



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

24 MAGGIO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

I laboratori per la dialisi alla Regione: «I fondi non ci bastano»

Ma dal Dipartimento replicano: nessun taglio, anzi il budget è aumentato di 4 milioni

24 MAGGIO 2024



In prima battuta è una richiesta d'aiuto che arriva dagli 81 centri che in Sicilia si occupano della dialisi per i pazienti con insufficienza renale. Ma la manovra politica che le tre associazioni di categoria stanno avviando apre anche uno scontro con i laboratori di analisi, ai quali l'assessorato regionale alla Sanità avrebbe offerto risorse extra destinate in realtà ai dializzati. Si è aperta un'altra partita molto delicata alla Regione. Gli 81 centri per dializzati chiedono il rispetto di vecchi patti che assicurerebbero al settore un budget annuale di almeno 109 milioni e il rinnovo di tariffe pubbliche ferme da 20 anni. L'assessorato alla Sanità nega di aver tagliato i finanziamenti e precisa di aver invece garantito 4 milioni in più rispetto al budget dell'anno scorso, passando così da 98 a 102 milioni.

Il punto è che con i 102 milioni le tre sigle di categoria - Associazioni dialisi Sicilia, Associazione dialisi privata e Associazione siciliana centri emodialisi accreditati - lamentano di non poter garantire tutti i servizi necessari ai 4 mila pazienti attuali.

IL DECRETO "SALTA-FILA" DI SCHILLACI: PRESTAZIONI IN CLINICA PAGATE DALLO STATO

Sanità, i privati smaltiranno le liste d'attesa

PAOLO RUSSO

Giorgia Meloni lo ha detto a chiare lettere a Schillaci: «Sull'abbattimento delle liste di attesa ci giochiamo un bel pezzo di consenso elettorale, per cui nel decreto legge del 3 giugno serve una disposizione chiara, che garantisca sempre e comunque la prestazione nei

tempi dovuti». Detto fatto ed ecco spuntare nelle 25 pagine della bozza il rimborso "salta fila". La palla passa ai privati. - PAGINA 10

Schillaci lancia la norma "salta-fila". Meloni: su questo ci giochiamo il consenso elettorale. I cittadini saranno risarciti quando lo Stato non riuscirà a garantire il servizio pubblico

Tagli alle liste d'attesa Rimborsarsi per le visite effettuate nel privato

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Giorgia Meloni a Schillaci lo ha detto a chiare lettere: «sull'abbattimento delle liste di attesa ci giochiamo un bel pezzo di consenso elettorale, per cui nel decreto legge del 3 giugno serve una disposizione chiara, che garantisca sempre e comunque la prestazione nei tempi dovuti». Detto fatto ed ecco spuntare nelle 25 pagine della bozza il rimborso "salta fila", che consentirà al cittadino di ottenere automaticamente dal privato quello che il pubblico non riesce ad assicurargli nei tempi massimi previsti per legge. Che sono poi 72 ore per i casi urgenti, 10 giorni per le prestazioni da garantire in tempi brevi, 30 giorni per le visite e 60 per gli accertamenti diagnostici differibili, 120 giorni per quelle differibili. Tempi spesso non rispettati, costringendo i cittadini a pagare così tasca

propria il privato, nonostante un decreto legislativo del lontano 1998 avesse stabilito che in caso di mancato rispetto dei

tempi massimi di attesa l'assistito "può chiedere" che la prestazione venga fornita dalla Asl in regime di libera professione intramuraria. Una norma rimasta inapplicata perché mai pubblicizzata e per il muro alzato dalle stesse Asl, che non forniscono né moduli né informazioni su come ottenere il rimborso. Ora il decreto legge stabilirà invece il principio che qualora i tempi di attesa sforino le soglie in automatico l'assistito possa accedere al privato convenzionato, ma in regime di libera professione. Come avverrà il rimborso di medici e strutture private lo stabilirà un successivo decreto ministeriale. Ma potrebbe essere il Cup, che appurata l'impossibilità di prenotare la prestazione nei tempi leciti, indirizza direttamente il paziente presso

l'ambulatorio medico privato dell'ospedale oppure, nel caso di analisi e accertamenti diagnostici, in strutture private convenzionate, ma negli spazi riservati a chi è solvente e per questo non fa la fila.

«Nel decreto cercheremo di garantire che quando una per-

sona ha bisogno di fare un esame le venga data la possibilità di farlo nei tempi giusti», ha sintetizzato ieri Schillaci al Festival di Trento.

Certo è che l'operazione rischia di far lievitare non di poco la spesa, perché un conto è la tariffa low cost di una tac o di una risonanza rimborsata dalle regioni, un'altra quella richiesta al cittadino che ottiene la prestazione in modalità sol-



LA STAMPA

vente. Ma i tecnici del ministero della Salute sono convinti che il ristoro "automatico" spingerà le Asl a darsi una mossa nel tagliare i tempi di attesa, che a parere degli uomini di Schillaci dipendono più da cattiva organizzazione e programmazione che non da carenza di risorse. Anche se stabilito il nuovo percorso salta-fila il decreto metterà sul piatto più soldi, sia per il privato convenzionato, aumentando di nuovo il tetto di spesa dopo i 360 milioni in più previsti in manovra, mentre i medici e gli altri operatori sanitari vedranno aumentare la tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive erogate per abbattere le liste di attesa. Tariffe che erano già state portate dalla Finanziaria 2024 a 100 euro per i medici e 60 per tecnici sanitari e infermieri.

Il Piano Schillaci anti liste di attesa però non si ferma qui. Prima di tutto verrà avviato un monitoraggio per capire la reale dimensione del fenomeno, visto che fino ad oggi a rilevarlo sono state solo inchieste giornalistiche e segnalazioni degli utenti. Poi verranno unificate tanto le agende del pubblico che quelle del privato, impedendo a quest'ultimo di gestire in proprio parte degli appuntamenti. Così come sarà tassativamente vietato chiudere le agende rinviando sine die l'appuntamento. Attenzione anche a non prenotare e non presentarsi, perché il Cup chiamerà due giorni prima la data prefissata per chiedere conferma e nel caso poi non ci si presenti la Asl chiederà il rimborso integrale della prestazione.

Ma il ministro e i suoi tecnici sono convinti che ad alimentare le liste di attesa ci sia anche un certo eccesso di prescrizioni. Magari elargite dai medici per proteggersi da qualche futura causa temeraria. Così grazie a specifici motori di ricerca e a un codice identificativo della ricetta (l'ICD9) spetterà all'Agenas scovare i dottori dalla penna un po' troppo scorrevole, lanciando l'allert alla Regione. Una previsione che già fa storcere il naso ai camici bianchi. —

72

Le ore massime in cui il servizio pubblico deve essere fornito per i casi urgenti

30

I giorni massimi in cui il servizio sanitario va erogato per le visite mediche



Tempi e costi
Per i cittadini italiani non è più scontato disporre dei servizi della Sanità pubblica



POLITICA L'INTERVENTO

Troppi soldi ai privati Sanità in crisi

**Il depauperamento
del Ssn viene
da lontano.
La controriforma
del 1992, cui la
sinistra non si è mai
veramente opposta.
Così oggi la spesa
pubblica va a
finanziare le aziende**

GIUSEPPE GRAZIANO* e EDOARDO TURI**

La vicenda dell'Ospedale San Gerardo di Monza raccontata da L'Espresso il 17 maggio ricorda altre storie, inerenti il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) e la sanità privata convenzionata e conferma osservazioni che facciamo da tempo. Il pensiero unico di università pubbliche e private, fondazioni e associazioni datoriali, sindacali e politico-sociali e interessi economici che orientano le scelte di governi nazionali e regionali in Sanità, tende ad occultarle e favorisce, per materie complesse come salute e sanità, un diffuso analfabetismo, alimentato anche dai social network. Il Ssn è infatti in crisi per ragioni che non vanno ignorate.

La legge 833/78 istituì il Ssn nascendo dai quei decenni '60-'70 di lotte sociali e politiche, determinate anche da ricostruzione nel dopoguerra, boom economico e una tardiva rivoluzione industriale che ha cambiato l'Italia. Fabbriche, università, scuole, quartieri posero temi inediti per la sanità ferma a mutue, medico provinciale e condotto e un ministero della Sanità, nato solo nel 1958 da una costola del ministero dell'Interno (per l'Italia la sanità era un problema di ordine pubblico), con il retaggio sabaudofascista in un

Paese in trasformazione. Inquinamento da attività industriali e agricoltura, prevenzione in ambienti di vita e lavoro, salute della donna, ruolo dei medici: questi i temi sul tappeto. La legge, fortemente voluta da organizzazioni sindacali e sinistra, aveva molti nemici anche tra coloro che poi la votarono in Parlamento, che non volevano abbandonare il precedente sistema assicurativo "mutualistico-autoritario" che gestivano, fonte di prebende e voti, anche se era in dissesto finanziario. Un modello Bismarck, dal nome del cancelliere della Prussia guglielmina che nella seconda metà dell'800 introdusse i primi fondamenti di Stato sociale, per difendere il potere delle classi dominanti dal nascente movimento operaio oggetto solo di repressione. Il Ssn attuava l'articolo 32 della Costituzione, introducendo un sistema Beveridge, fondato sul diritto alla salute e un servizio universale basato sulla fiscalità generale, come il National Health Service, che la Gran Bretagna laburista aveva già introdotto nel 1946. La



legge venne però approvata con il governo di "unità nazionale" Andreotti, cui il Pci diede la fiducia dopo il rapimento di Moro. Lo stesso anno vennero approvate le L.n.180/78 (chiusura dei manicomi) e n.194/1978 (maternità responsabile e interruzione volontaria di gravidanza). Conquiste, ma anche contentini alla sinistra governativa con qualche compromesso e alcune "bombe a orologeria", esplose più tardi: convenzioni con medici di famiglia e privati, obiettori all'aborto.

Sotto l'influenza delle teorie neoliberali la 833/78 venne cambiata dopo solo tredici anni (pochi per una norma di tale peso) dal Decreto 502/1992 del ministro della Sanità De Lorenzo, poi arrestato in Tangentopoli, del Partito Liberale Italiano, unico che aveva votato contro la Riforma sanitaria; una rivincita dei nemici della Riforma presenti nei vari partiti che l'avevano votata. Favorirono tali modifiche anche l'aumento della speranza di vita della popolazione per migliori condizioni sociali con progressiva riduzione di malattie infettive ma aumento di patologie cronico-degenerative (cardiovascolari, diabete, tumori) per inquinamento, lavoro, consumismo, stili di vita, che la politica non aveva previsto, ma che, con gli ultimi anni di vita, aumentavano la spesa sanitaria (ricoveri, diagnostica, terapia). Più episodi di

corruzione, con un clima contro il pubblico. Simboli della "controriforma": la regionalizzazione che con la modifica del titolo V della Costituzione (governi D'Alema e Amato), porta a autonomia regionale differenziata e ventuno servizi sanitari, scarso ruolo dei Comuni, azienda sanitaria di grandi dimensioni, Direttore generale figura monocratica-autoritaria, che anticipa il preside manager di autonomia scolastica e premierato, il vincolo di pareggio di bilancio, ora in Costituzione con Maastricht. La sinistra non si oppose realmente. Nel 1998 con il primo governo Prodi, Bindi ministro della Sanità fa approvare una legge delega cui seguirà con il governo D'Alema il Decreto 229/1999: un'occasione persa per correggere la normativa. In ossequio alla sussidiarietà orizzontale cattolica, venne introdotta la parità tra pubblico



e privato, soprattutto sociale, che concorrono a fare "sistema". Parola dunque non utilizzata per errore ma teorizzata.

Ma la spesa sanitaria non diminuisce, i governi operano numerosi tagli lineari, con riduzione di posti letto, servizi e operatori, perché la sanità è il 70% dei bilanci regionali e il 60% della spesa sono lavoratori, con il tetto alla spesa per le assunzioni. Mentre non c'è per l'acquisizione di beni e servizi, così aumentano esternalizzazioni e convenzioni. Il Fondo Sanitario Nazionale (Fsn) va per il 50% ai privati con punte del 90% nel territorio per riabilitazione, assistenza domiciliare, Rsa e hospice. È la "white economy": enormi in-

teressi del capitale finanziario fino ad assicurazioni integrative in alcuni contratti di lavoro che con la defiscalizzazione sottraggono ulteriori risorse al pubblico.

Quindi non basta l'aumento del Fsn, pur necessario, su cui sono tutti d'accordo per dividersi la torta, se non si destina al solo Ssn propriamente detto attraverso un piano straordinario di assunzioni, togliendo il tetto alla spesa per il personale, bloccando le convenzioni con i privati, con la ripubblicizzazione dei servizi e una forte iniezione di democrazia. **E**

**Medico, già Direttore sanitario ospedaliero,
Forum per il Diritto alla Salute*

***Medico, Direttore di Distretto Asl, Medicina Democratica*



MONZA
Ambulanza in arrivo
all'Ospedale San Gerardo di Monza



Default pronto soccorso

L'indagine Commissione
Affari sociali della
Camera fotografa
una situazione difficile

Oltre 20 milioni di accessi l'anno. Mancano 4.500 medici e 10mila infermieri, attese troppo lunghe per il ricovero, carenza di posti letto nei reparti di degenza, difficoltà a garantire un turnover del personale

PAGINA

6

Cecilia Augella

LE CONCLUSIONI dell'indagine della Commissione Affari sociali della Camera e le soluzioni individuate

Pronto soccorso in crisi: mancano 4.500 medici e 10mila infermieri

È

un'emergenza-urgenza quella che in Italia caratterizza la situazione dei pronto soccorso. L'indagine

della Commissione Affari sociali della Camera fotografa "una situazione difficile, che rappresenta la "punta dell'iceberg" e la conseguenza di problemi complessi, spesso connessi gli uni con gli altri". Tra le cause "la mancanza di 4.500 medici e 10mila infermieri, i tempi di attesa per il ricovero (boarding), la carenza di posti letto disponibili nei reparti di degenza causata e la difficoltà a garantire un turnover adeguato del personale". Gli accessi al pronto soccorso, secondo l'indagine, "hanno raggiunto numeri elevatissimi, che secondo alcune stime dovrebbero superare i 20 milioni l'anno, con un incremento in determinati periodi, legato alla stagionalità di fattori epidemiologici e alla mobilità della popolazione (periodo influenzale e periodi di vacanza e turismo". Inoltre è stato riscontrato "l'elevato numero di accessi impropri: numerosi sono gli assistiti che si auto-presentano al pronto soccorso; il numero di codici verdi e bianchi supera abbondantemente il 50% degli

accessi totali".

Le conclusioni della Commissione, dopo avere ascoltato nelle audizioni tutti i rappresentanti del settore, dalle società scientifiche ai sindacati di categoria, sono state raccolte in un documento conclusivo approvato mercoledì e indicano diversi punti su cui intervenire: il potenziamento della medicina del territorio; maggiore disponibilità di posti letto; riduzione delle liste di attesa; riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza; potenziamento del personale; tutela del personale sanitario; promozione della diffusione di corrette informazioni presso la popolazione.

Potenziamento della medicina del territorio.

A conclusione dell'indagine, sembra non esserci dubbio sul fatto che, se si vuole provare a risolvere la situazione in cui versa attualmente la medicina di emergenza-urgenza, sia fondamentale realizzare una vera e propria riforma del sistema nel suo complesso, potenziando la medicina territoriale. Solo agendo in questa direzione si potrebbero intercettare le richieste di salute non connotate da effettiva urgenza, che attualmente si concentrano impropriamente sul pronto soccor-

so, con gravi conseguenze sul piano del sovraffollamento.

Maggiore disponibilità di posti letto

Dalla riorganizzazione della medicina del territorio, dallo sviluppo delle strutture intermedie per le cure a bassa intensità, dalla maggiore integrazione ospedale-territorio, dovrebbe derivare una maggiore disponibilità di posti letto ospedalieri e il turnover di questi ultimi. Occorre, infatti, decongestionare il pronto soccorso sia in entrata che in uscita, attraverso l'allocazione appropriata delle basse priorità, da un lato, e assicurando le cure a elevata intensità ai pazienti che ne necessitano, dall'altro. L'approccio corretto al problema, dunque, passa sia attraverso l'erogazione di risorse che mediante la rimodulazione dei modelli organizzativi.



Riduzione delle liste di attesa

Il problema delle liste d'attesa rappresenta una delle cause principali del sovraffollamento del pronto soccorso. Occorre, dunque, individuare una soluzione volta ad affrontare il problema in modo organico. In tal senso, oltre alle disposizioni recate dalla Legge di bilancio per il 2024, che prevedono l'incremento delle tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive espletate dal personale medico e del comparto sanità, dal 2024 al 2026 nonché la previsione per cui le regioni possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024 per il recupero delle liste di attesa, presso il ministero della Salute è stato istituito il Tavolo tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa 2024-26, con l'obiettivo principale di innovare radicalmente gli strumenti di monitoraggio dei tempi di attesa al fine di renderli sempre più tempestivi e precisi, e prontamente disponibili per la programmazione.

Riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza

Occorre agire anche sul piano dei modelli organizzativi, in modo da rendere più efficiente il sistema dell'emergenza. Da più parti è stata sollevata, inoltre, l'esigenza di procedere alla revisione del decreto ministeriale n. 70 del 2015, in modo da realizzare compiutamente l'integrazione della rete dell'emergenza-urgenza nella rete ospedaliera. Tra le misure non procrastinabili, è stata individuata l'implementazione di percorsi alternativi per la presa in carico e la cura di situazioni classificabili come "urgenze minori", quali i percorsi a gestione infermieristica "see and treat" e i percorsi di presa in carico precoce "fast track", attivabili per codici a bassa e media complessità assistenziale. Di primaria importanza appare anche l'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale del Numero unico per le emergenze 112, nel quale viene convogliato, tra gli altri, il numero 118".

Potenziamento del personale Non c'è soluzione indicata che non passi dal superamento dei tetti di spesa per consentire il reclutamento di nuovo personale sanitario. Per quanto concerne specificamente la medicina di emergenza-urgenza, il problema sembra essere legato anche alla

scarsa attrattività del settore, per le ragioni che sono state più volte evidenziate. Uno degli strumenti ritenuti idonei ad attrarre il personale sanitario verso questo settore è la previsione di incentivi, non solo economici.

Tutela del personale sanitario

È stata sollevata da più parti, da un lato, l'esigenza di tutelare il personale sanitario che opera nell'ambito della medicina dell'emergenza-urgenza contro le aggressioni fisiche e verbali, che colpiscono in modo particolare questa categoria di professionisti della sanità.

Promozione della diffusione di corrette informazioni presso la popolazione

Un aspetto del problema è considerato la mancanza di una cultura sanitaria, per cui accade che i cittadini non riescano a valutare i propri bisogni, soprattutto per quanto riguarda l'accesso al sistema dell'emergenza, non riuscendo a distinguere un bisogno di assistenza sanitaria urgente da un sintomo che può essere affrontato in sede di medicina generale.

Cecilia Augella



La rete di strutture raccoglie informazioni da medici, veterinari, biologi, agronomi, climatologi...

LA SALUTE È UNA SOLA

Il contributo degli Istituti Zooprofilattici alla sanità pubblica

DI FABRIZIO DE FEO

Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali rappresentano una struttura sanitaria integrata, unica in Europa e nel mondo, per la salvaguardia della salute degli animali e dell'uomo e della tutela dell'ambiente. Una realtà che, come racconta Antonio Limone, coordinatore della rete degli Istituti Zooprofilattici, lavora su un concetto di salute interconnessa. «Gli Istituti Zooprofilattici operano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale quale strumento tecnico-scientifico dello Stato e delle Regioni. Sono coinvolti pienamente nella Medicina unica, proposta peraltro per la prima volta da un medico veterinario, Calvin Schwabe, negli anni 60», racconta Limone. «La sua proposta di integrazione si basava sulla previsione di dover affrontare in un futuro sempre più patologie zoonotiche. Attualmente alla salute umana e veterinaria si è aggiunta anche quella ambientale aprendo definitivamente il cammino per una salute interconnessa. Nessun problema di Sanità Pubblica può più essere

affrontato senza tenere in conto i dati provenienti dai sistemi informativi alimentati da medici, veterinari, agronomi, chimici, biologi e climatologi. Questo richiede uno sforzo immenso poiché richiede di valorizzare le reciproche sinergie». Gli zooprofilattici nell'immaginario sono dediti soprattutto al controllo delle procedure alimentari, un ruolo che li sta trasformando in una sorta di garanti della qualità del cibo italiano. «Gli istituti svolgono una funzione cruciale nel garantire la qualità e la sicurezza del cibo italiano, contribuendo così a proteggere i consumatori e a promuovere la qualità dei prodotti alimentari italiani. La salute animale è strettamente legata alla salute e al benessere umani, in quanto componente fondamentale della sicurezza alimentare. E qui ritorna il concetto di una sola salute, per cui salvaguardare la salute degli animali e prevenirla le malattie serve a tutelare la salute pubblica, le produzioni animali, la sicurezza degli alimenti e il relativo approvvigionamento, le economie rurali e l'ambiente». Negli ultimi anni gli istituti hanno deciso di unire

gli sforzi e di lavorare in rete. «La creazione di una rete nazionale degli istituti zooprofilattici è motivata dalla necessità di migliorare il coordinamento e l'efficacia delle attività di ricerca e controllo, rafforzando la capacità di risposta alle emergenze sanitarie. Le diverse competenze maturate su differenti e peculiari territori regionali consentono di mettere a disposizione expertise così come riescono a coprire al meglio gli alert scaturiti dai sistemi informativi europei».

C'è poi la questione dei cambiamenti climatici con le nuove sfide che l'innalzamento delle temperature comporta. «I cambiamenti climatici stanno influenzando notevolmente il nostro lavoro. Basti pensare alla qualità dell'aria, dell'acqua e del cibo che mangiamo nonché all'insorgere di nuove malattie zoonotiche, come quelle trasmesse da zanzare e altri insetti». Tutto ciò implica una necessità crescente di monitorare e controllare nuove patologie emergenti e di adattare le strategie di prevenzione e risposta. «I cambiamenti climatici possono alterare gli ecosistemi» conclude Limone.

«Non è necessario guardare ai lontani Paesi in via di sviluppo per comprendere come le conseguenze del cambiamento climatico possono essere devastanti: basti pensare all'aumento delle alluvioni che hanno devastato produzioni agricole zootecniche e che contribuiscono al diffondersi di malattie nuove o non più presenti, prima confinate solo nelle regioni tropicali e sub tropicali, come Dengue, West Nile e le arbovirus in generale». (riproduzione riservata)

