

Nuovi Lea: le sorprese continuano

Prestazioni di day surgery "retrocesse" a prestazioni ambulatoriali e limiti alle prescrizioni di esami diagnostici sono i cambiamenti declinati dal decreto sui nuovi livelli di assistenza. Novità che hanno allarmato l'Ordine dei Medici di Milano, poiché metterebbero in serio pericolo la qualità di alcuni interventi chirurgici e inoltre aumenterebbero la conflittualità tra medici di famiglia e pazienti.

Monica Di Sisto e Anna Sgritto

Potrebbe passare per l'ennesimo provvedimento di ricollocazione burocratica di prestazioni. Ma nei fatti potrebbe essere l'inizio di una deriva. Quella (in realtà più volte paventata) di spostare prestazioni importanti dall'ospedale al territorio senza che questo, tuttavia, abbia avuto il tempo, le risorse, le strutture e l'organizzazione necessarie per svolgerle. E di realizzare ciò a tutti i costi, anche quando permanga il dubbio radicale che non sia il territorio il luogo adatto per erogare certe prestazioni.

Il caso è stato lanciato dall'Ordine dei Medici di Milano, che sul tema dell'appropriatezza dei Livelli essenziali di assistenza ci ha addirittura costruito qualche mese fa un

Tavolo tecnico intorno al quale sono sedute, tra gli altri, anche società scientifiche prestigiose come ACOI, SICAD e SIQUAS che la qualità delle prestazioni e l'area chirurgica ce le hanno come *mission* di ricerca.

Le attenzioni degli esperti si sono concentrate intorno agli allegati 6a e 6b della bozza di Dpcm sui Lea - quello più volte annunciato e sul quale, secondo Governo e Regioni, si sarebbe ormai raggiunto un accordo di massima e si starebbe procedendo a limare le "sfumature". Nel corso delle due riunioni del tavolo - che ha visto tra i referenti a loro fine mandato per rinnovo dell'Ordine provinciale, il vice presidente Omceo di Milano **Ugo Garbarini** e la dottoressa **Dalila Patri-**

zia Greco che ha partecipato all'incontro con la stampa nel quale, insieme al presidente dell'Ordine **Roberto Anzalone** ha originato il caso - sono stati sollevati forti dubbi sulla "ristrutturazione" della day surgery e sulle prestazioni che, valutate come ad alto rischio di inappropriatazza, potrebbero essere spostate da Regioni alla "canna del gas" con i propri conti da questa modalità - che già oggi molti specialisti giudicano "frettolosa" - a un non meglio definito e precisato "ambulatorio".

La reazione degli addetti ai lavori

È chiaro che una prospettiva di questo genere non poteva non far sobbalzare gli addetti ai lavori.

Quegli elenchi che fanno discutere

Certo che a scorrere l'elenco delle prescrizioni in regime di day surgery individuate dal Dpcm sui Lea come ad alto rischio di inappropriatazza, c'è un po' da rabbrivire: dalla cataratta all'inserzione di cristallino artificiale, dalla liberazione del tunnel carpale alla ricostruzione della palpebra, dalla riparazione del dito a martello all'amputazione o disarticolazione di dita, alla riparazione di ernie. Quello che i medici partecipanti al tavolo hanno evidenziato è che il declassamento di diverse procedure, oggi espletate in regime di day surgery, potrebbe portare per il paziente il rischio di affrontare interventi chirurgici ambulatoriali senza avere una adeguata copertura anestesiológica e di terapia del dolore. Ma quel che è più grave è che il paziente potrebbe anche trovarsi nell'impossibilità di individuare punti di riferimento in caso di complicanze post operatorie, fatto che porterebbe, a loro giudizio, anche a un aumentato e ingiustificato rischio

medico-legale per i loro medici curanti.

Passiamo poi al laboratorio: una sfilza di esami di laboratorio, che di routine anche il Mmg prescrive quando arriva il momento di quel check up che è tanto rilevante nelle strategie di prevenzione, finisce sotto la lente di ingrandimento delle possibili inappropriatazze; dalla bilirubina allo C peptide, dal calcio totale alla calcitonina, dal colesterolo LDL (calcolo indiretto), all'esame delle feci e così via passando per il glucosio e tutte le curve glicemiche. Un esame come quello delle proteine glicate o fruttosamina potrebbe essere limitato ai soli casi di diagnosi di diabete in gravidanza o in patologie eritrocitarie o per pazienti pediatrici. Tutta la diagnostica per immagini, infine, è segnalata come ad alto rischio di inappropriatazza. Controverse anche le prestazioni con mezzo di contrasto, che nel nuovo testo sono limitate ai soli malati oncologici, riservando ai traumatizzati quelle senza contrasto.

I partecipanti al tavolo di Milano hanno sollevato una serie di obiezioni di merito:

1. c'è bisogno di studiare una griglia per definire quali patologie possano essere trattate chirurgicamente nella struttura "ambulatorio" e quali abbiano bisogno per necessità di una struttura di tipo "sala operatoria";
2. c'è bisogno inoltre, in assenza di normativa specifica, di arrivare a una definizione più precisa della struttura "ambulatorio";
3. c'è poi l'obbligo, in subordine, di avere degli standard per definire i vari livelli di assistenza, che non possono essere individuati esclusivamente in via burocratica visto che poi erano stati auspicati e in parte definiti dal ministero della Salute stesso attraverso il progetto "Mattoni" per il Ssn;
4. bisogna considerare che, nella normativa vigente, in ogni sala operatoria è necessario sia presente un anestesista, visto che nel nostro Paese non è mai stata definita né attribuita la qualifica di nurse anestesista;
5. è necessario in un simile contesto chiarire le procedure di gestione della documentazione clinica.

Il succo del discorso, in realtà, gira intorno alla constatazione che il percorso del paziente chirurgico, in osservanza di regole cliniche, di buona prassi e di gestione del rischio clinico, non può e non deve avere standard inferiori a quelli osservati in ambito di day surgery, e che dunque tutto quello che gira intorno al diritto alla salute non possa essere definito a livello di tariffari, ma in termini clinici, di qualità e di sicurezza.

Senza dimenticare che l'introduzione di una serie di limitazioni prescrittive di alcuni esami strumentali e di laboratorio, oltre ad apparire non completamente giustificata ai partecipanti al tavolo di Milano da un punto di vista scientifico, rischia di portare con buona probabilità oltre che a un aggravio burocratico per il medico prescrittore, all'aumento dei contenziosi tra medico e paziente.

Lea e ristrutturazione della rete ospedaliera

Le Regioni più impegnate nel rientro dai deficit sanitari sono in queste settimane al lavoro per definire entità e modalità dei tagli che dovranno apportare alla rete ospedaliera per raggiungere i propri obiettivi di bilancio. È questo l'intreccio che, molto probabilmente, sta portando in fibrillazione le categorie che non sanno capire, almeno al momento, se si trovano alla vigilia di uno snellimento di prestazioni e servizi ridondanti nell'ambito del Ssn, oppure sull'orlo di un baratro. Prendiamo, per esempio la Sicilia. Visto che ci si aspetta di cancellare oltre 5.700 posti letto, i reparti di odontostomatologia, dermatologia e oculistica rischiano di ritrovarsi senza la degenza in tutta l'isola. Un altro intervento annunciato, almeno nell'isola, è l'accorpamento dei posti letto in chirurgia in macro-

aree e l'accorpamento di interi ospedali. Ma ancora non è dato di sapere se le prestazioni inserite tra quelle a rischio Lea verranno ricollocate o meno in altro spazio.

Altro caso che ha suscitato grande clamore è stato quello della chiusura dell'ospedale San Giacomo a Roma: struttura storica, sola nel cuore della città, ma dichiarata inefficiente dalla Regione e sacrificata alla logica dei rientri. C'è stata addirittura una sollevazione popolare in sua difesa, e in quell'occasione è sceso in campo il sottosegretario alla Salute **Ferruccio Fazio** che alla stampa ha dichiarato che il Governo non ha alcuna intenzione di chiudere né cliniche né ospedali: "li cambiamo", ha annunciato. "Il centro storico di Roma è abitato da persone anziane - ha chiarito meglio Fazio - che dunque hanno bisogno del medico di famiglia sempre disponibile più che di un Pronto soccorso. Per qualsiasi problema

possono farsi visitare e magari trovare in servizio proprio il loro dottore. Altrimenti al suo posto ci sarà un collega messo nelle condizioni di conoscere lo stato di salute di ogni paziente grazie al sistema informatizzato". Ed è questo il modello che il Governo vorrebbe promuovere a livello nazionale per assicurare alternative in tutti quei territori in cui, come da *road map* più volte confermata, si vuole raggiungere lo standard di 4 posti letto ogni mille abitanti, rispetto ai 4,5 circa disponibili oggi.

■ Il modello Veneto

Sia il sottosegretario Fazio sia la sua collega **Francesca Martini** non fanno mistero del fatto che il modello cui guardano è quello dell'apertura di Utap o simili nelle strutture lasciate libere dalla chiusura dei piccoli ospedali. Il caso-studio cui hanno fatto più volte riferimento nelle ultimi tempi è il servizio di medicina di famiglia inaugurato di recente a Valeggio sul Mincio (Verona) aperto nella sede dell'ex-ospedale e all'interno dell'Ulss 22 della provincia di Verona. Nella cittadina veneta il servizio di assistenza di base verrebbe così fornito dai 9 medici di medicina generale di Valeggio con un bacino d'utenza di 12.000 persone.

Ogni cittadino - ha spiegato il ministero stesso in una nota - resterà unito al proprio medico, ma potrà avvalersi di un servizio aggiuntivo, legato a un modello di assistenza integrata, con una disponibilità dalle 8 alle 20 e una copertura sulle 24 ore, attraverso la continuità assistenziale sette giorni su sette. La sede dispone di ambulatori, studio medico, due ambulatori infermieristici, una segreteria, sale d'attesa e un ambulatorio specifico per i tirocinanti in formazione come punto di riferimento per la Scuola triennale di formazione in medicina generale.

L'Utap è fornita inoltre di un sistema per la gestione delle cartelle cliniche dei pazienti in rete. Martini - che si era occupata direttamente

del progetto durante il suo precedente incarico di assessore alle Politiche sanitarie del Veneto - ha voluto ringraziare il direttore generale dell'azienda veneta e l'attuale assessore alla sanità della Regione, **Sandro Sandri**, "per aver concluso un progetto che mi stava particolarmente a cuore", e ha voluto augurare "ai Mmg che ne fanno parte un ottimo lavoro, nella certezza che rappresenterà un valore aggiunto insostituibile alla vita di tanti cittadini".

■ Rivoluzione o salto nel buio?

Basta, però, questo forte investimento di credibilità pubblica per sciogliere tutte le riserve legate ai nuovi tagli annunciati? Basta dichiarare lo spostamento di prestazioni da un luogo all'altro del Ssn perché questo si verifichi, o piuttosto molte di quelle prestazioni si ritroveranno semplicemente a carico del cittadino, che si dovrà successivamente incaricare di rintracciarle nella rete delle strutture ospedaliere private per riceverle ancora "full optional", degenza compresa?

Claudio Cricelli, presidente della Simg, proprio in occasione delle polemiche suscitate dalla chiusura del San Giacomo di Roma, aveva spiegato alla stampa che la medicina del territorio potrà soddisfare le necessità determinate dalla chiusura di alcuni presidi ospedalieri, ma a patto che medici di famiglia, specialisti e infermieri cominciassero immediatamente a collaborare per costituire unità territoriali di cure primarie.

Procedere in questa operazione epocale con la logica dei tagli, però, suscitava nello stesso Cricelli importanti dubbi di merito. Rispetto alla proposta sui nuovi Lea, infatti, Cricelli aggiungeva che, utilizzando gli strumenti di *governance*, da oggi a disposizione dei medici e del Ssn, "siamo in grado di applicare con estremo rigore le linee di indirizzo utili per la diagnostica e gli esami di laboratorio e radiografici secondo le esigenze individuali di ciascun cittadino e di

ciascuna comunità. Con il risultato di avere una razionalizzazione dell'uso dei test diagnostici e della loro prescrizione senza ricorrere a strumenti impositivi e di governo centrale".

La controproposta lanciata al Governo centrale è quella di un ampio accordo con le Regioni, che utilizzi le conoscenze scientifiche e le capacità professionali della medicina generale sostituendo il sistema rigido di ridefinizione dei Lea con la *governance* clinica. Il coordinatore degli assessori alla Salute **Enrico Rossi** aveva sollevato il problema appropriatezza e tagli in occasione del congresso nazionale della Fimmg, ma il suo malessere era stato prontamente ridimensionato dalla "fumata bianca" annunciata dalla Conferenza dei presidenti dopo la lettura del Dpcm.

Eppure sul sito ufficiale Regioni.it è comparso successivamente nella sezione salute un articolo di qualche mese fa tratto da Monitor, il periodico di Agenas, nel quale **Guido Carpani**, già segretario generale della Conferenza Stato-Regioni, inquadra i Lea nel panorama normativo e spiega che definiscono non tanto i livelli minimi di assistenza sanitaria o i (soli) servizi che devono essere forniti per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero del diritto costituzionale alla salute (art. 32), ma delineano una sorta di "cittadinanza nazionale" per tutti gli utenti del servizio sanitario, senza distinzioni conseguenti alla residenza.

"In un assetto istituzionale tendenzialmente federale in cui le differenze sono valutate positivamente - sottolineava Carpani - vi sono bisogni particolarmente meritevoli di una tutela unificata, che rifugono le appartenenze territoriali ed esigenze di uguaglianza tra i cittadini connesse alla natura dei beni giuridici in gioco, a cui l'ordinamento non può rimanere indifferente".

Una singolare coincidenza o un chiaro messaggio di attenzione lanciato in direzione di Roma?