



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Ariano Irpino | problemi della sanità

Liste di attesa, il Tribunale del malato accusa

CittadinanzAttiva scrive
alla manager Morgante
«Accessi non uniformi»

Maria Elena Grasso

ARIANO IRPINO. Per CittadinanzAttiva e il Tribunale per i Diritti del Malato di Ariano Irpino c'è «assoluta assenza della partecipazione degli utenti e delle associazioni dei pazienti sul tema del governo delle liste di attesa». In una lettera inviata al manager dell'Asl di Avellino, Maria Morgante, e al sindaco di Ariano Irpino, Domenico Gambacorta, i due sodalizi ribadiscono che «si resta sbalorditi nel constatare dal monitoraggio dei tempi di attesa pubblicato dall'Asl che tutte le prestazioni strumentali vengono assicurate in tempi di attesa al di sotto di quelli richiesti dalla normativa».

«La sorpresa svanisce - scrivono Antonio Gambacorta e Cristina D'Amico - quando si effettuano le prenotazioni, al Cup, dai medici o presso le farmacie, e ci si accorge che l'Azienda in effetti non garantisce il «primo accesso» in maniera uniforme ed equo su tutto il territorio aziendale perché non ha ancora suddiviso il territorio della Asl in specifici «Ambiti di Garanzia» territoriale a valenza distrettuale o sovra distrettuale».

I tempi vengono rispettati solo perché si offre al cittadino di Zungoli o di Montecalvo, comuni dell'Ariane, di effettuare la prestazione a Monteforte o a S. Angelo dei Lombardi. Ovvero non ad Ariano Irpino. Si comprende così come, ad esempio, si è riusciti a ridurre a 10 giorni i tempi di attesa per una risonanza magnetica all'encefalo mentre ne occorrevano 85 ad ottobre e 62 a novembre 2017. Altro caso atipico è Eco(color) doppler Tsa a riposo assicurato in tre giorni di attesa a gennaio 2018 mentre ne occorrevano 128 ad ottobre e ben 269 a novembre e che poi, improvvisamente e senza alcuna giustificazione, è scomparso dalla possibi-

lità di effettuare la prenotazione. In pratica, il dato non viene più neanche monitorato.

«La nuova normativa regionale - riprendono Gambacorta e D'Amico - considera l'informazione e la comunicazione come momenti fondamentali ed irrinunciabili nella strategia delle Aziende Sanitarie, insieme al coinvolgimento e alla partecipazione dei cittadini nel determinare l'organizzazione e la qualità dei servizi per migliorare non solo il rapporto tra medici e pazienti ma anche quello tra strutture erogatrici di prestazioni sanitarie ed i cittadini che ne usufruiscono».

La Direzione Generale della Asl deve assicurare non solo l'informazione sul sito web ma verificare che le stesse siano facilmente accessibili, comprensibili, complete e, soprattutto, che le prestazioni, sia se erogate in regime istituzionale che in attività libero professionale, vengano usufruite in maniera equa su tutto il territorio della Asl. Nonostante ciò, Cittadinanzattiva e Tribunale per i Diritti del Malato sono sempre disponibili a fornire la propria collaborazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



5/3/2018

Turni di notte: possono essere pericolosi per la salute. Ecco un manuale per gli operatori sanitari

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 05 MARZO 2018

Turni di notte: possono essere pericolosi per la salute. Ecco un manuale per gli operatori sanitari

Quello del sonno e delle ore di sonno perse per i turni di notte tra i professionisti sanitari è un argomento piuttosto caro al British Medical Journal, che dopo aver lanciato allarmi di vario tipo, torna questa settimana sull'argomento proponendo una serie di consigli su come recuperare le ore di sonno perse tra un turno di notte e l'altro. A tutto beneficio della salute dei turnisti e della sicurezza dei pazienti.

Dormire abitualmente meno di sette ore per notte è un disastro per la salute e il benessere di un individuo. La scienza lo ha stabilito con chiarezza e lo ribadisce ad ogni piè sospinto. Ma la realtà è che il mondo occidentale, come ricorda **Fiona Godlee**, direttore del [British Medical Journal](#), vive nel pieno di un'epidemia di insonnia. E questo non fa che aumentare il rischio di depressione, ansia, demenza, ictus, cardiopatie, obesità, cancro, diabete e incidenti stradali. Ma al di là dei teenager e degli adulti che tirano tardi su internet o davanti ad un videogiochi, c'è chi al sonno è costretto a rinunciare per contratto. Tipicamente medici e infermieri.

Lo scorso anno, sempre il BMJ pubblicava un articolo dal titolo polemico: 'Rischio e fatigue: i conducenti dei treni sono più sicuri dei medici?' attirando l'attenzione sul fatto che la stanchezza gioca brutti scherzi sulla capacità di giudizio di una persona, qualunque sia il suo lavoro. Gli autori rivolgevano dunque un appello ai medici perché vigilassero sulla comparsa di segni di stanchezza non solo su loro stessi ma anche nei confronti dei loro colleghi; stessa raccomandazione veniva rivolta ai dirigenti delle strutture ospedaliere perché si assumessero la responsabilità di quanta stanchezza vanno accumulando i loro sottoposti.

A distanza di circa un anno dall'allarme lanciato da questo studio, **Helen McKenna** e **Matt Wilkes** avanzano una proposta concreta, *evidence-based*, di una possibile '[strategia del sonno](#)' per chi fa i turni di notte. Con tanto di infografica che l'*editor* di BMJ consiglia di stampare e appendere alla parete dello studio.

Questi i consigli per sopravvivere (e far sopravvivere) ai turni di notte in sicurezza:

Giorno prima del turno di notte: obiettivo: minimizzare il debito di sonno

- dormire e svegliarsi naturalmente (cioè senza la sveglia)
- evitare di prendere il caffè del mattino
- fare un sonnellino pomeridiano di circa 90 minuti (per completare un ciclo del sonno), tra le 14 e le 18

Durante il turno di notte. Obiettivo: aumentare la performance

- mantenersi attivi
- se possibile fare sonnellini di 10-20 minuti durante la prima parte del turno di notte
- prendere un caffè prima del riposino, ma far sì che sia l'ultimo caffè della notte
- evitare di assumere sostanze per restare svegli, per i possibili effetti collaterali
- consumare un pasto leggero
- affidarsi a delle check list nello svolgimento di compiti critici, per ridurre i rischi inerenti alla ridotta performance da stanchezza

Nelle ultime ore della guardia notturna, prima di tornare a casa:

- evitare caffeina e nicotina
- evitare l'esposizione alla luce piena uscendo dall'ospedale (indossare un paio di occhiali da sole, anche se è nuvoloso)
- considerare di tornare a casa utilizzando i trasporti pubblici, anziché mettersi alla guida

Nei giorni tra un turno di notte e l'altro. Obiettivo: minimizzare il debito di sonno

- cercare di andare a dormire il più presto possibile

5/3/2018

Turni di notte: possono essere pericolosi per la salute. Ecco un manuale per gli operatori sanitari

- prima di prendere sonno, evitare luci forti, schermi luminosi, alcolici
- dormire in una stanza al riparo dai rumori e tranquilla
- accettare il fatto che qualunque tipo e durata di sonno (anche quello frammentato o abbreviato) è sempre meglio che niente e massimizzate il tempo dedicato al sonno

Fare un 'reset' dopo un turno di notte. Obiettivo: ripristinare il normale ritmo del sonno

- cercare di dormire 90-180 minuti subito dopo il turno di notte
- uscite di casa quando vi svegliate
- la sera, cercate di andare a letto all'orario abituale
- evitare di dormire ancora durante il giorno, nei giorni seguenti

Maria Rita Montebelli

5/3/2018

Il Giuramento di Ippocrate. Meglio quello antico

quotidianos^{sanità}.it

04 MARZO 2018

Il Giuramento di Ippocrate. Meglio quello antico

Gentile Direttore,

c'è qualcosa di toccante e portentoso nel [giuramento antico](#) [di qui in avanti GA] di Ippocrate che offre una chiave di lettura del *crack* della professione medica e appalesa gli effetti deleteri che forme spregiudicate di promozione pubblicitaria, di facilitazione politico-industriale del reclutamento e di travisamento del ruolo hanno avuto sulla stessa.

Il giuramento moderno [di qui in avanti GM], in Italia, [data 2007](#) ed è una rettifica del precedente che [risaliva al 1998](#). Si tratta di una attualizzazione delle regole antiche che includevano divieti (di praticare l'aborto, ad esempio, o di curare i calcoli renali, all'epoca appannaggio dell'arte chirurgica, separata da quella medica) oggi intempestivi.

Viene fatto però di chiedersi perché sia scomparsa del tutto la voce sul rapporto maestro/discepolo. Una voce che nell'antico impegno evocava il riconoscimento della sapienza del maestro e la riconoscenza dell'allievo, ciò che non si rinviene nella promessa moderna e nelle relazioni docente/discente di oggi, se non nei casi eccezionali che confermano la regola. Arduo dire se siano i maestri o il rispetto per loro a essersi dissolti. Di fatto, alla eclisse di quanto sopra nel GM fa eco la odierna decadenza del rapporto formativo.

Sempre nel GA si sottolinea il vincolo del medico a insegnare, l'arte e la dottrina di cui è depositario, ai propri figli, ai figli del maestro -alle persone fidate, dunque: rinvio a una casta, oggi superata- e agli allievi che siano già vincolati dal giuramento. A nessun altro. Una posizione di tutela delle conoscenze cui oggi fanno da contraltare gli obblighi del consenso informato e la ubiquitaria disposizione a parlare a tutti dell'arte e della dottrina medica.

Cosa che rende il pubblico più consapevole, forse, ma annacqua progressivamente un sapere sul quale ognuno presume di potere dire la sua, pur avendone una debole infarinatura, e che si associa all'indebolimento della riservatezza in generale. Non senza esserne turbati, *etiandio*, capita di incrociare, in situazioni che non hanno niente di necessario, illustri medici che indicano come loro paziente questo o quell'individuo, con una disinvoltura che fa specie.

A sostenere una simile superficialità - ma la superficialità è il vizio supremo, Oscar Wilde *docet*- è, a mio avviso, la propensione a parlare delle cure dove capita. Ne consegue lo scivolamento verso la chiacchiera sugli individui curati. E' vero che anche il narcisismo sembra avere la sua parte: occuparsi di personaggi noti e mostrare di essere titolari di una nutrita clientela darebbero lustro al terapeuta.

Anche al riguardo il GA, nel sottolineare senza fronzoli la sacralità del riserbo, fornisce una declinazione meno assoluta e ipocrita del segreto: "tacerò ciò che non è necessario sia divulgato". In tal modo è ammessa la possibilità di infrangerlo se opportuno, quando ad esempio a un medico siano rivelate intenzioni in grado di mettere a repentaglio la sicurezza e il benessere di altri o dello stesso malato. E' una precisazione che non compare nel GM, ma che ritengo meriti di essere approfondita, al fine di non omettere scelte di salvaguardia della salute del singolo e della comunità.

"Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte": questo piccolo poderoso voto è una garanzia che renderebbe inutile spiegare al malato quanto importante sia il rispetto di uno stile di vita salubre, perché ne vedrebbe nel medico la declinazione esemplarmente positiva.

Soprattutto il fatto di tenere insieme vita e arte crea quel flusso tra come si vive e come si opera, denegato da chi predica bene e razzola male o da chi si scandalizza quando la vita privata è chiamata in causa nell'esercizio della funzione pubblica.

5/3/2018

Il Giuramento di Ippocrate. Meglio quello antico

tema della ingenuità, dell'essere genuini come valore primo nella esistenza e nell'esercizio professionale. E la garanzia è tanto più forte in quanto, se mai il medico violasse la promessa, su di lui ricadrebbe la terribile maledizione, non della calunnia o della diceria, pur fastidiose, bensì della fondata perdita dell'onore che, come ci ha insegnato l'educazione siberiana, una volta smarrito, non si recupera, a differenza della agiatezza, per dirne una.

Se si intende affrontare la questione medica oggi, occorre ripartire dalla sua rifondazione etica - prima che dalle risorse, dalla formazione come panacea universale, dalla evocazione di *manager factotum* (ne siamo invasiti!) - e dunque dai principi contenuti nel GA - le radici sono la nostra riserva, specie quando le fronde soffrono.

Potremmo rintracciavi, nella sobrietà mai ridondante o ripetitiva, nella eroica consapevolezza di essere portatori di arte e dottrina, nel proposito risoluto di recare fraterno e imparziale aiuto e di non causare danno ad alcuno, spunti non trascurabili per rivisitare con responsabilità, prima che con solidarietà, il nostro agire quotidiano.

Una virata che consentirebbe di misurarsi con la questione medica non a pannicelli caldi o nell'attesa del vento giusto, ma operando il giro di boa verso il traguardo, consistente nel riconoscere la necessità qui e ora di una nuova etica del reclutamento in sanità.

Gemma Brandi*Psichiatra psicoanalista**Esperta di Salute Mentale applicata al Diritto*

5/3/2018

Asl Napoli 1. Emergenza anestesisti, al via l'assunzione a tempo indeterminato per 15 professionisti

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 05 MARZO 2018

Asl Napoli 1. Emergenza anestesisti, al via l'assunzione a tempo indeterminato per 15 professionisti

Dopo lo stop dei giorni scorsi a operazioni chirurgiche e interventi programmati all'ospedale San Paolo causati dalla carenza di anestesisti, la direzione generale della Asl risponde con un piano di emergenza. Forlenza: "Saranno assunti in totale 35 nuovi anestesisti, 15 selezionati dalla graduatoria degli idonei della Federico II, i restanti attraverso il concorso aziendale già in itinere"

"Le lettere di disponibilità all'assunzioni sono partire con Pec il 2 marzo ed, entro domani, 15 anestesisti inseriti nella graduatoria degli idonei della Federico II potranno dare la loro disponibilità all'assunzione a tempo indeterminato. Tutte le procedure dovrebbero concludersi al massimo entro la metà del mese di marzo. E già dai prossimi giorni ritengo che il provvedimento di sospensione degli interventi di elezioni deciso dal Direttore sanitario del San Paolo, a causa della carenza di anestesisti, potrà essere revocato in quanto l'emergenza si può ritenere superata".

Cala la sua carta sul tavolo il Direttore generale della Asl Napoli 1, **Mario Forlenza** rispondendo con nuove assunzioni all'emergenza anestesisti che, nei giorni scorsi, aveva portato alla sospensione all'ospedale San Paolo di Napoli delle attività di Day surgery, Day hospital e di quelle chirurgiche programmate.

Una boccata di ossigeno quindi per la direzione del presidio flegreo che aveva già preventivato la sospensione delle attività chirurgiche per un mese e che potrebbe così riaprire a stretto giro le camere operatorie.

Non solo, ha assicurato Forlenza, non sarà revocato il concorso per l'assunzione di 20 anestesisti. "Il concorso già in itinere proseguirà come previsto – ha detto – anche perché il fabbisogno totale di anestesisti è stato determinato in 35 unità. Con l'assunzione dei 15 nuovi professionisti dalla graduatoria di idonei della Federico II riusciremo quindi ad uscire dall'emergenza".

**Oncologia**

Una ricerca in fase pre-clinica del Pascale rivela che alcuni componenti della mela annurca avrebbero un effetto benefico contro la caduta dei capelli nei pazienti oncologici. Andrebbero somministrati un mese prima della chemio e durante tutto il ciclo. La sperimentazione è condotta dai team dei professori Michelino De Laurentiis (foto) e

Medici di famiglia, sistema in crisi “In Campania ne mancano 2mila”

GIUSEPPE DEL BELLO

Per ora è solo un allarme, ma a breve la situazione potrebbe diventare difficilissima. In tutta Italia, in particolare in Lombardia dove già si registrano i primi segnali e a Napoli, nell'area di Fuorigrotta e Pianura. Di cosa si parla? Della carenza di medici di famiglia. Che rischia di trasformarsi nel giro di pochi anni, ma a Napoli città parliamo anche di mesi, in un buco di in-calcolabili proporzioni. Almeno a sentire le recenti dichiarazioni del presidente dell'Ordine dei medici di Napoli Silvestro Scotti. E anche a spulciare il rapporto tra pazienti e medici di base. Qual è il rischio? Che 14 milioni di italiani rimangano senza medico di base. E questo perché quasi 50 camici bianchi si ritireranno. Scotti, che è anche segretario nazionale della Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg), dice: «Nei prossimi 5 anni 14 milioni di cittadini saranno privati del loro punto di riferimento assistenziale». Nel 2028 andranno in pensione 33.392 medici di base e 47.284 medici ospedalieri, per un totale di 80.676.

«Devono essere garantiti investimenti economici sul numero e sulla qualità della formazione dei medici di medicina generale, sul personale sanitario e amministrativo nei nostri studi, sulle tecnologie», aggiunge Scotti. «A questo punto, invece, la figura e la presenza del medico di famiglia appare impotente per promuovere il vero

cambiamento. Chi vuole rottamare la medicina di famiglia si faccia avanti a viso scoperto...».

In Campania l'analisi della situazione rivela quel che accadrà a breve. Partiamo dalla graduatoria regionale dei candidati a svolgere il ruolo di medici di famiglia. Nell'elenco ci sono 4.714 iscritti, potenzialmente interessati a incarichi di medicina generale, ma con un'età media di 55,83 anni che nel giro di un lustro raggiungeranno i 60. «Questo significa che la graduatoria non è riferibile a un normale sistema di ricambio generazionale che dovrebbe prevedere l'inserimento di medici con almeno 30 anni di attività da svolgere», osserva Scotti. «L'analisi più approfondita, cioè senza il confronto con graduatorie precedenti, riduce i medici a 1.563 con una media di età di 52,54 anni. Se da questa graduatoria eliminiamo medici che abbiano incarichi in emergenza territoriale e continuità assistenziale o quelli che abbiano incarichi fuori regione, i numeri scenderanno sotto le 700 unità. Eppure, sempre nel prossimo quinquennio in Campania serviranno solo per il ruolo di medici di famiglia circa 2000 colleghi». Al momento a disposizione ci sono solo 80 borse di studio all'anno per formare nuovi medici di famiglia. «Con queste borse si arriverà a quota 400», rimarca Scotti, «che seppure fossero immediatamente disponibili coprirebbero la metà di quelli necessari. In questo modo circa un milione e 300 mila campani rimarrebbero senza medici di famiglia».

Intanto, come si diceva, in alcuni quartieri come Pianura e in altre periferie già da quest'anno con il pensionamento di altri tre medici dopo i due dell'anno scorso, emergeranno problemi di assistenza. «Su Capri già oggi il medico non è titolare. E si cambierà ogni anno dottore fino a che non si tro-

verà un collega titolare».

Proprio sulla scorta di un rapporto squilibrato tra borse di studio e numero di medici di famiglia necessari, il calcolo è stato rifatto. E le borse da assegnare per la formazione sono state aumentate da 80 a 100. Basterà a soddisfare le esigenze di una popolazione di circa sei milioni di abitanti? Secondo Scotti, neanche questo supporto numerico riuscirà a tappare i buchi che si produrranno con i pensionamenti.

La carenza di medici specialisti «interessa tutte le regioni, con l'evidente paradosso per cui se, e quando riapriranno i concorsi, mancheranno i medici da assumere», è il parere del segretario del sindacato dei medici Anao-Assomed, Costantino Troise: «perché saranno scappati all'estero».

Sono solo cento i nuovi specialisti ogni anno Scotti, presidente dell'Ordine: “Qualcuno ci vuole affossare...”

Giornata mondiale del rene: in calo numero di malati e trapianti

Malattie renali e trapianti. Basta fare un po' di conti per constatare una situazione che va migliorando. In Campania come nel resto d'Italia. Al 31 dicembre 2015 i pazienti in dialisi erano 4493 e di questi 144 in dialisi peritoneale, mentre i soggetti sottoposti a trapianto ammontavano a 1803. L'anno scorso sono stati effettuati 1927 trapianti di rene di cui 276 da vivente. Nella nostra regione se ne sono contati 92, di cui 49 a Napoli. Anche sul fronte donazioni si è passati dall'11,4 per milione di popolazione al 12,3. Sul fronte delle opposizioni, cioè i rifiuti, sono calate dal 43 al 39,9 per cento. Ne consegue che i pazienti in lista di attesa sono significativamente diminuiti.

Giovedì, per la Giornata mondiale del Rene, ritorna l'appuntamento accademico "Sopravvivere non basta" che esordì nel 2007 su input dell'Istituto Italiano per gli studi filosofici e dell'ateneo Vanvitelli per promuovere la qualità della vita dei pazienti con malattia renale cronica.

Il trapianto è la migliore terapia

in termini di anni aggiunti alla vita, ma l'intervento presuppone la disponibilità di organi. Organizzate dal professore Natale Gaspere de Santo, le sessioni scientifiche si sono tenute finora in 40 città di Mediterraneo ed Europa centrale. E ancora una volta il testimonial sarà Reginald Green, il giornalista americano che, acconsentendo all'espianto degli organi del figlio ucciso sulla Salerno-Reggio Calabria, cambiò la vita di sette pazienti.

Domani mattina Green sarà alla scuola Verga, mentre nel pomeriggio all'ospedale dei Pellegrini. Giovedì mattina invece verrà ospitato all'Ospedale di Caserta, prima di concludere la visita nel pomeriggio all'Istituto per gli studi filosofici. Tra i temi, la qualità della vita in dialisi, la prevenzione della malattia renale cronica, i costi della terapia dell'uremia, il trasferimento dei risultati della ricerca di base ai malati in attesa di un organo.

Osserva de Santo: «Bisogna riequilibrare il rapporto pubblico/privato nella erogazione della dialisi e bisogna fare più trapianti. Per

raggiungere l'obiettivo vanno implementate le donazioni, cercando di azzerare le opposizioni. La Campania ha un ottimo capitale umano in nefrologia sia per qualità di medici che infermieri però nel piano regionale manca la rete nefrologica. E poi, conclude il docente, «bisogna abolire il potere dei direttori generali che nella scelta dei primari possono permettersi di sovvertire le graduatorie fatte dalle commissioni nazionali».

—g. d. b.

Iniziativa del professore
Gaspere de Santo
Il testimonial è Reginald
Green: uccisero il figlio
e donò gli organi

Lo psichiatra

“La fame è uno stato mentale”

Gli aspetti biologici sono secondari. Senza un cambiamento di vita non ci sono risultati

Dieta e psiche: quanto la nostra mente influenza la riuscita di un faticoso cammino? Giovanni Caputo, psichiatra esperto in disturbi del comportamento alimentare, di una cosa è certo: «Da 30 anni la comunità scientifica dispone di dati che spiegano il limitato effetto dei regimi alimentari dimagranti. Sovrappeso e obesità hanno cause multifattoriali biologiche, genetiche, neuroendocrine. Ma il mercato ha grande influenza».

Più della psiche?

«Le evidenze chiariscono quanto i nostri comportamenti alimentari siano condizionati dal contesto sociale. Le diete in particolare vengono offerte con promesse che non possono in nessun modo risolvere un problema così complesso».

Niente dieta? E allora cosa dovrebbe essere fatto?

«Nessuna dieta può dare risultati stabili se non è parte di un programma che punta a modificare lo stile di vita. Invece vengono diffusi sistemi più o meno magici, infarciti di credenze errate, a cominciare dalla diffusione dei cibi dietetici. Riproposti in forme rinnovate e seducenti, i modelli dietetici sono da mezzo secolo sempre gli stessi, anche se cambiano nome e appaiono innovativi».

Quanto c'entrano gli aspetti biologici?

«Finiscono per avere una responsabilità quasi secondaria, rispetto al contesto sociale. L'obesità — per esempio — è in continuo aumento anche in età infantile. E quando diventa grave, è impossi-

bile trattarla con la dieta. Infatti oggi è sempre più diffusa la chirurgia bariatrica che purtroppo è una soluzione parziale e comunque menomante».

Allora dov'è l'errore?

«Sta nel fatto che una dieta per dimagrire non è più una cura medica, ma un comportamento sociale diffuso, approssimativo e spesso errato».

Ma si può influenzare o far inceppare il meccanismo della fame?

«Sappiamo che esiste una straordinaria numerosità di interazioni, che mostrano quanto gli stimoli di fame e sazietà rispondano a fenomeni così complessi da non poter isolare e modificare un unico meccanismo. È possibile che in futuro si potrà modificare il processo fame/sazietà, oggi siamo lontani dal riuscirci. E però una strada sensata che promette risultati importanti e forse risolutivi».

La psicoterapia aiuta?

«Il sovrappeso e l'obesità possono essere sintomo di una sofferenza psicologica e spesso indicano la presenza di un disturbo del comportamento alimentare, il binge eating disorder, ovvero disturbo da alimentazione incontrollata. In questo caso una psicoterapia mirata può essere utile ma da sola non dà risultati in grado di modificare i comportamenti alimentari alterati. Deve essere inserita in un corretto programma e orientata attraverso specifici modelli, come la psicoterapia cognitiva evoluta. La psicoterapia psicoanalitica non sembra invece efficace».

CON PRODUZIONE INTEGRATA

5/3/2018

Ricetta per contrastare l'«out of pocket» rilanciando il privato accreditato | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

5 mar
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | e

AZIENDE E REGIONI

Ricetta per contrastare l'«out of pocket» rilanciando il privato accreditato

di Bruno Biagi (presidente Aiop Emilia-Romagna) e Alberto Breschi (consulente Aiop ed esperto in diritto sanitario)

Sono anni ormai che quando sui media ci si occupa di Sanità, oltre alla cronica scarsità di risorse imposta dal blocco della spesa pubblica, sorge alto il lamento per la crescita della spesa privata, che ormai in Italia ha raggiunto la quota del 35% rispetto alla spesa totale per i bisogni di tipo sanitario. Quando si parla di smantellamento del Ssn e di “strisciante” privatizzazione è a questo lato della spesa, quella “privata-privata”, a cui spesso si addebitano le colpe, visto che mai come ora essa si sta progressivamente “avvitando” verso l’alto.



All’interno di questa discussione qualcuno insinua anche il dubbio, aprendo un altro tipo di contestazione, che privatizzazione sia anche sinonimo di affidamento al privato convenzionato di mansioni sempre più importanti. E qui la confusione regna sovrana, accompagnata da piccole o grandi dosi di malafede.

Il “privato” a cui si rivolge chi paga con il portafoglio le proprie cure non è accreditato e, se lo è, questo avviene per le branche per cui non è convenzionato (dal pubblico, per sua scelta).

Il “privato” su cui invece si lanciano gli strali del secondo tipo è invece un concessionario di pubblico servizio, a cui sono affidati compiti equivalenti al

5/3/2018

Ricetta per contrastare l'«out of pocket» rilanciando il privato accreditato | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

settore pubblico (obbligo di gratuità delle prestazioni, sottoposizione a controlli di qualità e di appropriatezza).

La spesa di quest'ultimo è bloccata “sine-die” dal 2011 e in molti casi questo tipo di produttore privato svolge compiti sussidiari, sostitutivi o integrativi di buon livello e con efficacia (a seconda delle zone paragonabili in tutto e per tutto a quelli del pubblico).

Vorremmo che questo secondo privato non fosse confuso con il primo, non perché il privato-privato fa male il suo mestiere (anzi!) o approfitti del proprio ruolo in certe contingenze, ma perché la crescita dei suoi affari molto spesso dipende dalla miopia di chi amministra i fondi pubblici, tralasciando i casi, che pur ci sono, di illecito “reindirizzamento” dei pazienti (ma questo è un costume che si riscontra più spesso nel pubblico, e precisamente quando la libera professione intra-moenia dipende a filo doppio dalle liste di attesa!).

Chiariti i ruoli, vorremmo soffermarci sul perché la crescita della spesa privata-privata dipende da errori di strategia.

Portiamo un esempio concreto. Il caso delle campagne fatte dal 2015 in molte Regioni per abbattere le liste di attesa ambulatoriali. È ovvio che tali manovre devono poggiare su più capisaldi (non ultimi quelli dell'appropriatezza prescrittiva o dell'aumento dell'offerta in termini di orario e di ore di utilizzo macchine), ma è indubbio che laddove il servizio pubblico a gestione privata è stato chiamato a fare la sua parte incrementando i volumi commissionati, le situazioni si sono risolte (vedi Emilia-Romagna).

Allora perché non usare di più e meglio una risorsa, il cui veto all'utilizzo è spesso ammantato di ideologia, che ha tutte le caratteristiche per operare bene: è flessibile, è accreditata per essere utilizzata nel rispetto di regole di qualità, è pronta all'uso, perché ha una capacità non utilizzata che rasenta spesso il 30% (guarda caso la stessa dimensione della spesa out off pocket!). In più costa meno (a livello nazionale il servizio pubblico a gestione privata fa il 25% dei ricoveri con il 17% della spesa ospedaliera totale) ed è misurabile perché pagata a tariffa per prestazione solo dopo averla effettuata ed essere stato sottoposta, la struttura, ai controlli del committente (il pubblico a gestione pubblica è rimborsato sostanzialmente a piè di lista, in anticipo). Se poi qualcuno obietta che questa è privatizzazione del Ssn, gli si potrebbe rispondere che non è vero, semplicemente perché “tutto” è servizio pubblico, anche la linea di autobus o di aerei che hanno una concessione, a patto che si rispettino i requisiti di un servizio veramente pubblico: universalità, gratuità con tariffa a carico del sistema (almeno nella sanità), non discriminazione, obbligo di prestare il servizio secondo regole di qualità, di efficienza e di equità.

Perché non avviare una campagna di recupero della spesa “di tasca propria” in Sanità ampliando l'offerta del privato accreditato?

5/3/2018

Ricetta per contrastare l'«out of pocket» rilanciando il privato accreditato | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

Si stima che la spesa privata-privata ammonti in Italia a 35 miliardi di euro, di cui solo il 15% intermediata da polizze e fondi integrativi. A fronte di questo quadro, la presidenza dell'Ania sottolinea «come sia necessaria una ridefinizione del Sistema sanitario nazionale per rendere più equa e sostenibile la spesa sanitaria out of pocket e garantire cure per tutti i cittadini, anche i meno abbienti. Per farlo, serve incentivare le forme sanitarie integrative, aziendali ed individuali, caratterizzate dal principio della mutualità».

Ma questo tipo di motore, come si è visto in questi ultimi decenni, ha bisogno di tempo per scaldarsi e svolgere un buon servizio, non si improvvisa dalla sera alla mattina. Necessita di leve fiscali (detraibilità) e interessi convergenti nelle parti sociali.

L'altro, quello del servizio pubblico a gestione privata (l'accreditato), è rodato ed ha i motori sempre accesi. Quasi ovunque è già nei Cup pubblici e nelle farmacie, ha solo bisogno di committenze specifiche e di accessi appropriati, intermediati dalle cure primarie e, se si vuole, da visite specialistiche (come già accade in riabilitazione e psichiatria, o nella diagnostica) o dai vari cruscotti in cui confluisce la domanda per essere meglio amministrata.

In aggiunta occorre considerare che almeno nell'ambulatoriale la spesa privata «out of pocket» è in gran parte destinata ai ticket, importi che spesso eguagliano la tariffa delle prestazioni da riconoscere al convenzionato. Il privato accreditato potrebbe così dare le stesse prestazioni in tempi certi senza ulteriori costi.

Quello che conta è soddisfare la domanda in tempi ragionevoli, evitando aggravamenti delle condizioni dei pazienti o rischi, sempre più concreti, di «non cura».

Il servizio pubblico generalista che sta alla base della riforma del 1978 che ha varato l'Ssn ne gioverebbe, e non poco.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

5/3/2018

Dopo il 4 marzo/ Aspettando un governo (e un ministro)... le promesse dei partiti per la Sanità | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

Sanità24



5 mar
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | 🖨

DAL GOVERNO

Dopo il 4 marzo/ Aspettando un governo (e un ministro)... le promesse dei partiti per la Sanità

di Barbara Gobbi

PDF [Il programma di M5S](#)

PDF [Il programma della Lega Nord](#)

PDF [Il programma di Forza Italia](#)

PDF [Il programma del Pd](#)

PDF [Il programma di Leu](#)

L'Italia che si è risvegliata il 5 marzo, profondamente spaccata in due - al Nord leghista e al Sud Cinquestelle, con appena qualche screziatura di rosso del Centrosinistra - dovrà nel prossimo mese fare i conti con la governabilità. E se al momento gli scenari sono decisamente aperti, il doppio dato di fondo di cui dovrà tenere conto il presidente della Repubblica Sergio Mattarella durante le consultazioni è quello di un Centro-destra al 37,5% e di un trionfo dei Pentastellati, che come noto hanno "volato" da soli, fino a superare il 32%. In attesa che il quadro sia più chiaro, è utile passare in

5/3/2018

Dopo il 4 marzo/ Aspettando un governo (e un ministro)... le promesse dei partiti per la Sanità | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

compagini.

MOVIMENTO 5 STELLE/ «Liberare risorse dalla piaga corruzione»

Salute a ambiente, liste d'attesa, farmaci, alimentazione, carenza di medici, Stato «biscazziere». Su questi grandi focus il M5S «vuole cambiare rotta, perché un Paese senza salute non è un Paese ricco». La premessa:

lotta a corruzione e affarismo che drenano risorse preziose.

Salute e ambiente: serve una strategia per condividere i dati sanitari e ambientali tra le agenzie, prevedendo che le agenzie di protezione ambientale e i dipartimenti di prevenzione delle strutture sanitarie lavorino in modo coordinato e con obiettivi condivisi. Da avviare l'integrazione tra Salute e Ambiente.

Attività libero professionale: va consentita solo alle aziende con sistema informatizzato dell'Alpi (per i cui introiti va previsto il limite del 150% dello stipendio del professionista) e che garantiscano la parità di trattamento del paziente, anche in termini di tempi d'attesa.

Politiche del farmaco: eliminare i ticket attuando correzioni sulla politica dell'Aifa; introdurre l'obbligo di trasparenza e pubblicità nella contrattazione del prezzo dei farmaci tra Aifa e case farmaceutiche; rendere pubbliche, fruibili e quindi trasparenti le transazioni finanziarie, in denaro o in natura, e le relazioni di interesse tra gli attori della sanità e i produttori di farmaci o altri prodotti sanitari; prevedere che le farmaceutiche forniscano tutta la documentazione relativa alle fasi di R&S di un medicinale, comprese l'analisi dettagliata dei costi sostenuti per lo sviluppo del brevetto e la completezza dei dati sui trial clinici, così da consentire un equilibrio tra il margine per la casa farmaceutica e l'esigenza di tutela della salute dei cittadini; introdurre con legge la licenza obbligatoria quando per problemi di sanità pubblica la tutela della salute dei cittadini deve prevalere sulla tutela della proprietà intellettuale; ridurre la durata di quest'ultima.

Le priorità per la formazione lavoro medici specialisti: consentire che il medico neolaureato abbia accesso nella struttura sanitaria per conseguire le abilità necessarie, con la possibilità di continuare a svolgere la sua attività di specialista anche nella struttura in cui si è formato; realizzare l'"ospedale di insegnamento" integrato da un punto di vista didattico-formativo da parte degli Atenei, invertendo il paradigma della formazione, affidandola alle strutture sanitarie; creare un organismo indipendente che definisca il fabbisogno del Ssn sulla base di rilevazioni e metodologie certificate, pubbliche e trasparenti.

Salute e alimentazione: sviluppare programmi di educazione alimentare che



5/3/2018

Dopo il 4 marzo/ Aspettando un governo (e un ministro)... le promesse dei partiti per la Sanità | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

disincentivi alle aziende su grassi e zuccheri; maggiore regolamentazione della pubblicità degli alimenti a favore di quelli sani, disincentivi al consumo di bevande zuccherate.

LEGA NORD/ Efficienza, attenzione e rispetto per le persone

La priorità è tutelare il principio universalistico su cui si fonda la legge 833 che ha istituito il Ssn: senza un efficace universalismo, è la tesi della Lega Nord, non potranno essere garantiti sviluppo e opportunità di miglioramento a tutti i cittadini. Secondo il partito guidato da Matteo Salvini, occorre procedere alla «formazione di una classe dirigenziale di “gestori” della sanità, in grado di dare convintamente vita ad un sistema sanitario capace di coniugare le esigenze di utilizzo attento di risorse sempre più ridotte con la qualità di prestazioni sanitarie». La sanità dovrà essere «universalistica, finanziata prevalentemente dal sistema fiscale e quindi non dai singoli, riducendo al minimo la loro compartecipazione, ugualitaria nell'accesso e nella erogazione delle prestazioni, trasparente nella gestione delle risorse attraverso i costi standard». Altolà, invece, a una sanità che «per comodità (o meglio incapacità) di chi sarà chiamato a gestire il Paese, introduca un modello privatistico prevalentemente assicurativo, ripercorrendo in chiave più moderna il sistema mutualistico introdotto negli anni '30 del secolo scorso».

Formare «gestori» che dovranno farsi garanti del Ssn, è un compito che spetterà a una Scuola per l'alta dirigenza sanitaria pubblica.

Quanto alla riorganizzazione delle cure tra ospedale e territorio, la Lega propone il modello Veneto - con ospedali su rete “hub and spoke” e aziende ospedaliere universitarie integrate con il Ssr, indispensabili ai fini della ricerca e della formazione del personale sanitario - e l'adozione di un “triage territoriale” collocato nei distretti sanitari e visto come strumento indispensabile per una presa in carico socio-sanitaria del paziente.

Aumento del numero dei laureati, aumento delle borse di studio per gli specializzandi e attuazione dell'articolo 22 del Patto per la salute sono le ricette proposte per far fronte a carenze e inadeguatezze di personale. Vanno poi «sviluppate e riviste» le forme di associazione dei medici di medicina generale, a favore dei servizi territoriali, con la presenza di farmacie di servizi e farmacie rurali. Il territorio avrà bisogno anche di strutture a bassa intensità di cure, per far fronte all'invecchiamento della popolazione, mentre va completata la rete dedicata alle patologie oncologiche.

FORZA ITALIA/ «Una buona salute per tutti» aprendo al privato

Primo: eliminare i ticket per il Pronto soccorso e la specialistica. Poi, esenzione totale dalla compartecipazione sui farmaci per tutti gli “over 65”.

concordato con le Regioni, su: Prevenzione, Innovazione tecnologica, Realizzazione di nuovi ospedali per acuti, Rsa e residenze socio-assistenziali, Istituzione della medicina scolastica e Potenziamento di quella territoriale.

Nel menu del partito di Silvio Berlusconi anche - nell'ambito di un «nuovo modello di erogazione di Lea uniformi per tutto il territorio nazionale - la riformulazione dell'attuale modello di governance delle Asl, «utilizzando nuovi sistemi di selezione, trasparenti e meritocratici, sia per la nomina delle direzioni generali, sia per la nomina di primari». Poi, va ripensato «il sistema della convenzione Ssn, oggi centrato su Mmg e pediatra di libera scelta, estendendolo ad altre figure professionali: infermieri, fisioterapisti, psicomotricisti, assistenti sociali». Che dovrebbero operare non in case della salute ma «in uno studio professionale (come oggi il Mmg e il Pls), fruibile gratuitamente dal cittadino previa iscrizione. «Gli infermieri sono 400mila - affermano ancora da FI - e cercano nuovi spazi professionali». Quanto ai medici, la richiesta è per un aumento delle borse di studio per le scuole di specializzazione per le quali il fabbisogno non è soddisfatto.

Sulle liste d'attesa si propone un piano nazionale triennale tramite «Patto vincolante con le Regioni».

Al capitolo risorse - necessarie a finanziare innovazione tecnologica, nuovi ospedali per acuti, Rsa e Rssa - si punta, per il Sud, sui Fondi strutturali e, per le altre Regioni, su finanziamenti che sarebbero ottenuti attraverso la Bei (Banca europea degli investimenti). E ancora, oltre agli incentivi allo sviluppo delle varie forme di PPP (Partnership Pubblico Privato) previste dal Dpr 2017/2010, Forza Italia propone di attingere ad agevolazioni fiscali (Health Technology Bonus) per imprese non collegate alla sanità e a privati che adottino una parte del parco tecnologico di un'azienda sanitaria pubblica, sostenendone i costi di manutenzione e rinnovo. Incentivi che «potrebbero assumere la forma del credito d'imposta».

A chiudere le proposte, una serie di input di tono epidemiologico/preventivo: programmi di screening oncologico omogenei sul territorio nazionale, reti integrate per il trattamento delle patologie a sviluppo interregionale, potenziamento della rete costruita dalla Federazione dei centri per la diagnosi della trombosi e la sorveglianza delle terapie antitrombotiche.

PARTITO DEMOCRATICO/ «Prendersi cura delle persone»

Per rafforzare e difendere il modello sociale europeo, dobbiamo innanzitutto rendere più europeo e più universale lo stato sociale italiano». Questo è il presupposto del capitolo «Prendersi cura delle persone», contenuto nel programma elettorale del Partito democratico, all'insegna di

sono prevenzione e medicina d'iniziativa, passando dal potenziamento e dalla riorganizzazione della medicina del territorio e avviando un sistema di premialità per le Regioni più attive. Secondo: un Piano nazionale per le liste d'attesa, che recepisca le best practice regionali. Terzo: nuova governance del farmaco e dei dispositivi medici, attraverso un ripensamento del sistema dei tetti di spesa. Quarto: informatizzazione e digitalizzazione della sanità, favorendo la personalizzazione delle cure attraverso l'uso ottimale della telemedicina, del Fse, delle cartelle cliniche informatizzate delle anagrafi vaccinali. Tutti da valorizzare i ricercatori del farmaco che combattono soprattutto le malattie rare, «anche attraverso strumenti di aiuto fiscale che facciano dell'Italia la capitale mondiale dell'innovazione in questo settore». E ancora: il Pd intende condurre «una battaglia civile e culturale contro gli apprendisti stregoni», così come è stato fatto con la difesa dell'obbligatorietà dei vaccini (si promette anche la piena attuazione del piano di prevenzione vaccinale).

Un occhio particolare al costante invecchiamento della popolazione: il Pd di Matteo Renzi punta sulla valorizzazione dello sport e dell'educazione motoria a tutti i livelli e sul sostegno alla non autosufficienza. La promessa? «Aumenteremo l'indennità in base ai bisogni effettivi delle persone, dando libertà di scelta tra assegno e budget di cura». L'indennità, promettono dal Pd, aumenterà per tutti e arriverà a raddoppiare per i casi più gravi. I finanziamenti aggiuntivi saranno reperiti attraverso un contributo specifico di 0,5% della retribuzione lorda. La disabilità? Va aiutata fin dall'inizio: investendo in nuovi strumenti tecnologici che consentano l'inserimento e il potenziamento della partecipazione scolastica, creando una rete di servizi (con percorsi ad hoc di alternanza scuola-lavoro) e promuovendo l'inclusione universitaria (borse di studio ad hoc, sgravi fiscali e supporto all'assistenza, accesso a tecnologie appropriate).

Altra priorità è il sostegno al Terzo settore (700mila lavoratori, il 4,3% del Pil): sì alla piena attuazione del servizio civile universale, ma anche a un mese di servizio civile in sinergia tra scuola e Terzo settore, «favorendo assunzioni e stabilizzazioni con un nuovo sistema agevolativo».

LIBERI E UGUALI/ «Una sanità pubblica davvero, per tutti»

«L'insieme delle nostre proposte è in grado di produrre un effetto complessivo estremamente significativo non solo sul benessere della popolazione ma anche sull'occupazione in modo diffuso in tutto il Paese». Così la Lista Liberi e Uguali, capitanata dal presidente del Senato Pietro Grasso, presenta il suo programma tematico in sei punti, all'insegna dello slogan «La Sanità è per tutti - Una Sanità pubblica, davvero».

«Da 40 anni - è la premessa - il nostro Paese dispone di un sistema sanitario che garantisce a tutti la tutela della salute sulla base del principio che paga

accesso ai servizi sono sempre più complicate, i ticket sono più elevati del prezzo delle prestazioni, le liste d'attesa sono sempre più lunghe, le famiglie sono lasciate sole nell'assistenza alle persone con disabilità, le disuguaglianze sono sempre più ampie, le strutture e le tecnologie sono obsolete e persino l'ordinaria manutenzione è carente». Da qui la richiesta che «la salute torni ad essere una priorità», lavorando sulle tre dimensioni della crisi: i valori, il funzionamento e il finanziamento. Se i valori da rilanciare sono quelli sanciti dalla Costituzione e dalla legge 833 del 1978, sotto il profilo del finanziamento è necessario intanto «prevedere un graduale aumento del Fondo sanitario, aggiornare i criteri di riparto tra le Regioni e individuare una specifica strategia per il superamento del divario Nord-Sud. Altolà ai fondi sanitari integrativi - che la lista Leu indica come «in realtà sostitutivi rispetto al Ssn» - perché «costosi e discriminanti, prevedendo regole più precise e rivedendone le agevolazioni fiscali». Quanto al funzionamento del sistema, per Leu serve un «rinnovamento strutturale del modello di cura, che superi quello centrato sull'attesa e sull'ospedale e punti, oltre che sulla lotta agli sprechi, sulla prevenzione primaria (inserendo la salute in tutte le politiche, ndr), sulla radicale riorganizzazione e sul potenziamento dei servizi territoriali basata sulla sanità d'iniziativa all'interno delle Case della salute e con il coinvolgimento delle comunità locali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA