

Il convegno SIMFER sui nuovi LEA, tenutosi a Ferrara dal 12 al 13 novembre ha evidenziato importanti elementi di convergenza sull'importazione prioritaria da dare alla strutturazione di ricaduta per la fase applicativa dei nuovi LEA e sulla centralità del territorio nel percorso di cura in Medicina Riabilitativa

1) Attività ambulatoriali:

- a) Unificazione delle attività ambulatoriali in unico sistema che superi il dualismo tra ambulatorio di "diagnosi e cura" e presidi ambulatoriali ex art. 26, basati non più sulla struttura né su un sistema basato sulle prestazioni ma sul livello di complessità del percorso di cura.
- b) Definizione di criteri di accesso basati su evidenze di appropriatezza e che diano luogo alla presa in carico da parte del Medico Fisiatra della struttura e che redige, in quanto responsabile il progetto riabilitativo individuale, con la attivazione di tutti gli aspetti correlati sia valutativi (pre e post) che prognostici/diagnostici, che terapeutici vengono così definiti dei percorsi e dei pacchetti diagnostico-terapeutici (attivati dal MMG e PLS con richiesta di V.F e problema aperto).

2) Settore ausili e protesi: si giudica positivamente la definizione dell'impianto generale della nuova normativa che verrà varato dai LEA, diventando esso un ulteriore strumento di significato riabilitativo nelle mani del medico della riabilitazione.

Grande attenzione verrà posta alle fasi successive ed all'intervento proprio e di competenza del livello regionale, a cui sono demandate azioni integrative, tra cui la definizione dei repertori etc.

La SIMFER ribadisce inoltre l'importanza dell'azione di manutenzione dei LEA

3) il valore della complessità e della intensività delle cure in ospedale così come sul territorio diviene il cardine del lavoro in riabilitazione e la discriminante per definire il livello di intervento richiesto agli operatori, tramite l'organizzazione di un dipartimento di riabilitazione basato su:

- a) definizione della intensività dell'intervento già in ospedale, con l'inserimento percorsi di "triage" per la definizione del percorso necessario.
- b) Remunerazione/classificazione dell'intervento in relazione alla complessità della struttura, della persona con la propria disabilità e del livello tecnologico e di risorse umane in campo.
- c) Valorizzazione dei percorsi di cura rispetto ai nodi
- d) Transmuralità ed organizzazione territoriale dell'intervento

In definitiva il lavoro di strutturazione dei percorsi di cura deve andare verso percorsi di duttilità che si plasmano nella complessità del bisogno della persona e non sulla statica prevalenza delle tipologie delle strutture.