



VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici – pag. 26

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza in rapporto alle indicazioni del Patto per la Salute a cura della Direzione dell'Osservatorio

Il Patto per la salute necessita di essere tradotto in misure concrete di intervento. Il rischio, altrimenti, è che i documenti eccessivamente ampi ed ambiziosi restino inattuati, a testimonianza della sensibilità sociale degli organi istituzionali - capaci di individuare ed analizzare le crisi in atto - ma anche della loro incapacità o impreparazione a farvi fronte con misure concrete, tempestive, pertinenti ed efficaci. Come giustificazione viene di solito addotta l'insufficienza delle risorse finanziarie a disposizione. In termini di analisi di sistema, ciò accade perché tra la fase della presa d'atto delle problematiche da affrontare e il compimento operativo delle misure necessarie a livello territoriale, manca il documento intermedio di traduzione degli esiti dell'analisi in coerenti e pertinenti programmi d'intervento, formulati in termini di precise e definite linee di azione, che assicurano l'uguaglianza di trattamento dei cittadini. Quel documento mancante sta per diventare un atto ufficiale del sistema sanitario italiano ed è il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui Livelli essenziali di assistenza. Nel momento in cui il DPCM in questione diverrà ufficiale si completerà la linea processuale che:

- parte dai bisogni dei cittadini in materia di tutela della salute e di assistenza ai malati, postulata dalla stessa carta costituzionale;
- sistematizza il complesso dei bisogni e ne ipotizza le linee di risoluzione mediante un documento organico e programmatico, come è il Patto per la salute;
- definisce in dettaglio le misure di soddisfacimento dei bisogni, in modo che i cittadini possano usufruirne in maniera uniforme e concreta in tutto il Paese, e a ciò provvede, almeno in linea propositiva, il DPCM sui Livelli essenziali di assistenza;
- in concreto, invece, l'attuazione dei LEA è affidata alla potestà normativa e organizzativa delle Regioni e, in termini operativi, all'attività dei servizi delle Aziende sanitarie locali, avendo però sempre come termine di riferimento, per il rispetto dei diritti dei cittadini e per l'uniformità dei trattamenti, le indicazioni del DPCM sopra citato.

Va, quindi, accolto con compiacimento il Decreto in questione perché, quando diverrà atto ufficiale e sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, darà compimento effettivo al processo definitorio dei diritti alla tutela della salute e ne renderà concretamente realizzabili le indicazioni, specificando le tipologie e le condizioni della erogazione delle singole misure assistenziali.

Prima di commentare i contenuti del DCPM in questione, è opportuno fermarsi a valutare il sistema sanitario italiano nella sua globalità, come modalità unitaria di risposta ai bisogni di tutela della salute dell'intera popolazione. In questo campo, l'Italia ha le carte in regola, per avere con optato, con la riforma sanitaria, per la copertura assistenziale di tutta la popolazione, come diritto garantito dalla fiscalità generale, superando il frazionamento assistenziale legato a forme assicurative diverse per categorie di lavoratori, preesistente nel nostro Paese.

Sotto l'aspetto sistemico, dunque, il servizio sanitario italiano è apprezzabile per la sua organicità e per la compiutezza del disegno strategico che lo ispira. Non altrettanto può dirsi per le applicazioni territoriali, che registrano, invece, difformità realizzative, connesse alla segmentazione regionale delle competenze in materia di tutela della salute. L'intento perseguito dalla riforma sanitaria era quello di garantire "l'uniformità sostanziale" della tutela stessa, realizzandola attraverso le specificità proprie dei diversi ambiti territoriali e delle differenti sensibilità locali. Questo intento

era, ed è anche oggi, senz'altro apprezzabile, perché l'uniformità formale delle erogazioni può risultare discriminante e causa di difformità sostanziali in presenza di situazioni locali e fattori di rischio che necessitano di risposte differenti tra loro, in rapporto alla varietà delle cause generatrici. Tuttavia, la devoluzione alle Regioni della tutela della salute non ha conseguito compiutamente l'intento del legislatore. In luogo di ottenere l'uniformità sostanziale della copertura sanitaria, ne è conseguita una frammentazione organizzativa e una diversificazione territoriale, non funzionale a bisogni locali dipendenti da fattori di rischio specifici e tipici dei diversi ambiti regionali - il che sarebbe stato coerente con il disegno strategico della riforma - ma legati prevalentemente alle normative regionali, cioè al modo come i Consigli regionali e i rispettivi organi locali di governo della sanità hanno ritenuto di interpretare i bisogni sanitari della propria popolazione, organizzando i servizi preposti a provvedervi ed assegnando le risorse per il funzionamento dei servizi. L'effetto è stato di perdere di vista l'unità del disegno strategico di tutela della salute, di privilegiare soluzioni organizzative orientate più spesso agli interessi degli operatori che ai bisogni dei cittadini e di utilizzare l'argomento della scarsità delle risorse per giustificare ritardi ed inadempienze. In senso nazionale ne è conseguita la perdita della "uniformità" della copertura sanitaria dei cittadini.

Il Governo e le Regioni hanno convenuto sulla necessità di formalizzare in un documento ufficiale il complesso delle coperture assistenziali da garantire, come diritto, a tutti i cittadini, così da fondare su una solida base, l'uniformità della tutela della salute a tutta la popolazione. L'emanando DCPM sui Livelli essenziali di assistenza rappresenta l'adempimento di questo impegno. Esso definisce, in modo formale, i contenuti delle prestazioni di tutela della salute che il sistema sanitario italiano deve garantire, in condizioni di uniformità, in tutto il territorio nazionale. Alle Regioni spetta di stabilire "come" realizzare tale uniformità e come organizzare i propri servizi sanitari perché possano erogare le previste prestazioni di tutela della salute in rapporto alle differenti situazioni di rischio e di bisogno legate alle specificità territoriali.

A giudizio dell'Osservatorio l'impostazione del complesso normativo è apprezzabile perché configura i livelli di assistenza modulandoli sulla configurazione strutturale dei servizi che costituiscono nel loro insieme il servizio sanitario nazionale.

L'impianto strutturale del documento considera come momenti fondamentali, all'insegna dei quali definire i LEA: prevenzione collettiva e sanità pubblica; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera

Tuttavia una riserva l'Osservatorio ritiene doveroso formulare per quanto concerne l'articolo 9 del DPCM, nel quale viene trattato un argomento che è particolarmente rilevante per i malati oncologici. Il comma 2 di detto articolo stabilisce che il Servizio sanitario nazionale, nei casi in cui non esista valida alternativa terapeutica, garantisce l'accesso ai medicinali che sono commercializzati in altri Stati, ma non ancora in Italia, purché siano disponibili per essi dati favorevoli di sperimentazione clinica, nonché ai farmaci con indicazione terapeutica diversa, nel rispetto di condizioni particolari riportate nel comma medesimo. La riserva dell'Osservatorio non si riferisce al dispositivo dell'articolo in questione - che, anzi, è conforme a precise richieste avanzate dalle Associazioni dei malati - ma al fatto che la norma viene quasi completamente disattesa all'atto pratico e questa inadempienza penalizza i malati oncologici. Altra lacuna in tema di LEA è la mancata indicazione della "riabilitazione oncologica" come forma specifica di riabilitazione. Si tratta di una omissione particolarmente penalizzante per i malati oncologici, per i quali gli esiti delle misure terapeutiche sono generatori di difficoltà di vario tipo: fisiche, relazionali, lavorative. Interpellato in merito il Ministero della salute, si è appreso che esso intende la riabilitazione oncologica ricompresa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle seguenti patologie: le patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali, dell'autonomia comportamentale. Ma il tumore è una patologia diversa da tutte quelle sopra elencate ed è quindi portatore di bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili a quelli delle patologie citate. Pertanto, i malati di tumore e le Associazioni che li rappresentano rivendicano all'interno dei LEA una specifica menzione per la "riabilitazione oncologica".