



LEA come modello di appropriatezza : limiti e prospettiva

Dott.ssa Morena Pellati
Direttore Programma Anziani e Fragilità
Ausl Reggio Emilia

Napoli, 1 dicembre 2017

L'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

Il nuovo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001 recante “ Definizione dei livelli essenziali di assistenza “

Il provvedimento è stato predisposto in attuazione della legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi 553 e 554 , legge 28/12/05 n.208) che ha stanziato ben 800 milioni di euro annui per l'aggiornamento dei LEA

L'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

Il nuovo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001 recante “ Definizione dei livelli essenziali di assistenza “

Il provvedimento è stato predisposto in attuazione della legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi 553 e 554 , legge 28/12/05 n.208) che ha stanziato ben 800 milioni di euro annui per l'aggiornamento dei LEA

Le principali caratteristiche del provvedimento

Il nuovo schema di decreto:

- Definisce le attività , i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del SSN

- descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli di assistenza

- ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione

- innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica , introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete

.....i LEA in aggiornamento continuo

...per l'aggiornamento periodico e continuo dei livelli essenziali di assistenza è stata costituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA , con il compito di monitorare costantemente il contenuto , escludendo prestazioni , servizi o attività che divengano obsoleti e, analogamente, valutando di erogare a carico del SSN trattamenti che, nel tempo , si dimostrino innovativi o efficaci per la cura dei pazienti

Il nuovo nomenclatore della specialistica
ambulatoriale
vengono inserite nuove procedure terapeutiche
e diagnostiche che nel 1996 erano in via
sperimentale

ma non la visita geriatrica

Revisione dell'elenco delle malattie rare

Sono state inserite più di 110 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di malattie : ad esempio

La sarcoidosi

La sclerosi sistemica progressiva

La miastenia grave

Revisione dell'elenco delle malattie croniche

Sono state introdotte 6 patologie nuove :

- sindrome da talidomide;
- osteomielite cronica ;
- patologie renali croniche ;
- rene policistico autosomico dominante;
- endometriosi negli stadi clinici “ moderato “ e “grave “
- , BPCO negli stadi clinici “ moderato “ , “ grave ” e “ molto grave “

- Introduzione di nuovi vaccini (come: anti - papillomavirus, anti-Pneumococco, anti-Meningococco)
- Estensione a nuovi destinatari (ad esempio per il papilloma virus il vaccino viene erogato anche agli adolescenti maschi)
- La celiachia da malattia rare diviene malattia cronica
- Disturbi dello spettro autistico
- Procreazione medicalmente assistita

Vengono normate le cure domiciliari e le cure palliative, con differenti livelli di intensità definiti dal coefficiente di intensità assistenziale

.

Cure palliative dai Lea ai Lea:

- **Decreto 29/2001 LEA**
- Decreto 43 febbraio 2007 standard quali quantitativi
 - Legge 38 / 2010
 - Accordo stato regioni 25/07/2012 e 13/12/2014
 - DGR n.560 del 18/05/2015
- Delibera regionale per l'accreditamento della rete delle cure palliative DGR 1770 del 2016
 - Decreto 12/01/2017 Nuovi LEA

Vengono dettagliati gli interventi socio sanitari, ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie.

Ai minori in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, delle persone con disturbi mentali .

Dipendenze patologiche .

.

Assistenza socio sanitaria residenziale e semiresidenziale delle persone non autosufficienti , alle persone con disturbi mentali e per i disabili , per alcune tipologia di assistenza è prevista una copertura solo parziale che va dal 40 al 70 % da parte del SSN

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale erogate secondo I modelli assistenziali , sono interamente a carico SSN I primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera.

***IL NUOVO NOMENCLATORE
DELL'ASSISTENZA PROTESICA
E DEI PRESIDI MONOUSO***

- Un aggiornamento atteso da più di 15 anni: il vigente nomenclatore delle protesi risale al 1999
- Nuovi destinatari anche le persone affette da malattie rare e gli assistiti in ADI
- Nelle descrizioni degli ausili sono riportati componenti innovative e criteri di qualità costruttiva , al fine di scongiurare l'erogazione di ausili di scarsa qualità e con caratteristiche tecniche insufficienti
- L'individuazione degli ausili avviene con un linguaggio semplice e immediato e le procedure di fornitura vengono semplificate e snellite

Il nuovo nomenclatore consentirà di prescrivere :

- Ausili informatici e di comunicazione (inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adattate per persone con gravissime disabilità
- Apparecchi acustici a tecnologia digitale
- Attrezzature domotiche e sensori di comando e controllo per ambienti (allarme e telesoccorso)
- Posateria e suppellettili adattati per le disabilità motorie , barella adattata per la doccia , scooter a 4 ruote , carrozzina con sistema di verticalizzazione, carrozzine per grandi e complesse disabilità, sollevatori fissi e per vasca da bagno, sistemi di sostegno nell'ambiente bagno (maniglioni e braccioli), carrelli servo scala per interni
- Arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo.

Ma è tutto così semplice e attuabile ?

- Nomenclatore della specialistica e protesica non ci sono ancora le tariffe
 - Reti e centri per le malattie rare non definiti
- Manca una metodologia definita per l'aggiornamento delle prestazioni
 - Si rimanda a successivi DPCM

- Limitata la libertà di scelta
- Criteri amministrativi sanitarizzati
- Compensazione della menomazione nella erogazione in contrasto con la convenzione ONU che cita il diritto alla salute , alla mobilità e alla comunicazione .
- Margini decisionali eccessivi su aspetti anche delicati
- Delega alle regione per la disciplina successiva su ambiti tutt'altro che organizzativi

- L'effetto rischia di essere nuovamente una profonda disparità territoriali già presenti per altro.
- Mancata considerazione della indifferibilità cioè assoluta non rinviabilità degli interventi socio sanitari per utenti non auto sufficienti
- Mancato riferimento alle prestazioni domiciliari informali, prestate da familiari o terze persone

- Poca chiarezza di chi pagherà le quote e ripartizioni delle quote delle prestazioni socio sanitarie non coperte dal SSN
- Illegittimo riferimento alle UVM come strumenti di negazione delle prestazioni sanitarie

- Miglior declinazione e individuazione delle azioni dei singoli livelli assistenziali, sia proprio per la definizione puntuale degli ambiti di intervento obbligati dei SSR
 - Altro punto rilevante il punto F (sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche , inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione malnutrizione) con una dettagliata esplicitazione delle azioni e delle funzioni che il SSN deve porre in essere per la prevenzione delle malattie croniche , con particolare attenzione alla sorveglianza epidemiologica e ai profili di salute

TUTTO CIO' CHE NON RIGENERA , DEGENEREA

Edgard Morrin

Grazie