



DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Cosa sono i LEA e le azioni del Governo in merito a pag 2

Il Centro di Assistenza Domiciliare, Tra realtà' e fantasia

La testimonianza di una utente

Ho lottato mesi e mesi per riportare a casa mia madre, anziana affetta da patologie invalidanti e degenerative, 2 ischemie pregresse e alimentata artificialmente. L'ospedale dove era ricoverata voleva solo rinchiuderla in una casa di cura o Rsa (Residenza Sanitaria Assistita) o - senza eufemismi - ospizio. (Che sono tutte a pagamento e si parte dai 1500 euro in su. Per chi ce l'ha! Ma ne parleremo un'altra volta.)

Dopo esser stata resuscitata a seguito di un'emorragia cerebrale, la clinica di riabilitazione prima e un nuovo ricovero in ospedale poi, avevano ridotto mia madre ad una larva umana!! Anche di queste cliniche di riabilitazione ne parleremo un'altra volta.

Una volta a casa, pensavo, supportata dai servizi territoriali, mia madre avrebbe vissuto gli ultimi tempi almeno in maniera dignitosa.

Mi ero informata prima di riportare mamma a casa che potevo attivare tutta una serie di servizi e ausili, attraverso il Cad (Centro di Assistenza Domiciliare) come stabilito da varie normative nazionali e regionali* ([vedi ultima pagina](#))

Quindi forte di tutte queste belle premesse/promesse ad aprile, una volta portata a casa mamma, mi reco al CAD (Centro di Assistenza Domiciliare) del mio Distretto ex 6 ora 5 (Presidio di Santa Caterina, ASL/RMC ora Roma2) per chiedere una serie di prestazioni (prelievi ematici, cambio catetere, iniezioni di eparina, visite specialistiche), ausili (un letto ortopedico, un sollevatore per alzare mia madre allettata, una carrozzina di dimensioni tali da poter entrare in ascensore, al bagno, ecc.) e la presa in carico di mamma dopo valutazione multidimensionale. Questo doveva essere il percorso attuato dal Cad, come stabilito da varie norme:

AD Accettazione della domanda, **VMD** (Valutazione Multidimensionale) e quantificazione del carico assistenziale, **Programmazione degli interventi** - PAI (Progetto Assistenza Individuale), **Preso in carico**,

Erogazione dell'assistenza, Verifiche.

Io ero sola e per nulla attrezzata. L'ospedale non aveva nemmeno attivato le Dimissioni protette come, mi hanno detto successivamente, poteva disporre per una paziente così fragile come mamma.

Ma al CAD mi hanno detto che dovevo avviare tutto da me. Ed allora è cominciato un percorso ad ostacoli che è andato persino aggravandosi.

Per avere la prima visita, ossia la millantata VDM (Valutazione Multidimensionale) ho dovuto urlare e piangere e allora un buon infermiere mosso a compassione, pur non avendone facoltà, è venuto a visitare mia madre. La vera VDM, se così si può chiamare è arrivata ad ottobre (da aprile che mamma era a casa!) ed è riasumibile così:

2 donnine, un'assistente sociale e un medico (alla domanda "Lei che medico è?" mi ha risposto "un medico del CAD" - sic!), che hanno appena guardato mia madre e dopo chiacchiere sul nulla mi hanno lasciato un foglio totalmente bianco con solo l'intestazione e il timbro ASL!!

Per avere i presidi, letto ortopedico, sollevatore, cateteri ecc. bisogna prima avere l'impegnativa del medico specialista, portarla alla sanitaria che fa il preventivo il quale preventivo va' poi portato all'ufficio protesi dislocato altrove e con orari diversi dal CAD e dagli altri uffici (ufficio pannoloni ad esempio o ufficio farmaceutico). E tali uffici non comunicano minimamente tra loro, ma deve essere il familiare a fare da intermediario!!

Per avere una visita specialistica, ad esempio l'urologo per i cateteri e il fisiatra per la fisioterapia e la carrozzina o il neurologo, bisogna recarsi DI PERSONA al CUP del Santa Caterina, dove le liste di attesa o sono chiuse o vanno all'anno successivo (la prossima visita neurologica per mamma è prevista a maggio 2017, prenotata a dicembre 2016!)

(continua in ultima pagina)

DALLA TEORIA...

COSA SONO I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Il D.Lgs. 502/1992, all'art. 1, definisce i LEA come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa (ticket), perché presentano evidenze di un significativo beneficio in termini di salute individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate.

Le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA sono il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini e sono divisi in:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli;
2. assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali, alle strutture semiresidenziali e residenziali;
3. assistenza ospedaliera in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

Il SSN garantisce l'erogazione di tali prestazioni attraverso soggetti erogatori pubblici (Aziende sanitarie e ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, IRCCS pubblici), privati equiparati (IRCCS privati, Ospedali classificati) e privati accreditati, con i quali le Regioni e le Aziende stipulano degli accordi o dei contratti, stabilendone la remunerazione.

Esistono tre tipologie di tariffe, predeterminate per singola prestazione:

1. le tariffe nazionali, stabilite periodicamente dal Ministero della salute insieme al Ministero dell'Economia;
2. le tariffe regionali, stabilite periodicamente dalle singole regioni;
3. le tariffe utilizzate per la "compensazione della

mobilità interregionale" (TUC, Tariffa Unica Convenzionale).

4.

L'articolo 15, commi da 15 a 18 del decreto legge 95/2012, ha disposto la determinazione di una tariffa massima per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale. Le tariffe massime costituiscono l'importo massimo rimborsabile a carico del SSN. Pertanto, gli importi tariffari superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali delle regioni che li hanno determinati.

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 affida la verifica degli adempimenti cui sono tenute le Regioni al Comitato LEA, che ogni anno predispone un questionario per la valutazione del raggiungimento degli adempimenti. E' la cosiddetta Griglia Lea, basata su vari indicatori (dall'assistenza ospedaliera alle liste di attesa, dal controllo della spesa farmaceutica ai dispositivi medici, etc).



ALLA PRATICA...

AZIONI DI GOVERNO E AGGIORNAMENTO LEA 2016

Secondo la teoria, la sanità italiana dovrebbe funzionare molto bene, nel decreto sono definite tutte le regole, la distribuzione dei costi tra i vari soggetti (Regione, Comune, utenti etc.) e i controlli che ne conseguono. Ma allora, perché quando abbiamo a che fare con problemi di salute ci troviamo a scontrarci con una realtà del tutto diversa e ostile?

Ecco alcuni esempi di come nella pratica venga gestito il SSN e quali sono le conseguenze che ricadono sulle spalle dell'utente.

1- Prestazioni gratuite diventano con ticket a pagamento.

Il decreto legge 78/2015 (Decreto Enti Territoriali), riduce il numero dei ricoveri "inappropriati" di riabilitazione ospedaliera e le giornate "inappropriate" di ricovero, trasferendo alcune prestazioni dai regimi di day surgery e di day hospital al regime ambulatoriale, stimando il maggior ticket, a carico dei cittadini, in circa 18,1 milioni di euro. Cioè prestazioni che prima per l'utente erano gratuite, diventano a pagamento attraverso il ticket.

2- I medici vengono "dissuasi" dal prescrivere esami clinici.

Negli aggiornamenti LEA 2016 è stata dedicata particolare attenzione all'appropriatezza clinica sull'assistenza specialistica ambulatoriale: diventa infatti obbligatorio per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico (art. 15, comma 1). In sede di definizione del contratto collettivo nazionale dei medici dipendenti del SSN e dell'accordo collettivo nazionale dei medici convenzionati con il SSN, dovranno essere individuate le modalità di applicazione della riduzione del trattamento accessorio e delle quote variabili a seguito di accertata non conformità dei comportamenti prescrittivi. Cioè se si valuta che un medico abbia "inappropriatamente" prescritto un esame clinico, gli viene decurtata una parte del salario.

3- Vengono tagliati gli esami di accertamento patologia gratuiti.

Negli aggiornamenti LEA 2016 sono state introdotte condizioni di erogabilità e indicazioni alla prescrizione appropriata per prestazioni ad alto costo o a rischio di uso inappropriato con l'introduzione di prestazioni "reflex", vale a dire prestazioni composte da 2 accertamenti diagnostici o clinici dei quali il secondo viene eseguito solo se l'esito del primo lo

richiede.

Cioè, se prima per un accertamento di patologia venivano eseguiti due esami, ora ne viene eseguito uno solo.

4- Viene tagliato il numero di utenti che usufruiscono di esenzione.

Sempre negli aggiornamenti LEA 2016: il gioco delle tre carte malattie rare, malattie croniche, prestazioni in esenzione

Viene rivisto l'elenco delle tipologie di malattie rare che danno diritto all'esenzione. Ne vengono introdotte oltre 110 nuove (con bassa numerosità dei soggetti interessati), ma ne vengono escluse altre (caratterizzate da una cospicua numerosità dei soggetti che ne sono portatori), tanto che si stima come modesto l'impatto economico di tale misura; viene rivisto l'elenco delle tipologie di malattie croniche con l'inserimento di nuove patologie, tra cui alcune escluse dall'elenco di malattie rare. Vengono modificate le regole per il diritto all'esenzione, riducendo il pacchetto prestazionale associato all'ipertensione - da cui discende una spesa rilevante per la sua larghissima diffusione - e a numerose altre patologie, eliminando alcune prestazioni e allungando la periodicità per altre.

Questo giochetto comporta una riduzione degli oneri a carico del SSN.

Quindi, a parole, sembra che la copertura del SSN si allarghi, perché andrà a coprire ben oltre 110 nuove patologie, mentre in realtà vengono coperti numericamente molti meno pazienti e molte meno prestazioni sanitarie. Cioè, anche in questo caso, nuovi oneri a carico degli utenti.

Contribuisci a CODICE ROSSO

Per suggerimenti o proposte potete venire: il lunedì e il venerdì dalle 19 alle 21 al Nido di Vespe via dei Ciceri 131; il giovedì dalle 18:30 alle 21 al Comitato di Quartiere Alberone a via Appia Nuova 357. Oppure ci potete scrivere all'indirizzo email sanitapubblica@inventati.org

Fino a luglio, grazie al buon cuore di qualche assistente del CAD che valutava gravi le condizioni di mia madre, sono riuscita ad avere alcune visite specialistiche (cardiologo, neurologo, urologo) in tempi abbastanza rapidi. Pensavo che il tutto poi procedesse da sé, nel senso che una volta effettuate le prime visite, le successive sarebbero state predisposte direttamente dagli specialisti, ossia che ci sarebbe stata la famosa presa in carico da parte del CAD. Nulla di tutto ciò. Gli specialisti con cui ho avuto contatti mi hanno riferito che il loro contratto di prestazione con la ASL prevedeva l'effettuazione delle visite nel nostro Distretto per solo un giorno a settimana. Si capisce così il perché di tali lunghe liste d'attesa!

Ma non bastava. A luglio ad un certo punto tutto è cambiato. E' stato appeso un cartello fuori la porta del CAD che recita "Si comunica che per applicazione del Decreto Regionale Lazio n. 00211 e in ottemperanza alla nota del Direttore del Distretto n. 67798 dal 7/7/2016 tutte le visite specialistiche domiciliari devono essere prenotate al CUP (esclusa visita nefrologica)"

Da allora ho provato in ogni modo ad avere un aiuto da parte del CAD. Avevo bisogno di un cardiologo e avevo prenotato la visita questa estate. Purtroppo quando mi hanno telefonato (da un telefono sconosciuto e senza nemmeno qualificarsi) poiché il giorno previsto per la visita domiciliare io non potevo esserci poiché dovevo lavorare – e nessun altro fuorché la badante poteva - la visita è stata disdetta!!

Mia madre si è tolta la PEG (il tubo nella pancia con il

quale viene alimentata artificialmente) e al CAD sono persino riusciti ad affermare (a seguito di mio reclamo scritto alla Direzione Sanitaria) che non ne avevano saputo nulla!!Dopo che io e mio fratello siamo stati 3 giorni al CAD e a telefonare a questo e a quello!!

La visita di un otorinolaringoiatra che effettuava anche esame di laringoscopia, utile a verificare la deglutizione di mia madre, mentre nel Distretto 12 (sempre ASLRoma2) è prenotabile tramite il CAD io ho dovuto pagarla fior di quattrini!!! Un'ecografia a domicilio? Impossibile. Lavaggi vescicali a domicilio. Si arrangi!

Ho dovuto imparare tutto da me perché non posso permettermi di pagare un'infermiera per ogni prestazione che mamma necessita.

Cosa mi offre il CAD al momento? Prelievi ematici (ma l'infermiere viene mandato dal Centro nutrizione artificiale del Sant'Eugenio) e cambio catetere vescicale. Entrambe prestazioni affidate a cooperative esterne, come anche lo sportello del CUP. Quindi lavoratori malpagati, con turni massacranti e soggetti a burn out.

Che società ipocrita questa! I nostri vecchi, finché possono essere fonte di profitto per le case farmaceutiche – che sperimentano nuovi farmaci per malattie ancora incurabili – o per le casa di cura e i centri di riabilitazione che percepiscono rette da capogiro per assisterli, vanno tenuti in vita.

Altrimenti diventano un problema privato, dei familiari che se ne occupano (se li hanno!), delle badanti malpagate se le hanno e se muoiono da soli e senza clamore è meglio per tutti.

* **NORMATIVE NAZIONALI E REGIONALI CHE REGOLANO IL CENTRO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

- dalla legge istitutiva dei Cad –Centri di Assistenza Domiciliare (1988: L.R. del Lazio n.80),

- al DPCM 14 Febbraio 2001 – Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie,

- ai successivi Piani Sanitari Nazionali (PPSSNN) che ribadiscono che l'assistenza territoriale domiciliare, l'ospedalizzazione domiciliare e l'assistenza domiciliare programmata e integrata della rete dei Medici di Medicina Generale (MMG) rientrano nei Livelli essenziali e uniformi di assistenza, da garantire in uguale misura e intensità su tutto il territorio nazionale... e confermano che deve essere il Distretto a coordinare tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistiche..... Viene anche dichiarato che «l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari» e che «la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione».

-ai nuovi LEA 2016 (Capo III art. 4, comma 2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce in particolare le seguenti attività e prestazioni: ...j) l'assistenza domiciliare programmata alle persone con impossibilità a raggiungere lo studio del medico perché non deambulanti, o con gravi limitazioni funzionali o non trasportabili con mezzi comuni, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa ed in collegamento, se necessario, con l'assis-

tenza sociale)

- e ribadito anche dall'Atto di riorganizzazione aziendale ASL ROMA 2 del 2016 (la nostra Asl di appartenenza ex ASL/RMC) "Il distretto (sanitario) esercita la funzione di tutela della salute dei propri assistiti.... Rappresenta il luogo dell'accesso dei cittadini nell'ambito del progetto di cura unitario che garantisce la effettiva presa in carico globale, realizzata attraverso rilevazione dei bisogni, programmazione, erogazione e valutazione dei servizi, così da fornire una risposta completa ai bisogni di assistenza territoriale, sia in forma ambulatoriale, che domiciliare e residenziale, nonché di integrazione tra servizi sanitari, e tra attività sociali e sanitarie, assicurando, mediante l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, una risposta concreta ai bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione di riferimento.

Snodo organizzativo strategico del sistema di erogazione delle cure domiciliari aziendale è la "Centrale operativa di riferimento per l'Assistenza domiciliare (CO C.A.RE), attraverso cui assicurare risposte coordinate e trasversali in tempi rapidi, in modo appropriato e pertinente ai bisogni complessi e diversificati delle persone in carico, ottimizzando le risorse disponibili secondo una logica di efficienza ed economicità.