

LA SFIDA DEI LEA: FARE BENE QUEL CHE SERVE

Il decreto sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza è stato revocato. Ecco che cosa prevedeva di Simonetta Bianchi *

Dopo un travagliato percorso attraverso la Conferenza Stato-Regioni, il 23 aprile scorso ha visto la luce il nuovo decreto di “*Definizione dei Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*”. Decreto che tuttavia, a fine luglio, il Governo ha revocato: secondo la Corte dei conti manca la necessaria copertura finanziaria. Il sottosegretario al Welfare, Ferruccio Fazio, ha comunque annunciato un provvedimento più leggero entro fine estate.

Che cosa sono i LEA? Sono quelle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale assicura ai cittadini gratuitamente, o con quote differenziate di partecipazione alla spesa, in quanto considerate “essenziali” per la salute. Come tali, rientrano nei LEA non solo le prestazioni assistenziali erogate negli ospedali o nella medicina di base, ma anche gli interventi di prevenzione finalizzati al mantenimento di un buono stato di salute.

La prima individuazione dei LEA, ora rinnovata, porta la data del 2001 e fu una specie di rivoluzione copernicana nell’approccio al concetto di livello di assistenza garantito dal Servizio Sanitario. Mentre infatti la Legge 833/78 di Riforma Sanitaria proponeva negli obiettivi del Servizio Sanitario l’erogazione di livelli “uniformi” di assistenza, fu con il decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni (D.to 229/99) che la dizione si tramutò in “essenziali”: non più quindi un obiettivo di uniformità sul territorio nazionale, sull’onda del regionalismo e del federalismo, ma di livello essenziale, quale presa d’atto di una crescente sproporzione tra risorse finanziarie disponibili e aumento dei bisogni sanitari.

Il problema delle insufficienze di risorse pubbliche peraltro induceva contestualmente il passaggio da un Servizio Sanitario pubblico che garantiva la totale copertura dei bisogni sanitari della popolazione, a un sistema fondato su “tre pilastri” (il SSN che eroga le prestazioni di base, i fondi sanitari per integrare le prestazioni del SSN, le polizze sanitarie per livelli ulteriori di copertura) essenziali per la sostenibilità economica del Sistema, con apertura alla spesa privata in sanità.

La cornice finanziaria programmata, cioè più semplicemente l’entità delle risorse finanziarie che lo stato programmaticamente mette a disposizione per finanziare le prestazioni del Servizio Sanitario, costituisce il cogente presupposto di questa revisione “straordinaria” dei livelli essenziali di assistenza.

La sfida che il legislatore si è posta con il provvedimento è quella di assicurare maggiore risposta ai bisogni emergenti della vecchiaia, della cronicità e della disabilità, recuperando risorse attraverso un rigoroso controllo dell’appropriatezza delle prestazioni erogate.

Non che l’obiettivo dell’appropriatezza sia nuovo: già provvedimenti settoriali, nazionali e delle singole regioni si sono cimentanti nell’individuazione di criteri di appropriatezza specifica ed organizzativa. Il decreto rafforza e rimodula tali indirizzi: ecco come era modulato.

L’impatto dei nuovi LEA

Sul fronte dell’acuzie si rafforza l’orientamento alla riduzione delle prestazioni di ricovero negli ospedali per acuti (i DRG a rischio di inappropriata passano da 43 a 108), al trasferimento di alcune di queste prestazioni in regime ambulatoriale, all’erogazione ambulatoriale non solo di singole prestazioni, ma di pacchetti di prestazioni volte a contrastare un uso inappropriato anche del day hospital.

Sempre sul fronte dell’acuzie, l’aggiornamento atteso da anni del nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali è focalizzato all’individuazione sia dell’appropriatezza delle indicazioni cliniche, che dell’appropriatezza delle modalità di erogazione.

In tale contesto spiccano da un lato i limiti per l’erogazione della densitometria ossea (MOC) e per la chirurgia refrattiva oculare, dall’altro la garanzia di prestazioni odontoiatriche a categorie di soggetti rientranti in condizioni di vulnerabilità sanitaria e di vulnerabilità sociale, opportunamente

codificati, sull'esempio di quanto già normato da alcune Regioni quali la Lombardia e l'Emilia Romagna.

Per quanto riguarda la riabilitazione, i ricoveri ospedalieri sono garantiti nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti e sono classificati in riabilitazione intensiva, lungodegenza postacuzie a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche stabilizzate o in fase terminale e lungodegenza postacuzie a soggetti disabili non autosufficienti a lento recupero, comunque richiedenti supporto infermieristico e tutela medica continuativa nelle 24 ore.

L'attenzione ai disabili gravi

La novità sul fronte ambulatoriale in medicina fisica e riabilitazione sono l'incremento di prestazioni che riguardano la valutazione della vita sociale e di relazione dei pazienti e l'erogazione di alcune prestazioni, vincolate all'utilizzo di strumenti di misura validati a livello scientifico (scale) e relativa classificazione secondo ICF.

L'assistenza protesica registra un nuovo nomenclatore, ma demanda i principi generali relativi alle procedure di erogazione e di individuazione degli erogatori a successive intese della Conferenza Stato-Regioni.

Si sottolinea, nel nuovo nomenclatore, l'attenzione ai portatori di gravi disabilità, l'introduzione di nuovi ausili informatici di comunicazione e di controllo ambientale (tra i quali comunicatori a sintesi vocale o a display, i sensori di comando, i sistemi di riconoscimento vocale), ausili per la mobilità personale, ausili per la cura e l'adattamento della casa. Da sottolineare inoltre la valorizzazione delle prestazioni professionali erogate per la consulenza, lavorazione, adattamento e posizionamento degli ausili, nonché la possibilità di scelta di prodotti di prezzo più alto di quelli garantiti dal Servizio Sanitario a fronte del pagamento della differenza di costo.

L'assistenza sociosanitaria

Infine, ma non ultimo per importanza, i LEA dell'assistenza sociosanitaria, cui è dedicato un terzo del provvedimento. Qui il legislatore ha delineato non solo e non tanto linee di razionalizzazione, quanto linee di consolidamento e sviluppo, in coerenza con l'epidemiologia dei bisogni sociosanitari e con il previsto trasferimento di attività sanitarie dall'ospedale alla domiciliarità.

Quindi enfasi in primis ai percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali per l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. La Conferenza Stato-Regioni definirà le linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa nonché le modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per la non autosufficienza.

Ampia sottolineatura viene data alle cure domiciliari articolate in 3 livelli in relazione all'intensità, complessità e durata dell'intervento ed in relazione ai bisogni di salute dell'assistito. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona che, opportunamente disciplinate dalle Regioni, sono a carico del Servizio Sanitario per una quota pari al 50%.

Nell'elenco delle prestazioni garantite in regime sociosanitario residenziale/semiresidenziale merita sottolineatura l'assistenza garantita alle persone nella fase terminale della vita, affette non solo da malattie oncologiche, ma da malattie progressive e in fase avanzata a rapida evoluzione e prognosi nefasta.

Per l'assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario viene assicurata l'assistenza a totale carico del Servizio Sanitario per persone con patologie acute, incluse le condizioni di responsività iniziale e le gravi patologie neurologiche: è una scelta di grande civiltà nei confronti non solo degli stati terminali (cure palliative oncologiche e non), ma di tutti quegli stati di vita cui deve andare la cura e il sostegno del sistema pubblico.

L'assistenza sociosanitaria residenziale/semiresidenziale alle persone non autosufficienti e con disabilità viene assicurata secondo profili di cura con crescente livello di intensità assistenziale, per i casi di grave disabilità e necessità di tutela medica e presenza infermieristica sulle 24 ore i costi sono a totale carico del Servizio Sanitario.

I trattamenti socioriabilitativi di mantenimento, di sollievo e di recupero in laboratori e centri occupazionali vengono garantiti con quote di partecipazione alla spesa che vanno dal 40% della tariffa giornaliera per le demenze senili, al 60% in caso di mantenimento o laboratorio, al 50% in caso di intervento di sollievo. Sarà compito delle Regioni disciplinare l'articolazione delle varie tipologie di servizi e l'integrazione con quelle già esistenti, soprattutto per la popolazione anziana (RSA).

Infine viene confermata alle persone con disabilità, con dipendenze patologiche, con disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva e con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare, il supporto nelle relazioni con la famiglia e la comunità, la psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo.

Conferme e novità

In conclusione la grande attesa dei nuovi LEA ha generato conferme e novità. In che misura e come queste incidano nei sistemi sanitari ormai regionali lo si vedrà. Al vaglio ora del Governo ogni decisione sui nuovi LEA e sulla loro applicazione da parte delle regioni.

Sicuramente una sfida sarà permanente per tutti: "fare bene" (qualità tecnica) le cose che servono (utilità per il paziente), con modalità adeguate (qualità organizzativa), con attenzione e coniugare l'appropriatezza con la centralità del paziente.

L'auspicio è che le risorse ma soprattutto la cultura "aziendale" del Servizio Sanitario non tralascino nella determinazione delle "soglie" di ammissibilità, coniugate con effettivi percorsi assistenziali integrati, l'obiettivo di mantenere alta la risposta ai bisogni non solo strettamente sanitari, ma anche socioassistenziali dei pazienti.

**Responsabile Servizio Marketing,
Sviluppo e Programmazione*