

Al Ministro della Salute
On.le Beatrice Lorenzin
segreteriaministro@sanita.it

Al Sottosegretario
Ministero della Salute
On.le Vito De Filippo
segreteria.defilippo@sanita.it

Al Direttore generale della
Programmazione Sanitaria
Ministero della Salute
dott. Renato Alberto Mario Botti
dp.segreteria@sanita.it

Al Coordinatore Commissione Salute
Assessore Luca Coletto
assessore.coletto@regione.veneto.it
commissionesaluteveneto@regioneveneto.it

Al Coordinatore Tecnico Commissione Salute
Dottor Domenico Mantoan
segr.sanita@regione.veneto.it

Al Coordinatore Vicario
Commissione Salute
Presidente Regione Umbria
Dott.ssa Catuscia Marini
presidente@regione.umbria.it

Al Direttore Ufficio II
Programmazione sanitaria
Ministero della Salute
Dott.ssa Silvia Arca'
s.arca@sanita.it

E, p.c. Al Direttore generale delle professioni
Sanitarie e delle risorse umane del
Servizio Sanitario Nazionale
Ministero della salute
Dott.ssa Rossana Ugenti
segreteria.dgrups@sanita.it

Al Direttore Generale AGENAS
Prof. Francesco Bevere
dir@agenas.it

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Affari Regionali
Dott.ssa Olimpia Chianese
o.chianese@palazzochigi.it

Prot. n.217/16 PN/pu

Roma, 25 agosto 2016

Facendo seguito alla nostra nota prot. n. 71/15 PN/pu del 04 maggio 2015, inviata al Ministero della Salute e al Presidente della Conferenza Stato Regioni per portare il nostro contributo alla discussione sui nuovi LEA e alla risposta del Ministero della Salute dell'8 maggio 2015, con la presente vorremmo porre alla vostra attenzione che le nostre osservazioni di allora non sembrano essere state recepite, a quando si può leggere dalle bozze circolanti in rete, nonostante le rassicurazioni ricevute dai funzionari del Ministero e le potenziali ricadute negative che tale mancato recepimento potrebbe a nostro avviso portare in termini di costi per i cittadini e per il sistema sanitario.

In vista dei prossimi ultimi passaggi istituzionali del provvedimento, si reinviano tutte le precedenti osservazioni per vostra valutazione.

Nello specifico, quale nota di accompagnamento, vorremmo focalizzare l'attenzione su tre punti.

Cure domiciliari. Il comma 3 dell'art. 22, ai punti b e c, prevede che l'attivazione di cure domiciliari integrate (ADI) di II^a e III^a livello avvenga previa definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) ovvero di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI).

AIFI ritiene che debba essere previsto un solo progetto sulla persona, il Progetto Assistenziale Individuale (PAI), emergente da una valutazione multidimensionale e multiprofessionale, coordinato dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta e, più in generale, dal sistema delle Cure Primarie. E' all'interno di tale progetto che è opportuno siano integrate anche le competenze di fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali che, ricordiamolo, agiscono anche nei campi della prevenzione e della cura, non solo nella riabilitazione.

Si precisa che l'aver previsto il PRI in alternativa al PAI, comporta il rischio che, nelle Regioni che abbiano recepito quel documento foriero di inefficienze e inappropriatezze che sono i Piani di Indirizzo della Riabilitazione del 2011, ci possano essere progetti redatti e coordinati da un medico fisiatra totalmente avulsi dal Sistema delle Cure Primarie, sistema che, a nostro avviso, deve restare il riferimento unico per la presa in carico della persona a livello territoriale.

Semmai sarebbe fondamentale che l'"assistenza", laddove fosse ancora intesa come sola soddisfazione di bisogni, si contaminasse sempre più di logiche "abilitative e riabilitative", intese come insieme di interventi volti al progressivo aumento delle competenze della persona e dei suoi care-givers, con conseguenti riduzioni dei loro bisogni, aumento del loro spazio di autonomia e benessere e conseguenti riduzioni dei costi sociali. E per far questo l'integrazione diretta nel sistema delle cure primarie di professionisti quali fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, educatori professionali, t.e.r.p, ortottisti, podologi, t.n.p.e.e, risulterebbe fondamentale.

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Rispetto all'allegato 4 del DPCM, la scrivente associazione apprezza il tentativo di orientare valutazioni e rieducazioni secondo l'ICF ma il prodotto finale appare frammentato e in parte ridondante. Si rappresenta, ad esempio, che il sistema neuromuscoloscheletrico è un unicum integrato pertanto l'aver distinto tre valutazioni ("valutazione delle funzioni delle articolazioni e delle ossa", "valutazione delle funzioni muscolari", "valutazioni del movimento") è un puro esercizio di stile che potrebbe comportare solo un inutile aumento di complessità amministrativa e, forse, di costi per il cittadino. Sarebbe stata sufficiente una unica voce

“valutazione delle funzioni neuromuscoloscheletriche e correlate al movimento” onnicomprensiva delle funzioni previste dal capitolo 7 dell’ICF.

Una criticità maggiore, a parere della scrivente Associazione, è invece l’aver inserito le valutazioni funzionali e rieducazioni pressoché tutte solo nella branca “Medicina fisica e riabilitazione”. L’effetto potrebbe essere che, alla luce delle attuali disposizioni in materia, uno specialista di altra branca (ad esempio cardiologo o pneumologo) che volesse associare in una impegnativa una prestazione resa da un fisioterapista (o un logopedista...) e un esame strumentale della propria branca, oggi non potrebbe farlo. Le due prestazioni andrebbero in due impegnative diverse con i relativi maggiori costi per il cittadino e complessità gestionali per il sistema. AIFI, torna a chiedere, pertanto, a codesto Ministero che le valutazioni funzionali (di cui ai codici con prefisso 93.01) e le rieducazioni (di cui ai codici con prefisso 93.11 e correlate) siano inserite anche nelle branche specialistiche omologhe per competenza (neurologia, urologia, ortopedia, pneumologia, neuropsichiatria infantile ...), per permettere alle Regioni la composizione di pacchetti valutativi e terapeutici, secondo la tabella proposta in allegato 1, che non richiedano necessariamente la produzione di più visite e di più impegnative con conseguenti ulteriori costi e liste di attesa per i cittadini.

Rispetto alle rieducazioni, apprezzabile anche è la scelta di aver previsto come Livello Essenziale di Assistenza le terapie fisiche e strumentali solo in associazione a rieducazione motoria. Altrettanto apprezzabile è l’aver superato la rigida dicitura “ciclo di 10 sedute” del precedente nomenclatore verso un “ciclo fino a 10 sedute” che può permettere l’articolazione di percorsi più appropriati, a patto che sia prevista la possibilità per il terapeuta di definire, in accordo con il medico, il numero di sedute entro il massimo di 10 per ciclo.

Questa flessibilità dovrebbe essere estesa a tutti i codici di rieducazione (come nel caso della rieducazione di gruppo), così come da noi a suo tempo segnalato ed esplicitato sempre in Allegato 1.

Assistenza protesica. Rispetto all’insieme di provvedimenti relativi a protesi e ausili, i fisioterapisti supportano con le loro osservazioni quelle dell’Associazione delle persone con disabilità e dei cittadini e dei tecnici ortopedici. La criticità maggiore sembra essere la volontà di acquistare a mezzo gara ausili complessi per la mobilità personale. Si puntualizza che per quanto una gara possa essere correttamente strutturata difficilmente riuscirà a tenere in considerazione tutti gli aspetti di personalizzazione dell’ausilio che sono necessari per poter garantire la massima rispondenza dello stesso ai reali bisogni dell’utente. Altro punto di debolezza del documento è il non aver considerato che nella definizione dell’ausilio, oltre al medico prescrittore, contribuiscono, perchè previsto dai rispettivi profili, diversi professionisti sanitari ai quali dovrebbe essere riconosciuta quantomeno visibilità nel percorso di valutazione e scelta dello stesso. Ad esempio, il fisioterapista ha un ruolo fondamentale nella definizione degli ausili per la mobilità e non solo. A nostro avviso sarebbero maturi i tempi per prevedere un ruolo forte ed esplicito della nostra professione, come di altre figure professionali, nei percorsi di valutazione, definizione, addestramento all’uso, verifica e riutilizzo degli ausili. Ci si rammarica che la riforma dei LEA non abbia saputo cogliere questa occasione per dare un impulso di maggiore efficienza a questo sistema che assorbe una parte consistente delle risorse pubbliche.

Ci si rammarica, altresì, dello scarso coinvolgimento delle varie componenti del sistema salute messo in atto dal Ministero nel percorso di elaborazione dei nuovi LEA: nello specifico, AIFI è l’associazione

riconosciuta dal Ministero stesso come rappresentativa della categoria dei Fisioterapisti che sono, dopo quella degli Infermieri, la seconda professione sanitaria per numerosità. La scrivente associazione sta proponendo, in vari eventi e pubblicazioni, modelli organizzativi innovativi nel campo della fisioterapia e della riabilitazione, già adottati peraltro in alcune Regioni, che puntano a superare logiche "vecchie" e potenzialmente foriere di inefficienza e inappropriattezza per i sistemi sanitari e di costi e tempi di attesa maggiori per i cittadini.

È per quanto sopra che ci spiace non avere potuto avere un confronto fattivo con il Ministero della Salute che, a quanto pare, ha scelto, nel nostro campo, interlocutori ed esperti che propongono modelli che mirano a garantire la propria autoconservazione e non a dare risposte tempestive e precise ai bisogni dei cittadini.

Auspichiamo nella fase finale e prima dell'applicazione del Decreto sui LEA che si possano prendere in considerazione le nostre osservazioni che sono state fatte, prima di tutto, a vantaggio dei cittadini.

Restiamo per questo disponibili ad una vostra convocazione per poter spiegare anche di persona la nostre proposte.

In attesa di cortese riscontro, si inviano i più cordiali saluti.

Il Presidente Nazionale A.I.F.I.
Dott. Mauro Tavarnelli

A handwritten signature in black ink that reads "Mauro Tavarnelli".