



RASSEGNA STAMPA 10-06-2018

1. IL MESSAGGERO Serve una marcia indietro sulla sanità regionalizzata
2. LA VERITÀ Sono cinque le sfide per rimettere un paese malandato in buona salute
3. QUOTIDIANO SANITÀ Specializzazioni mediche: le Regioni rilanciano gli “ospedali di insegnamento”
4. CORRIERE DELLA SERA L'anniversario dimenticato
5. QUOTIDIANO SANITÀ Usa. Trump si rifiuta di difendere l'Obamacare

Miseria e Nobiltà

Enrico Cisnetto

Serve una marcia indietro sulla sanità regionalizzata

Allontanare la politica dalle scelte dei manager della sanità e permettere a tutti un equo accesso alle cure. Se fosse, l'intento programmatico del neo presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, sarebbe un vero "cambiamento". Ma c'è un solo modo per realizzarlo: fare marcia indietro sulla regionalizzazione della sanità.

È vero che la spesa sanitaria pubblica dal 2010 al 2016 è scesa dell'8,8%, mentre è cresciuta in Germania (+11,4%) e Francia (+6,2%). Ed è anche vero che nel Def ne è prevista un'ulteriore riduzione, e pertanto sarebbe positivo invertire la tendenza. Anche se, va detto, il peso delle uscite sul pil è quasi nella media Ocse (8,8% contro 8,9%). Tuttavia, come emerge da un rapporto Censis appena pubblicato, di fronte ad una sanità pubblica che ha punte di eccellenza ma anche grandi aree inefficienza se non di degrado, gli italiani ricorrono sempre più alla spesa privata, costantemente in crescita da anni e passata

dai 37,3 miliardi del 2017 ai 40 di quest'anno (+7,2%). Un esborso medio di 655 euro a cittadino per 44 milioni di persone, di cui 7 milioni si sono indebitati e 2,8 milioni hanno attinto ai risparmi. Inoltre, le spese per la sanità privata crescono più velocemente dei consumi, specie tra le fasce più deboli, che sono quelle che più soffrono l'inefficienza del settore pubblico. Come dimostra il fatto che un quarto degli esborsi (circa 10 miliardi) è dovuto a liste d'attesa mortalmente lunghe.

Al di là della quantità della spesa, però, sarebbe bene che ad aumentare fosse la qualità del servizio sanitario. Intesa, soprattutto, come capacità di essere uniforme su tutto il territorio. Pensate che, prima della nefasta riforma del Titolo V (del 2001) che ha spostato la competenza della sanità dallo Stato alle Regioni, l'Oms metteva la sanità italiana al secondo posto nel

mondo. Poi, la creazione di 20 sistemi sanitari diversi, oltre a complicare i processi decisionali e moltiplicare le procedure amministrative, ha lasciato campo a gestioni clientelari delle Asl - nomine, acquisti, appalti - con la spesa che è esplosa e i servizi che sono peggiorati. Le uscite compressive, infatti, sono passate dai 42 miliardi di euro del 1990, ai 60 del 2000, fino ai 114 attuali. In pratica, nel decennio precedente la regionalizzazione la spesa sanitaria è cresciuta del 19,3%, mentre in quello successivo del 70%.

Evidentemente qualcosa è andato storto. Forse perché le Regioni gestiscono la sanità per il 60% con fondi non legati al loro prelievo fiscale, quindi senza doverne rendere conto. E, infatti, numerose sono le strutture che sono state commissariate. Vediamo se il "governo del cambiamento" saprà rendersene conto. (twitter @ecisnetto)



Sono cinque le sfide per rimettere un Paese malandato in buona Salute

Dai nuovi codici di emergenza alla disparità tra Nord e Sud
Cosa ha lasciato la **Lorenzin** sul tavolo del ministro Grillo

di **CARLO PIANO**

■ Tocca a lei prendersi cura degli italiani: catanese, 43 anni appena compiuti, laureata con una specializzazione in medicina legale. È il nuovo **ministro della Salute, Giulia Grillo**. Raccolge il testimone lasciato dalla leader di Alternativa popolare, **Beatrice Lorenzin**, con il suo carico di problemi irrisolti, inefficienze, polemiche mai sopite. Le idee che l'esecutivo Lega-M5s intende portare avanti in tema di sanità sono scritte a chiare lettere nel contratto di governo. Si va dal potenziamento dei fondi destinati al Servizio sanitario nazionale (Snn) alla tutela dell'autonomia regionale nell'organizzazione dei servizi sanitari. Non mancano accenni alla lotta agli sprechi, alla corruzione e alle inefficienze e alla revisione della *governance* farmaceutica. Così come all'informatizzazione del Snn e agli investimenti per la prevenzione. Ma le sfide sono molto più numerose: il nuovo ministro dovrà anche sciogliere il nodo dell'obbligo vaccinale, quello delle infinite liste di

attesa, quello del cosiddetto turismo sanitario e ancora quello della sicurezza dei medici sul posto di lavoro.

Abbiamo sintetizzato in cinque punti le questioni più urgenti, quelle lasciate insolute dai governi targati Pd e che, per forza di cose, il ministro **Grillo** dovrà mettere al più presto all'ordine del giorno.

LISTE DI ATTESA

«Il nostro obiettivo è uniformare l'intero territorio nazionale su standard elevati, così da permettere a ciascun cittadino di ottenere in tempi rapidi prestazioni sanitarie di qualità», così diceva l'allora **ministro della Salute Lorenzin** nel 2016. Due anni dopo nulla è cambiato, anzi le liste di attesa nel Servizio sanitario nazionale sono cresciute. I tempi per ottenere una visita sono aumentati di circa 27 giorni in tre anni, come ha dimostrato un recente studio commissionato al Crea dalla Funzione pubblica Cgil e dalla fondazione Luoghi comuni. La media, per riuscire ad avere un appuntamento, è di 65 giorni contro i sette sufficienti nel privato. E la situazione al Sud è ancora più preoccupante: per sottoporsi a una mammografia in un ospedale meridionale si

possono aspettare anche 122 giorni, mentre al Nord Ovest

Per ottenere un appuntamento in una struttura pubblica servono in media 65 giorni, contro i 7 che sono sufficienti in quelle private

ce ne vogliono al massimo 89. Per una semplice ecografia è necessario pazientare da 62 giorni a un minimo di 42. Davvero troppi per i cittadini che, spesso, decidono di rinunciare, indebitandosi per pagare esami e medici in strutture private.

PRONTO SOCCORSO

Uno degli obiettivi del nuovo governo è aumentare l'efficienza del Snn. Intanto, però, sta per arrivare una novità (stabilita dalle nuove linee guida sul triage intraospedaliero, di imminente approvazione da

parte della conferenza Stato Regioni) che rischia di creare ancora più confusione. I tradizionali quattro colori con i quali finora sono stati identificati gli accessi al pronto soccorso (bianco, giallo, verde e rosso) saranno presto sostituiti da cinque codici numerici. L'obiettivo è ridurre i tempi di attesa e diminuire il margine di errori medici. I nuovi codici vanno da uno a cinque, dove uno rappresenta i casi più gravi (emergenza), due l'urgenza, tre l'urgenza differibile, quattro l'urgenza minore e cinque la non urgenza. I primi tre sono a medio-alta intensità di cure, mentre gli ultimi due a moderata-bassa intensità. I tempi stimati di accesso vanno da immediato a 240 minuti. Da parte sua, il Tribunale del malato ha però già lanciato l'allarme, spiegando che partire senza adeguate informazioni rischia di far piombare il sistema in un caos ancora più grande. Il ministro **Grillo** dovrà governare questa rivoluzione.

VAX E NON VAX

È stata una delle questioni più controverse durante il mandato **Lorenzin**: il cosiddetto obbligo vaccinale imposto per legge dal governo **Gentiloni** per gli alunni della scuola dell'obbligo. Il risultato è che, a oggi, migliaia di famiglie risultano inadempienti e i loro figli, se le cose non dovessero cambiare, rischiano di non essere accettati in classe. Su questo punto il neo ministro pentastellato ha già espresso la sua opinione: «Non vogliamo penalizzare i bimbi non vaccinati». Una frase che ha già scatenato grandi polemiche. Resta il fatto che il problema dei vaccini è stato inserito nel contratto di governo. E che la nuo-

va titolare della Salute si è detta più volte contraria all'obbligo, pur considerando questi farmaci essenziali per la prevenzione. È possibile quindi che il decreto voluto dalla **Lorenzin** sia destinato a lasciare il posto a nuovi provvedimenti. Non si parla comunque di abolizione dei vaccini, ma semmai di un ripensamento sull'obbligatorietà.

AGGRESSIONI

Il nuovo dicastero giallo-verde ha anche un'altra grandissima sfida davanti a sé: aumentare la sicurezza dei camici bianchi sul posto di lavoro. Negli ultimi anni i casi di violenza e aggressioni, specialmente nei presidi di pronto soccorso e di guardia medica, sono aumentati in modo esponenziale. Ogni anno la stima è di circa 3.000 episodi, 1.200 dei quali segnalati all'Inail, come testimoniano i dati resi noti dalla Federazione di Asl e ospedali. Il triste primato spetta alla Puglia, con il 26% delle aggressioni. Seguono Sicilia (16%), Lombardia e Sardegna (13%).

Nel nostro Paese nove dottori su dieci sarebbero state vittime di violenze o tentate aggressioni almeno una volta nel

Ogni anno si contano circa 3.000 episodi di violenze verso i medici. Il primato spetta alla Puglia, seguita da Sicilia, Sardegna e Lombardia

corso della carriera. Tanto che, negli ultimi mesi, gli ordini professionali hanno lanciato corsi di autodifesa ad hoc. Ma adesso chiedono un intervento a livello nazionale.

MOBILITÀ REGIONALE

«La salute è il bene più importante e gli italiani, da Nord a Sud hanno diritto a un servizio sanitario davvero efficiente e universale». Queste le impegnative parole pronunciate dal ministro **Grillo** nel giorno dell'insediamento. Il riferimento è alle liste di attesa, ma anche ai cosiddetti «viaggi del-

la speranza». Quelli che centinaia di migliaia di italiani sono costretti a intraprendere per cercare terapie più efficaci lontano da casa. Ogni anno sono circa 70.000 i pazienti che lasciano la regione di residenza per curarsi nella sola Lombardia. Arrivano soprattutto da Campania, Calabria, Sicilia, Abruzzo, Lazio e Sardegna.

A livello nazionale questo esodo di migranti della salute riguarda almeno un milione di italiani e vale 4,1 miliardi di euro all'anno. Fra le mete più gettonate ci sono anche i nosocomi di Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Umbria e Friuli Venezia Giulia. I dati, resi noti dal rapporto Ospedali & Salute 2017, stilato dall' Aiop, l'Associazione italiana ospedalità privata, disegnano ancora una volta un Paese diviso in due. Con cittadini di serie B ancora costretti a spostarsi, e indebitarsi, per accedere alle cure. Tra le priorità del ministro dei 5 stelle, che ricordiamo aver fatto en plein di voti soprattutto al Sud, c'è quella di arginare la fuga.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano **sanità**.it

Sabato 09 GIUGNO 2018

Specializzazioni mediche: le Regioni rilanciano gli "ospedali di insegnamento" dove formare tutti gli specializzandi in più rispetto a quelli finanziati dal Governo. In tutto 2.369 posti

Posti a bando per le specialità: il piatto piange di oltre 2.300 posti tra l'offerta del Governo e le richieste delle Regioni. La soluzione allora secondo i governatori è una: dare l'opportunità ai laureati in medicina e chirurgia di accedere al servizio sanitario pubblico seguendo un percorso formativo per le specialità presso le aziende sanitarie e ospedaliere del Ssn. La proposta inviata il 5 giugno scorso al nuovo Governo si discuterà il prossimo 18 giugno. [LA BOZZA DI DOCUMENTO](#).

Alle Regioni non bastano i 6.200 contratti di formazioni che il Governo ha deciso di finanziare per l'anno accademico 2017-2018, ne vogliono almeno 8.569 per far fronte al reale fabbisogno.

Ma di tasca loro più di qualche centinaio aggiuntivo rispetto ai 2.369 che mancano all'appello non ce la fanno a finanziarli.

La soluzione allora secondo i governatori è una (e la propongono in un documento inviato al Governo per un possibile accordo in Stato-Regioni): dare l'opportunità ai laureati in medicina e chirurgia di accedere al servizio sanitario pubblico seguendo un percorso formativo finalizzato all'acquisizione della specialità presso le aziende sanitarie stesse. Gli "ospedali di insegnamento" insomma, ipotizzati anche nel Patto per la Salute e chiesti da tempo da numerosi sindacati medici proprio per risolvere il problema dell'imbuto delle scuole di specializzazione.

D'altra parte che di scuole di specializzazione ce ne volessero ben di più di quelle finanziate attualmente dal Governo le Regioni lo avevano ben detto nella [bozza di accordo approvata in Stato-Regioni il 10 maggio](#), ma su cui è stato chiesto il rinvio e dopo pochi giorni è arrivata la firma del decreto sui 6.200 posti a bando.

Ora rilanciano. E la loro richiesta, formalizzata nella nuova proposta inviata il 5 giugno al Governo e che si discuterà in una riunione tecnica il prossimo 18 giugno, si basa sul fatto che da anni oramai si registra uno scostamento negativo tra il numero annuale di laureati in medicina e chirurgia e il numero annuale di contratti di formazione specialistica finanziati con risorse statali.

L'effetto è di produrre un elevato contingente di giovani medici che ogni anno non riesce ad accedere alla formazione post lauream e una carenza di specialisti necessari al Servizio sanitario nazionale.

Secondo le Regioni infatti con sempre maggior frequenza i concorsi indetti per la copertura di posti di dirigenti medici presso il Servizio sanitario regionale/provinciale, in particolare nelle specialità di Anestesia, rianimazione e terapia intensiva e del dolore, di Radioterapia, di Ginecologia e ostetricia, di Pediatria e di Medicina di emergenza e urgenza, registrano un numero di candidati troppo basso, "tale da non consentire la copertura dei posti vacanti. Tale situazione - ammoniscono i governatori - nel volgere di poco tempo potrebbe compromettere seriamente la garanzia di erogazione delle dovute prestazioni assistenziali ai cittadini".

In più, il [nuovo sistema di accreditamento](#) delle scuole di specializzazione garantisce maggiore equità e qualità formativa, ma può ridurre ulteriormente il numero di posti disponibili e come se non bastasse c'è

anche il fatto che la distribuzione dei posti agli Atenei non avviene sempre tenendo conto delle priorità segnalate dalle Regioni.

Da qui la proposta. Che, sottolineano gli stessi governatori, non è nuova perché le Regioni l'avevano già presentata nel 2014, quando era stata bocciata dal Governo, ma che ora appare come l'unica soluzione possibile.

Le Regioni e le Province autonome sottolineano come all'articolo 22 del Patto per la Salute 2014-2017 sia stata introdotta la possibilità di contemplare "un innovativo accesso al Ssn da parte delle professioni sanitarie".

In questo senso ricordano, appunto, la loro proposta del 2014, che offriva l'opportunità ai laureati in medicina e chirurgia di accedere al servizio sanitario pubblico, e configurava a latere la possibilità per questi dipendenti "di intraprendere un percorso formativo ad hoc finalizzato all'acquisizione della specialità presso le aziende sanitarie stesse. Tale proposta non è stata accolta, tuttavia le Regioni e le Province autonome ribadiscono come tale ipotesi rappresenti una concreta ed attuabile soluzione alle problematiche attuali".

Quindi, nella bozza di decreto proposta dalle Regioni, oltre ad "aprire" all'insegnamento anche le porte degli ospedali, il fabbisogno resta quello già indicato nell'ipotesi sospesa a inizio maggio.

La distribuzione dei contratti dovrà seguire precisi criteri elencati:

- il riparto dei contratti di formazione specialistica deve essere oggetto di confronto congiunto tra Regioni, Province autonome, ministero della Salute e ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca;

- la distribuzione dei contratti di formazione specialistica, che risultano essere complessivamente in numero inferiore rispetto alle esigenze espresse dalle singole Regioni e Province autonome, deve almeno rispettare proporzionalmente il fabbisogno stesso, prioritariamente con riferimento alle Scuole di specializzazione degli Atenei insistenti nel territorio regionale stesso o con i quali vi sono in essere rapporti convenzionali (fermo restando il limite dettato dalla capacità formativa delle scuole stessa);

- per le specialità di Anestesia, rianimazione e terapia intensiva e del dolore - Radioterapia - Ginecologia e ostetricia - Pediatria - Medicina di emergenza e urgenza, per le quali si registra una difficoltà di reperimento per il SSN, il fabbisogno espresso dalle Regioni/Province deve essere pienamente soddisfatto (fermo restando il limite dettato dalla capacità formativa delle scuole interessate).

Lo spuntodi **Sergio Harari*****L'ANNIVERSARIO
DIMENTICATO**

Fu un anno molto particolare per il nostro Paese il 1978, carico di avvenimenti drammatici, come il rapimento e l'assassinio di Aldo Moro, e di riforme importanti.

Fu l'anno dell'approvazione della rivoluzionaria legge Basaglia, della legge sull'aborto e fu sempre nel 1978 che nacque il nostro Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), approvato con un provvedimento in extremis il 23 dicembre di quarant'anni fa.

Un anniversario che, a differenza di altri, sembra passare sotto silenzio, malgrado la sua importanza storica (mise fine anche al vecchio sistema delle mutue), proprio quando il tema della sostenibilità del Ssn è più acuto. Sottofinanziato, nonostante le ottime performance, in crisi di personale, il Ssn vede avvicinarsi nubi fosche e tempestose, malgrado abbia sinora egregiamente garantito la salute agli italiani, in modo equanime e universalistico, così come dettato dalla nostra Costituzione. Molti temono, e hanno fondate ragioni per farlo, un futuro sempre più indirizzato verso sistemi assicurativi e privatistici che potrebbe far venire meno i presupposti sui quali è nato e si è sviluppato il nostro sistema di assistenza sanitaria.

D'altra parte, a fronte di finanziamenti limitati, i bisogni di salute aumentano, l'età media della popolazione cresce (raccoltiamo oggi i frutti di sane politiche socio-sanitarie attuate in passato) mentre la spesa per l'assistenza nelle ultime fasi della vita resta la più onerosa. Crescono anche le possibilità di curarsi, i farmaci per combattere **l'epatite C** ne sono l'ultimo esempio, straordinari ma anche molto cari. Si moltiplicano le richieste di salute a fronte di minori risorse mentre una parte della domanda viene già ora disattesa e le liste di attesa si allungano.

Questo anniversario che cade nell'anno del «governo del cambiamento» è l'occasione giusta per aprire un dibattito franco su come affrontare il futuro della nostra sanità e su come difendere e sostenere il Ssn.

Alcuni capitoli di spesa sono oggi irrisori e potrebbero essere riconsiderati, come la prevenzione, da sempre grande assente. Registriamo segnali preoccupanti: la maggiore diffusione del fumo tra le donne e i giovani, l'obesità e il sovrappeso in età infantile, il maggiore consumo di alcolici, comportamenti che avranno importanti ricadute sanitarie e costi rilevanti. Di tutto questo è ora venuto il momento di parlare senza più nascondere la testa sotto la sabbia.

**Presidente Associazione Peripato*



10 GIUGNO 2018

Usa. Trump si rifiuta di difendere l'Obamacare. Ed ora milioni di malati rischiano di perdere ogni copertura sanitaria

Lo scorso giovedì Trump ha infatti annunciato la [rinuncia alla difesa di alcune parti chiave dell'ACA](#) sostenendo, di fatto, il ricorso presentato da 20 Stati a maggioranza repubblicana, guidati dal Texas, che ne contestano la costituzionalità. Se dovesse prevalere questa posizione, milioni di americani affetti da patologie perderebbero le loro protezioni. Malati di cancro o Hiv non avrebbero assistenza sanitaria. Una decisione che potrebbe avere anche serie ripercussioni politiche nelle elezioni del midterm.

Dopo non essere riuscita ad abrogare l'Affordable Care Act nonostante un Congresso controllato dai Repubblicani, l'amministrazione Trump ha deciso di adottare una strategia diversa per lo smantellamento della legge. Una strategia non esente da rischi politici. Lo scorso giovedì Trump ha infatti annunciato la [rinuncia alla difesa di alcune parti chiave dell'ACA](#) sostenendo, di fatto, il ricorso presentato da 20 Stati a maggioranza repubblicana, guidati dal Texas, che ne contestano la costituzionalità.

Se dovesse prevalere questa posizione, in primo luogo milioni di americani affetti da patologie perderebbero le loro protezioni. Questa la prima conseguenza del venir meno di quel cosiddetto "mandato individuale" che obbliga ogni cittadino ad avere un'assicurazione sanitaria e che 'costringe' le compagnie assicurative a fornire coperture a prezzi calmierati anche a persone con patologie pregresse. **Per intenderci, stiamo parlando, ad esempio, del rischio di lasciare senza nessuna copertura sanitaria malati di cancro o Hiv.**

La seconda conseguenza riguarda, invece, la creazione di un precedente sull'obbligo di questo e di futuri presidenti di seguire il loro dovere costituzionale facendo applicare e proteggendo quelle leggi regolarmente emanate dal Congresso.

Per capire il rapido evolversi di questa situazione, proviamo a fare prima un breve passo indietro. Nel sostenere la costituzionalità dell'ACA, la Corte Suprema ha rilevato che il "mandato individuale" superava il potere del Congresso ai sensi della Clausola del Commercio, ma ciò nonostante confermava il requisito come legittimo esercizio del potere del Congresso di imporre tasse. Successivamente il Congresso con la riforma fiscale Trump ha abrogato il "mandato individuale" fissando a zero le penalità per non conformità, a partire dal 2019. A seguito di questa scelta, 20 Stati, guidati dal Texas, hanno fatto causa sostenendo che, poiché non è più necessario riscuotere entrate fiscali a seguito dell'azzeramento delle sanzioni per il mancato rispetto del "mandato individuale", anche il resto della legge è da ritenersi incostituzionale.

E arriviamo così allo scorso giovedì, quando il Dipartimento di Giustizia ha rifiutato di fare il suo lavoro, cioè difendere le leggi degli Stati Uniti quando queste vengono attaccate in tribunale. "Il ramo esecutivo ha una lunga tradizione nella difesa della costituzionalità degli statuti regolarmente emanati se si possono portare avanti ragionevoli argomenti in loro difesa. Questo è uno dei rari casi in cui la decisione corretta è quella di rinunciare alla difesa", ha scritto il procuratore generale **Jeff Sessions** in una lettera al Congresso.

In questo modo, però, si è deciso di non difendere, non solo il "mandato individuale" ma anche altre due disposizioni ad esso intrecciate: il "guaranteed issue" (che obbliga le compagnie assicuratrici a fornire copertura a chi ha condizioni di malattia preesistenti) e il "community rating" (addebitare premi più alti sulla base della storia medica della persona).

Una decisione che potrebbe portare dunque con sé gravi conseguenze, non solo per milioni di cittadini

americani, ma anche a livello politico nelle prossime elezioni del midterm. Recenti sondaggi hanno infatti rilevato che l'assistenza sanitaria è un tema cruciale per gli elettori quest'anno. In un [sondaggio della NBC News / Wall Street Journal](#) pubblicato questa settimana, emerge come per il 22% degli intervistati proprio il tema dell'assistenza sanitaria sia il fattore più importante nel decidere il proprio voto, davanti ad altre tematiche come l'economia, le armi, le tasse e l'immigrazione.

Giovanni Rodriquez