



## POLITICA E SANITÀ

### Smi, bozza Regioni impedisce a mmg di tutelare salute cittadini

«Speriamo che le regioni ci ripensino, c'è il rischio di buttare via la storia della sanità di questo paese». Maria Paola Volponi, responsabile sanità territoriale del Sindacato Medici Italiani, attende come tutti i medici di famiglia le decisioni dei governatori delle regioni, che oggi a Roma s'incontrano, sull'Atto d'indirizzo, da pubblicare forse già venerdì. Tra i nodi evidenziati dai mmg: la regionalizzazione spinta delle aggregazioni, il taglio del 30% dello stipendio da destinare a nuove modalità di lavoro, l'affidamento di pezzi di assistenza a personale degli ospedali dismessi, l'abolizione del rimborso del sostituto per il medico sindacalista. «Se l'Atto passa com'è inizieremo un'opposizione dura – afferma Volponi – Smi dice no all'obbligo di partecipare alle forme associative decise regione per regione. Saremo in balia di 20 sistemi sanitari, alcuni avanzati e altri no, chiedo che almeno mi cooptino al tavolo a discutere. Il sindacato dei medici là interpreta i bisogni di salute, come l'amministrativo per conto del politico interpreta altre istanze dell'elettore». Poi c'è la partita economica. La convenzione è a costo zero, i medici non avrebbero aumenti per i loro sacrifici, «anzi indennità di gruppo, informatica e per il personale sarebbero ridistribuite in ogni regione entro un anno dalla firma dell'accordo nazionale. Ora, in alcune regioni finiremo nelle brutte copie degli ospedaletti della legge Mariotti, in altre non avremo nemmeno questa chance e i nostri soldi saranno reinvestiti su altro personale. E poi, una volta che si legasse una parte del nostro stipendio al lavoro nella casa della salute, magari per fare da "pronto soccorso minore", tenere il piccolo studio decentrato potrebbe diventare antieconomico. Con buona pace dei nostri pazienti, che resterebbero in balia ...dei burocrati».

Mauro Miserendino

### Aiop, 5 milioni di persone rinunciano a curarsi

È uno scenario di profondo disagio sociale, quello che emerge dall'undicesimo rapporto "Ospedali & salute" realizzato dall'Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) in collaborazione con Ermeneia e presentato ieri a Roma. Nell'ultimo anno, sono infatti 5,5 milioni le famiglie che hanno rinunciato o rimandato cure dentarie, 4,7 milioni cure specialistiche e 2,9 milioni esami di laboratorio. Parallelamente alla crisi che ha ridotto le disponibilità economiche di molti italiani, ha inciso l'aumento dei ticket: quelli sanitari per la diagnostica e le visite specialistiche sono lievitati del 22% dal 2009 al 2012 e quello sui farmaci è arrivato al 63%. I cittadini italiani hanno poi sborsato somme crescenti per il pagamento delle prestazioni intramoenia incrementato del 51% dal 2011 al 2012. Completa il quadro l'incremento delle addizionali Irpef regionali che ha toccato punte del 77%. L'indagine Aiop ha prodotto numerose cifre sulla sanità italiana e conferma la ridotta spesa ospedaliera pubblica, che è pari a 61,6 miliardi di euro e costituisce il 7% del Pil. È una percentuale inferiore sia alla media dei Paesi del G7 (8%) che a quella dei Paesi Ocse (7,8%). Gli ospedali pubblici dispongono del 70% dei 211 mila posti letto complessivi, mentre l'altro 30% si trova negli ospedali privati accreditati. Le strutture ospedaliere sono in tutto 1.125, producono 67,9 milioni di giornate di degenza, offrono lavoro a 650 mila addetti e curano 14 milioni di pazienti. Secondo l'Aiop, il sistema necessita di un processo di efficientamento e riqualificazione. Prima di tutto, serve «il riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, sia pubblici che privati», visto che questi ultimi rappresentano il 27,3% dell'attività complessiva ma costano solo il 14,4% della spesa totale. La seconda strada «è quella della trasparenza e della semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali, a partire dall'obbligo di bilanci trasparenti e confrontabili per tutti gli ospedali pubblici».

### Best practice, nel Libro Bianco Fiaso emerge il Sud

Assistere a casa gli anziani non autosufficienti di Prato formando le badanti; far aderire alle cure i malati psichiatrici a Trento; coprire con solo latte materno i nati prematuri a Bologna; creare tecniche low cost per identificare i degenti a Reggio Emilia per evitare errori; offrire supporto ai pazienti non cattolici a Roma. La sanità pubblica fa i salti mortali e li fa anche al Sud, per la prima volta in modo cospicuo - le esperienze dal Mezzogiorno sono circa un quinto delle 75 registrate dall'Osservatorio Fiaso sulle buone pratiche e presentate ieri ai media – e soprattutto permanente. Il 70% delle best practices 2013 selezionate nel Libro Bianco della Buona Sanità dalla Federazione Italiana Aziende Ospedaliere con il supporto Gsk, rimarrà come servizio per i cittadini, senza limitarsi all'arco della sperimentazione. «In tempi di crisi il Servizio sanitario dimostra che è possibile coniugare buona qualità e sostenibilità economica», dice il presidente Fiaso Valerio Fabio Alberti. E sottolinea come il personale Ssn abbia lavorato spesso «in condizioni non agevoli». Le esperienze in leggera maggioranza il territorio, con i percorsi di presa in carico delle cronicità, cui fa riferimento il 27% delle esperienze; seguono i modelli di sviluppo del personale (25%), i miglioramenti di qualità delle performance (24%), il rapporto medico-paziente (19%) e lo sviluppo del ruolo dell'infermiere (5%). La parte del leone la fanno Emilia Romagna con 25 esperienze, e Marche: da sole coprono la metà delle "buone pratiche"; ma spicca il Sud con il 18,7% di segnalazioni – in particolare 5 in Sicilia e 4 in Lucania - perché due anni fa non c'era. «Si può fare buonasanità anche al Sud -dice Giampiero Maruggi, numero due Fiaso e coordinatore dell'Osservatorio che ha messo sul sito Fiaso le 200 best practices fin qui raccolte – e questo mentre le tendenze centralistiche dovute ad esigenze di bilancio riaffiorano mortificando quell'autonomia di gestione senza la quale un'Azienda non può essere tale».

Mauro Miserendino