

Dal Lazio in giù la priorità dei generalisti non è gestire i cronici ma curare pazienti per cui il Ssn quest'anno si è fermato

Liste d'attesa, esplosione al Sud

I medici di famiglia molisani chiedono al presidente-commissario Iorio un binario preferenziale per le urgenze locali
Finiti i soldi in cassa: le strutture delle regioni in deficit si fermano, ma c'è... il Molise

Milano - MAURO MISERENDINO

Il servizio sanitario si è fermato dal Lazio in giù. I soldi per pagare le prestazioni ospedaliere non ci sono, e le liste d'attesa per gli esami rimandano l'utenza al 2012. Soluzioni: andare nel privato e pagare tutto o cercare asilo nella regione più vicina. E il vaso di coccio in questo caso è il Molise, che pur commissariato sta meno peggio. Poco meno. Anche qui poco per volta i residenti hanno visto lievitare le liste d'attesa. E poco conta che a Isernia, Larino e Termoli siano stati potenziati dei servizi ambulatoriali nelle ultime settimane. Urge razionalizzare i servizi sul territorio. E i medici di famiglia sono a disposizione. Malgrado l'offerta ampia di prestazioni pubbliche – con sette ospedali pubblici dell'Azienda sanitaria locale unica molisana Asrem e due Istituti scientifici, la Cattolica di Campobasso e Neuromed di Pozzilli-Isernia – il Molise, piccola regione di 300 mila abitanti, da mesi non riesce a ridurre le attese dei residenti. Il responsabile continuità assistenziale della Fimmg Giancarlo Totaro, sui media ha lanciato due messaggi forti: la condanna del clientelismo che impedisce all'Asrem di riassegnare i posti nei poliambulatori a seconda delle esigenze dei bacini d'utenza e la richiesta di aiutare i generalisti ad indirizzare meglio gli assistiti.

Effetto domino sulle attese

La disamina del segretario regionale Fimmg assistenza primaria Peppino Licursi offre lo spaccato di ciò che è l'assistenza sanitaria in un Sud martoriato dai piani di rientro. «Il Molise confina con Lazio, Campania e Puglia. Tutte e tre le regioni razionano le prestazioni (Lazio e Campania sono commissariate come il Molise ma con un debito complessivo superiore, ndr). I cittadini di queste regioni trovano conveniente curarsi qui ed entrano nelle nostre liste d'attesa, e il collo di bottiglia si allunga, sicché per un'ecografia attendiamo tutti 3-4 mesi e lo stesso per altri esami strumentali. Però, se si va nel privato lo stesso esame si ottiene subito». «Queste attese – aggiunge Licursi – non tengono conto delle diverse esigenze delle persone con impegnativa. I medici di famiglia non sono messi in grado di garantire continuità soprattutto sulle urgenze. Ma non solo. Ci sono pazienti che avrebbero bisogno di ricoveri semi-urgenti in day-hospital; questa formula però non ovunque è disponibile, ci sono posti dov'è sulla carta ma dove non c'è un'organizzazione dedicata. E mancano poliambulatori e

I FONDI DI PRIVATE EQUITY RIEMPIONO I VUOTI DEL PUBBLICO

MILANO - Una volta c'erano le mutue di categoria. Oggi sono le tariffe libero professionali scontate a sostituirsi a una sanità pubblica rincarata e latitante. Avviene al Sud come al Nord. Dopo che il decreto legge 98 riduce le prospettive di crescita della spesa pubblica in percentuale sul prodotto interno lordo, entro il 2014 la decrescita dei finanziamenti produrrà al Fondo sanitario nazionale minori afflussi per 10 miliardi di euro, 20 mila miliardi di vecchie lire.

In questo contesto, parte da Milano un tipo di sanità non-profit o di nuovo for-profit che abbatte le tariffe delle prestazioni al pubblico ai livelli del ticket o anche sotto. Ha iniziato il Centro Medico Santagostino, idea del fondo di private equity Oltre Venture, offrendo visite specialistiche accurate a 60 euro. Sempre a Milano (via Jenner) è attivo un poliambulatorio che offre visite a prezzi calmierati, frutto di un'idea di Welfare area servizi realizzata dalle coop legate alla Caritas ambrosiana, con personale proveniente dagli

WELFARE STATE ADDIO

Riduz. spesa pubblica dl 98/2011

2012: PIL +3% SAN +0,5%

2013: PIL +3% SAN +1,4%

2014: PIL +3% SAN +1,4%

Sanità pubblica al 6,3% del Pil

In termini reali -10 Mld (5+5)

(Fonte: F. Spandonaro, "Sostenibilità del Welfare sanitario: quali prospettive nel prossimo triennio")

poca specialistica ambulatoriale territoriale. Fino ad oggi ecografi ed elettrocardiografi si sono visti per lo più dentro gli ospedali e questo significa che ci sono poche ore a disposizione di un'utenza doppia rispetto a quella sulla quale è stata parametrata l'offerta di prestazioni (non quella di letti!). Speriamo nelle tre strutture aperte alla vigilia delle urne dal presidente rieletto e commissario Angelo Iorio».

L'impero dell'Asrem

La situazione del Molise, che pure ha punte di eccellenza (a volte nella stessa città, come nel caso delle ottime oncologie della Cattolica e del Cardarelli di Campobasso) è un po' il riflesso dell'attuale situazione del Sud, dove solo la Basilicata mantiene i livelli essenziali di assistenza – secondo il Monitoraggio sul mantenimento dell'erogazione dei Lea del 2009 – e dove gli improvvisi stop all'assistenza ripropongono, sotterraneo, il fenomeno della migrazione sanitaria interregionale. La Campania ha so-

speso l'assistenza diretta per le prestazioni diagnostiche strumentali. Ecografie, radiografie e Rmn i pazienti, anche quelli oltre i 65 anni, le devono pagare andando dal privato, di tasca loro. La Puglia ha un problema analogo che spinge ad escludere gli over 65 dalle esenzioni, se sani. Ergo, un'ecografia costa 60 euro. In Ciociaria analoga situazione, e liste d'attesa lunghe; i ciociari sui blog chiedono come ci si cura a Caserta e Isernia. Le risposte portano sempre più spesso al Molise.

Ok a ricette fuori regione

«Mentre l'Asl di provenienza non rimborsa i farmaci acquistati fuori regione con la nostra ricetta, per i test c'è ancora una compensazione interregionale per cui la mia ricetta di Napoli per una Rx o una Tac "vale" a Isernia, e se la sanità molisana costa meno diventa conveniente emigrare in cerca di cure per un cittadino campano o laziale», spiega Saverio An-

ospitali di Garbagnate, Sacco e San Paolo e mobilitato da convenzioni apposite. Per iniziativa del privato Centro Medico Ambrosiano ha aperto inoltre un terzo poliambulatorio (Medici per tutti), che offre esami e visite a tariffe scontate e graduate secondo reddito, fino ai 26 euro della specialistica per chi ha redditi entro i 23 mila euro.

Al congresso Fimmg Federico Spandonaro dell'Università di Tor Vergata spiega che non si poteva scegliere momento peggiore dal punto di vista della crescita economica per la transizione al federalismo. Quest'ultimo prevede che le regioni ricche – raggiunto il pareggio e garantiti i livelli di assistenza a costi dei servizi generalmente inferiori agli attuali (i cosiddetti "costi standard") aiutino le povere versando a un fondo di perequazione. Ma se ieri la perequazione doveva garantire la media dei servizi offerti dalle regioni, ora mira a mantenere l'essenziale. Che comprende meno benefit e più vuoti assistenziali di fine anno.

nunziata, medico di famiglia del Sumai, che

sulle piaghe dell'assistenza al Sud organizza a Napoli una Conferenza delle Cure Primarie (22 ottobre Grand Hotel Santa Lucia). «In Campania, poi, molto risentiamo dei tetti alla spesa pubblica imposti annualmente – prosegue Annunziata – e si fa strada in Regione l'idea di un monitoraggio mese per mese affinché non si verifichino più i vuoti assistenziali in autunno, una volta sfiorati i tetti. Nel 2012 la nostra regione forse lo applicherà». Ci sono anche le proposte dei medici di famiglia, alla partenza del nuovo tavolo contrattuale aperto dal sub-commissario Achille Coppola, che a dicembre dovrebbe portare alla firma della prima convenzione integrativa dopo anni di silenzio. «Le cooperative di servizio in medicina generale possono essere un'occasione per condividere comportamenti virtuosi nella prescrizione e percorsi diagnostico-terapeutici in

grado di razionalizzare l'uso della diagnostica e di mirare i tempi d'attesa in relazione alle condizioni dei pazienti».

Generalisti in soccorso al Lea

Non è altrettanto ottimista Licursi dal Molise (che pure aspetta la convenzione da 4 anni contro il decennio della Campania): «L'azienda sanitaria unica ha un'unica amministrazione ma restano le diversità delle quattro vecchie ex Asl e le contraddizioni che hanno portato al deficit, contraddizioni che il nuovo presidente dovrà prendere di petto chiunque egli sia, a partire dall'Assistenza domiciliare integrata, che ancora una volta è co-gestita con l'ospedale e questo porta disomogeneità poiché ci sono strutture e medici collaborativi (Isernia) ed altre no. Noi medici di famiglia chiediamo di essere ascoltati su questi problemi e in generale su tutti i temi nei quali il nostro contributo può portare al ripristino dei livelli essenziali di assistenza che la nostra regione dovrebbe garantire a tutti».

Onda e Fondoimprese uniti per prevenire lo stress lavoro correlato

Donne sentinella sulle diseguaglianze sociali Da Milano corsi di formazione per lavoratrici

MILANO – Dove il pubblico fallisce e le assicurazioni latitano o coprono i più ricchi, l'altra faccia dell'assistenza (da parte le offerte sui portali dei gruppi d'acquisto come Groupon) dovrebbe essere il Welfare aziendale. Un termine noto in America, dove molti datori di lavoro pagano per le assicurazioni dei dipendenti o le garantiscono di tasca propria, e nel Nordeuropa. Che qui si usa con timidezza. Ma attenzione. L'Italia è comunque partita. La nostra legislazione ha imposto alle imprese di valutare lo stress lavoro correlato dall'inizio di quest'anno. E' un adempimento che anche il medico di famiglia

inserisce nel Documento di valutazione del rischio infortuni in studio (Duvri). Dal Duvri alla richiesta – da parte dei lavoratori e soprattutto delle lavratici – specie nelle grandi imprese di sapere di più sui propri diritti di paziente la strada è breve.

Pochi sanno ad esempio – come ricordano le associazioni di pazienti per la lotta contro il cancro Aimav e Favvo – che a molti dei 700 mila pazienti affetti da tumore under 65, se è stata loro riconosciuta una riduzione cospicua della capacità lavorativa, un decreto recentissimo del 9 giugno scorso riconosce 30 giorni l'anno di

congedo. Chi può informare e formare se non il datore di lavoro? A Milano l'Osservatorio nazionale sulla salute

cento) pianto (41 per cento) e sindromi depressive (20 per cento). Il Comune di Milano monitorerà la riuscita del progetto.

E' il gentil sesso a segnalare di più gli abusi

La donna è il "genere" più esposto alle diseguaglianze ma come attesta *Corriere Medico* di quest'anno (numeri del 14 aprile a pagina 6 e del 12 maggio a pagina 5) anche il più pronto a segnalare soprusi e disfunzioni dei servizi sanitari.

Incontro Fnomceo

Ministero e regioni «La risposta a tutti i problemi? La riorganizzazione delle cure primarie»

VENEZIA – Due cose non sono più differibili nell'attuale contesto di declino dell'assistenza sanitaria: la trasformazione dei medici di famiglia in attori di gruppi multiprofessionali che rendano accessibili le prestazioni più semplici ai pazienti cronici e una formazione universitaria del medico a una "bioetica della sanità" dove accanto alla medicina di cura trovi posto anche la capacità di comunicare stili di vita sani. Sono i due pensieri "forti" usciti dal convegno della Federazione degli ordini con associazioni di pazienti e consumatori "La buona gestione della domanda di salute per la qualità, l'equità e la sostenibilità del Ssn".

Secondo l'ultimo rapporto Eurispes, i cittadini – sempre più poveri e sempre meno soddisfatti – si rivolgono a internet, dove trovano servizi a costi inferiori ma rischiano di restare intrappolati da offerte di cui non conoscono il "sottostante". Il vicepresidente Fnomceo, Maurizio Benato, ammette che la risposta dei sistemi sanitari a giovani esigenti e ad anziani con più patologie è spesso inadeguata. «I diritti più violati sono quelli alla prevenzione, al rimborso, alla terapia del dolore, al consenso ma anche – avverte – alla libera scelta e al tempo dedicato». A diritti da far valere dovrebbe corrispondere il dovere del cittadino di fare prevenzione specie sui fattori di rischio modificabili come l'obesità (molto legata al reddito e alla latitudine: al Sud la prevalenza di è del 29 per cento contro il 19 del Nord). In questi anni l'Italia ha operato una razionalizzazione delle patologie rilevanti che consente di affrontarle con più efficienza: il Piano sanitario nazionale 2011-2013 ne raggruppa dieci tipologie. Ma aggredirle – indica Benato – è difficile se non si agisce sulle diseguaglianze sociali e non si incentivano scelte salutari con un programma di comunicazione semplice e capace di abbracciare la gente e gli operatori della sanità, la cui formazione deve contenere nozioni di educazione agli stili di vita, igiene, prevenzione. Istanze che si trasformano in parte in progetti nella relazione di Fulvio Moirano, direttore dell'Agenza dei servizi sanitari regionali (Agenas), il quale punta su operazioni di accessibilità dei servizi sanitari. Il medico del territorio deve prepararsi a gestire l'ingresso del suo paziente anziano o neurologico nelle Rsa o in case protette, a elaborare strategie di assistenza domiciliare integrata e a gestire l'ordinario con forme di medicina di iniziativa, irrealizzabili senza che ci si interfacci con infermieri e altri professionisti nell'ambito di team territoriali. Non obbligatori, per ora, ma auspicabili.