



ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA/ Dal 25 ottobre scatterà la messa in mora

Cure Ue, l'Italia è in ritardo

E intanto i presidenti chiedono piena concertazione sul Dlgs attuativo

La direttiva sull'assistenza sanitaria transfrontaliera (2011/24/UE) andrebbe recepita entro il 24 ottobre. Ma con ogni probabilità l'Italia non ce la farà e sarà esposta al rischio di messa in mora. Roma ha infatti fissato nuovi termini per l'attuazione con la legge di delegazione comunitaria (la 96/2013) pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 5 settembre scorso, dandosi così una boccata d'ossigeno fino ai 90 giorni successivi. Per l'approvazione del decreto legislativo attuativo, a questo punto, la deadline slitta al 4 dicembre.

Un periodo di tempo necessario alle Regioni per concertare a livello politico le modalità applicative del provvedimento comunitario, che regola la fruizione di cure all'estero da parte dei cittadini Ue. Terminato il livello di analisi tecnica del testo (v. Il Sole-24Ore n. 26 e 36/2013), ora la parola passa ai governatori. È stato proprio **Vasco Errani**, giovedì scorso al termine della Conferenza dei Presidenti, a sollecitare un confronto più stretto con il Ministero. «Chiediamo al Governo - ha spiegato - di costruire insieme il decreto sulla mobilità sanitaria transfrontaliera. È un tema molto delicato».

Autorizzazione alle cure, definizione delle tariffe delle prestazioni da erogare ai pazienti, modalità di rimborso e ruolo di Regioni e Province autonome: questi i temi su cui i presidenti chiedono al Governo di discutere prima di varare il Dlgs attuativo. «La partita in gioco è notevole - spiega l'assessore alla Salute dell'Emilia Romagna **Carlo Lusenti** - perché chiama in causa un'armonizzazione dei sistemi sanitari europei e perché entra nel vivo dell'esigibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini europei. Mentre le Regioni, da parte loro, sono titolari dell'erogazione dei servizi e dei saldi

della mobilità internazionale degli utenti. Per questo dovremo affrontare - continua - alcuni nodi cruciali, a partire dall'autorizzazione preventiva, su cui per il momento l'orientamento dei tecnici è contrario perché limita la libertà di movimento. Altro tema è prevedere norme cedevoli che lascino alle Regioni la possibilità di derogare, in situazioni specifiche, alla normativa generale. Penso ad esempio a realtà di confine gravate da flussi inappropriati in uscita. Sul rimborso, infine, siamo orientati a modulare la scelta tra modalità diretta o indiretta sulla base della casistica che si presenta. Chi necessita di un intervento di alta specializzazione che non possa effettuare nella propria Regione o di terapie per malattie rare, ad esempio, avrà tutto il diritto a un saldo preventivo della prestazione».

Questioni calde su cui proprio il 24 ottobre, data ultima per il recepimento della direttiva, Cittadinanzattiva ha organizzato un incontro. «C'è il rischio concreto - avverte **Tonino Aceti**, coordinatore Tdm-Cittadinanzattiva - che la natura stessa della direttiva, orientata ad ampliare i diritti dei pazienti, esca stravolta da limitazioni dettate dai vincoli di spesa imposti alle amministrazioni locali. Penso, ovviamente, all'ipotesi rimborso indiretto e al differenziale dei costi tra spese sostenute e cash restituito al cittadino».

Intanto, proprio in questi giorni - sul filo di lana come la maggior parte dei Paesi Ue, Italia inclusa - le istituzioni europee hanno lanciato una campagna di comunicazione sui contenuti della direttiva. Destinatari: pazienti e operatori.

Barbara Gobbi
Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN «GAZZETTA»

In arrivo referti e pagamenti on line: istruzioni d'uso per Regioni e aziende

Scatta da novembre 2015 l'obbligo di consegna on line dei referti medici e dei relativi pagamenti da parte dei cittadini. A stabilirlo è il Dpcm 8 agosto 2013, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 243 del 16 ottobre 2013. Il provvedimento prevede la consegna, tramite web, posta elettronica certificata e altre modalità digitali, compreso il fascicolo sanitario elettronico, dei referti medici e il pagamento on line delle prestazioni erogate dal Ssn. Tranne le analisi genetiche, mentre per gli accertamenti sull'Hiv valgono sempre le regole della legge 135/1990 che prevedono «ogni misura o accorgimento per la tutela dei diritti della persona e della sua dignità» da parte degli operatori sanitari o di chiunque altro venga a conoscenza di un caso di Aids.

Cinque le modalità di consegna possibili dei referti: a) fascicolo sanitario elettronico (Fse); b) web; c) posta elettronica; d) posta elettronica certificata anche presso il domicilio digitale del cittadino; e) supporto elettronico.

La fase di applicazione del Dpcm durerà non oltre 24 mesi e in questo periodo l'azienda sanitaria dovrà rendere comunque disponibili in modalità digitale i referti, o le loro copie informatiche, relativi alle prestazioni di laboratorio, di microbiologia e di radiologia.

Il cittadino dovrà anche dare il suo consenso informato al trattamento dei dati personali per i servizi di refertazione on line. E in questo senso l'azienda sanitaria titolare del trattamento deve fornire un'informativa precisa sulle caratteristiche dell'offerta digitale della consegna, acquisire, appunto, il consenso al trattamento dei dati anche sanitari e consentirne la revoca del consenso in qualsiasi momento.

Per i pagamenti on line valgono le regole previste dal Codice dell'amministrazione digitale e per consentire di utilizzare in modo completo il servizio le aziende sanitarie devono adottare procedure telematiche per il controllo delle esenzioni per patologia o per reddito.

Il cittadino avrà comunque sempre il diritto di ottenere, anche a domicilio, copia cartacea del referto digitale e del reperto digitale «senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica».

L'azienda sanitaria potrà anche disporre di una serie di servizi aggiuntivi per il cittadino. Tra questi i servizi di notifica, grazie ai quali l'interessato sarà avvisato tempestivamente della disponibilità del referto oltre che tramite posta elettronica, anche con l'uso di sms e il servizio di inoltro dei referti digitali a un medico indicato dal cittadino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VIA LIBERA DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI

Psichiatria sul territorio, ecco le regole per i centri residenziali

Piani di trattamento individuali, case management, progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati definiti ed elaborati da un'équipe composta da medici psichiatri, psicologi, infermieri, educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica e operatori socio-sanitari. Si muovono su queste direttrici le linee di indirizzo sulla residenzialità psichiatrica approvate giovedì scorso dalla Conferenza Stato-Regioni e riservate a pazienti adulti con un quadro patologico limitato a disturbi schizofrenici, psicotici, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità gravi.

Il documento, che dà attuazione al Piano nazionale di azioni per la salute mentale approvato dalla Conferenza unificata il 24 gennaio, fissa i paletti entro cui Regioni e Province autonome dovranno organizzare le strutture sul territorio, che andranno inserite in un percorso uniforme di accreditamento. Perché sull'offerta di cure residenziali psichiatriche serve una svolta, imposta dai bisogni emergenti e dai nuovi modelli basati su percorsi clinici, reti e integrazione. Alle Regioni è chiesto uno sforzo non da poco, vista l'eterogeneità che le caratterizza.

I nuovi criteri muovono dalla presa in carico del paziente da parte del centro di salute mentale (Csm), che elabora un piano di trattamento individuale (Pti), nell'ambito del quale possono essere previsti, appunto, l'invio e il temporaneo inserimento del paziente in una struttura residenziale psichiatrica, per un trat-

La tipologia dei centri

Trattamenti a carattere intensivo

Indicazioni clinico-riabilitative: condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un ricovero in Spdc o in programmi di post acuzie; compromissione di funzioni e abilità di livello grave, di recente insorgenza anche senza residenzialità intensiva; problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale; aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Aree di intervento: clinico-psichiatrica; psicologica: interventi strutturati sia di carattere psicologico che psicoeducativo; riabilitativa: offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati, sia individuali che di gruppo di riabilitazione psicosociale, che prevedono anche il coinvolgimento attivo della persona nelle mansioni quotidiane della struttura e formazione/inserimento lavorativo; area di risocializzazione: attività di gruppo a carattere espressivo, ludico o motorio; area del coordinamento: incontri periodici di monitoraggio (ai fini della dimissione) con il Csm di riferimento.

Requisiti di personale: gli standard spettano alle Regioni tenendo conto delle attività: clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi; assistenza sanitaria per gli infermieri; educativo-riabilitativa per educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica; assistenza alla persona per il personale socio-sanitario.

Durata: massimo 18 mesi, prorogabili per 6 mesi con motivazione scritta e concordata con il Csm. I programmi post acuzie durano al massimo 3 mesi.

Trattamenti a carattere estensivo

Indicazioni clinico-riabilitative: condizioni psicopatologiche stabilizzate; compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, con insorgenza da lungo tempo e/o con pregressi trattamenti riabilitativi, nelle attività di cura di sé, oltre che nelle attività sociali complesse; problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare o sociale; aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Aree di intervento: clinico-psichiatrica (monitoraggio

periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la stabilizzazione clinica; psicologica (interventi strutturati di sostegno psicologico); riabilitativa (coinvolgimento del paziente nelle mansioni della vita quotidiana e in attività nel territorio); risocializzazione: attività comunitarie e di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio; area del coordinamento: incontri periodici di monitoraggio con il Csm ai fini della dimissione.

Requisiti di personale: i professionisti e il loro impegno devono essere adeguati alle attività richieste dall'intensità riabilitativa media dei programmi e dei livelli di intensità offerti, tenendo conto dei raggruppamenti di attività indicati al punto precedente.

Durata: non oltre i 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il Csm.

Strutture per interventi socio-riabilitativi

Tre le tipologie individuate, per fascia oraria e in base al livello di non autosufficienza dei pazienti, tutti non assistibili nel contesto familiare pur necessitando di programmi (la cui durata è definita nel Ptp) a bassa intensità riabilitativa.

Centri h24: pazienti stabilizzati, con bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica della patologia ma con marcate compromissioni nella cura di sé, nella competenza relazionale, nella gestione economica e nelle abilità sociali. L'aderenza al programma terapeutico deve essere almeno sufficiente. Prevalgono le attività di assistenza e risocializzazione.

Centri h12: pazienti stabilizzati; con compromissione di funzioni e abilità quotidiane insorte da tempo; problemi relazionali di gravità media. Aderenza al programma terapeutico "buona". Prevalgono le attività di risocializzazione e il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale.

Centri con personale per fasce orarie: pazienti con bisogni riabilitativi che richiedono supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività quotidiane; possibilità di godere di periodi di affiancamento personalizzato. Aderenza al programma almeno "buona"; prevalenti le attività di supervisione e risocializzazione.

tamento riabilitativo «con supporto assistenziale variabile». L'inserimento, in ambito Ssn, avviene esclusivamente a cura del Csm, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica e previa sottoscrizione di un «accordo/impegno di cura» tra Csm e utente. Che dunque non si caratterizza come soggetto passivo: il testo mira infatti - anche con il coinvolgimento della famiglia e del sociale - «a consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento».

Tre le tipologie di centri previste dalle linee di indirizzo, caratterizzate dal livello di intervento terapeutico-riabilitativo e dal livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo (si veda la tabella).

Ovunque sia indirizzato il paziente, il percorso clinico-assistenziale di ciascuno (Ptp) sarà declinato nel progetto terapeutico riabilitativo assistenziale, definito dall'équipe della struttura residenziale in coerenza con il Pti e in accordo con il Csm. Questi gli elementi comuni a tutte le schede di Ptp: dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale; motivo dell'invio da parte del Csm; osservazione delle problematiche; obiettivi dell'intervento; aree di intervento; indicazione degli operatori coinvolti; indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA