



COMUNICATO STAMPA

FAVO – FISH – FAIP – AISTOM – FINCOPP – AIMAR - AILAR - SENIOR ITALIA FEDERANZIANI

Il 10 maggio 2017, la Ministra della Salute On. Beatrice Lorenzin ed il suo Staff tecnico (n.d.r.: per i nuovi LEA) ha ricevuto in audizione i rappresentanti delle Associazioni maggiormente rappresentative.

Le proposte concordate con le Associazioni

Premesso che

1. il **D.M. Salute** del 16/06/16, istitutivo della **Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA** non prevede alcuna rappresentanza dei Cittadini (es.: **FAVO, FISH, Faip, Aistom, FINCOPP, AIMAR, AILAR, FEDERANZIANI**, etc.). Ciò in aperta contraddizione con l'Art.118 della **Costituzione**

(principio di sussidiarietà visto in senso orizzontale: il cittadino, sia come singolo sia attraverso i corpi intermedi, deve avere la possibilità di cooperare con le istituzioni nel definire gli interventi che incidano sulle realtà sociali a lui più vicine. Infatti, la crescente richiesta di partecipazione dei cittadini alle decisioni ed alle azioni che riguardano la cura di interessi aventi rilevanza sociale, presenti nella nostra realtà come in quella di molti altri paesi europei, ha dunque oggi la sua legittimazione nella nostra legge fondamentale. Quest'ultima prevede, dopo la riforma del Titolo V, anche il dovere da parte delle amministrazioni pubbliche di favorire tale partecipazione nella consapevolezza delle conseguenze positive che ne possono derivare per le persone e per la collettività in termini di benessere spirituale e materiale e con quanto previsto dal Patto della Salute (Comma 3, Art.26 – Istituzione di una “Cabina di Regia” con il coinvolgimento delle Associazioni di pazienti, dei cittadini e dell’industria) approvato dal Governo e dalla Conferenza Stato-Regioni;

2. in materia di qualità delle protesi e dispositivi medici i nuovi LEA devono prendere atto che la **Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità**, ratificata dall’Italia con la **legge n.18 del 3 marzo 2009** (in G.U. n.61 del 14 marzo 2009) prevede la partecipazione delle Associazioni;

3. grave è il dato che in materia di protesi e dispositivi medici non sia previsto un **“Audit Civico”** da parte degli utilizzatori. **Audit** da effettuarsi da parte delle Associazioni interessate e coinvolte. L’Audit deve essere posto anche a carico delle Centrali Acquisto regionali ed alla Consip;

4. nel DPCM non vi è alcun riferimento sulla **“appropriatezza prescrittiva”** e per i pazienti incontinenti e stomizzati non esiste un PDTA indicato dal Ministero della Salute o dalle Regioni, PDTA che guidino prescrittori e utilizzatori sin dal momento dell’accesso al servizio. Il diritto ad una soluzione assistenziale appropriata, infatti, non è in contrasto con i vincoli di spesa sanitaria, anzi la ricerca scientifica dimostra sempre più chiaramente che è possibile coniugare l'efficacia di ausili con l'efficienza economica. Se vengono forniti in modo appropriato (figura sotto), infatti, consentono di realizzare notevoli risparmi: si tratta di ampliare il campo di osservazione e **valutare il costo di un ausilio non solo sul semplice prezzo d'acquisto, ma sull'intero percorso assistenziale del paziente.**



Oltre all’inesistenza di riferimenti clinici (linee guida riconosciute, PDTA chiari ai pazienti), la fornitura di ausili per l’incontinenza non è mai vissuta dalle Aziende Sanitarie e Centrali Acquisto come un “percorso riabilitativo” ed un servizio offerto al paziente. Servizio costituito da una fase di analisi del bisogno (prescrizione), una fase di erogazione del prodotto (fornitura) e una fase di valutazione dei risultati (feedback); bensì, si limita alla mera fornitura di prodotto. Risulta dunque necessaria: a. la redazione di un PDTA chiaro e condiviso per le persone che soffrono di incontinenza e stomia, lasciando il proscrittore e l’utente liberi di effettuare scelte consapevoli e guidate da riferimenti

normativi *evidence based*;

b. attivare la promozione di una cultura d'ascolto attivo dei pazienti e delle associazioni che li rappresentano nella definizione del nomenclatore regionale, nella scelta dell'insieme delle aziende accreditate e nel monitoraggio dell'appropriatezza e qualità del servizio offerto. Inoltre, non è affatto vero che tutte le persone anziane colostomizzate e con ernia peristomale o prollasso non possano irrigarsi, di conseguenza è necessario interagire da caso a caso, agendo con "appropriatezza prescrittiva";

c. per incontinenti e stomizzati dai nuovi LEA sono spariti i cinque giorni lavorativi per ottenere dalle ASL i dispositivi medici. Orbene, qualcuno ci deve spiegare come potranno queste persone, alla dimissione ospedaliera, riuscire ad ottemperare le proprie funzioni fisiologiche, come svuotare la vescica, defecare od ottenere un pannolone?;

d. per i pannoloni sono **spariti dai LEA gli standard d'assorbenza** e di conseguenza ogni Azienda di settore è libera di fornire quello che crede e come meglio crede, e si badi bene parliamo di oltre 362milioni di euro l'anno, oltre iva e costi della filiera. Una minore assorbenza comporta un maggior consumo di pannoloni e di conseguenza un maggior danno ambientale. Le continue vessazioni da parte di Regioni, Centrali d'acquisto e Asl in materia di dispositivi medici (sacche, placche, cateteri, irrigatori, pannoloni, traverse, etc.) inducono a fornire prodotti di scarsa qualità provocando danni alle persone ed all'ambiente dovuti all'inquinamento;

e. il nuovo "**Codice degli appalti pubblici**" pone oggi la "**qualità**" al primo posto, ma di fatto nelle gare d'appalto sui pannoloni spesso la qualità è artatamente aggirata con mille stratagemmi tecnici. Sempre sulle gare d'appalto è da evidenziare che fondato è il rischio di un monopolio nazionale;

f. nulla è previsto per la **formazione del personale** sanitario prescrittore ed Uffici Protesi delle ASL (addetti alle Centrali Acquisto, specialisti delle strutture pubbliche e convenzionate).

Tanto premesso, è doveroso sapere che:

a. nei LEA l'aver unito sacche e placche sotto un unico codice è un grave errore gestionale ed economico per la Collettività. Ne consegue che devono avere codici differenti;

b. non è affatto vero che le persone colostomizzate che hanno un'ernia peristomale o un prollasso non possano irrigarsi. Dipende da caso a caso, di conseguenza parleremmo appropriatezza prescrittiva;

c. i pazienti colostomizzati nella stragrande maggioranza dei casi, a causa dell'intervento chirurgico hanno ernie peristomali, pertanto la "panciera" deve essere prescrivibile in fase "preventiva" e non solo quando il paziente ha ormai il prollasso o l'ernia;

d. bisogna correggere le pagine 40 e 41 della G.U. poiché la valvola anti reflusso non serve nelle ileostomie, ma è posta e serve solo nelle sacche di raccolta urine per pazienti urostomizzati;

e. a pagina 41 eliminare ai codici **09.18.07.006**, **09.18.07.012** e **09.18.08.006** le parole "**sacche a fondo aperto**", scrivendo **con dispositivo anti-reflusso e sistema di scarico raccordabile a raccoglitore da gamba o da letto. Leggere con rubinetto di scarico**;

f. a pagina 48 al codice **09.24.21** condom per urine (che tecnicamente parlando andrebbe definito "**catetere esterno**" e non **condom per urine**) eliminare la parola "**ipoallergenico**". Al secondo rigo

eliminare la parola “**o in lattice**”. Si osa far rilevare che il lattice per legge è vietato e che molte persone sono allergiche al lattice e chi è allergico può giungere alla morte. Vedere catetere *foley* (in solo silicone);

g. ai codici **09.30 ausili assorbenti l'urina** (e altre deiezioni) vanno reinseriti, migliorandoli, gli **standard d'assorbenza** ed il **test valutativo del manichino**, come suggerito dalle Associazioni pazienti nel “**Gruppo di lavoro sull'incontinenza urinaria e fecale**”, istituito dalla Ministra Lorenzin con **Decreto del 2 ottobre 2015**, e successive due proroghe;

h. inserire nel repertorio pannoloni “innovativi”, poiché lavabili e riutilizzabili (*n.d.r.: quindi riciclabili*). Tali pannoloni non solo si possono lavare in una comune lavatrice, ma durano 10 mesi con un utilizzo quotidiano;

i. onde evitare spreco di danaro pubblico bisogna sancire (Ministero delle Finanze) che per i pazienti ricanalizzati, deceduti o che per mille motivi non utilizzano i dispositivi medici contro l'incontinenza (pannoloni, traverse, cateteri, sacche, placche, etc.), tali ausili devono essere recuperati e riciclati dalle Aziende sanitarie locali, purché conservati in confezioni integre e non manipolate. Altrettanto dicasi per le protesi motorie, grazie alla sanificazione con appalto pubblico;

j. ogni anno si spendono in Italia non meno di 700milioni di euro in pannoloni, presidi per stomie e cateterismo, di contro non è previsto un “**Audit Civico**”. Audit da effettuarsi in modo anonimo o meno, dalle Associazioni di categoria accreditate ai Comitati Consultivi Misti Aziendali. L'Audit deve essere posto anche a carico delle Centrali Acquisto regionali e per la Consip.

Concludendo, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative come FAVO, FISH, FAIP, AISTOM, FINCOPP, AILAR, AIMAR e Senior Italia FEDERANZIANI, prendono atto della disponibilità della Ministra Lorenzin e del suo Staff tecnico di: emettere apposito comunicato stampa in cui viene ribadito l'impegno a recepire le nostre richieste scritte; in virtù della Convenzione ONU sulle persone con disabilità si impegna ad inserire nella “Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA” i rappresentanti delle Associazioni federate (FISH/FAVO/Federanziani); si impegna ad emettere una circolare esplicativa in merito alle persone incontinenti e stomizzate sulla “non obbligatorietà” di essere riconosciuti invalidi civili. FAVO, FISH, FAIP e Federanziani, non solo vigileranno sull'attuazione di quanto concordato, ma nelle more chiederanno audizione alla Conferenza Stato Regioni e al Dr. Cantone, affinché il **diritto alla salute** e alla **riabilitazione** vengano attuati senza regredire e senza discriminazione tra le differenti patologie.

Roma,11 maggio 2017

Per ulteriori informazioni: **080.5093389** (ore 9 – 14 giorni lavorativi)