

Le modifiche apportate ai livelli essenziali di assistenza

Un'accelerazione decisa in direzione delle cure domiciliari e dell'integrazione socio-sanitaria, il ridisegno delle cure sul territorio e responsabilità sempre maggiori più articolate per l'assistenza di base, a partire da un ventaglio di nuovi doveri per i Mmg. Questi in sintesi i punti salienti delle modifiche ai livelli essenziali di assistenza, tra gli ultimi atti della passata legislatura, a cui non sono mancate le critiche dei sindacati dei medici di medicina generale.

Tra gli ultimi lasciti della passata legislatura dobbiamo registrare l'avvicinamento tra Regioni e Governo nella definizione di un pacchetto di modifiche ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) proposto per la prima volta in un Dpcm che il ministero della Salute ha predisposto nell'estate scorsa. Documento che ha dovuto passare un vaglio molto attento da parte dei responsabili politici, e soprattutto economici, a livello locale, che ne hanno valutato euro per euro le cosiddette "compatibilità economiche". Le organizzazioni sindacali hanno però sollevato una serie di osservazioni molto critiche su questa previsione di modifica. I medici di famiglia e i pediatri di libera scelta, ad esempio, secondo questa lettura, verrebbero emarginati dall'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, subirebbero il peso di nuovi percorsi burocratici tanto inutili quanto gravosi per se stessi, per il servizio e per i cittadini, ma verrebbero gravati anche dall'introduzione di vincoli inaccettabili e complessi alla prescrizione di specifiche indagini diagnostiche. L'esame nel dettaglio del testo proposto consente, a nostro avviso, di verificare in prima persona la fondatezza di questi timori e di farsi un'idea specifica della direzione imboccata.

■ Cure domiciliari: tutte e subito

Le cure domiciliari sono uno dei settori di principale innovazione che potrebbero cambiare il profilo del nostro Ssn. In ben 14 articoli, infatti, il Dpcm sulla nuova definizione dei LEA ridi-

segna l'integrazione socio-sanitaria senza, si precisa, introdurre novità rispetto alla normativa vigente. Regioni e Governo hanno convenuto che in primo luogo bisognasse fissare a chiare lettere le modalità di erogazione delle attività previste, in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. E così spiegano nel testo, innanzitutto, che le cure ai non autosufficienti debbono essere erogate in casa o in una struttura residenziale o semi-residenziale, a seconda delle necessità dei pazienti. Si individuano diversi livelli: da quelli più semplici che non richiedono la presa in carico, fino all'Assistenza domiciliare integrata (Adi), di primo e secondo livello, nella quale va definito per il paziente un Progetto di assistenza individuale (Pai). Per il terzo livello deve essere assicurata la continuità delle cure sette giorni su sette e il Ssn deve garantire copertura per il 50% dei costi per le prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona.

L'assistenza residenziale e semiresidenziale per i non autosufficienti scatta, invece, non appena è stata effettuata la valutazione multidimensionale e la presa in carico. I trattamenti intensivi ed estensivi per i non autosufficienti che richiedono "elevata tutela sanitaria" sono a totale carico del Ssn. Gli altri trattamenti estensivi, compresi quelli rivolti alle persone con demenza senile e quelli di lunga assistenza, prevedono una copertura a carico del Ssn tra il 50 e il 60%. Queste indicazioni, comprese quelle che riguardano le cure palliative e le strutture di gestione delle problematiche più "sociali" che

riguardano singoli e famiglie, secondo le stesse istituzioni proponenti potrebbero indurre le Regioni ad effettuare consistenti investimenti nel settore della domiciliarità e della residenzialità per anziani e disabili. La relazione tecnica che accompagna il testo precisa che l'aumento della spesa, che definisce altamente prevedibile, dovrebbe essere compensato da una consistente riduzione dei ricoveri impropri in regime ospedaliero.

■ Cambia l'articolazione delle cure sul territorio

L'assistenza distrettuale, con l'implementazione delle nuove regole, dovrà essere articolata in tutta Italia intorno a nove aree principali: assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, integrativa, specialistica ambulatoriale, protesica, termale, socio-sanitaria domiciliare e territoriale, socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale. Anche i compiti affidati ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta vengono esplicitati nei dettagli, nero su bianco. In passato, infatti, venivano indicati, molto genericamente, come specifici della MG l'educazione sanitaria, le visite, le vaccinazioni e le certificazioni essenziali. Il nuovo testo, invece, riconduce loro la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche, secondo la migliore pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute. Non è più considerata di stretta competenza l'assistenza nelle residenze protette e nelle colletti-

vità, ma si ampliano, invece, i compiti di informazione e di promozione della salute, con una particolare attenzione da dedicare all'adozione di comportamenti e stili di vita sani.

Ogni paziente, a partire dai più piccoli, dovrà essere "inquadrato" dal proprio medico curante nell'ambito di una vera e propria valutazione multidimensionale, fissata in primo luogo attraverso la tenuta della scheda sanitaria nella quale dovranno essere registrati tutti i passaggi importanti del percorso del paziente attraverso i servizi: dal consulto con lo specialista alla continuità assistenziale nelle fasi dell'accesso, fino al ricovero ospedaliero, la degenza e la dimissione. Gli obiettivi fissati per l'assistenza di base sono anche più ambiziosi: "il cittadino non deve essere solo visitato, ricevere la prescrizione più appropriata e le prestazioni previste in base alle leggi vigenti, ma il suo medico dovrà assicurare il suo sviluppo fisico, psichico e sensoriale, soprattutto nelle fasi di crescita, e la ricerca di fattori di rischio". L'assistenza di base dovrà assicurare l'accesso agli screening previsti dalla normativa nazionale e regionale, i vaccini e la vigilanza sulle reazioni indesiderate, le cure domiciliari programmate a chi non può raggiungere lo studio del medico e gli im-

mancabili certificati: dalle certificazioni di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche, dall'incapacità alla riammissione al lavoro, dalla riammissione a scuola all'astensione dal lavoro del genitore a causa della malattia del bambino.

■ **Novità anche nell'assistenza farmaceutica**

Il nuovo provvedimento proposto modifica sensibilmente la catena della distribuzione dei farmaci a carico del Ssn, perché rispetto al vecchio Dpcm del 29 novembre 2001 si registra la novità dell'integrazione dell'attività svolta dalle farmacie con l'assistenza farmaceutica erogata direttamente attraverso i presidi delle Asl e delle aziende ospedaliere. L'articolo 9 del testo elaborato, infatti, introduce ufficialmente tra i LEA la distribuzione diretta dei farmaci, esplicitando che il Ssn garantisce attraverso i propri servizi territoriali e ospedalieri i medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale,

limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali.

Si arricchiscono, però, a fronte di questa ormai codificata "concorrenza diretta" della struttura pubblica all'attività delle farmacie, le possibilità per queste ultime di giocare il proprio ruolo specifico nell'ambito dell'assistenza farmaceutica. Le farmacie, infatti - ma la possibilità non è esclusa per Aziende sanitarie locali e ospedali - potranno assicurare ai pazienti, oltre ai prodotti di classe A e ai farmaci equivalenti identificati dall'Aifa fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati, ma non in Italia, i farmaci non ancora autorizzati, ma sottoposti a sperimentazione clinica e quelli "off label" - cioè da utilizzare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata - a patto che siano inseriti nell'elenco predisposto e aggiornato dall'Aifa. Insomma grandi cambiamenti, che potrebbero modificare parti rilevanti del sistema sanitario che conosciamo, senza una chiara idea dell'impatto che avrebbero sui suoi principali attori.