



POLITICA E SANITÀ

Appello alla nuova politica: si riveda il federalismo in Sanità

È un appello corale quello che giunge da Roma in occasione di un confronto politica-istituzioni sul tema sanità organizzato da Ppa-Public affairs association in vista delle prossime elezioni: stop alle difformità di un federalismo sanitario che compromette i diritti costituzionali e le più normali regole del mercato. A discuterne, politici uscenti ed entranti insieme a rappresentanti del mondo sanitario e delle istituzioni. «Siamo un paese del tutto in controtendenza con i nostri 21 modelli sanitari regionali» dice **Luca Pani**, direttore generale dell'Aifa. «Il mondo regolatorio del farmaco, per esempio, si sta organizzando per implementare un modello di agenzia globale, un po' come la lata nel traffico aereo. In pratica, una sorta di autorità sovranazionale che detti le regole di fondo. In questo momento tutte le agenzie regolatorie dei diversi paesi stanno elaborando un documento che verrà discusso a Roma tra maggio e giugno. Già i confini dell'Europa sono stretti e, a maggior ragione, continuo a non capire un modello come quello italiano che prevede duplicazioni di funzioni e competenze». Sulla stessa lunghezza d'onda, **Giovanni Monchiero**, già presidente Fiaso e oggi candidato alle prossime elezioni: «Quando nacque la riforma del titolo V della Costituzione dissi che era mal scritta, ipotizzando effetti devastanti. Purtroppo la realtà ha dimostrato che le mie previsioni erano ottimiste. Abbiamo moltiplicato i centri di costo e discriminato nell'erogazione dei servizi, con un fallimento totale del modello organizzativo. Bisogna tornare a una visione unitaria della corretta gestione della tutela della salute». Infine, **Walter Ricciardi**, presidente dell'European public health association e anch'esso in competizione nella prossima tornata elettorale: «Il decentramento ha provocato forti divaricazioni tra regioni. Fatta eccezione per pochi esempi virtuosi, nella stragrande maggioranza dei casi si è verificata una catastrofe finanziaria con piani di rientro che hanno visto crescere la pressione fiscale sui cittadini a fronte di un peggioramento dei servizi erogati che li costringe poi ad andare fuori regione in caso di necessità. Bisogna sedersi intorno al tavolo e rinegoziare questa materia complessa in modo che si stabilisca una volta per tutte cosa è di competenza dello Stato e cosa delle Regioni, secondo criteri meritocratici che premino chi fa bene e sanzionino gli altri. In questo, però, deve tornare centrale il ruolo del ministero della Salute, che non può più essere condizionato dallo strapotere di quello dell'Economia che di fatto ha governato la Sanità in questi anni, delegando semplicemente alle Regioni il compito di erogare le prestazioni. Ministero della Salute, Aifa, Agenas, Iss vanno resi più forti e al passo con le sfide che ci attendono». **Nicola Miglino**

Aaroi-Emac contro accordo su competenze infermieri

«Definire limiti precisi tra professione medica e attività infermieristica» è questo secondo Aaroi-Emac (Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica) uno dei nodi cruciali da sciogliere, nella bozza di Accordo Stato-Regioni sulle competenze degli infermieri che tanto sta facendo discutere in questi giorni. Gli anestesisti Aaroi fanno sapere di avere manifestato perplessità sul testo al ministro Balduzzi già dal luglio scorso, senza aver ricevuto alcuna risposta. Ecco perché Aaroi, in linea con le posizioni dell'Anaa sottolinea come «l'accordo» non possa «attribuire agli infermieri competenze e responsabilità che la legge riserva ai medici». Altro punto rimasto irrisolto, sottolinea l'Associazione «è il rapporto tra competenze e responsabilità professionali che «non possono essere tra loro disgiunte nemmeno in parte, né possono essere genericamente e indistintamente attribuite ad équipes multi-professionali». In pratica non è possibile che il medico sia in qualche modo costretto a delegare parte della propria attività senza per questo "alleggerirsi" della relativa responsabilità. «La nostra posizione - conclude l'Aaroi-Emac - non è l'espressione di una casta che non vuole rinnovarsi, come qualcuno ha affermato, ma la manifestazione di una categoria che lavora quotidianamente sul filo del rasoio e che non intende lasciar correre su questioni che riguardano direttamente la sicurezza del paziente».

Chirurghi lombardi, no da day surgery ad ambulatoriale

I chirurghi lombardi - presenti con i propri rappresentanti in un incontro ieri a Milano - sono in allarme per una delibera della Giunta regionale (n.IX 4605 del 28/12/12 e n.IX 4716 del 23/1/13 che ne posticipa l'entrata in vigore a giugno) con cui si sposta un'ampia serie di interventi finora eseguiti in day surgery alla chirurgia ambulatoriale. Ciò comporta che il paziente non presenta un foglio di ricovero, ma una prescrizione di exeresi con pagamento del ticket; l'intervento viene eseguito da un solo chirurgo e un solo infermiere, e non da una normale équipe (due chirurghi, uno strumentista, un infermiere e, in caso di necessità, un anestesista); qualora sia necessario un pernottamento, si ha diritto a un letto "tecnico", non adibito ad assistenza ma solo a osservazione. «Esiste un vuoto normativo che riguarda il rischio clinico» denuncia **Marco d'Imporzano**, presidente del Collegio italiano dei Chirurghi (Cic). «Per questo tre punti vanno ribaditi con forza: non si possono prendere decisioni su questi temi senza che le società scientifiche siano preventivamente consultate, e comunque non è lecito istituire norme che mettano a repentaglio la sicurezza del paziente e quella dell'atto chirurgico». **Andrea Coda**, presidente dell'Italian society of abdominal hernia surgery (Ishaws), ha sottolineato come sia anomalo considerare "minore" la chirurgia di parete e la patologia erniaria: «Con questa delibera quali costi si pensa di ridurre?»

E che tipo di qualità si potrà offrire?» Non a caso, per sensibilizzare i cittadini sul tema, l'Ishtas organizza il 13 aprile una Giornata nazionale sulla chirurgia dell'ernia. «Penso che si possa anche arrivare a eseguire il 60-70% di questi interventi in chirurgia ambulatoriale» ha aggiunto **Francesco Puccio**, consigliere dell'Ordine dei medici di Brescia «ma con regole di sicurezza che devono essere condivise, e comunque stabilite dal clinico e non dal legislatore». «Ora» ha suggerito **Giovanni Muttillo**, presidente Ispasvi Milano-Lodi-Monza-Brianza «occorrerebbe un tavolo per ridefinire queste regole e presentarle in Commissione III».

Pneumologi a convegno: con tagli c'è rischio di estinzione

La pneumologia italiana è a rischio di scomparsa: smantellamento delle unità operative, minori investimenti sugli specialisti e accorpamenti in un «contenitore aspecifico di una medicina tuttologica». È questo il quadro che è emerso da due giorni di congresso nazionale degli pneumologi di Simer, Aimar, Safims, che a Verona, hanno parlato, tra le altre cose, anche di strategie per la governance delle patologie respiratorie, in particolare asma e broncopneumopatia ostruttiva (Bpco) che insieme costano al Ssn 14 miliardi di euro l'anno. L'equivalente, sottolinea provocatoriamente, **Roberto W. Dal Negro**, direttore scientifico del Centro nazionale studi di farmacoconomia e farmacoepidemiologia respiratoria (Cesfar) e promotore dell'evento, «di 1 punto percentuale di Pil, del 60% della raccolta dell'Imu e del 35% della manovra economica». E poi chiarisce: «C'è una tendenza ormai in atto da tempo a tagliare, ridurre, accorpare come fossero l'unica arma per ridurre e contenere i costi, mentre, invece, bisognerebbe attuare una prevenzione efficace e una governance adeguata che parta da una diagnosi corretta e da una terapia appropriata». Ma la realtà italiana si profila diversamente, stando a quanto afferma Dal Negro: «La diagnostica impegna solo il 6% dei costi delle patologie respiratorie, ma con poca diagnosi la terapia è fallace e, infatti, i farmaci rappresentano solo il 13% della spesa e l'appropriatezza di cura non supera il 18%. Mentre il 70% dei costi diretti è costituito da ricoveri ospedalieri, attività di pronto soccorso e visite mediche. Eppure esiste un'ampia documentazione che dimostra che per ogni euro investito nella gestione di asma e Bpco, ne tornano 2,5. Dunque è evidente che non si tratta di una spesa aggiuntiva ma di un investimento». Ma la tendenza in atto va in un'altra direzione: «Una situazione paradossale» commenta lo pneumologo «davanti all'aumento dei malati, vengono tagliati i posti letto e gli specialisti. Ma l'attuale situazione è di deriva lunga ed è già stato deliberato a livello regionale il ridimensionamento della pneumologia che dopo le elezioni sarà attuato. Si risparmieranno nell'immediato alcuni milioni di euro ma in poco tempo le spese aumenteranno di nuovo perché sono patologie costose e in aumento. Negli ospedali i medici di base e gli internisti avranno maggiori responsabilità e come grave conseguenza potrebbe verificarsi un ingolfamento dei Pronto soccorso e il disorientamento dei pazienti che non saranno adeguatamente curati e guidati». **Simona Zazzetta**