

Audizione 6 dicembre 2016 - Commissione Igiene e Sanità

Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Nel provvedimento sui LEA, al di là della formalizzazione in più aree specifiche, il ruolo del Medico di Medicina Generale viene richiamato nei suoi compiti, funzioni e ruolo in più ambiti.

Si rende pertanto necessario un processo di sistematizzazione delle diverse aree rispetto alle funzioni specifiche, poiché la derivata organizzativa delle aziende sanitarie comporta la creazione di strutture a compartimenti stagni che non permettono alla medicina generale, di fatto coinvolta solo nella assistenza di base (distretto o dipartimento di cure primarie), di partecipare alla governance/esecuzione degli altri aspetti (prevenzione, integrazione ospedale territorio etc). Appare evidente che i LEA andrebbero completati con il dettaglio di un Livello Essenziale Organizzativo che affronti tale problematica.

Area di collocazione:

E' l'area di assistenza distrettuale quella dove il medico di medicina generale è incardinato, ma il suo coinvolgimento è sempre maggiore in attività di aree differenti come quella, per esempio, della prevenzione o quella sociale.

Non dettagliare le modalità e gli strumenti di azione in queste aree potrebbe comportare, se lasciate a possibili determinazioni dei livelli organizzativi decentrati (Regioni o ASL), il rischio di iniziative o di stagnazione.

La mancata identificazione degli strumenti attraverso i quali il medico di medicina generale interviene in aree riconducibili ma non strettamente riferite alle proprie funzioni porterebbe alla impossibilità di fare sistema e dunque evitare differenze nella intensità ed efficacia dell'assistenza.

Continuità Assistenziale e Turistica:

Nel capo dedicato all'attività distrettuale sembrerebbero eliminate dall'assistenza di base le attività di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) e di assistenza ai turisti.

Queste sono presenti in due articoli indipendenti che non vengono richiamati neppure tra le attività del comma 1, art 3 (*Aree di attività dell'assistenza distrettuale*).



Questa impostazione non consente la realizzazione della volontà più volte espressa di giungere al ruolo unico tra assistenza primaria e continuità assistenziale.

Riteniamo più efficace che venga riproposto lo schema dei vigenti LEA in cui le funzioni della continuità assistenziale e turistica sono commi dell'articolo riferito all'assistenza di base e non articoli specifici.

Appropriatezza prescrittiva:

E' stato molto apprezzato dalla categoria la revisione del principio economicistico che aveva creato criticità sul cosiddetto decreto appropriatezza riguardo le condizioni di erogabilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Proprio negli articoli riguardanti questo argomento (art. 15 e 16) i criteri di appropriatezza vengono ricondotti alla capacità del medico di decidere ed individualizzare il processo di identificazione diagnostica.

Andrebbe inoltre chiarito che, sempre per rispettare le condizioni di erogabilità e appropriatezza, nel caso necessitasse un prima diagnosi da parte di uno specialista il percorso fosse interno al sistema pubblico.

Così facendo si eviterebbero maggiori conflittualità tra medico di medicina generale e specialista, medico di medicina generale e paziente con aumento dell'impegno economico di quest'ultimo dovendosi rivolgere al sistema privato.

In ogni caso la necessità di sottoporre a prescrizione specialistica l'accesso ad alcune prestazioni, per lo più indotte dagli stessi specialisti già oggi, appare una soluzione penalizzante la medicina generale e determina il pagamento di un ticket occulto per il paziente (esempio il medico di medicina generale rileva la necessità di un test allergologico deve richiedere visita specialistica a cui segue test allergologico con il paziente che paga due ticket uno per visita e uno per il test diagnostico); il risultato è che il paziente potrebbe avere convenienza a rivolgersi direttamente al privato.

Cure odontoiatriche:

L'affidamento alle Regioni della valorizzazione delle cure odontoiatriche per la vulnerabilità sociale rischia di aumentare le differenze territoriali già ampiamente verificate, ampliando le differenze sociali e creando situazioni di vulnerabilità sociale maggiore.

In generale la Fimmg esprime un apprezzamento per il provvedimento nel suo insieme.

Oltre alle criticità espresse rimangono perplessità circa la corrispondenza di obiettivi così ambiziosi e le coperture economiche necessarie.