

Nuovi LEA sociosanitari: "cambiare tutto per non cambiare niente" (o quasi)

La bozza di Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) aggiorna quanto definito nel DPCM del 29/11/2001, così come previsto dal Pato per la Salute 2014-2016. L'articolo illustra le principali modifiche apportate ai LEA in ambito socio-sanitario, evidenziando i ridotti cambiamenti apportati, ed evidenzia in particolare i limiti persistenti nel sistema lombardo nell'acquisire e rispettare sia i vecchi che i nuovi livelli.

a cura di Cecilia Guidetti - mercoledì, novembre 02, 2016

<http://www.lombardiasociale.it/2016/11/02/nuovi-lea-sociosanitari-cambiare-tutto-per-non-cambiare-niente-o-quasi/>



Sembra essere vicino il momento del varo dei nuovi Lea. Un passaggio epocale, perché si ritocca il documento che definisce il perimetro dell'intervento pubblico in sanità e il pacchetto comune di servizi che i servizi sanitari regionali si impegnano a garantire. L'evoluzione dei bisogni e delle possibili risposte emerse dal progresso tecnico-scientifico ha, infatti, indotto a ripensare alcune delle soluzioni individuate all'inizio del nuovo secolo con il Dpcm 29/11/2001. Si tratta di un cantiere avviato con il nuovo Patto della salute 2014-2016, che oggi sta percorrendo i vari passaggi istituzionali di approvazione. Già ad inizio 2015 erano circolate alcune prime ipotesi sul testo riformato e negli ultimi mesi si sono avvicinate ulteriori stesure con ritocchi anche significativi. **Le operazioni hanno richiesto più tempo del previsto, soprattutto per incertezze sulla compatibilità economica dei nuovi Lea con le risorse stanziare.** Un grosso passo in avanti in questo percorso è stato compiuto ai primi di settembre, quando le Regioni hanno espresso – non senza riserve – il proprio assenso ad una versione del testo che si candida ad essere definitiva; i [prossimi passi](#) saranno quelli della discussione nelle competenti commissioni parlamentari.

La revisione interessa tutte le aree in cui si articola il SSR, ma questo articolo focalizza in particolare l'attenzione sull'"assistenza sociosanitaria" (capo IV), per capire cosa potrebbe cambiare nel nostro ambito di interesse una volta che il nuovo decreto entrerà in vigore.

Una premessa è d'obbligo: sebbene per la revisione dei Lea siano state stanziare risorse incrementalmente di FSN (circa 800 milioni), dalle varie relazioni tecniche ministeriali si legge che **per la revisione dei Lea**

sociosanitari non è previsto alcun fabbisogno finanziario aggiuntivo^[1]. Per un'area, quella dell'assistenza continuativa (Long Term Care), che oggi a livello nazionale assorbe il 12,3% della spesa sanitaria^[2], con bisogni in crescita (si pensi alle dinamiche demografiche dell'invecchiamento), **la riforma dei Lea è da fare, dunque, ma a "a costo zero"**. Si è trattato di un vincolo decisamente influente che, come vedremo, ha limitato di molto la portata innovativa del provvedimento.

Alcune novità e molte conferme

Cosa cambia nell'organizzazione dei servizi

Valutazione multidimensionale – percorsi assistenziali integrazione con il sociale – progetto di assistenza individuale – modulazione delle risposte per livelli di intensità. Sono queste alcune “parole chiave” con cui vengono sancite, a livello normativo, quelle che da tempo erano riconosciute tra gli esperti come buone pratiche nel sociosanitario. In ogni caso, l'organizzazione di tali attività è affidata alle Regioni e, al massimo, viene richiesta l'uniformità organizzativa nell'ambito della medesima regione. **Nel caso della valutazione, ad esempio, l'unico comune denominatore tra le regioni sarà l'individuazione dell'elenco dei servizi a cui si accede tramite VMD (di fatto tutti i servizi semiresidenziali e residenziali), ma permarrà in ogni caso la disomogeneità nelle scale di valutazione adottate.**

Come noto il settore sociosanitario si caratterizza, rispetto al resto del SSN, per assenza di standard nazionali in relazione ai livelli di copertura da assicurare, alle dotazioni di figure professionali da garantire, per l'intensità assistenziale e per assenza di tariffari comuni di riferimento. I nuovi Lea non modificano questa situazione e dunque comportano scarsi cambiamenti in termini di esigibilità dei diritti.

Cosa cambia per l'ADI

Con i nuovi Lea si introduce il concetto di “cure domiciliari” in sostituzione della precedente dicitura “ADI” e queste vengono considerate come setting assistenziale da privilegiare, pur senza investimenti di risorse specifiche. Le principali novità introdotte riguardano:

- L'articolazione delle garanzie da assicurare su diversi livelli di intensità, secondo il sistema di classificazione definito dal decreto Flussi del 2007 (che si basa sulla frequenza degli accessi) e la definizione del bisogno degli assistiti tramite VMD (fatta eccezione per le cure prestazionali/livello base, dove la VMD è opzionale).
- La previsione di un'assistenza almeno una volta ogni due giorni per il livello più alto di assistenza – il terzo. **Viene quindi lasciata alle regioni la facoltà – ma non l'obbligo – di prevedere interventi più intensivi**^[3].
- L'individuazione di una casistica, quella delle **cure domiciliari a seguito delle dimissioni**

protette, per la quale il SSN si farà carico, per i primi 30 giorni, dell'intero costo del servizio. Evidentemente si è inteso così rafforzare l'assistenza in alcune fasi, come quella delle post-acuzie e incoraggiare le dimissioni protette che fino ad oggi erano in molte realtà un "fenomeno di nicchia".

- La distinzione delle **cure palliative domiciliari che assumono un'identità propria** rispetto al resto dell'Adi: tutta l'assistenza alle persone terminali trova, infatti, una maggiore definizione rispetto alla precedente normativa (si veda art.31).

Restano invece indefinite altre caratteristiche dell'assistenza, ad esempio la percentuale di popolazione da raggiungere, e, al di là della casistica relativa alle dimissioni protette, **sono confermate rispetto ai LEA del 2001 le percentuali di riparto degli oneri tra sociale e sanità** (il sociale compartecipa al 50% per le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale).

Cosa cambia per le persone non autosufficienti

Per le persone non autosufficienti i nuovi Lea prevedono, oltre ai trattamenti estensivi (di norma non superiori a 60 giorni), **un'unica tipologia di lungo assistenza residenziale e semiresidenziale per le persone non autosufficienti** (art. 30.1.b), **senza sostanziali modifiche rispetto alla normativa precedente** (con un concorso della sanità al 50%). Questo **nonostante i molteplici suggerimenti**[\[4\]](#), e anche l'inserimento nelle prime bozze dei nuovi Lea, di una maggiore differenziazione di impegno assistenziale in relazione in particolare alle demenze. Anche per i servizi destinati a persone non autosufficienti, nonostante i nuovi LEA, **continueranno a mancare standard normativi circa la copertura dei servizi, gli standard qualitativi da assicurare** e, più in generale, il rischio è che – a parità di risorse o con risorse aggiuntive dirottate su altri bisogni emergenti – le Regioni non riescano a mantenere il livello quali-quantitativo dei servizi e si inaspriscano le differenze tra le aree territoriali.

Cosa cambia per le persone disabili

Anche per le persone disabili, **le novità in fase di emanazione non comportano cambiamenti sostanziali**. Si è tentato di fare un po' di ordine, nella giungla delle interpretazioni locali sul ruolo delle strutture ex. Art. 26 L. 833/78[\[5\]](#), definendo alcune caratteristiche dell' "assistenza residenziale riabilitativa": viene data una definizione di massima dell'assistenza "estensiva" e "intensiva" in termini di obiettivi terapeutici, tipologie di personale da garantire e durata indicativa delle degenze (art. 34.1.b e c).

Per quel che riguarda la lungo assistenza residenziale per le persone disabili (art. 34.1.c) si conserva una distinzione su due sottolivelli: i disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare e i "disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare" (superando così il precedente concetto di "disabili privi del sostegno familiare"). **Per entrambi questi livelli, al di là delle novità lessicali restano comunque confermate le percentuali di compartecipazione del SSN** (rispettivamente 70% e 40%).

Un trattamento a sé viene, inoltre, riservato alle persone con gravissima disabilità e/o necessità di supporto alle funzioni vitali (evoluzione del precedente concetto di “responsività minimale), per le quali l’assistenza nelle strutture extraospedaliere viene garantita dal SSN al 100% (art. 29).

I nuovi Lea non definiscono i criteri secondo cui considerare i disabili “a moderato impegno”, “gravi” o “gravissimi”, lasciando alle scelte regionali l’individuazione di tale classificazione, con possibilità che lo stesso disabile, a seconda delle regioni, si trovi collocato in livelli assistenziali differenti. A questo riguardo va notato che è in corso, a livello nazionale, un tentativo di definizione comune tra le Regioni del concetto di “gravissima disabilità”, in sede di definizione delle nuove modalità di utilizzo del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNNA)[6]. Senza entrare nel merito delle implicazioni di quel provvedimento, colpisce che sul fronte dei fondi sociali si stiano facendo tentativi per migliorare l’uniformità tra le regioni[7], mentre nei Lea sociosanitari siano state definite categorie così vaghe.

Per quel che riguarda, infine, i servizi semiresidenziali socio riabilitativi per la disabilità stabilizzata, le garanzie sono le stesse per tutti i disabili - senza distinzione in base alla gravità[8] -; si riconfermano poi il maggiore impegno per le situazioni con possibilità di recupero funzionale e le percentuali di compartecipazione del Dpcm 29/11/2001.

Cosa cambia circa i nuovi bisogni e le altre aree di intervento sociosanitario

Tra le principali novità relative ai nuovi bisogni si trovano:

- **il riconoscimento dei trattamenti per il gioco d’azzardo patologico** nell’ambito dei bisogni dell’area dipendenze[9]: il nuovo decreto introduce il più ampio concetto di “dipendenze patologiche”, cappello in cui confluiscono le dipendenze da sostanze e la ludopatia; l’accesso ai relativi servizi ambulatoriali e di prevenzione è diretto, mentre è richiesta la VMD per i trattamenti in regime semiresidenziale e residenziale.
- **La definizione più analitica dell’articolazione dell’offerta residenziale e semiresidenziale, secondo livelli di intensità (art. 35) nell’area delle dipendenze:** la competenza del SSN si estende fino ai trattamenti finalizzati al recupero dell’autonomia e all’inclusione delle persone che hanno smesso di assumere sostanze/trattamenti sostitutivi, prevedendo tuttavia, per questa assistenza, un termine massimo (30 mesi), oltre il quale si prefigura come competenza del sociale.
- **Una maggiore definizione dell’area della neuropsichiatria infantile:** ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo vengono riconosciute specifiche esigenze rispetto al resto dell’utenza dei servizi per la salute mentale, con costi a totale carico del SSN. In regime diurno e residenziale, si riconoscono diversi livelli di fabbisogno assistenziale a seconda del grado di compromissione (fino all’ipotesi di inserimenti per pazienti con moderata compromissione delle funzioni e delle abilità per le quali c’è l’esigenza di discontinuità con il contesto di vita). Resta in ogni caso un’area di incertezza tra i confini e le competenze del servizio sanitario e del sociale.

Per il resto dei servizi per la salute mentale si conferma l’articolazione in sottolivelli del Dpcm

29/11/2001 (con qualche precisazione in più) e le previsioni in materia di riparto degli oneri.

Quali ricadute per la Lombardia?

La questione del rispetto dei Lea sociosanitari in Lombardia è da sempre – anche prima dell’attuale aggiornamento normativo - abbastanza controversa, a causa di alcune singolari scelte di questo sistema regionale. Innanzi tutto **non è stata adottata nella programmazione regionale una classificazione dell’offerta che chiarisca quali tipologie di servizi erogano i vari livelli assistenziali sociosanitari** (ad esempio quali strutture garantiscono ciascuno dei livelli di intensità assistenziale previsti dal Dpcm del 2001 per i disabili, per gli anziani, ecc).

Un altro nodo critico è quello della verifica del rispetto delle percentuali di riparto degli oneri tra sanità e sociale nei servizi con compartecipazione: la peculiarità della Lombardia è quella di non aver regolamentato il livello delle rette, determinate autonomamente da ciascun produttore. Al contrario, nelle altre Regioni ha prevalso la scelta di predefinire le quote sociali, in modo tale da assicurare le percentuali previste dai decreti sull’integrazione sociosanitaria (per una panoramica delle scelte regionali in materia di RSA, si rimanda a Pesaresi, 2016^[10]). Dunque in Lombardia mancano garanzie per gli utenti di poter accedere ai servizi sostenendo una compartecipazione al costo complessivo per giornata pari alla percentuale individuata dalla normativa nazionale. Il mancato aggiornamento da diversi anni della quota a carico del FSR, a fronte di rette libere, ha probabilmente inasprito la situazione.

Tra gli obiettivi di questa legislatura vi era la definizione dei costi standard, ma ancora oggi non sono state prese precise posizioni al riguardo e, in ogni caso, sono mancati provvedimenti per favorire l’equità di accesso, specialmente ai servizi residenziali. Sono sempre maggiori le preoccupazioni circa le difficoltà per alcuni gruppi economici di popolazione di riuscire ad accedere a questi servizi che dovrebbero avere le caratteristiche di universalismo.

Al di là di queste storiche criticità, una scelta organizzativa da riconsiderare alla luce dei nuovi Lea è quella della Valutazione Multidimensionale: la particolarità del sistema lombardo è di prevedere l’accesso libero ai servizi residenziali e semiresidenziali (la valutazione è diretta esclusivamente a definire la tariffa di remunerazione dei servizi , ad esempio la classe SOSIA), a differenza delle altre regioni dove l’accesso è subordinato alla valutazione da parte dell’operatore pubblico dell’esistenza dei criteri di eleggibilità. I nuovi Lea introducono un diritto ai trattamenti residenziali e semiresidenziali subordinato ad una valutazione multidimensionale che attesti sul caso la necessità di quel tipo di risposte. Un interrogativo che si apre quindi è se le scelte lombarde siano compatibili con queste nuove previsioni e come potranno essere attuate.

[1] Le aree per le quali è stato stimato il fabbisogno aggiuntivo sono i nuovi vaccini, i nuovi dispositivi protesici, gli screening neonatali e la PMA e i nuovi dispositivi di tecnologia avanzata per alcune gravissime disabilità.

[2] RGS – Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario n. 17 (2016)

[3] uno degli storici limiti dell'Adi, in molte regioni, è quello di assicurare interventi nei soli giorni feriali, rispetto a bisogni continuativi).

[4] Da tempo era stato suggerito, anche dai più prestigiosi lavori di settore, come la relazione del Mattone Residenziale del SSN, di considerare distintamente, rispetto al resto della casistica degli anziani non autosufficienti, le demenze nelle fasi di maggiore impegno assistenziale (in particolare nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività). Già nel 2007, era stato avviato un iter di revisione dei Lea (Dpcm 21/4/2008) che introduceva trattamenti estensivi per le demenze da finanziare al 60% : la riforma non è andata in porto per mancanza di copertura finanziaria. Nelle prime bozze dei nuovi Lea, coerentemente alla logica di differenziazione delle risposte in base ai livelli di bisogno, si prevedeva un sottolivello ad hoc per l'assistenza estensiva residenziale e semiresidenziale per le demenze, fissando la quota sanitaria addirittura al 100%. In ogni caso, nell'ultima stesura dell'aggiornamento dei Lea , probabilmente a causa della mancanza di risorse aggiuntive per il sociosanitario, non vi sono livelli specifici per le demenze e si lasciano inalterate le previsioni sul riparto degli oneri.

[5] Ci si riferisce al fatto che in diverse regioni in questo tipo di strutture si erogano trattamenti che non rispondono esclusivamente a bisogni riabilitativi ma anche di lungo assistenza.

[6] L'intesa preliminare al riparto del FNNA 2016 è stata siglata ad inizio agosto
<http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=17583&iddoc=54608&tipodoc=2&CONF=UNI>

[7] Tanto che nel corso dell'estate si è osato parlare, in sede di scelte sul FNNA, di un percorso per definire i Livelli essenziali di assistenza per la non autosufficienza

[8] In ogni caso non sono più riservati ai soli disabili gravi, come prevedeva il Dpcm preesistente

[9] l'inclusione della ludopatia tra le aree di competenza del SSN era già stata anticipata in precedenti atti normativi (in origine dal decreto Balduzzi) e già diverse regioni avevano istituito proprie forme di risposta a questo bisogno

[10] Pesaresi F. (2016), Quanto costa l'RSA?, Maggioli.