La sanità dimentica i malati più gravi

Solo un posto letto su dieci per i non autosufficienti. Cresce il divario Nord-Sud

VIVIANA DALOISO

Da un lato l'obiettivo strettamente contabile: colmare il deficit economico. E dopo anni di "austerity", di politiche di contenimento della spesa, di Regioni con i conti in rosso impegnate in duri piani di rientro, la sanità pubblica italiana è ritornata in sostanziale equilibrio finanziario, a livello nazionale e nella maggior parte dei sistemi regionali. Con un avanzo di addirittura 329 milioni di euro per il 2016. L'altra faccia della medaglia, però, resta la qualità del servizio offerto. Cosa si nasconde dietro i numeri? Una realtà che di equilibrato ha poco o nulla. A discapito dei pazienti, in particolare dei più fragili. Come segnala il rapporto Oasi 2017 (Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano), curato da Cergas-Sda Bocconi e presentato ieri a Milano.

L'abisso Sud. Un dato, su tutti, desta l'allarme degli analisti: l'allarmante e permanente divario tra Nord e Sud del Paese in tema di salute della popolazione. Basti guardare al gap sulla speranza di vita sana: dai 70 anni di Bolzano si crolla ai 50 della Calabria. Una differenza incredibile di 20 anni. E se la forbice fra i due estremi è enorme, in generale il divario Nord-Sud spezza a metà il Paese: la speranza di vita media in buona salute è di quasi 60 anni al Nord e di 56 al Sud, si spiega nel report che dal 2000 monitora i cambiamenti in atto nelle politiche sanitarie e nel management delle aziende sanitarie pubbliche e private. Anche l'autopercezione del proprio stato di salute da parte dei malati cronici suona lo stesso campanello d'allarme: al Nord il 49,6% dei cronici si percepisce in buona salute, al Sud la percentuale scende al 36,6%. E ad aggravare questa iniquità geografica c'è anche la spesa sanitaria privata delle famiglie: la Lombardia, con 752 euro per abitante, registra valori più che doppi rispetto alla Campania, con 303 euro.

Cergas-Bocconi

Il rapporto fotografa il sostanziale riequilibrio dei conti delle Regioni. Pesa la mancata assistenza ai pazienti

Il vuoto di assistenza. L'Italia invecchia e ha a che fare con l'età anche il tallone d'Achille della sanità pubblica, che rischia di cadere proprio sull'assistenza di lungo termine e sulla cronicità. Nel Paese si contano 2,8 milioni di anziani non autosufficienti, e i 270mila posti letto dedicati (sociosanitari residenziali pubblici o privati accreditati) coprono meno del 10% del fabbisogno. Le cure domiciliari risultano «largamente insufficienti a colmare il vuoto», riducendosi in media a 17 ore per paziente preso in carico. Sono allora le famiglie ad auto-organizzarsi, o attraverso un impegno diretto nella cura del proprio caro o con l'aiuto di un caregiver informale, una badante, oppure ricorrendo al ricovero sociosanitario in regime di solvenza completa. E in questo quadro il Sud, già penalizzato, è del tutto dimenticato.

Camici grigi Con la popolazione, poi, invecchiano i medici e gli strumenti: in Italia il 52% dei medici ha più di 55 anni, contro il 13% del Regno Unito o il 43% della Germania. E se è vero che nel 2016 il Servizio sanitario nazionale ha speso 115,8 miliardi di euro (una cifra in crescita dell'1,1% sul 2015, e che è aumentata in media dello 0,7% l'anno tra il 2010 e il 2016) il report rileva che «la spesa per il personale è diminuita di 6 punti tra il 2010 e il 2016, con la conseguente allarmante crescita dell'età media degli operatori». Di più: nel complesso la spesa per beni e servizi, pari al 33,6% del totale, supera quella del personale (29,7%). Sul fronte dei medici si contano poi il doppio dei candidati rispetto ai contratti finanziati (13.802 contro 6.725), mentre gli infermieri sono la metà rispetto a quelli presenti in Germania, tanto per fare un altro paragone. Sei ogni mille abitanti: pensando alla mancanza di assistenza ai malati cronici, davvero troppo pochi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

in cifre

270mila
I POSTI LETTO PER I MALATI CRONICI NEL NOSTRO PAESE

752
EURO DI SPESA SANITARIA PRIVATA PER ABITANTE IN LOMBARDIA

303
EURO DI SPESA SANITARIA PRIVATA PER ABITANTE IN CALABRIA

20
LA DIFFERENZA, ESPRESSA IN ANNI, SULLA SPERANZA DI VITA SANA TRA BOLZANO E LA CALABRIA

Regione Lombardia, riforma che fa discutere

Pronte le risposte ai bisogni dei malati cronici. Il nodo delle convenzioni con i privati

DAVIDE RE
MILANO

Malati cronici? Per loro in Lombardia, a partire da gennaio, cambierà tutto. Questo per effetto della riforma sanitaria che la maggioranza di centrodestra ha approvato in Consiglio regionale nei mesi scorsi. Il provvedimento interesserà ben 3 milioni di cittadini lombardi. E se non è in discussione il fatto che la riforma, dopo tanti anni, includerà anche i bisogni di chi è affetto da malattie croniche, come il diabete o altro, in discussione invece, da parte di medici e sindacati, c'è il modello con cui si vuole garantire le prestazioni ai pazienti.

Una battaglia senza esclusione di colpi, con i sindacati dei medici che hanno già provato a chiedere al Tribunale amministrativo regionale – ma è stata rifiutata – una sospensiva all'introduzione del nuovo modello di assistenza.

Ma qual è il nodo del contendere? Sicuramente sullo sfondo c'è un aspetto politico, che da sempre divide il centrodestra dal centrosinistra, ovvero "quanto e come" i privati, in regime di convenzione, possono o meno aumentare gli standard del sistema sanitario e incidere sui costi.

Nello specifico, invece, è il fatto che la riforma lombarda prevede l'introduzione, per l'assistenza ai cronici, della figura del gestore o del co-gestore, dove quest'ultimo, sempre un medico, lavorerà assieme ad un ospedale pubblico o privato accreditato al sistema sanitario regionale. Il gestore potrà essere un medico di medicina generale, in particolare il medico di base, oppure una società, che ovviamente per la sua natura sociale potrà assistere migliaia di malati. I medici di base potranno attingere da un bacino di circa 2 milioni di pazienti cronici, ovvero solo quelli che sono affetti da una e una sola patologia. Nel caso il malato abbia più disturbi a quel punto deve essere curato da una organizzazione complessa.

Secondo Regione Lombardia i vantaggi per il paziente saranno diversi, non dovrà infatti più preoccuparsi dell'aspetto burocratico della sua condizione: non dovrà più farsi prescrivere le ricette mediche, prenotare le visite periodiche o altro ancora. Penserà a tutto il gestore. Il paziente sarà così in contatto quindi con due figure: per la cronicità con il gestore, per tutto il resto il medico di base.

E i lombardi cronici in queste settimane stanno ricevendo le lettere da parte del sistema sanitario regionale, con le quali vengono invitati a scegliere il proprio gestore. Ed è qui che è scattata la protesta dei sindacati di categoria e della maggior parte dei medici di base. Il ragionamento è presto detto: i medici di base si sentono sminuiti nel loro ruolo dall'introduzione della riforma. Non solo, la "terzializzazione" del servizio potrebbe avvantaggiare i grossi gruppi privati, i soli che ragionando sui grandi numeri possono offrire da un lato un servizio a costi più bassi per la Regione ma - è una delle accuse - anche servizi non personalizzati ma standardizzati, senza una valutazione su misura sui casi più complessi. Tuttavia, senza i tetti di spesa e l'appropriatezza delle cure, la sanità pubblica rischierebbe di vedere i suoi costi lievitare e contestualmente aumentare la copartecipazione dei cittadini, ovvero i ticket.

In arrivo le lettere con cui si chiede alle famiglie di scegliere il gestore

Già perché la Regione intende rimborsare per la presa in carico dei pazienti la cifra di 40 euro, troppo pochi per molti medici di base, rapportarti ai costi e agli impegni della professione. Vero anche che non ci sono solo i privati come "organizzazioni sanitarie complesse", ma anche le ex aziende ospedaliere, cioè le nuove Asst (Aziende sociosanitarie territoriali). E in Lombardia la rivolta è guidata da Milano. Luogo in cui, tra città e hinterland, i cronici sono 430mila e dove fino adesso sono stati seguiti dai medici di base, dagli ospedali e dai poliambulatori. Proprio sul territorio metropolitano milanese c'è la gran fetta di medici – 7 su 10 – che hanno detto «no» alla riforma di Regione Lombardia. Molti hanno fatto pure un appello ai pazienti, dicendo loro, in parole povere, di rifiutare il gestore. Un atteggiamento che non è piaciuto a Regione Lombardia che ha minacciato ritorsioni. La ribellione dei medici potrebbe infatti mettere in crisi la Regione. La domanda dei pazienti, per esempio, si potrebbe riversare tutta sugli ospedali, creando una congestione in un luogo che più che fare funzione di ambulatorio ha il compito di occuparsi delle emergenze. Insomma il tempo stringe, visto che tutto deve essere pronto fra poche settimane.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giulio Gallera (Fi)

Perché sì

Gallera: 3 milioni di pazienti curati e monitorati su misura

LUCIA BELLASPIGA

Una riforma che riguarda oltre 3 milioni di pazienti, ovvero i cronici in Lombardia, è già di per sé una rivoluzione. Quali gli obiettivi?

L'aspettativa di vita sempre più elevata ha mutato i bisogni e creato appunto un gran numero di pazienti cronici, per i quali è necessario mettere a sistema un percorso di cura costante e personalizzato che dura tutta la vita – spiega Giulio Gallera, assessore lombardo al Welfare – . Solo la Regione Lombardia ha affrontato un problema che è universale. Consideri che i cronici sono il 30% e intercettano il 70% dei 18 miliardi di euro del fondo sanitario regionale

Quali i punti di forza della riforma?

Ognuno dei 3 milioni di pazienti cronici avrà un gestore che si prenderà cura di lui secondo un piano di assistenza adeguato alla sua patologia: non dovrà più prenotare visite o esami, subire liste d'attesa o ricorrere ai Pronto soccorso congestionati, magari nei giorni festivi quando il medico di base non si trova... Oggi il 90% degli over 65enni dimessi da un ospedale non è preso in carico da nessuno, in futuro il *case manager* terrà i contatti col paziente, lo accompagnerà nell'iter di cura, gli fisserà direttamente gli esami alle scadenze, userà anche la telemedicina per tenerlo monitorato con gli apparecchi adatti alla specifica patologia, ad esempio quelli che controllano la saturazione del sangue o la glicemia o il cuore... Non è fantascienza, molte di queste cose si usano già. È chiaro che più il paziente è gestito e monitorato, e meno si verifica l'emergenza. Tutto questo, poi, crea alleanze tra la Sanità lombarda, i Comuni e le associazioni per una presa in carico anche sociale, non solo sanitaria.

Un esempio concreto?

Ho il paziente che esce dalla terapia intensiva, va in reparto, poi torna al domicilio, lì viene attivata l'Adi, assistenza domiciliare integrata, che in quella casa rileva una fragilità sociale, la solitudine dell'anziano o altro, contatta gli assistenti sociali eccetera. Allora si attivano altre gestioni, non più dipendenti dal personale sanitario ma in interrelazione, ottimizzando i costi e la presenza capillare. Perché tutto vada a regime ci vorranno 3 o 4 anni, ma siamo già a buon punto e pronti per partire.

Chi saranno i gestori?

Prima abbiamo individuato le 65 patologie croniche, poi abbiamo chiesto a tutti i soggetti pubblici e privati di candidarsi e lo hanno fatto in 294, ovvero tutti gli ospedali pubblici, tutti gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Irccs) pubblici, 2.575 medici di base, la sanità privata, il sociosanitario privato. A gennaio ogni paziente riceverà una lettera in cui gli chiederemo di scegliere liberamente tra i 294 gestori e con quello sottoscriverà un Patto di cura. In seguito riceverà un Piano di assistenza individualizzato (Pai), con tutti gli esami e le prestazioni dell'anno già prenotate, naturalmente rimodulabile.

Dei medici di base ha aderito la metà.

È già un grande numero, considerato che si chiede loro di rivoluzionare il modo di lavorare. Ogni novità produce qualche resistenza, ma chi ha partecipato alla sperimentazione ne è uscito entusiasta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Carlo Borghetti (Pd)

Perché no

Borghetti: così verrà minata proprio la continuità di cura

PAOLO VIANA

Perché il Pd è contrario al nuovo sistema di presa in carico dei pazienti cronici lombardi?

Perché, nel modo in cui sta per partire, spezza il rapporto tra medicina e paziente per la grande maggioranza dei pazienti lombardi - è la risposta di Carlo Borghetti, capogruppo democratico nella Commissione Sanità del Consiglio regionale della Lombardia - laddove tutti sostengono l'importanza della continuità e dell'unitarietà nella diagnosi e nella terapia. Con il pretesto di accorciare le liste d'attesa, si creano due tipologie di pazienti cronici, quelli affidati agli enti gestori e quelli che resteranno con i medici di famiglia, si intensifica l'ospedalizzazione e si promuove ulteriormente la privatizzazione del sistema sanitario lombardo.

Eppure, la riforma rimette tutto nelle mani del paziente.

Più che libero, il paziente sarà solo. Per scegliere da chi farsi gestire e soprattutto per continuare a essere seguito dal proprio medico anche dopo aver scelto un gestore per le proprie patologie croniche, il paziente dovrebbe poter concordare questo passaggio con il medico di famiglia; ma solo un medico su quattro a Milano e uno su tre nell'hinterland hanno aderito al nuovo sistema, quindi, quando il paziente cronico avrà sottoscritto il patto di cura, sarà curato, ad esempio per il diabete, dall'ente che ha scelto, ma quel gestore non comunicherà con il medico di famiglia di quel paziente e si creeranno due regimi assistenziali sullo stesso paziente. Altro che unità di cura!

Cui prodest?

L'opportunità è grande per la sanità privata, è evidente, e soprattutto per i grandi ospedali privati. I pazienti cercheranno di essere seguiti dai grandi presidi, perché godono di una immagine di affidabilità maggiore. Questo provocherà una maggiore ospedalizzazione della cura sanitaria laddove si dovrebbe cercare, particolarmente per i cronici, di potenziare invece la sanità territoriale. Inoltre, la Giunta Maroni ha previsto che ogni ente gestore possa arrivare a seguire la cifra *monstrum* di 200.000 pazienti cronici: per farlo sarà necessario costituire dei centri servizi che, per ragioni amministrative, solo i privati possono sviluppare; con il risultato che i grandi ospedali privati dreneranno i cronici più remunerativi nell'interesse ad acquisire nuovi pazienti anche per esami e terapie fuori set, e i pubblici li rincorreranno affannosamente.

Quindi il problema delle liste d'attesa non sarà risolto?

Alcuni cronici noteranno un miglioramento, tutti gli altri no. Tutti, poi, subiranno un effetto negativo indiretto, perché nel set dei controlli previsti dalla Giunta per ogni patologia cronica sono stati esclusi prevenzione e fragilità: in breve, se hai il diabete, puoi effettuare gli esami di routine ma nessuno ti prescriverà quelli che servono a prevenire, esclusi dai set, dal diabete alle altre patologie. A meno che non paghi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxNy0xMi0wNVQxMzo1NzowMyMjI1ZFUg==