

Salute

Assistenza a casa/2 Il fenomeno fotografato dal 46° Rapporto del Censis

Donne sempre in prima linea anche a scapito della salute



L'impegno si accentua per un supporto sempre più limitato di servizi

Sono principalmente donne le caregivers che si dedicano all'assistenza di familiari «fragili»; spesso si fanno carico di compiti che in altri Paesi sono svolti da strutture pubbliche. E scontano conseguenze, ancora sottovalutate, nel mondo del lavoro, ma anche sulla propria salute. La conferma del ruolo di supplenza svolto dalle famiglie, in particolare da madri, mogli e figlie, a fronte di un Welfare sempre più carente, arriva dal 46° Rapporto del Censis sulla situazione sociale del Paese, presentato venerdì scorso a Roma.

«Il modello italiano di Welfare, soprattutto per le persone con disabilità e per chi soffre di malattie degenerative, si fonda sul ruolo della famiglia, in particolare delle donne — afferma Kitty Vaccaro, responsabile del settore Welfare del Censis —. La delega si accentua, poi, a causa di un supporto sempre più limitato di servizi che potrebbero garantire un'assistenza migliore e maggiore autonomia alle persone con disabilità».

Il Censis ha confrontato i modelli di offerta delle prestazioni per la disabilità in Italia, Spagna, Francia, Germania e Regno Unito. Nel nostro Paese gran parte dell'intervento pubblico si concretizza in misure di sostegno economico, che però sono inferiori rispetto alla media europea (vedi tabella). Se poi si osserva la composizione della spesa, le misure erogate sotto forma di prestazioni e servizi sono pari ad appena 23 euro pro-capite l'anno, meno

di un quinto della media europea (125 euro)».

«Nel Regno Unito, per esempio, c'è una presa in carico delle persone da parte dell'autorità locale, si valutano i bisogni e si erogano "pacchetti di assistenza" modulati sulle specifiche esigenze — riferisce Vaccaro —. Se poi si considera che nel nostro Paese la media annua delle ore di assistenza domiciliare dedicate a ciascuna persona sono appena 22 (dati 2008 del Ministero della Salute, ndr), appare chiaro come i familiari debbano sempre più spesso provvedere autonomamente da soli ai bisogni dei loro cari». In particolare, secondo il Censis, le donne più anziane tendono a sobbarcarsi il carico assistenziale da sole e ne pagano il prezzo in termini di problemi psicologici e di salute: uno studio di Elizabeth Blackburn, premio Nobel per la Medicina nel 2009, ha dimostrato che i caregivers sottoposti allo stress di curare familiari gravi hanno un'aspettativa di vita ridotta dai 9 ai 17 anni.

Ma, avverte Carla Collicelli, vicedirettore del Censis: «Le persone bisognose di aiuto nei prossimi decenni tenderanno ad aumentare di pari passo con l'aumento di malattie cronico-degenerative e della non autosufficienza. Occorre quindi organizzare al meglio le reti di supporto. Per esempio, oggi c'è una marea di badanti, alcune pagate in nero, altre ben retribuite e con i contributi previdenziali; alcune con idonea formazione, altre non adatte a fare le caregivers. Inoltre, se nella fase acuta della malattia il paziente viene preso in carico dall'ospedale, in quella cronica è lasciata alla famiglia la responsabilità di decidere, per esempio, se assumere una badante o utilizzare qualche servizio della sanità pubblica che ancora esiste».

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute, l'Europa punta a vie digitali

BRUXELLES. L'Europa ha deciso di mettere il paziente ai comandi della propria salute: Bruxelles ha infatti annunciato un piano d'azione per far cadere le barriere al pieno utilizzo delle soluzioni digitali nei sistemi sanitari europei. Si vogliono così «migliorare le prestazioni sanitarie a beneficio dei pazienti, offrire a questi ultimi un maggiore controllo delle proprie cure mediche e ridurre i costi». E mentre già milioni di europei usano la telemedicina, la Commissione ritiene che spetti al servizio sanitario «sfruttare appieno il potenziale offerto dalla svolta digitale per migliorare i propri servizi e realizzare risparmi di efficienza». L'iniziativa è stata lanciata dal vicepresidente della Commissione per l'agenda digitale, Neelie Kroes, e dal commissario alla Salute, Tonio Borg.



Balduzzi: nessun allarme sanità da Monti

BRUXELLES. Il premier Mario Monti non ha mai parlato di «sostenibilità del sistema sanitario a rischio, è stata una deformazione giornalistica. Quello che il presidente del Consiglio ha detto è che i sistemi sanitari si troveranno in futuro a dover affrontare ulteriormente delle sfide». La puntualizzazione è arrivata da Bruxelles dove il ministro della Salute, Renato Balduzzi ha voluto così chiarire il pensiero di Monti. Il presidente del Consiglio, ha precisato il ministro, «ha detto che a livello di Ocse, per esempio, da qualche anno è all'attenzione di tutti che i

sistemi sanitari in seguito all'invecchiamento della popolazione, cioè a fattori positivi, in seguito allo sviluppo delle tecnologie, anche al costo delle stesse, dei nuovi farmaci, si troveranno in futuro a dover affrontare ulteriormente delle sfide». Balduzzi ha poi rassicurato: «Noi siamo, come servizio sanitario nazionale, bene attrezzati per queste sfide perché già abbiamo un servizio sanitario che offre molto costando poco, e siamo ormai abituati a modificarlo e migliorarlo sempre». È chiaro, ha concluso, «che questo è uno dei momenti più impegnativi, perché siamo dentro a una crisi che non è soltanto nazionale,

però come Italia guardiamo a questa sfida come una sfida che possiamo vincere».



Se i tagli dei tecnici non sono chirurgici

GUIDO LIBERATI

«**L**a nostra sanità pubblica è chiamata a ripensarsi in vista di una rimodulazione e adattamenti di cui dobbiamo avere consapevolezza. Dobbiamo imparare a gestire il divenire del processo demografico in corso in modo più efficiente». Quello di Mario Monti è più di un avviso ai naviganti.

Nel 2011 le famiglie hanno tirato fuori di tasca loro (out of pocket), per acquistare beni e servizi sanitari, ben 28 miliardi di euro, pari all'1,76% del Pil. Lo evidenzia il 46° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese.

Una spesa sostenuta soprattutto per far fronte alla scarsità di cure domiciliari e integrazione socio-sanitaria, necessarie per sostenere l'aumento dei malati gravi e cronici. E anche se, secondo l'Ocse, la spesa out of pocket italiana nel 2010 è stata pari al 17,8% della spesa sanitaria complessiva, quindi al di sotto della media Ocse del 20,1%, gli italiani spendono molto di più di altri Paesi europei come Francia (7,3%),

Regno Unito (8,9%) e Germania (13,2%). «La crisi della sanità italiana non va affrontata solamente dal punto di vista economico. In questo modo, i problemi non si risolvono e chi è costretto a pagare è il malato. Questo Governo ha preso in mano il Paese in una situazione di emergenza e con poco tempo a disposizione per correre ai ripari. Mi astengo quindi per ora dal giudicarlo. Continuare su questa strada sarebbe però una grave pigrizia mentale: ristrutturare implica lo sforzo di individuare gli sprechi, eliminare le inefficienze e liberare risorse a favore delle strutture virtuose». Così Joaquin Navarro-Valls, medico e presidente dell'Advisory Board (Comitato di consiglio e indirizzo) dell'Università Campus Bio-Medico di Roma.

«È una crisi complessa, che presenta più di un fattore – spiega l'ex direttore della Sala stampa della Santa sede durante il pontificato di Giovanni Paolo II – e come tale non può essere risolta tenendo conto di un solo parametro. C'è sicuramente quello economico, la necessità di riprendere il controllo della spesa pubblica in sanità. Il problema della sostenibilità dei sistemi sanitari nei Paesi avanzati non è però un grattacapo solo italiano. Riguarda più o meno tutti i Paesi europei. Se in Italia si sta manifestando in modo così accentuato

rispetto a nazioni come Germania, Olanda, Paesi scandinavi, è perché al problema della scarsità delle risorse se ne aggiungono altri». In particolare, secondo Navarro-Valls, «il sistema italiano soffre di un problema di credibilità. Penso a come inefficienze e incapacità di rinnovamento rendano poco credibile il sistema sanitario - sottolinea - innanzitutto agli occhi di chi ci lavora dentro tutti i giorni, creando quindi un problema molto serio di motivazione». Per quanto riguarda il problema della sostenibilità del Ssn, sollevato da più parti, per Navarro-Valls «sono necessarie una riorganizzazione complessiva del sistema e una classe dirigente in grado di pensarla e attuarla. Ci sono compiti d'indirizzo che spettano sicuramente alla classe politica. Scegliere, per esempio, tra un servizio sanitario nazionale aperto a tutti e finanziato con soldi pubblici oppure un sistema di sole assicurazioni private, oppure un sistema misto, è una decisione di fondo che un Paese compie rispetto al valore che attribuisce alla salute. Questa è una scelta politica».



Salute

Pensa la salutedi **Riccardo Renzi****Medici, ricette, molecole
e nomi commerciali**

**Possibili risvolti
semiseri
delle nuove regole
per la prescrizione**

Sono curioso di vedere che cosa scriveranno i medici sulle ricette, quando vorranno indicare la marca del farmaco e non semplicemente la molecola. Infatti, secondo il Maxie-mendamento al decreto Sviluppo (oggi non ci sono più leggi il cui nome abbia a che fare col contenuto), viene corretta la norma originaria che prevedeva che il medico indicasse soltanto il nome della molecola. Dopo un lungo braccio di ferro si è raggiunto un compromesso: il medico potrà indicare la marca, ma dovrà motivare la scelta. I compromessi, si sa, raramente comportano una logica stringente. Che cosa potrà scrivere infatti il povero dottore? A rigore la motivazione dovrebbe avere carattere scientifico e affermare che il tal farmaco si è dimostrato più efficace dei suoi equivalenti generici, in uno studio, per esempio, pubblicato sul *New England Journal of medicine*. Ma la vedo difficile: ricerche del genere sono rare e spesso contraddittorie. Più agevole potrebbe essere una motivazione psicologica. Ci sono, per esempio, pazienti anziani che prendono lo stesso farmaco da anni e che potrebbero trovarsi disorientati con confezioni e pillole diverse dal solito. Ma, pur riconoscendo ai medici di esperienza una certa pratica psicologica, questa forma dovrebbe essere ammessa solo per gli psichiatri. Io propongo di essere, semplicemente, sinceri. E visto che i medici amano molto le sigle (scrivono P.O., che vuol dire "per os", cioè per bocca, per via orale, e qualcuno scrive ancora T.I.D., «tris in die», cioè tre volte al giorno) suggerisco D.I.N.I.F.: che vuol dire «Decido io e non il farmacista». Il che, sia chiaro, può avere un qualche fondamento.



GENTE INCHIESTA VIAGGIO NEGLI OSPEDALI ITALIANI ALLA VIGILIA DEI GRANDI TAGLI

LOTTA PER LA SOPRAVVIVENZA
 Il sindaco di Tagliacozzo, Maurizio Di Marco Testa, tra il direttore Carmine Viola e la dottoressa Stefania Bucarelli, in prima linea per salvare l'ospedale.



ULTIMA TERAPIA: CHIUDERE TUTTO!

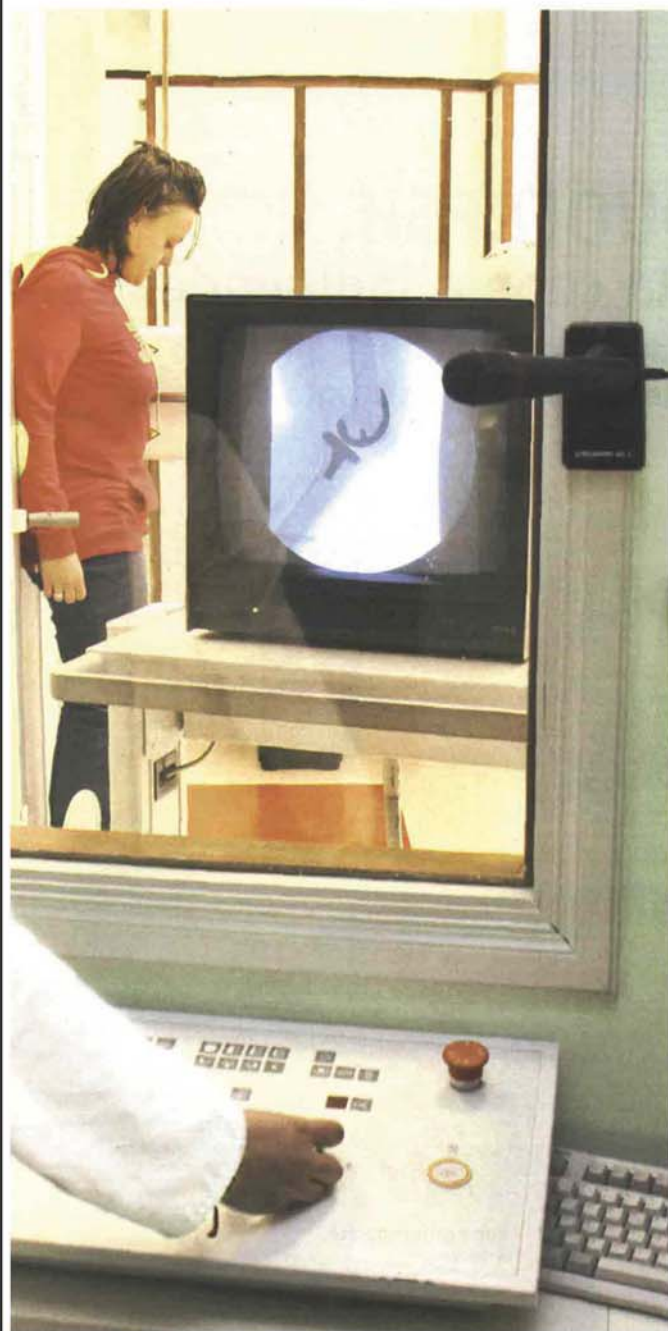
SPRECHI E INEFFICIENZE. E ALLORA, ADDIO A PICCOLE STRUTTURE E REPARTI POCO "FREQUENTATI". MA BASTERÀ?

di Francesco Gironi

La salvezza dell'ospedale di Tagliacozzo, a metà strada tra Roma e L'Aquila è appesa, teoricamente, a un codice: 56, quello che indica il "trattamento" di recupero e riabilitazione funzionale. Teoricamente, perché è vero che in Abruzzo mancano posti letto nei centri di riabilitazione (ne servirebbero altri 240), ma l'ospedale è troppo piccolo e, sempre teoricamente,

dovrebbe chiudere. Intanto, le due sale operatorie, praticamente nuove, sono "temporaneamente disabilite" dal 2010, e c'è un "posto di primo intervento" che è qualcosa di meno di un pronto soccorso. «Nel 2010 la Regione decise di trasformare l'ospedale di Tagliacozzo in un centro di riabilitazione, mantenendo però una componente ospedaliera», ricorda Carmine Viola, direttore sanitario. E aggiunge: «Teoricamente la Regione è contraria alla chiusura dell'ospedale».

Già, teoricamente. Perché da qui al 31 dicembre tutto può accadere. Entro quella data, infatti, "le Regioni provvederanno ad adottare i provvedimenti di riduzione di posti letto a un livello non superiore a 3,7 per mille abitanti". È la rivoluzione della sanità nell'era dei tecnici e della *spending review*. Una scelta obbligata perché, come ha avvertito il presidente del Consiglio Mario Monti, «la sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali, compreso il nostro di cui andiamo fieri,



QUI IL FUTURO È UN'INCOGNITA
 Tagliacozzo (L'Aquila). Un esame radiologico nell'ospedale su cui pende l'ipotesi chiusura o riconversione dal 2010. «Abbiamo due sale operatorie nuove inutilizzate», dice il direttore sanitario Carmine Viola.

SETTEMILA POSTI LETTO A RISCHIO

A gennaio 2012 negli ospedali italiani c'erano 231.707 posti letto, di cui 195.922 per pazienti in fase acuta e 35.785 per post-acuti (riabilitazione). Entro l'anno dovranno scendere a 224.318, con una diminuzione di posti "acuti" (-14.043) e un aumento di quelli per lungo degenti (+6.635). Ecco le Regioni costrette a tagliare e le poche che potranno aumentare i letti.

REGIONE	Posti letto acuti	Posti letto post-acuti	TOTALE
Piemonte	+449	-1.292	-843
Valle d'Aosta	-87	+77	-10
Lombardia	-1.426	-911	-2.337
Trentino Alto Adige	-577	-122	-699
Veneto	-1.225	+693	-532
Friuli Venezia Giulia	-690	+542	-149
Liguria	-235	+528	+293
Emilia Romagna	-2.007	-536	-2.543
Toscana	-106	+1.573	+1.467
Umbria	+94	+359	+453
Marche	-426	+326	-100
Lazio	-1.644	-319	-1.963
Abruzzo	-208	+240	+32
Molise	-99	-86	-185
Campania	-1.710	+1.875	+165
Puglia	-890	+1.179	+289
Basilicata	-107	+39	-68
Calabria	-940	+355	-585
Sicilia	-918	+1.415	+497
Sardegna	-1.291	+720	-572
Totale Italia	-14.043	+6.653	-7.389

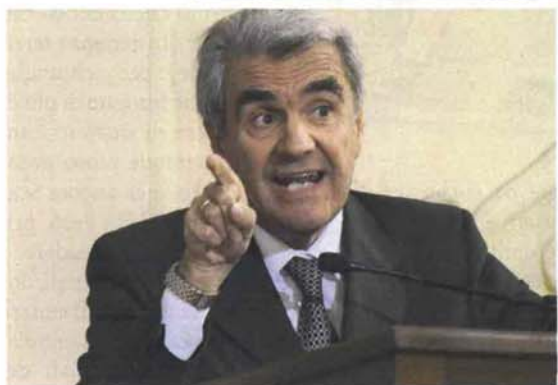
potrebbe non essere garantita». Ha spiegato a *Gente* il ministro della Salute Renato Balduzzi: «Così potremmo avere le risorse economiche per organizzare la rete territoriale delle emergenze, riuscendo ad assicurare lo stesso livello di servizi, evitando degenze inutili e sovrappollamento». Secondo i dati del ministero, sono a rischio-chiusura oltre 1.100 reparti, mentre più di 160 ospedali con meno di 120 posti letto potrebbero cessare ogni attività o essere "riconverti- ▶

Fonte: ministero della Salute.

INCHIESTA OSPEDALI ITALIANI. ULTIMA TERAPIA: CHIUDERE

FANNO IL CONTO ALLA ROVESCIA

Tagliacozzo (L'Aquila). I medici in laboratorio. I tagli sarebbero attivi entro il 31 dicembre. «Già da due anni per la Regione saremmo dovuti diventare un centro di riabilitazione», dice il direttore sanitario Viola. Sotto, il ministro della Salute Renato Balduzzi, 57 anni, autore della riforma.



160

I RICOVERI, OGNI 1.000 ABITANTI, RICHIESTI AGLI OSPEDALI PER NON CHIUDERE

90%

L'OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO PERCHÉ UN REPARTO RESTI APERTO

minimi. Cosa significhi lo spiega con due esempi Giuseppe Scaramuzza, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato: «In Italia ci sono 38 ospedali che eseguono meno di 50 interventi l'anno di colecistectomia laparoscopia: andrebbero chiusi. Per lo stesso intervento, al Policlinico Umberto I di Roma il 75 per cento dei pazienti viene ricoverato per più di quattro giorni contro le 48 ore suggerite dalle linee guida». Il policlinico romano è messo sotto accusa anche dal senatore Ignazio Marino, presidente della commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale: «Si contano 80 interventi l'anno per il cancro allo stomaco, ma sono 15 divisioni diverse a effettuarli». E ancora: «A Roma ci sono cinque centri per il trapianto del fegato che nel 2011 hanno eseguito 98 trapianti; a Torino ne sono stati fatti 137, ma in un solo centro».

ti" in strutture riabilitative. A questi si devono aggiungere le strutture private: sotto gli 80 posti letto non potranno essere convenzionate con la sanità pubblica: vuol dire il 63 per cento delle case di cura, 10.400 letti.

Apriti cielo. «Ho definito il provvedimento Balduzzi un errore e un orrore; Regione Lombardia ha già preannunciato ricorso alla Corte Costituzionale», ha tuonato Roberto Formigoni. «Che vengano da Roma a insegnarci come disegnare il futuro degli ospedali dell'Emilia Romagna è inaccettabile», fa eco Sergio Venturi, direttore generale del Sant'Orsola Malpighi di Bologna (600 posti letto in meno in tutta la zona). A Torino, contro la chiusura del reparto di Senologia dell'ospedale Valdese, in 300 donne si sono fatte fotografare a seno nudo. «Un'iniziativa», ha detto il primario Ro-

berto Dosio, «che testimonia quanto sia ingiusto il destino che attende l'ospedale, nonostante 10 milioni di euro spesi per ristrutturarlo». E poi c'è Monopoli, in provincia di Bari, o Anagni, nel frusinate, dove contro la chiusura dell'ospedale il sindaco Carlo Noto è arrivato allo sciopero della fame.

«Disegnare la rete ospedaliera è impegnativo: bisogna tener conto del territorio, ma anche degli standard internazionali. Non dobbiamo pensare alla distanza dell'ospedale dalla propria abitazione, ma alla qualità del servizio offerto», spiega il ministro. La qualità cui fa riferimento Balduzzi è riassunta nella quarantina di pagine del decreto, che fissa i paletti tra presidi ospedalieri di base, di I livello e di II livello, in funzione del bacino di utenza, ciascuno con un preciso elenco di specialità e standard

scopica: andrebbero chiusi. Per lo stesso intervento, al Policlinico Umberto I di Roma il 75 per cento dei pazienti viene ricoverato per più di quattro giorni contro le 48 ore suggerite dalle linee guida». Il policlinico romano è messo sotto accusa anche dal senatore Ignazio Marino, presidente della commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale: «Si contano 80 interventi l'anno per il cancro allo stomaco, ma sono 15 divisioni diverse a effettuarli». E ancora: «A Roma ci sono cinque centri per il trapianto del fegato che nel 2011 hanno eseguito 98 trapianti; a Torino ne sono stati fatti 137, ma in un solo centro».

Sono questi dati, però, a far dire a Marino che la riforma nasce con grossi problemi: «Stabilire che tutte le Regioni devono ridurre i posti letto a 3,7 ogni ▶

INCHIESTA OSPEDALI ITALIANI. ULTIMA TERAPIA: CHIUDERE



"STRIP" E SCIOPERI DELLA FAME
A sinistra, le dottoresse all'ospedale valdese di Torino: contro la chiusura del reparto di Senologia, 300 donne si sono fatte fotografare a seno nudo. Sotto, il nosocomio di Anagni, nel Lazio: contro i tagli, il sindaco fa lo sciopero della fame.



LAZIO MAGLIA NERA

REGIONE	DEBITI SANITÀ in migliaia di euro
Lazio	5.909.759
Campania	1.512.203
Veneto	1.250.994
Emilia Romagna	759.108
Puglia	744.206
Abruzzo	660.408
Calabria	559.094
Lombardia	310.391
Marche	290.090
Friuli Venezia Giulia	201.930
Toscana	173.245
Molise	98.802
Piemonte	83.058
Liguria	35.430
Sicilia	(*)21.000
Umbria	15.585
Basilicata	7.330
Valle d'Aosta	783
Trentino Alto Adige	0
Sardegna	n. d.

Secondo la Corte dei Conti, le Regioni hanno un debito di oltre 44 miliardi di euro. Di questi, più di 13 sono imputabili alla Sanità. «I tagli della riforma colpiranno inefficienze e sprechi che toccano i 3 miliardi l'anno», ha calcolato il ministro della Sanità Balduzzi. Indenne solo il virtuoso Trentino Alto Adige. Non disponibili i dati della Sardegna.

Fonte: Corte dei Conti a eccezione di (*) forniti dalle Regioni

mille abitanti, a prescindere da come questi posti letto vengano usati, è grossolano: bisognerebbe aumentarli a chi ha lavorato meglio e tagliare dove si sbaglia». Ancora in teoria, esiste un "Programma nazionale degli esiti", gestito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari consultabile da tutti (su Internet, www.agenas.it). Con queste informazioni, dovrebbe essere il cittadino stesso a chiedere la chiusura degli ospedali non efficienti e lontani dagli standard internazionali. «Il ragionamento è molto semplice: se fossi colpito da un infarto, non vorrei essere operato da una struttura che non possa offrire i migliori standard e i piccoli ospedali, certo non per colpa loro, non li hanno», chiosa Marino. «Se gli stessi soldi fossero spesi per un servizio di elisoccorso, si otterrebbero migliori risultati». Lo hanno già fatto in California, dove lo Stato vanta il maggior deficit degli Stati Uniti e molte città hanno dichiarato fallimento.

C'è di più. Giuseppe Scaramuzza nota come, analizzando questi dati, non si possa fare a meno di chiedersi come sia possibile che per lo stesso intervento in Friuli Venezia Giulia il ricovero sia conte-

nuto in 1,6 giorni contro i 6,5 della Calabria: «È la prova che si è pensato più a chi far lavorare che non a chi debba usare il servizio».

La riforma con la chiusura, o la razionalizzazione, degli ospedali più piccoli servirà a risolvere i problemi? «Mettere per iscritto che si debba rafforzare l'assistenza territoriale per chiunque non ha bisogno di più di 48 ore di ricovero è un

ANCHE A BOLOGNA IL TAGLIO È DURO: 600 POSTI LETTO IN MENO

grande passo avanti», dice ancora Scaramuzza. «Però, prima di chiudere i piccoli ospedali, dovrebbero diventare realtà i poliambulatori territoriali dei medici di base, che dovrebbero garantire assistenza per un maggiore arco di tempo».

A decidere tutto saranno, appunto, le Regioni. «È il banco di prova: le informazioni per scegliere nel ventaglio di possibilità ci sono tutte. L'opinione pubblica deve vigilare, così come farà il ministero». E poi, se il piano non verrà attuato entro il 2015, come stabilisce il decreto, proprio le Regioni si vedranno ridurre del 3 per cento i fondi trasferiti dal governo. «Ma le Regioni che hanno dimostrato inefficienze, senza l'aiuto del governo o l'affiancamento delle Regioni più virtuose, non penso possano farcela. Il rischio, di qui a un anno, è di ritrovarci a discutere di questi stessi argomenti». Dietro l'angolo, però, ci sono deroghe, ricorsi ed elezioni. Ma anche le parole di Monti. Quelle per nulla teoriche.

Francesco Gironi