



11 novembre 2013

# DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

## POLITICA E SANITÀ

### Atto d'indirizzo, Corti (Fimmg): la bozza diffusa non fotografa la realtà

«La bozza di atto d'indirizzo per la convenzione di medicina generale diffusa da autorevoli quotidiani non è un atto ufficiale. E una volta che l'atto di indirizzo uscirà, non sarà legge dello stato. L'applicazione passa per le singole regioni». All'indomani del congresso Fimmg il responsabile comunicazione del sindacato Fiorenzo Corti commenta la versione circolante dell'atto "figlio" di ragionamenti condivisi delle regioni. Tra le varie affermazioni, colpiscono la possibilità ventilata in alcuni passaggi che figure ospedaliere in seguito alla riconversione di strutture entrino a far parte della medicina del territorio e l'eventualità che l'equiparazione tra medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale slitti di qualche anno perché prima andrebbe scritta una convenzione unica per tutte e due le figure. «Se si pensa di risolvere il problema della medicina di iniziativa chiudendo dei reparti ospedalieri e trasferendo personale sul territorio, o facendo del maquillage e cambiando l'insegna di un reparto, non vediamo dove sia il miglioramento nelle cure territoriali», dice Corti. «Quanto al ruolo unico, Fimmg mira a far sì che tanto la continuità assistenziale (medici pagati a ore) quanto l'assistenza primaria (medici pagati per scelte) svolgano le molteplici attività di competenza senza che i primi siano relegati a lavorare solo di notte e nei festivi. Ci vuole un coinvolgimento a 360 gradi. E qui torniamo alle differenze tra una bozza ideata a tavolino e la realtà, che parla di una medicina generale disarticolata in 20 regioni: esempio, l'atto di indirizzo parla di H24 sette giorni su sette ma la Toscana chiudendo la guardia medica alle 24 e affidando le altre otto ore al 118 sta facendo l'H16».

Mauro Miserendino

### Dopo reti per confrontare Drg ecco Nisan per costi standard

I costi standard sono una realtà che le aziende sanitarie possono raffrontare. Lo fanno da aprile 2009 ventuno tra Asl, ospedali pubblici e privati e Irccs nel Network Italiano Sanitario Nisan, rete che raccoglie informazioni sui costi delle attività di ricovero calcolati da ogni aderente con il sistema omogeneo di elaborazione dei costi CSO - Controllo Strategico Ospedaliero. Chi è nella rete può disporre dei valori standard dei costi degli episodi di ricovero classificati per Drg, regime, disciplina (<http://galliera.it/nisan>). Ad Aosta un convegno organizzato da SC Controllo di Gestione e Sistemi Direzionali ha fatto il punto sui prossimi sviluppi. Al direttore di SC Lorenzo Noto, esperto di sistemi sanitari, chiediamo se non sia una contraddizione aver varato nel 1995 i Drg nazionali per contenere la spesa sanitaria e ora, dopo che venti regioni hanno fatto loro Drg, creare altri parametri – i costi standard – per contenerla ancora. In realtà, Drg e costi standard sono due criteri diversi, ma se ne inizia a parlare nella stessa epoca. «Il decreto 15 aprile 94 all'articolo 2 al punto a) determina che le prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera siano remunerate secondo il sistema Drg. All'articolo 3 comma 2 a) precisa che il costo standard di produzione "...fa riferimento alla composizione e alla qualità di fattori produttivi utilizzati" ed al punto b) dice che "il costo standard è calcolato in via preventiva dalle regioni ... sulla base dei costi rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati, operanti nel Ssn"». «Da ciò si deduce che il costo standard è calcolato sulla base dei costi effettivi e non sulla base di costi calcolati a tavolino. Il peso Drg -che è invece tariffa calcolata a tavolino- ha altri limiti: deriva dal sistema sanitario Usa, che non contempla tra le componenti per il calcolo il costo dei medici; è uguale per tutte le aziende anche se ogni azienda ha una sua organizzazione; è uguale per tutti i pazienti di un certo Drg ma non tutti i pazienti sono uguali; infine, è uguale anche per tipologie di ricovero diverso. Se si utilizza il peso Drg per calcolare la tariffa e la tariffa per calcolare i costi si arriva all'assurdo di utilizzare la tariffa per costruire i costi e non i costi per calcolare la tariffa. Sono poche in Italia le aziende in grado di calcolare i costi effettivi per paziente, ma metodi riconosciuti ci sono. Nel 2011 due conferenze mondiali hanno stabilito che metodo di riferimento per determinare i costi standard in Sanità è l'«Hospital Patient Costing».

Mauro Miserendino

### Sempre più italiani non possono permettersi certificati malattia

È un problema di salute pubblica, ma ancor di più il segno di un disagio sociale: sono sempre più numerosi i lavoratori che, per non rischiare il posto, vanno al lavoro anche quando sono ammalati; chiedono al medico un certificato di breve durata oppure di evitarlo del tutto. Questa situazione allarmante è stata denunciata da Guido Marinoni, componente del Consiglio nazionale della Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg), a margine del congresso nazionale che si è tenuto la scorsa settimana a Roma. «È un fenomeno che, in base all'esperienza mia e di molti colleghi, si è esteso in particolare nell'ultimo anno – riferisce Marinoni – e si tratta specialmente di persone giovani con rapporti di lavoro precari, che cercano di evitare le assenze per malattia o di ridurne al minimo la durata, qualche volta anche quando sarebbero opportune». Il quadro è completato dalla

progressiva diminuzione di esami e visite specialistiche che comportano il pagamento di un ticket, perché molti cittadini non sono più in grado di pagarli e chiedono al medico se sono davvero indispensabili: «i lavoratori in cassa integrazione sono esenti, ma i casi più critici sono costituiti da cittadini con carichi familiari importanti sostenuti da un solo reddito; anche qui il discorso vale soprattutto per persone giovani, mentre alcuni anziani, pur esclusi dal pagamento del ticket, godono di un relativo benessere». Quindi, anche se soltanto il superamento della crisi economica e una riduzione del precariato potrebbero rimuovere le cause di queste difficoltà, Marinoni ritiene che una rimodulazione dei ticket potrebbe alleviare alcuni degli stati di maggiore difficoltà. Tra le conseguenze di questo stato di cose, c'è ovviamente il maggior contagio di malattie virali. «C'è il rischio – spiega l'esponente Fimmg - di vedere ridotti i buoni risultati ottenuti con la vaccinazione antinfluenzale, per la maggiore circolazione dei virus, si è più soggetti a recidive, e c'è il pericolo di complicanze e diffusione del contagio».

Renato Torlaschi

## **Poliomielite: l'Europa a rischio epidemico**

Un focolaio epidemico di poliomielite causato in Siria dal Wild-type poliovirus di tipo 1 (WPV1) e confermato dall'Oms potrebbe propagarsi alle regioni confinanti, Europa compresa. Non è un film di fantascienza, ma il concreto avvertimento su *The Lancet* di due infettivologi tedeschi: Martin Eichner dell'Università di Tubinga e Stefan Brockmann dell'Ufficio regionale di sanità pubblica di Reutlingen. «Molti paesi europei usano il vaccino antipolio inattivato (Ipv) al posto della vaccinazione antipolio orale (Opv) interrotta in Europa dopo rari casi di paralisi flaccida acuta (AFP), il sintomo principale della poliomielite» spiegano i ricercatori. L'Ipv, peraltro molto efficace nel prevenire la malattia, fornisce solo una protezione parziale. E in Europa, dove la polio è stata eliminata da decenni, la trasmissione del virus può essere evitata solo se la copertura vaccinale con Ipv resta alta in presenza di elevati standard igienici uniti a un basso affollamento. Ma ci sono sacche di popolazione a elevato rischio: si stima che 12 milioni di persone sotto i 29 anni non siano vaccinate o non abbiano completato la vaccinazione, che prevede tre iniezioni. «E dato il gran numero di profughi dalla Siria che cercano rifugio nei paesi europei confinanti dove la copertura vaccinale è bassa, come Bosnia-Erzegovina, Ucraina e Austria, l'immunità di gregge della popolazione può essere insufficiente a prevenire la trasmissione se il virus viene reintrodotto in comunità. Inoltre, dato che WPV1 causa AFP solo in un caso su 200, gli autori calcolano che il virus potrebbe essere in circolazione già da quasi un anno prima della comparsa del caso iniziale che permette di rilevare l'epidemia. «Vaccinare solo i profughi siriani, come raccomandato dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, potrebbe rivelarsi insufficiente» dicono i due esperti, raccomandando misure più incisive come la reintroduzione dell'antipolio orale. «Ma solo alcuni stati membri dell'Unione Europea ne consentono l'uso e non sono disponibili riserve» puntualizzano Eichner e Brockmann. E concludono: «Dato che le persone infette eliminano grandi quantità di particelle virali con le feci, lo screening delle acque reflue dovrebbe essere intensificato, specie negli insediamenti con un gran numero di profughi siriani».

*The Lancet*, Early Online Publication, 8 November 2013