

**CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO**

**ACCORDO 22 novembre 2001**

**Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. (Repertorio n. 1318) (GU n. 19 del 23-1-2002- Suppl. Ordinario n.14)**

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Visto l'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'articolo 4 del medesimo decreto;

Visto l'articolo 4 comma 1 del predetto decreto legislativo, nel quale si prevede che, in questa Conferenza, Governo, Regioni e province Autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, possano concludere accordi al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

Visto l'accordo tra i Ministri del tesoro, bilancio e programmazione economica, della sanità e le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano in materia di spesa sanitaria, sancito da questa Conferenza il 3 agosto 2000 (repertorio atti 1004);

Visto l'accordo del 22 marzo 2001 (repertorio atti n. 1210) sancito tra i Ministri del tesoro, bilancio e programmazione economica, della sanità e le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, che integra il predetto accordo sancito da questa Conferenza il 3 agosto 2000;

Visto l'accordo tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 (repertorio atti 1004) e il 22 marzo 2001 (repertorio atti 1210) in materia sanitaria, sancito l'8 agosto 2001 da questa Conferenza (repertorio atti n. 1285);

Considerato che, con il predetto accordo si è convenuto, che con successivo accordo da sancirsi in questa Conferenza, sarebbero stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, prima che gli stessi venissero adottati dal Governo con un provvedimento formale entro il 30 novembre 2001, d'intesa con la stessa Conferenza e che la validità dello stesso era subordinata all'adozione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria;

Considerato che, questa Conferenza nella seduta del 25 ottobre 2001 (repertorio atti n. 1314) ha valutato positivamente e approvato la relazione sull'attività del tavolo di lavoro per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e dei relativi costi, al fine di pervenire al successivo accordo da sancirsi sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, previo confronto preliminare in un tavolo tra le Regioni e i Ministri dell'economia e delle finanze e della salute;

Visto l'articolo 6 della legge 16 novembre 2001, n. 405 di conversione, con modificazioni, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, che dispone che, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 novembre 2001, d'intesa con questa Conferenza, sono definiti i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

Vista la proposta di accordo in oggetto, elaborata dal tavolo tecnico di lavoro per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e dei relativi costi nelle riunioni del 30 e 31 ottobre 2001 e trasmessa con nota del 2 novembre ai Presidenti delle Regioni, nonché ai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze;

Considerato che, nel corso delle riunioni del 7 e 13 novembre del tavolo politico di lavoro per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, tenutesi presso il Ministero dell'Economia e delle finanze per l'esame della proposta di accordo in oggetto, nel corso delle quali si è proceduto alla definitiva stesura della stessa e si è convenuto altresì che, ad avvenuta approvazione dell'accordo, nonché del relativo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, si provvederà ad elaborare una pubblicazione di carattere esplicativo, che illustri nel dettaglio le prestazioni e le attività ricomprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria;

Considerato che, nel corso della riunione tecnica Stato-Regioni tenutasi in data odierna tra i rappresentanti dei Ministeri della salute, dell'economia e finanze, affari regionali nonché delle Regioni si è convenuto di proporre una modifica all'allegato 3 del presente accordo volto a garantire le specifiche esigenze di assistenza sanitaria delle popolazioni delle isole minori e delle altre comunità isolate;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni, nell'esprimere il loro avviso favorevole sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria hanno proposto il seguente emendamento: "alla lettera f) dell'allegato 2A dello stesso, aggiungere la seguente frase: "Su disposizione regionale la laser terapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia possono essere incluse nell'allegato 2B", che si intende apportato anche al medesimo allegato 2A del presente accordo, sul quale il Ministro della salute e il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze hanno convenuto;

Considerato altresì che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni hanno espresso il loro favorevole avviso sull'accordo in oggetto e che il Ministro della salute e il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze hanno confermato il loro positivo assenso;

Acquisito l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, espresso ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Sancisce il seguente accordo tra Governo e Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini sottoindicati:

#### **PUNTO 1.**

1.1. Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, nel rispetto dei principi di cui al comma 2 del medesimo articolo.

#### **PUNTO 2.**

2.1. Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria da garantire a tutti i cittadini a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento sono definiti nell'allegato 1, che forma parte integrante del presente decreto.

2.2. Le prestazioni e le attività comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria sono soggette alle limitazioni e condizioni previste dalle disposizioni vigenti.

#### **PUNTO 3**

3.1. Le prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria sono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa.

3.2. Le forme e le modalità della partecipazione alla spesa sono quelle individuate dalle disposizioni legislative statali, in particolare dall'articolo 85, comma 9 della legge 23 dicembre 2001, n. 388, nonché dagli articoli 4, comma 3 e 6, commi 1 e 2, della legge 16 novembre 2001, n. 405 di conversione, con modificazioni del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, nonché dalle disposizioni regionali, eventualmente adottate ai sensi dell'articolo 13 del d.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

#### **PUNTO 4**

4.1. Si conviene che:

- le prestazioni ed i servizi, di cui all'allegato 2A, sono escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria;
- le prestazioni di cui all'allegato 2B sono da intendersi parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche;
- le prestazioni di cui all'allegato 2C incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria sono quelle che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione.

Le prestazioni sopra richiamate sono state inserite nelle specifiche liste di cui agli allegati in quanto:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale di cui al comma 2 dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

- b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la loro efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili ovvero la loro utilizzazione è rivolta a soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e di erogazione dell'assistenza.

4.2. Si conviene che vanno apportate, entro il 31 marzo 2002, modifiche al Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, anche in base alle indicazioni contenute nell'allegato 2B e ferme restando le esclusioni di cui all'allegato 2A, assicurando inoltre l'inserimento, in detto nomenclatore, di prestazioni attualmente erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, per le quali vi sia evidenza di un più appropriato regime di erogazione in sede di specialistica ambulatoriale.

4.3. Le Regioni disciplinano i criteri e le modalità per contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni, che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, anche tenendo conto delle indicazioni riportate nell'allegato 2C.

In sede di prima applicazione la disciplina è adottata dalle Regioni entro il 30 giugno 2002.

## **PUNTO 5**

5.1. Si conviene di definire criteri specifici di monitoraggio, all'interno del sistema di garanzia introdotto dall'art.9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria con un sistema di indicatori essenziali, pertinenti e caratterizzati da dinamicità e da aggiornamento continuo.

5.2. Il tavolo previsto nel punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001 fra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano,effettuerà, sulla base di quanto previsto al capoverso precedente, la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria effettivamente erogati, e della corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, evidenziando altresì eventuali prestazioni effettivamente erogate non riconducibili ai predetti livelli.

## **PUNTO 6**

6.1. Si conviene di definire un sistema di manutenzione degli elenchi di prestazioni e servizi inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza per i cittadini in relazione alle risorse definite.

6.2. Si conviene di costituire, entro il 31 marzo 2002, uno specifico organismo a carattere nazionale, di cui facciano parte un numero adeguato di esperti designati dalle Regioni, sul modello della Commissione Unica del Farmaco (CUF).

6.3. A tale organismo è affidato il compito di valutare, nel tempo, i fattori scientifici, tecnologici ed economici che motivano il mantenimento, l'inclusione o l'esclusione delle prestazioni dai Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, tenuto conto di nuove tecniche e strumenti terapeutici, riabilitativi diagnostici resi disponibili dal progresso scientifico e tecnologico, che presentino evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate, così come l'esclusione di quelle ormai obsolete.

6.4. Resta fermo quanto sancito dall'accordo dell'8 agosto 2001, al punto 15 dello stesso, con particolare riferimento all'impegno assunto dal Governo di accompagnare eventuali variazioni in incremento dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, decise a livello centrale, con le necessarie risorse aggiuntive.

## **PUNTO 7**

7.1. Si conviene sulle indicazioni particolari per l'applicazione dei livelli in materia di assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica e integrazione socio sanitaria, nonché in materia di assistenza sanitaria alle popolazioni delle isole minori ed alle altre comunità isolate che vengono fornite nell'allegato 3.

## **PUNTO 8**

8.1. Si conviene che i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria sono stati definiti, nel presente accordo, in relazione alle risorse di cui al punto 6 dell'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Stato-Regioni nel corso della seduta dell'8 agosto 2001.

## **PUNTO 9**

9.1. Fermo restando quanto già previsto nei punti precedenti del presente accordo, si conviene che le Regioni nell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria in sede regionale si attengono alle linee guida contenute nell'allegato 4.

## **PUNTO 10**

10.1. Laddove la regione definisca specifiche condizioni di derogabilità delle prestazioni ricomprese all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l'addebitamento delle stesse in mobilità sanitaria deve avvenire sulla base di:

- un accordo quadro interregionale, che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità entro il 30 giugno 2002;
- eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate.

## **PUNTO 11**

11.1. Si conviene che il tavolo di lavoro che ha curato la stesura del presente accordo, con riferimento alle questioni, qui di seguito riportate, continuerà ad operare, con il supporto di gruppi tecnici misti con rappresentanti ministeriali e regionali per i necessari approfondimenti, i cui risultati saranno sottoposti alla valutazione della Conferenza Stato-Regioni per gli adempimenti conseguenti:

- visite fiscali e accertamenti richiesti dagli Uffici della pubblica Amministrazione e relativi costi;
- compiti affidati agli ufficiali polizia giudiziaria e relativi costi;
- finanziamento delle Agenzie regionali per l'ambiente per le funzioni svolte dalle stesse di competenza del Servizio Sanitario Nazionale;
- assistenza sanitaria agli stranieri non regolari.

## **PUNTO 12**

12.1. Si conviene, per quanto concerne gli adempimenti conseguenti al disposto dell'articolo 6, commi 1 e 2 della legge 16 novembre 2001, n. 405 di conversione, con modificazioni, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 che la Commissione Unica del Farmaco provveda ad aggregare in sottogruppi l'elenco dei farmaci di cui al richiamato articolo 6, in modo da consentire alle Regioni di regolare l'applicazione della facoltà loro attribuita di prevedere forme crescenti di partecipazione alla spesa da parte dell'assistito, fino alla totale non rimborsabilità dei farmaci, in maniera tale da configurare non più di 3 classi di partecipazione alla spesa:

- una classe a bassa partecipazione dell'assistito,
- una classe a più elevata partecipazione dell'assistito,
- una classe a totale carico dell'assistito.

La formulazione dell'elenco, di cui all'articolo 6, comma 1 della legge 16 novembre 2001, n. 405 di conversione, con modificazioni, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, da parte della Commissione Unica del Farmaco (CUF) dovrà essere operata, in modo tale da consentire una minore spesa rispetto a quella registrata nell'anno 2001 per un importo coerente con l'obbligo del rispetto del tetto del 13% per la spesa farmaceutica.

Roma, 22 novembre 2001

Il Presidente: La Loggia

Il Segretario: La Falce

## 1.A CLASSIFICAZIONE DEI LIVELLI

Le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale sono quelle riconducibili ai seguenti Livelli Essenziali di Assistenza:

### 1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- D. Sanità pubblica veterinaria
- E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- F. Attività di prevenzione rivolte alla persona
  - vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
  - programmi di diagnosi precoce
- G. Servizio medico-legale

### 2. Assistenza distrettuale

- A. Assistenza sanitaria di base
  - medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
  - continuità assistenziale notturna e festiva
  - guardia medica turistica (su determinazione della Regione)
- B. Attività di emergenza sanitaria territoriale
- C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A (e in classe C a favore degli invalidi di guerra), nonché dei medicinali parzialmente rimborsabili ai sensi del decreto legge 18 settembre 2001, n.347
  - fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate
- D. Assistenza integrativa
  - fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari
  - fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito
- E. Assistenza specialistica ambulatoriale
  - prestazioni terapeutiche e riabilitative
  - diagnostica strumentale e di laboratorio
- F. Assistenza protesica
  - fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali
- G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
  - assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie
  - attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
  - attività sanitaria e sociosanitaria ricolta alle persone con infezione da HIV
- H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
  - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti

- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

I. Assistenza termale

- cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie

**3. Assistenza ospedaliera**

- A. pronto soccorso
- B. degenza ordinaria
- C. day hospital
- D. day surgery
- E. interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni)
- F. riabilitazione
- G. lungodegenza
- H. raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- I. attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti

Nell'ambito delle tre macroaree precedenti, è inclusa l'assistenza specifica rivolta a particolari categorie di cittadini, ovvero erogata in condizioni particolari:

- Invalidi
  - prestazioni sanitarie previste dai rispettivi ordinamenti alla data di entrata in vigore della legge n.833/1978
- Soggetti affetti da malattie rare
  - prestazioni di assistenza sanitaria finalizzate alla diagnosi, al trattamento ed al monitoraggio della malattia ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti
- Soggetti affetti da fibrosi cistica
  - fornitura gratuita del materiale medico, tecnico e farmaceutico, compresi i supplementi nutrizionali
- Nefropatici cronici in trattamento dialitico
  - rimborso spese di trasporto al centro dialisi
  - altre provvidenze a favore dei dializzati (su determinazione regionale)
- Soggetti affetti da diabete mellito
  - fornitura gratuita di ulteriori presidi diagnostici e terapeutici
- Soggetti affetti da Morbo di Hansen
  - fornitura gratuita di accertamenti diagnostici e farmaci specifici
  - spese di viaggio per l'esecuzione del trattamento
- Cittadini residenti in Italia autorizzati alle cure all'estero
  - assistenza sanitaria autorizzata.

**1.B RICOGNIZIONE DELLA NORMATIVA VIGENTE, CON L'INDICAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGABILI, DELLE STRUTTURE DI OFFERTA E DELLE FUNZIONI.**

La ricognizione della normativa vigente, per quanto possibile, è presentata con apposite schede per ogni livello, così come precedentemente individuato, in cui accanto a ciascuna tipologia assistenziale sono stati richiamati i riferimenti normativi vigenti e, se disponibili, la lista di prestazioni erogabili, i parametri di offerta strutturali eventualmente previsti.

Si precisa che per l'area della Prevenzione collettiva, in ulteriore specifico allegato, vi è l'elencazione delle funzioni garantite. Si precisa altresì, con riferimento all'area medico-legale, che occorre operare una distinzione tra le prestazioni erogate in base ad una competenza istituzionale, e talvolta esclusiva, delle Aziende sanitarie, e le prestazioni che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tra le fonti dei LEA sono stati inseriti anche gli Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni per il raggiungimento degli obiettivi del PSN e secondo quanto disposto dall'art. 4 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281 che dispone in tal senso:

*"1. Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento degli obiettivi di funzionalità, economicità dell'azione amministrativa, possono concludere in sede di Conferenza Stato-Regioni, accordi, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune.*

*2. Gli accordi si perfezionano con l'espressione dell'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano".*

Le prestazioni individuate dagli Accordi fanno parte dei LEA nei limiti previsti dal grado di cogenza degli Accordi medesimi, desumibile da quanto in essi convenuto.

## RICOGNIZIONE DELLA NORMATIVA VIGENTE, CON L'INDICAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGABILI, DELLE STRUTTURE DI OFFERTA E DELLE FUNZIONI

### LIVELLI DI ASSISTENZA Fonti normative

#### Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Prevenzione collettiva (1)

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif.
Profilassi delle malattie infettive e parassitarie; tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria, tutela igienico-sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale.	D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 art., 7-ter "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" (S.O. n. 3 alla G.U. n. 4 del 7 gennaio 1994)		La lista delle prestazioni non è riportata in atti normativi. Convenzionalmente può essere condivisa la lista di cui alle pagine seguenti	1A 1B 1C 1D 1E

(1) In questo settore, parte dell'attività si effettua su richiesta di privati, in base a tariffe regionali.

**Legenda:** La quinta colonna della tabella (Rif.) indica il riferimento alla classificazione dei livelli contenuta nella Parte prima.

### PREVENZIONE COLLETTIVA

Tutte le funzioni previste dalla normativa vigente, tra cui:

#### 1. Igiene e sanità pubblica

##### 1.1 Profilassi delle malattie infettive e diffuse

- Controllo malattie infettive e bonifica focolai
- Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive
- Medicina del viaggiatore
- Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione

##### 1.2 Tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale

- Verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico

- Verifica degli effetti sulla salute da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani
- Verifica degli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi
- Verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle acque destinate al consumo umano
- Verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle piscine pubbliche o di uso pubblico
- Verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle acque di balneazione
- Verifica degli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari

### 1.3 Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita

- Valutazione dell'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e indicazione delle misure idonee alla tutela della salute umana
- Determinazione qualitativa e quantitativa dei fattori di rischio di tipo biologico presenti negli ambienti di vita
- Controllo e sicurezza di impianti negli ambienti di vita
- Formulazione di mappe di rischio ambientale
- Verifica della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriali e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute della popolazione
- Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico
- Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali
- Vigilanza e controllo sui cosmetici
- Controllo sui farmaci, stupefacenti, sostanze psicotrope, presidi medico chirurgici
- Controllo sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici
- Controllo sull'uso delle radiazioni ionizzanti e non negli ambienti
- Vigilanza e controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi e sulla loro etichettatura
- Vigilanza sulle industrie insalubri
- Controlli e vigilanza in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica

### 2. Igiene degli alimenti e nutrizione

- Controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali
- Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande
- Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro
- Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia
- Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande
- Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare
- Informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande
- Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi

### 3. Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro

- Individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro anche attraverso la formulazione di mappe di rischio
- Determinazione qualitativa e quantitativa e controllo dei fattori di rischio di tipo chimico, fisico, biologico ed organizzativo presenti negli ambienti di lavoro
- Controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e prestazioni di lavoro
- Sorveglianza epidemiologica e costruzione del sistema informativo su rischi e danni di lavoro
- Indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro
- Verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative e in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori
- Attuazione dei compiti di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti
- Controllo della salute dei minori e adolescenti e informazione in relazione alla loro collocazione al lavoro



- Valutazione delle idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge
- Elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute e di igiene e sicurezza del lavoro.
- Indagini per infortuni e malattie professionali
- Controllo sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori
- Informazione e formazione dell'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro
- Tutela della salute della lavoratrici madri

#### 4. Sanità pubblica veterinaria

##### 4.1 Sanità animale

- Sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione della malattie infettive e diffuse degli animali
- Prevenzione e controllo delle zoonosi
- Interventi di polizia veterinaria
- Vigilanza sui concentramenti e spostamenti animali, compresa l'importazione e l'esportazione e sulle strutture ed attrezzature a tal fine utilizzate
- Igiene urbana e veterinaria
- Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina
- Controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente

##### 4.2 Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

- Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario in coordinamento con il servizio farmaceutico e programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri
- Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi
- Controllo e vigilanza sulla riproduzione animale
- Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie
- Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione
- Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica
- Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione

##### 4.3 Tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale

- Ispezione negli impianti di macellazione
- Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale
- Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale
- Disposizioni di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti
- Valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati, degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare
- Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari
- Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale

Vedere le tabelle da pag. 22 a pag. 47 della Gazzetta Ufficiale

<a href="#">01</a>	<a href="#">02</a>	<a href="#">03</a>	<a href="#">04</a>	<a href="#">05</a>	<a href="#">06</a>	<a href="#">07</a>	<a href="#">08</a>	<a href="#">09</a>	<a href="#">10</a>	<a href="#">11</a>	<a href="#">12</a>	<a href="#">13</a>
<a href="#">14</a>	<a href="#">15</a>	<a href="#">16</a>	<a href="#">17</a>	<a href="#">18</a>	<a href="#">19</a>	<a href="#">20</a>	<a href="#">21</a>	<a href="#">22</a>	<a href="#">23</a>	<a href="#">24</a>	<a href="#">25</a>	<a href="#">26</a>

### 1.C AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV.

Vedere le tabelle da pag. 49 a pag. 60 della Gazzetta Ufficiale

<a href="#">01</a>	<a href="#">02</a>	<a href="#">03</a>	<a href="#">04</a>	<a href="#">05</a>	<a href="#">06</a>	<a href="#">07</a>	<a href="#">08</a>	<a href="#">09</a>	<a href="#">10</a>	<a href="#">11</a>
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

**Allegato 2A****Prestazioni totalmente escluse dai LEA:**

- a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) circoncisione rituale maschile;
- c) medicine non convenzionali (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesiolgiche - fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);
- d) vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- e) certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell'art. 31 del DPR 270/2000 e dell'art. 28 del DPR 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi, ecc.);
- f) le seguenti prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea. Su disposizione regionale la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia possono essere incluse nell'allegato 2B.

**Allegato 2B****Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche di seguito indicate:**

- a) assistenza odontoiatrica: limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al comma 5 art. 9 del D.lgs.30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni.
- b) densitometria ossea limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica.
- c) medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto all'allegato 2A, punto f).
- d) chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali,;

**Allegato 2C****Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione:**

Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

Si riporta di seguito un elenco di DRG "ad alto rischio di inappropriata" se erogate in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali.

## ELENCO DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

- 006 Decompressione tunnel carpale
- 019 Malattie dei nervi cranici e periferici
- 025 Convulsioni e cefalea
- 039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
- 040 Interventi extraoculari eccetto orbita età >17
- 041 Interventi extraoculari eccetto orbita età 0-17
- 042 Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
- 055 Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
- 065 Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)
- 119 Legatura e stripping di vene
- 131 Malattie vascolari periferiche no CC (eccetto urgenze)
- 133 Aterosclerosi no CC (eccetto urgenze)
- 134 Ipertensione (eccetto urgenze)
- 142 Sincope e collasso (eccetto urgenze)
- 158 Interventi su ano e stoma
- 160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 senza CC (eccetto ricoveri 0-1 g.)
- 162 Interventi per ernia, inguinale e femorale, età >17 no CC (eccetto ricoveri 0-1 g.)
- 163 Interventi per ernia età 0-17 (eccetto ricoveri 0-1 g.)
- 183 Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 no CC
- 184 Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 (eccetto urgenze)
- 187 Estrazione e riparazione dentaria
- 208 Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)
- 222 Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)
- 232 Artroscopia
- 243 Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
- 262 Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)
- 267 Interventi perianali e pilonidali
- 270 Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC
- 276 Patologie non maligne della mammella
- 281 Traumi pelle, sottocute e mammella età >17 no CC (eccetto urgenze)
- 282 Traumi pelle, sottocute e mammella età 0 -17 (eccetto urgenze)
- 283 Malattie minori della pelle con CC
- 284 Malattie minori della pelle no CC
- 294 Diabete età >35 (eccetto urgenze)
- 301 Malattie endocrine no CC
- 324 Calcolosi urinaria no CC (eccetto urgenze)
- 326 Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 no CC (eccetto urgenze)
- 364 Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno
- 395 Anomalie dei globuli rossi età >17 (eccetto urgenze)
- 426 Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)
- 427 Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)
- 429 Disturbi organici e ritardo mentale
- 467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)

**Indicazioni particolari per l'applicazione dei livelli in materia di assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica e integrazione socio sanitaria, nonché in materia di assistenza sanitaria alle popolazioni delle isole minori ed alle altre comunità isolate.**

**a) Prestazioni di ricovero e cura ospedaliera**

Nell'affrontare il tema della rimodulazione dell'area prestazionale garantita dall'assistenza ospedaliera, è necessario tenere conto che la fisionomia di ospedale nell'attuale scenario sta profondamente mutando. Da luogo di riferimento per qualsiasi problema di una certa rilevanza di natura sanitaria, e spesso socio-sanitaria, a organizzazione ad alto livello tecnologico deputata (e capace) di fornire risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico a problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità.

Tale specifica caratterizzazione del ruolo dell'ospedale nel complesso della rete assistenziale sanitaria tuttavia non è automaticamente associabile ad una lista negativa di prestazioni da non erogare nel suo ambito, bensì è sollecitativa di coerenti programmi di riassetto strutturale e qualificazione tecnologica, di concorrenti programmi di sviluppo della rete dei servizi territoriali, nonché di incisivi programmi per l'incremento del grado di appropriatezza rispetto al quale:

- va rilanciata la indicazione di percorsi diagnostico terapeutici che minimizzino la quota di accessi impropri;
- va sollecitata una dimensione di coerente collegamento in rete tra presidi ospedalieri e tra questi e le strutture territoriali;
- va sviluppata, anche attraverso adeguate politiche di aggiornamento e formazione, quello che è stato definito lo spazio del "governo clinico";
- va rimodulato il sistema di remunerazione per scoraggiare artificiose induzioni di domanda;
- va ulteriormente implementato il sistema informativo finalizzato all'incremento non solo dell'efficienza ma anche della qualità, in grado di generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza. Si allega a riguardo una proposta di "Indicatori di livello ospedaliero". (Allegato n. 3.1).

**b) prestazioni di assistenza specialistica**

La elencazione, nel nomenclatore tariffario, delle prestazioni erogabili, definite sulla base dei principi generali richiamati dal comma 2 dell'articolo 1 del D.lgs 502/2000, e la specificazione delle condizioni di erogabilità non risolve a priori tutte le problematiche di un utilizzo appropriato di tali prestazioni. Pertanto anche in questo settore vanno realizzati coerenti programmi per l'incremento del grado di appropriatezza, nonché di qualificazione tecnologica e di sviluppo della rete dei servizi territoriali. In particolare:

- va sviluppata la definizione di percorsi diagnostico terapeutici che minimizzino la quota di utilizzo improprio di questo livello assistenziale;
- vanno rilanciati i programmi di aggiornamento e formazione,
- va rimodulato il sistema di remunerazione per scoraggiare artificiose induzioni di domanda;
- va sviluppato il sistema informativo in grado di monitorare le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza

**c) l'assistenza farmaceutica,**

L'impianto delle decisioni, concordate in sede di accordo dell'8 agosto 2001 e successivamente recepite dall'articolo 6 commi 1 e 2 del decreto legge 18 settembre 2001, n.347, nel prevedere un maggiore potere di regolazione da parte delle regioni delle modalità con cui viene assicurata l'assistenza farmaceutica territoriale, ha affidato alle stesse anche una facoltà di modulazione della erogazione individuando una fascia di farmaci, preventivamente selezionati dalla CUF, rispetto ai quali le regioni stesse potranno decidere misure di co-payment in relazione all'andamento della spesa.

- L'insieme delle misure attivabili per il contenimento e la qualificazione dell'assistenza farmaceutica territoriale può comportare un quadro di rilevante difformità dei profili erogativi assicurati ai cittadini, rispetto al quale si ritiene necessario che le Regioni tra loro concordino modalità omogenee di applicazione della citata normativa di cui all'articolo 6 commi 1 e 2 del decreto legge 18 settembre 2001, n.347

**d) Integrazione socio-sanitaria, per la quale la precisazione delle linee prestazionali, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, dovrà tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza, anche in relazione all'ipotesi di utilizzo di Fondi Integrativi.**

Va ricordato che questa specifica area erogativa merita una trattazione specifica, ad integrazione di quanto in via generale già chiarito ai punti precedenti, per il rilievo che assume, all'interno delle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell'individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell'offerta di servizio, al fine di assicurare le prestazioni necessarie per la diagnosi, la cura (compresa l'assistenza farmacologica) e la riabilitazione delle persone in tutte le fasi della vita e in modo particolare nell'infanzia e nella vecchiaia.

Il riferimento fondamentale, sul piano normativo, è costituito dall'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria di cui al DPCM 14.2.2001.

L'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità'.

Risultano inoltre determinanti:

1. l'organizzazione della rete delle strutture di offerta;
2. le modalità di presa in carico del problema, anche attraverso una valutazione multidimensionale;
3. una omogenea modalità di rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza.

Sul primo punto va ricordato quanto già indicato dalle innovazioni introdotte dal D.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture socio-sanitarie e, per le strutture socio assistenziali, dalla legge 8 novembre 2000, n.328, nonché, per quanto attiene l'organizzazione dei servizi a rete, dai diversi progetti obiettivo.

**e) assistenza sanitaria alle popolazioni delle isole minori ed alle altre comunità isolate**

Per i livelli di assistenza di cui all'allegato 1, vanno garantite le specifiche esigenze di assistenza sanitaria delle popolazioni delle isole minori e delle altre comunità isolate.

**Allegato 3.1**
**- Indicatori livello ospedaliero**

Organizzativa

Indicatore	Sottolivello esaminato	Significato e utilità	Fattibilità
% di pazienti ospedalizzati dal Pronto soccorso rispetto al totale degli accessi in PS	Medicina primaria e pronto soccorso	Limitare il ricorso improprio alle cure di PS; aumentare le capacità di filtro del PS verso i ricoveri.	Informazioni disponibili; indicatore da sottoporre a verifica
Incidenza ricoveri medici da PS e dimessi con degenza di 0-3 gg	Ricovero ordinario e Pronto soccorso	Aumentare le capacità di filtro del PS verso i ricoveri; aumentare la quota di attività programmata	Dati non disponibili
Tassi di ospedalizzazione generali e standardizzati per età	Ricovero ordinario	Limitare l'eccessivo ricorso alle cure ospedaliere e favorire lo sviluppo di alternative	Immediata
% di giornate di degenza inappropriate	Ricovero ordinario e day hospital	Ridurre indipendentemente dalle diagnosi, il consumo di giornate inutili di ricovero	Dati non disponibili a livello nazionale – sperimentazione in corso in alcune regioni
% di "day surgery"+"one day surgery" per interventi di cataratta, stripping delle vene, tunnel carpale, ecc.	Day hospital	Limitare il ricorso improprio al ricovero ordinario (elenco estendibile in base alle proposte della Commissione per la Day Surgery)	Immediata
Giornate di DH rispetto a quelle di ricovero ordinario	DH	Favorire lo sviluppo del DH	Immediata
% di giornate di dh medico (escluse chemioterapie) rispetto a quelle di ricovero ordinario	Day hospital	Ridurre il ricorso a day hospital di tipo diagnostico (i dh terapeutici sono però appropriati)	Dati disponibili
% di ricoveri brevi *	Ricovero ordinario, DH, assistenza extraospedaliera	Ridurre l'occupazione impropria di reparti ordinari	Immediata
% di ricoveri di degenza prolungata per determinate diagnosi (es. fratture)	Ricovero ordinario assistenza residenziale	Limitare il protrarsi di cure acute e favorire lo sviluppo di alternative non ospedaliere	Dati disponibili
degenza media pre-operatoria	Ricovero ordinario - sale operatorie	Ridurre l'utilizzo improprio dei reparti in relazione alle capacità delle sale operatorie	Immediata
degenza media grezza e corretta per il case-mix	Ricovero ordinario	Ridurre l'utilizzo improprio dei reparti	Immediata
% di ricoveri di 0-1 giorno medici sul totale dei ricoveri medici	Ricovero ordinario	Ridurre l'occupazione impropria di reparti ordinari	
% di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici *	Sale operatorie e reparti chirurgici	Favorire il miglior uso dei reparti chirurgici	Immediata
% di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età > 65 anni rispetto al tot. casi medici per paz. > 65 anni	Ricovero ordinario	Ridurre il ricorso improprio al ricovero ordinario come alternativa a regimi a più bassa intensità assistenziale	Dati disponibili
Peso medio dei ricoveri di pazienti anziani *	Ricovero ordinario e assistenza extraospedaliera	Ridurre il ricorso al ricovero per condizioni semplici e trattabili in ambito extraospedaliero	Dati disponibili

## Clinica

Indicatore esaminato	Sottolivello	Significato e utilità	Fattibilità
% di parti cesarei *		Limitazione dell'inappropriata indicazione ad un intervento chirurgico	Immediata
Tassi di ospedalizzazione per interventi chirurgici ove esista o si possa stabilire uno standard di appropriatezza (es. tonsillectomie, colecistectomie, ernioplastica in et pediatrica ecc.)		Limitare il ricorso ad interventi chirurgici non necessari, rispetto ad altre modalità di cura	Immediata
% di prostatectomia TURP rispetto alla via laparotomia		Limitazione dell'inappropriata indicazione ad una tecnica superata (per via laparotomica)	Dati disponibili
% di orchidopessi in bambini di età inferiore ai 5 anni		Verificare il ricorso all'intervento nell'età considerata appropriata	Dati disponibili
Numero di rientri entro 30 gg dalla dimissione		Ridurre l'inappropriatezza delle dimissioni precoci	Dati disponibili a partire dal 2001

### Indicatori livello Ospedaliero - Possibile quadro organico

Ai fini della integrazione in un quadro organico del set iniziale degli indicatori e come semplice ipotesi di lavoro, può essere ragionevole adottare una duplice prospettiva:

- La prospettiva "per territorio", che partendo dal macro indicatore del tasso di ospedalizzazione, procede per scomposizioni successive ad identificare nelle diverse tipologie di ricovero le componenti più a rischio di inappropriata (indicatori rapportati alla popolazione).
- La prospettiva "per struttura", che analizza invece il fenomeno dal punto di vista delle strutture erogatrici (indicatori rapportati al totale dei ricoveri).

### Prospettiva "per territorio"

Lo schema sotto riportato consente di scomporre il tasso di ospedalizzazione per zoom successivi ai fini di identificare le singole componenti a maggior rischio di inappropriata (evidenziate con sottolineatura). Tale elaborazione può essere effettuata ad esempio a livello aggregato regionale.

Il vantaggio di tale schema è che, una volta identificate la distribuzione sul territorio nazionale ed i valori obiettivo di ogni indicatore "foglia", è possibile "sommare" gli scostamenti per ogni regione, al fine di ottenere anche una misura macro di inappropriata complessiva.

Lo schema può ovviamente essere adottato dapprima a livello sperimentale e poi perfezionato nel tempo.

- Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti)
  - Acuti
    - Degenza ordinaria
      - Ricoveri medici
        - Ricoveri "brevi" medici
          - Ricoveri di 1 giorno medici
          - Ricoveri di 2-3 giorni medici
        - Ricoveri oltre soglia medici
        - Altri ricoveri medici
      - Ricoveri chirurgici
        - Ricoveri chirurgici per interventi ove si possa definire uno standard di appropriatezza
          - Tonsillectomia
          - Isterectomia (tasso per 100.000 donne; tasso per donne oltre 49 anni)



- Appendicectomia
- Ernioplastica pediatrica (tasso per 100.000 bambini < 14 anni)
- Prostatectomia (tasso per 100.000 uomini; tasso per uomini oltre 49 anni)
- Parti cesarei (tasso per 100 parti)
- Altri ricoveri chirurgici
- Day hospital
  - Dh medico escluso chemioterapie
  - Dh chemioterapie
  - Dh chirurgico
- Riabilitazione
  - Degenza ordinaria
  - Day hospital
- Lungodegenza

### Prospettiva "per struttura"

- RICOVERI
  - Ordinari
    - In reparti medici
      - Medici
        - Brevi (0-3 gg)
          - 0-1 Giorno
          - 2-3 giorni
        - Oltre soglia
        - Altri
      - Chirurgici
    - In reparti chirurgici
      - Medici
        - Brevi (0-3 gg)
          - 0-1 giorno
          - 2-3 giorni
        - Oltre soglia
        - Altri
      - Chirurgici
        - 0-1 giorno
        - $\geq 2$  giorni
          - Per interventi trattabili in day surgery
          - Per altri interventi
    - Day hospital
      - Medici
        - Non chemioterapie
        - Chemioterapie
      - Chirurgici

### Linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia di LEA

Con l' accordo dell' 8 agosto 2001 le Regioni si sono impegnate a far fronte alle eventuali ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri, ai sensi del successivo punto 2 dello stesso accordo. In ogni caso, si sono impegnate ad adottare tutte le iniziative possibili per la corretta ed efficiente gestione del servizio, al fine di contenere le spese nell'ambito delle risorse disponibili e per mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.

L'erogazione e il mantenimento dei Lea in tutto il territorio nazionale richiede, accanto alla esplicita definizione degli stessi ed alla attivazione del sistema di monitoraggio e garanzia previsto dalla normativa vigente, la precisazione del ruolo della programmazione regionale, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie previste.

Sul piano normativo, al riguardo, occorre ricordare in particolare:

- l'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni richiama l'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n.41.
- art 85 comma 9 della legge 388/2000.
- gli articoli 4 (comma 3) e 6 (comm1 e 2) del decreto legge 347/2001

Tali norme definiscono gli ambiti di azione regionale in questa materia.

In questa direzione si rileva la necessità di disporre di una metodologia omogenea nell'applicazione della normativa che, secondo quanto sopra richiamato, sollecita le Regioni a realizzare l'equilibrio tra le risorse disponibili e l'articolazione delle prestazioni e servizi socio-sanitari da garantire attraverso i LEA.

In particolare appare indispensabile garantire che adeguati interventi sul tema dell'appropriatezza da parte delle Regioni siano in grado di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale con conseguente scopertura di altri livelli assistenziali, disattendendo in tal modo ai diritti da garantire a tutti i cittadini.

A tal riguardo, è agevole ricorrere all'esempio dell'assistenza farmaceutica che, in effetti, in alcune realtà regionali ha fatto registrare incrementi impropri della domanda e dei consumi, sottraendo risorse in particolare all'area delle prevenzione e dell'integrazione socio sanitaria oppure all'esempio dell'assistenza ospedaliera che ancora, in molte regioni, continua ad assorbire risorse, per fenomeni di inefficienza ma anche di inappropriata, a scapito di altre tipologie assistenziali.

In realtà, la considerazione da cui partire e' che la definizione del LEA può solo in parte, attraverso la selezione delle prestazioni erogabili o la precisazione delle condizioni della loro erogabilità, risolvere le problematiche dell'appropriatezza, che si presenta come una delle variabili fondamentali anche per l'allocazione delle risorse.

Può infatti sostenersi che, nella lista delle prestazioni essenziali erogabili o delle tipologia assistenziali essenziali da garantire, sono presenti aree in cui l'elemento dell'essenzialità si riferisce a segmenti molto specifici di bisogno sanitario e socio sanitario da coprire, che richiedono precisazioni a livello di programmazione regionale e omogeneità sul territorio nazionale.

Ciò comporta, fermo restando gli spazi di azione oggi presenti a livello normativo concernenti i sistemi di reperimento delle risorse (leva fiscale), prevedere la necessità che la programmazione regionale proceda, nell'applicazione dei criteri per l'erogazione dei LEA, alle opportune specificazioni delle condizioni di erogabilità, per assicurare un più pieno rispetto del principio dell'appropriatezza, considerando i criteri più volte ricordati nel presente documento di particolare tutela della urgenza/complessità, della fragilità sociale e della accessibilità territoriale. Complementare all'azione sopra indicata è l'attività di promozione delle forme di assistenza integrativa, previste dalla normativa vigente, al fine di garantire o agevolare livelli di servizi e prestazioni ulteriori, rispetto a quelli garantiti dai LEA.