativa i contenuti del Patto della salute.

L'impatto economico-finanziario della revisione dei LEA è stato quantificato dalla legge di stabilità 2016 (commi da 553 a 564 della legge 208/2015) che ha previsto un incremento di spesa non superiore a 800 milioni di euro annui per la prima revisione e ha definito, anche a regime, due possibili procedure di revisione.

Nel corso della XVI Legislatura il Governo aveva proceduto ad una revisione dei LEA, adottando nell'aprile 2008 apposito decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Il decreto, tuttavia, non è mai entrato in vigore, in quanto ritirato dal Governo a seguito dei rilievi della Corte dei Conti, che vertevano sostanzialmente su profili attinenti all'equilibrio economico su cui avrebbe dovuto basarsi il provvedimento. Successivamente, nel 2010 è stata elaborata una nuova proposta di aggiornamento dei LEA, in ordine alla quale la Ragioneria Generale dello Stato aveva espresso parere favorevole circa la sostenibilità economico-finanziaria, ma anche in quell'occasione il provvedimento non è stato adottato.

**Questo Atto del Governo diviene *fonte primaria* per l'applicazione uniforme ed equa di prestazioni essenziali, su tutto il territorio nazionale; supera la parcellizzazione degli interventi assistenziali a livello delle singole Regioni, imponendo standard minimi.**

**Aggiorna e individua diversi modelli organizzativi di ambito ospedaliero e di ambito residenziale.**

**Amplia il numero delle malattie rare.**

**Amplia il numero delle malattie croniche.**

**Pone il tema della vaccinazione come vera questione di interesse nazionale.**

**In sostanza lo schema del Decreto è rimasto come concordato nel lavoro congiunto con gli Uffici del Ministero.**

**Contestualmente all'approvazione è prevista l'abrogazione del D.M. appropriatezza del 2015, che aveva creato allarme e perplessità non solo nella classe medica, ma soprattutto tra i malati e tra coloro che sono bisognosi di prestazioni diagnostiche.**

**Il decreto infatti interviene sollecitando la appropriatezza clinica in modo proattivo, responsabilizzando i medici e limitando la applicazione di rigidi criteri di prescrizione ed erogabilità.**

**Da segnalare in particolare la corretta distinzione tra condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva: per poche prestazioni di particolare impegno specialistico sono previste condizioni di erogabilità vincolanti e che richiedono di riportare la nota.**

**Per le prestazioni di utilizzo corrente sono previste, nel caso, indicazioni di appropriatezza prescrittiva, che lasciano comunque la decisione al medico in riferimento alla sua autonomia e alla sua responsabilità.**

**E' apprezzabile che solo attraverso uno specifico accordo della Conferenza Stato-Regioni saranno individuati i criteri e le modalità di conformità prescrittiva dei medici rispetto alle condizioni di erogabilità e alle indicazioni di appropriatezza stabilite dal provvedimento in esame.**

**E' un passo positivo in avanti rispetto alla precedente formulazione.**

**Diventa obbligatorio per il "medico proscrittore" riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico, ma questo fa parte di un iter corretto di informazione.**

**Inoltre, sono state introdotte condizioni di erogabilità e indicazioni alla prescrizione appropriata per prestazioni ad alto costo o a rischio di uso inappropriato con l'introduzione di prestazioni "reflex", vale a dire prestazioni composte da 2 accertamenti diagnostici o clinici dei quali il secondo viene eseguito solo se l'esito del primo lo richiede.**

**Sono state inserite anche le indicazioni della FNOMCeO relative al coordinamento clinico da parte del medico, e in particolare del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, delle attività rivolte ai soggetti cronici e fragili.**

**La FNOMCeO avrà la possibilità di proporre ulteriori miglioramenti nell'ambito dell'aggiornamento costante dei LEA, essendo prevista la sua presenza nell'apposita Commissione Ministeriale.**

**Questo provvedimento atteso dal 2001 è di particolare rilevanza ed è anche il risultato dell'accordo raggiunto con la categoria dei medici rappresentata dalla FNOMCeO e dalle organizzazioni sindacali coinvolte.**

**La FNOMCeO auspica che si possa procedere, al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza, ad una deroga al blocco del turnover, da applicare anche nelle regioni soggette a piano di rientro. La stessa Corte dei Conti ha infatti rilevato che ulteriori risparmi ottenibili da incrementi di efficienza, se non reinvestiti prevalentemente nei settori dove è più carente l'offerta di servizi sanitari, come ad**

**esempio nell'assistenza territoriale e domiciliare, oppure nell'ammodernamento tecnologico infrastrutturale, potrebbero rendere problematico il mantenimento dell'attuale assetto dei LEA, facendo emergere nel medio periodo deficit assistenziali più marcati nelle regioni meridionali, dove sono relativamente più frequenti le carenze.**

**La FNOMCeO chiede, pertanto, un aumento del finanziamento del SSN adeguato e coerente con le sue finalità istitutive e una sua equa ripartizione in Sanità e che questo avvenga attraverso una rivalutazione dei parametri di attribuzione del fondo sanitario. Vanno tenuti in considerazione fattori socio-economici come la povertà, la scarsa consapevolezza culturale o le condizioni ambientali, eliminando le disuguaglianze. E ciò in coerenza con l'articolo 3 della Costituzione Italiana, secondo cui è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli che limitano l'eguaglianza dei cittadini.**

**In conclusione, la FNOMCeO condivide l'impianto dello Schema di Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri e ne sottolinea la consistenza giuridico - normativa di fonte primaria. Sottolinea come la corretta, equa, omogenea applicazione della futura norma dipenda strettamente dalla capacità del Paese di trovare unità di intenti nella stretta relazione tra Stato e Regioni.**

**Si ritiene che questo Schema di Decreto rappresenti un esercizio importante di democrazia e un indicatore delle capacità del Paese di rispondere ai bisogni di Salute della Popolazione.**

**Bisogna infine ricordare che senza i professionisti del Servizio Sanitario Nazionale non sarebbe possibile erogare i LEA e in questa simbiosi tra professionisti e LEA risiede la garanzia del diritto fondamentale alla salute, previsto dall'articolo 32 della Costituzione.**

***Roberta Chersevani***  
***Il Presidente***

**Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**