



***Il Patto per la Salute tra Costi Standard, LEA e Qualità Percepita:
VIAGGIO TRA PROPOSTE ED ESPERIENZE INNOVATIVE
Polignano a Mare, 16-17 aprile 2015***

I LEA: stato dell'arte in Puglia e prospettive di recupero per l'anno 2015

Dr. Ettore Attolini

Cosa sono i LEA

*I livelli essenziali di assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, sono stati definiti con il **Decreto del Presidente del consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002.***

Fonti Normative

Le principali fonti normative sui LEA sono rappresentate dal Decreto Legislativo n. 502 del 1992, aggiornato dal Decreto Legislativo n. 229 del 1999, e dalla Legge n. 405 del 2001:

Il **D.Lgs. N. 502/1992** definisce i LEA, all'art. 1, 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 scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate.

Le Regioni possono decidere di includere nei LEA ulteriori prestazioni, che costituiscono il livello di assistenza regionale.

In attuazione della legge n. 405 è stato emanato il **DPCM 29 novembre 2001** di “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza “ che elenca le attività e le prestazioni incluse nei livelli, le prestazioni escluse, le prestazioni che possono essere fornite dal SSN solo a particolari condizioni.

Per le prestazioni di **assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza protesica**, il DPCM 29 novembre 2001 fa riferimento agli allegati del DM 26 luglio 1996 e al DM n. 332/1999

Il Decreto Ministeriale 12 dicembre 2001 *“Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”* rappresenta uno strumento indispensabile per verificare l’effettiva applicazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il Decreto definisce un insieme di indicatori, riferiti ai diversi livelli di assistenza, attraverso i quali, partendo dai dati di base è possibile ottenere informazioni sintetiche sull’attività svolta dalle aziende sanitarie locali, la diffusione dei servizi, le risorse impiegate, i costi, i risultati ottenuti .

Il DPCM 16 aprile 2002 è il provvedimento che ha inserito nel DPCM 29 novembre 2001 di “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” , l’allegato sulle liste di attesa (All. 5)

Il DPCM 28 novembre 2003 ha modificato il decreto sui LEA, inserendo nei livelli alcune certificazioni mediche precedentemente escluse.

L’art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (legge finanziaria 2003) che specifica la procedura per modificare i LEA.

Il comma 169 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Legge finanziaria 2005) che affida al Ministro della Salute il compito di fissare “gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza” anche al fine di garantire le modalità di erogazione delle prestazioni incluse nei LEA siano uniformi a livello nazionale.

L'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 prevede l'istituzione del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal SSN.

Il **Decreto Ministeriale 21 novembre 2005** che istituisce il comitato permanente di verifica dei LEA.

Il **DPCM del 5 marzo 2007** che modifica alcune parti del DPCM 29 novembre 2001, con particolare riferimento alla non autosufficienza.

Come leggere i LEA

L'elenco delle prestazioni è diviso per i livelli:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

Tale elenco indica non solo le prestazioni, ma anche la fonte normativa che regola e definisce il livello di assistenza.

L'elenco è disponibile sul sito del Ministero della salute

Link <http://www.salute.gov.it/essenziTicket/paginaFAQEssenziTicket.jsp?id=120&menu=strumentieservizi&numeroFaq=7>

Come sono classificati

I livelli essenziali di assistenza sono stati codificati in macro-categorie, che sono di seguito descritte:

- *Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro* (es. sanità pubblica veterinaria, vaccinazioni, servizi medico-legali)
- *Assistenza distrettuale*
 - assistenza sanitaria di base (MMG, guardia medica)
 - attività emergenza sanitaria territoriale
 - assistenza farmaceutica erogata attraverso farmacie territoriali (farmaci classe A)
 - assistenza integrativa (prodotti dietetici per categorie particolari, presidi per diabetici)
 - assistenza specialistica ambulatoriale (prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative)
 - assistenza protesica
 - assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- *Assistenza sanitaria ospedaliera*, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione.

E' molto importante ricordare che le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini ma le Regioni, come hanno fatto fino ad oggi, possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

Prestazioni totalmente escluse dai LEA

Le prestazioni totalmente escluse dai LEA sono elencate nell'allegato 2A al DPCM, sono le seguenti:

- a. chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b. medicine non convenzionali (agopuntura, fitoterapia, omeopatia, chiropratica, osteopatia, ecc.);
- c. vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- d. certificazioni idoneità al servizio civile, alla guida, al porto d'armi, all'impiego, etc.;
- e. prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, diatermia a onde corte e microonde, ipertemia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, trazione scheletrica, ionoforesi.

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA

- **assistenza odontoiatrica.** Sono a carico del Servizio sanitario nazionale: i programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva; l'assistenza odontoiatrica e protesica (materiali inclusi) a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità (le categorie sono determinate dalle Regioni).
- **Densitometria ossea,** ad intervalli di tempo non inferiori ai 18 mesi, limitatamente ai soggetti che presentano fattori di rischio.
- **Chirurgia refrattiva laser ad eccimeri,** in regime ambulatoriale, limitatamente ai soggetti che presentino alcune condizioni.
- **Medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale** (alcune prestazioni).

Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLAPROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SSN**

**DIREZIONE GENERALE DELLA
PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

**COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA DELL'EROGAZIONE DEI
LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA IN CONDIZIONI DI APPROPRIATEZZA
ED EFFICACIA NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE, DI CUI ALL'INTESA STATO-
REGIONI DEL 23 MARZO 2005**

**RACCOLTA DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA
VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALL'ANNO 2013**

Premessa

Il Questionario contiene le informazioni necessarie per la verifica degli adempimenti ai quali sono tenute le Regioni secondo la normativa vigente; gli adempimenti vengono contraddistinti da lettere dell'alfabeto.

Le Regioni sono tenute a trasmettere il Questionario debitamente compilato e la documentazione allegata entro il 30 maggio 2014.

Adempimenti oggetto di verifica

Per ogni adempimento si riportano:

- la relativa fonte di riferimento
- le informazioni che sono richieste alle Regioni, sotto forma di quesiti, al fine di contribuire a chiarire gli elementi che concorrono alla formazione degli adempimenti oggetto specifico della verifica
- eventuali informazioni necessarie per la certificazione oggetto dei compilazione del Ministero della salute
- l'indicazione della documentazione probante da inviare al Comitato
- istruzioni specifiche

Note per la compilazione

Le note per la compilazione, allegate al Questionario, contengono le modalità con le quali le singole Regioni dovranno provvedere a fornire le informazioni richieste.

INDICE

C) OBBLIGHI INFORMATIVI.....	1
E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA.....	6
F) ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	9
G) APPROPRIATEZZA.....	13
H) LISTE D'ATTESA.....	14
L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA.....	17
N) CONTABILITA' ANALITICA.....	19
O) CONFERMABILITA' DIRETTORI GENERALI.....	20
P) DISPOSITIVI MEDICI.....	21
S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE.....	22
T) TARIFFE OSPEDALIERE.....	26
U) PREVENZIONE.....	27
V) PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO.....	28
X) IMPLEMENTAZIONE PERCORSI DIAGNOSTICO - TERAPEUTICI.....	30
Y) LEA AGGIUNTIVI.....	32
AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE.....	33
AJ) SPERIMENTAZIONI ED INNOVAZIONI GESTIONALI.....	35
AK) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO.....	37
AM) CONTROLLO CARTELLE CLINICHE.....	40
AN) ASSISTENZA PROTESICA.....	42
AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE.....	43
AP) SANITA' PENITENZIARIA.....	46
AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI.....	48
AT) PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN.....	51
AU) SISTEMA CUP.....	52
AAB) SISTEMA INFORMATIVO PER SALUTE MENTALE NSIS-SISM.....	53
AAC) SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI NSIS-SIND.....	54
AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE).....	55
AAE) ATTIVITA' TRASFUSIONALI.....	56
AAF) PERCORSO NASCITA.....	59
AAG) EMERGENZA-URGENZA.....	61
AAH) CURE PRIMARIE.....	63
AAI) RIABILITAZIONE.....	64
AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA.....	66
AAK) LINEE GUIDA PER LA DEMATERIALIZZAZIONE.....	70
AAL) ALTRI ASPETTI DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	71
AAM) STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX ART. 12, COMMA 1, LETT. B), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012.....	74
AAN) PIANO PER LA MALATTIA DIABETICA.....	76

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione		
				Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1	tutte >= 95%	tutte >= 93%	una < 93%
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,2	>= 95%	92% - 95%	< 92% e in aumento
		1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	0,2	>= 75%	64% - 75%	< 64% e in aumento
2	Prevenzione	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	0,6	score >= 9	score 7 - 8	score 5 - 6
3	Prevenzione	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	1	>= 85	80 - 85	< 80 e in aumento
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	0,5	>= 5,0%	2,5% - 5,0%	< 2,5% e in aumento
5	Prevenzione	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	0,4	Controlli effettuati >= 99,9% e conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,1%	Controlli effettuati <= 99,9% e >= 98% e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende < 0,1% - prevalenza compresa tra 0,1% e 0,3% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli > 99,1% ma prevalenza > 0,1% o in aumento.	Controlli effettuati < 98% e >= 96% (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli >= 98% e < 99,9% dei controllati e prevalenza in aumento.
		5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonchè riduzione della prevalenza in tutte le specie	0,4	Controlli effettuati >= 99,8% per ciascuna delle 3 specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o, per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,2% con trend in diminuzione	Controlli effettuati < 99,8% e >= 98% per ciascuna delle 3 specie e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende < 0,2% per ciascuna delle 3 specie - prevalenza compresa tra 0,2% e 0,4% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli >= 99,8% ma prevalenza > di 0,2% o in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> >= 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0	Controlli effettuati < 98% e >= 96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure >= 98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. <u>Regioni dell'OM</u> Controlli effettuati >= 98% e < 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0
		5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana; percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	0,1	>= 99,7%	98% - 99,6%	95% - 97,9%
6	Prevenzione	6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	0,3	>= 98%	90% - 97,9%	80% - 89,9%
		6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	0,1	>= 90%	70% - 89,9%	50% - 69,9%

6	Prevenzione	6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	0,3	>= 98%	90% - 97,9%	80% - 89,9%
		6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	0,1	>= 90%	70% - 89,9%	50% - 69,9%
		6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992): percentuale dei campioni previsti	0,2	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra	≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre
7	Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età)	1,11	<= 530	530 - 560	> 560 e in diminuzione
8	Distrettuale domiciliare anziani	Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	2,22	> =2,4	> =2,1 e < 2,4	< 2,1 e in aumento
9	Distrettuale residenziale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	1,11	> =6,6	> =4,4 e <6,6	< 4,4 e in aumento
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	0,28	>= 10	6 - 9,9	< 6 e in aumento
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,56	>= 0,43	0,34 - 0,42	< 0,34 e in aumento
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,33	>= 0,18	0,14 - 0,17	< 0,14 e in aumento
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,11	>= 0,55	0,44 - 0,54	< 0,44 e in aumento
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,11	>= 0,39	0,31 - 0,38	< 0,31 e in aumento
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1,39	> 1	>= 0,5 e in aumento	>= 0,5 e non in aumento
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	1	Indicatore superiore, rispetto alla media nazionale, del +20%	Indicatore compreso tra la media nazionale e la media nazionale incrementata del +20%	Indicatore inferiore, rispetto alla media nazionale, fino a un massimo del - 30%
13	Distrettuale specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	0,56	5,1 - 7,5 estremi inclusi	3 - 5,1 o 7,5 - 9	< 3 e in aumento o > 9 e non in aumento
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	1,11	>= 10,2	> =6,3 e < 10,2	< 6,3 e in aumento
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	1,5	<= 160	160 - 170	> 170 e non in aumento
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	1	<= 7	7 - 13	> 13 e in diminuzione
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0,5	<= 90	90 - 117	> 117 e in diminuzione
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	1,5	>= 42%	35% - 42%	< 35% e in aumento
17	Ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	2,5	<= 0,29	0,29 - 0,39	> 0,39 e in diminuzione
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari	1	<= 18%	18% - 23%	> 23% e in diminuzione
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1	>= 55%	30% - 55%	< 30% e in aumento

19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1	$\geq 55\%$	30% - 55%	$< 30\%$ e in aumento	$< 30\%$ e non in aumento	vedi note per l'elaborazione
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	1,11	≤ 18	19 - 21	22 - 25	≥ 26	copertura totale centrali 118
		Valutazione	Intervallo					
		Adempiente		> 160				
		Adempiente con impegno su alcuni indicatori		$>130 - 160$				
		Critica		< 130				

PUGLIA

CRITICITA' sui punti:

e) erogazione Lea

“adempiente con impegno”. Si segnalano delle criticità per gli indicatori: 1.2) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR); 2) Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (già rilevata nel 2012); 5.2) Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina (già rilevata nel 2012); 6.3) Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992) percentuale dei campioni previsti; 14) Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti.

g) appropriatezza

u) prevenzione

y) lea aggiuntivi

ak) riorganizzazione rete laboratori

am) controllo cartelle cliniche

ao) cure palliative

ao.1) Rete della terapia del dolore

as) rischio clinico

aaf) percorso nascita

aa) prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

aal) altri aspetti dell'assistenza farmaceutica

ADEMPIENZA CON IMPEGNO relativa ai punti:

c.2-c.3) obblighi informativi statistici

f.2) assistenza ospedaliera

s.1-s.2) assistenza domiciliare e residenziale

s.3) flusso informativo SIAD

ap) sanità penitenziaria

aam) standard art. 12 Patto per la salute 2010-2012

Importanza strategica dei LEA nelle politiche sanitarie:

- Assetto federalistico (o pseudo-federalistico) del sistema sanitario
- Crisi economica e Spending Review

Assetto federalistico :

- Bilancio non omogeneo tra risorse versate e risorse consumate dalle Regioni
- Interesse che si consumi solo ciò che è “essenziale” (più essenziale degli altri consumi anche non sanitari cui si è costretti a rinunciare) e non anche ciò che è superfluo
- Definizione di “essenziale” non indipendente da disponibilità economiche

Motivazioni alla base della richiesta di revisione dei LEA:

- Riduzione Diritti
- Allargamento Assistenza
- Sviluppo di nuove tecnologie
- Revisione modalità di prescrizione - criteri di appropriatezza

Riforma Titolo V Costituzione art. 117

“... Determinazione livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale...”

Prestazioni concernenti i diritti e non “soddisfazione dei diritti”

Livelli di Assistenza definiti nel rispetto di:

- Dignità della persona
- Bisogno di salute
- Equità nell'accesso
- Qualità e appropriatezza delle cure
- Economicità nell'impiego delle risorse

Nella determinazione dei LEA ci si è preoccupati solo di individuare le prestazioni ammissibili o no a prescindere dalle condizioni specifiche delle prescrizioni:

Esempio “TAC” è un LEA

Distinguere i DIRITTI dalle PRESTAZIONI utilizzabili *per* soddisfarli

Nella interpretazione dei LEA c'è un **EQUIVOCO** tra diritto alla salute e diritto al consumo sanitario



Origini dell'equivoco:

- Approccio culturale;
- Consumi incontenibili (ansia, incapacità di sopportare qualsiasi disturbo fisico, illusione dell'onnipotenza della medicina...);
- Pressione al consumo;
- Massimizzazione della produzione;
- Medicina difensiva.

Prospettive:

- O meno diritti
- O meno consumi



NO

SI

limitare libertà di cura

negare libertà di consumo

DOVE INTERVENIRE

- **Definizione delle prestazioni utilizzabili nei processi di assistenza**
- **Definizione delle modalità di prescrizione ed utilizzo**
- **Processo prescrittivo**
- **Processo erogativo**
- **Comunicazione all'utente**

Revisione dei livelli essenziali di assistenza 2015

[\(clic qui\)](#)

ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

NUOVA ROTTA PER SSN NEL SEGNO DELLA QUALITA'

Dopo sei anni firmato l'accordo tra lo Stato e le Regioni, che **cambia il sistema sanitario** italiano e riguarda 60 milioni di cittadini.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

BUDGET CERTO E PROGRAMMAZIONE

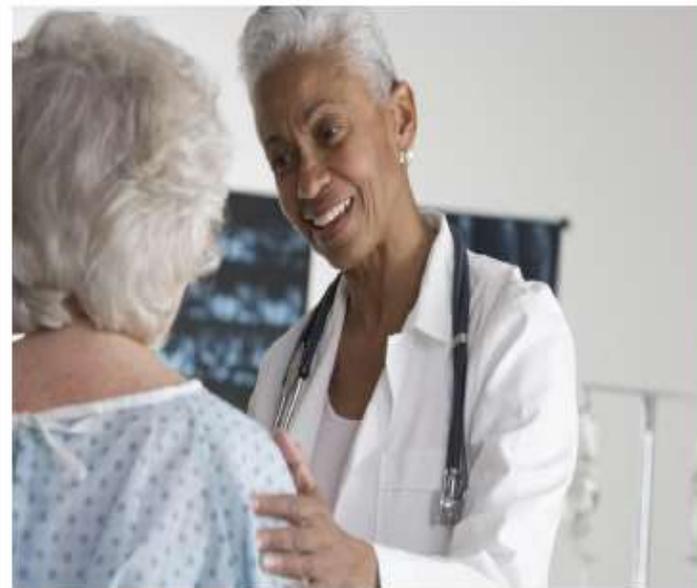
La novità: dopo anni di tagli lineari le Regioni avranno **certezza di budget**, sarà possibile avviare una programmazione triennale.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

GARANTITA LA SOSTENIBILITA' SSN

L'obiettivo è rendere il sistema sanitario **sostenibile** di fronte alle nuove sfide: l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

NO AGLI SPRECHI

Lotta agli **sprechi** e alle inefficienze,
risparmi da reinvestire in salute.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

PIU' GARANZIE PER TUTTI

Garantire a tutti l'accesso alle cure, ai farmaci e uno standard qualitativo di assistenza.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

NUOVI LEA

Aggiornare i Lea significa togliere prestazioni e cure ormai obsolete, che comunque costano, e sostituirle con nuove e moderne cure più efficaci per la cura delle malattie.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

AL VIA NUOVO NOMENCLATORE

Viene aggiornato anche il nomenclatore per garantire ai cittadini **protesi** moderne. Era fermo da quindici anni.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

IL MALATO AL CENTRO

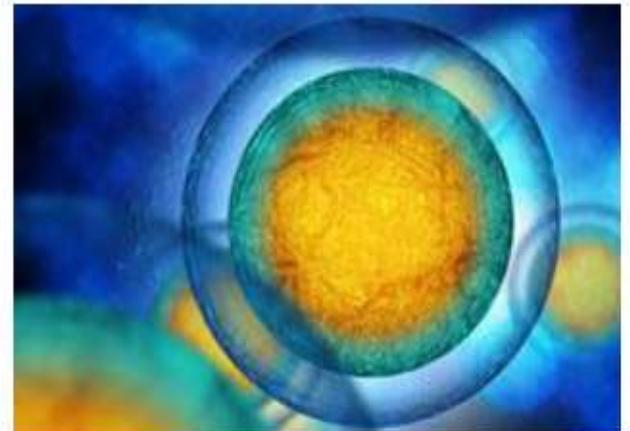
L'umanizzazione delle cure è il fulcro del nuovo Patto.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

MALATTIE RARE NEI LEA

Si adeguano i Lea inserendovi tutte le **malattie rare**.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

Riorganizzare gli **ospedali**, potenziare la medicina dei territorio significa creare una rete d'assistenza molto più efficiente e capillare ed evitare l'ingolfamento dei grandi ospedali.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

MEDICI PROTAGONISTI IN MEDICINA DEL TERRITORIO

Riorganizzare la **medicina del territorio** con ruoli da protagonisti per i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e farmacie di servizio.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

SBLOCCO DEL TURN OVER

Il Patto prevede la riorganizzazione del personale e lo **sblocco del turn over**: il che significa assunzioni, riduzione del precariato e miglioramento nell'assistenza e nelle cure.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

LA SANITA' DIGITALE FONTE DI RISPARMI

Mettere in rete farmacie dei servizi, medici di base, le strutture ospedaliere per monitorare tutto il sistema, con la massima trasparenza e la possibilità di intervenire quando le cose non funzionano.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

SOS AZIENDE

Con il nuovo sistema di tracciabilità e trasparenza degli atti amministrativi si potrà quantificare la spesa, misurare i livelli di assistenza e affrontare tempestivamente crisi e bilanci in rosso.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

NUOVA POLITICA NAZIONALE DEL FARMACO

Con il Patto arriva **l'aggiornamento del prontuario dei farmaci** ma anche la possibilità di una politica nazionale del farmaco che eviti la frammentazione regionale che danneggia gli investimenti.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

OSPEDALI PIU' MODERNI

Si liberano risorse per **ammodernare gli ospedali** e per tutti gli interventi strutturali necessari.



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

EQUITA' NEI TICKET

Revisione dei **ticket** per un sistema più equo ed efficiente



ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

CURE A DOMICILIO

Curare i pazienti a casa:

l'assistenza territoriale cambia volto,
riduce i costi e migliora la qualità del
servizio



I prossimi impegni:

Stato Regioni per...

- Adottare strumenti e procedure per la valutazione di efficacia delle prestazioni incluse nei LEA
- Individuare ulteriori indicazioni di appropriatezza/condizioni di erogabilità delle prestazioni alla luce di Linee Guida e PDTA uniformi a livello nazionale
- Adottare strumenti e procedure per la valutazione di efficacia delle innovazioni tecnologiche (HTA) e la loro introduzione nei LEA
- Promuovere la presa in carico del paziente cronico attraverso l'individuazione di PDTA e la gestione domiciliare con la telemedicina.

Stato Regioni ad attivare...

Un programma nazionale di valutazione comparativa di efficacia, a valere sui canali di finanziamento della ricerca sanitaria, al fine di:

- escludere dai LEA le prestazioni di provata inefficacia
- avviare studi comparativi costi/benefici/rischi per le prestazioni di efficacia dubbia con l'inserimento in programmi di sperimentazione osservazionale
- definire protocolli per l'introduzione di nuove prestazioni nei LEA basati su valutazioni costi/benefici/rischi.

Impegno ad adottare modifiche normative al fine di:

- Aggiornare e mantenere livelli essenziali di assistenza in modo continuo, sistematico, basato su regole chiare e criteri scientificamente validi
- Aprire spazi per la mutualità integrativa e i programmi assicurativi per servizi e prestazioni richiesti dai cittadini ma privi di sufficienti prove di efficacia
- Istituire un organismo istituzionale nazionale per l'aggiornamento continuo dei LEA, coordinato dal Ministero della Salute, con la partecipazione delle Regioni e il coinvolgimento delle risorse tecnico-scientifiche disponibili a livello centrale e regionale (ISS, Agenas, AIFA, CSS, Società Scientifiche, FNOMeCO, SIMMG, ecc...)



Grazie per l'attenzione!

e.attolini@arespuglia.it