

I TEMPI INCREDIBILI DEGLI ESAMI MEDICI RESI NOTI DALL'ASREM CURARSI IN MOLISE È UN TERNO AL LOTTO

Per una spirometria bisogna aspettare 315 giorni, 251 per una mammografia, 227 per un'ecografia, 60mila le prestazioni sanitarie inevase: un disastro!

LUCIA LOBUONO

Curarsi in Molise è diventato ormai un terno al Lotto. Occorrono mediamente 315 giorni per effettuare una spirometria globale, 251 per sottoporsi a una mammografia bilaterale e 227 per un'ecografia bilaterale alla mammella. E' quanto emerge dal monitoraggio dell'Azienda sanitaria regionale (Asrem) sulle liste di attesa relative al quinto bimestre 2023. Tempi abbastanza lunghi anche per le visite specialistiche: 174 giorni per quella endocrinologica, 158 per cardiologica e 109 per pneumologica. Attese molto più brevi, invece, per un'ecografia ostetrica, 9 giorni, visita fisiatrice (31 giorni) e solo un giorno per 'Altri test vascolari da sforzo'.

"Dopo quattro anni ci siamo ritrovati in una situazione drammatica nella quale non riusciamo a evadere 60mila prestazioni sanitarie e ora dobbiamo porre rimedio riorganizzando da capo il sistema unico di prenotazione", ha dichiarato il governatore del Molise Francesco Roberti parlando in aula nel consiglio regionale il 17 ottobre scorso, prima dell'approvazione di una mozione della minoranza per la risoluzione delle liste d'attesa.

Roberti aveva annunciato che nelle ore successive sarebbe stato approvato un decreto che inserisce i privati accreditati nel sistema unico di prenotazioni di esami e visite specialistiche. "Anche i privati - ha detto - dovranno necessariamente e obbligatoriamente entrare a far parte del Cup unico. Se prima non era possibile farlo, oggi si può e si deve fare grazie ai chiarimenti definitivi avuti dalla giustizia ordinaria in merito". Finora di quel decreto non c'è traccia. In quella data, il 17 ottobre, il Consiglio regionale del Molise ha approvato all'unanimità la mozione, a firma dei consiglieri di minoranza Greco, Primiani, Gravina e Romano, ad oggetto "Azioni urgenti per il monitoraggio ed il miglioramento delle performance sul Piano regionale del Governo delle Liste di attesa". Con l'atto approvato il Consiglio ha preso atto che il Servizio Sanitario Nazionale e di riflesso le Regioni hanno il dovere di garantire in tempi congrui le prestazioni di specialistica ambulatoriale e quelle che necessitano di ricovero, anche in considerazione che le liste di attesa con tempi troppo lunghi rispetto ai primi accessi e in relazione

alle patologie, comportano in maniera irreversibile la salute dei pazienti, oltre a restituire degli indicatori pessimi in ambito dei LEA per ciascuna Regione. L'assemblea ha impegnato il Presidente della Giunta e l'Assessore con delega all'attuazione del piano di rientro a relazionare in aula, entro un mese, sulle azioni adottate in termini operativi dall'ASREM e dalla Direzione Generale della Salute nell'ambito di quelle previste dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) e a cascata nel Piano Regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) e quindi nel Piano Attuativo, "con particolare riferimento a quali sono i percorsi di garanzia di accesso ai cittadini per quelle prestazioni che non riesce a garantire il sistema sanitario regionale nei tempi indicati dal PNGLA, ovvero in che modo un cittadino può chiedere il rimborso delle prestazioni effettuate in regime di attività libero professionale intramoenia o prestazione erogata dai privati accreditati, nel caso di



Peso: 2-91%, 3-91%

sforamento dei tempi massimi indicati dal Piano". Lo stesso documento chiede di relazionare circa la presenza nelle agende CUP delle strutture private accreditate e di avviare in collaborazione con il Consiglio regionale un costante monitoraggio sulle attività poste in essere al fine di abbattere le liste di attesa. È passato più di un mese, ma all'impegno chiesto da quella mozione votata all'unanimità nessuno ha risposto con gli atti sollecitati. La cabina di regia annunciata il 12 ottobre scorso parlava di un coordinamento affidato al direttore sanitario dell'Azienda sanitaria regionale del Molise (Asrem), Bruno Carabellese, costituita da un team multiprofessionale e multidisciplinare, per dare attuazione agli interventi necessari per il governo delle liste d'attesa e la gestione operativa del sistema Cup, al fine di "valutare ed eventualmente ridefinire modelli, percorsi e processi aziendali e implementare soluzioni organizzative e tecnologiche al fine di erogare con maggiore efficienza prestazioni e servizi sanitari". Finora, però, dell'attività di questa cabina di regia si sa ben poco.

Smaltire le liste di attesa che bloccano la sanità pubblica costringendo molti cittadini a rivolgersi al privato di tasca propria è anche la priorità, più volte indicata dal ministro della Salute Orazio Schillaci, alla quale verrà destinata una parte consistente delle risorse indirizzate con la manovra appena approvata al Fondo sanitario nazionale. Fondi che dovranno essere impiegati anche seguendo un'indicazione chiara che viene dallo stesso ministro: razionalizzare il sistema e fermare le prescrizioni inappropriate. Una linea condivisa dagli ospeda-

li, mentre i sindacati medici e le aziende di settore bocciano senza appello la legge di Bilancio giudicando insufficiente lo sforzo per salvare il Ssn. Con questa manovra, ha chiarito il ministro, per la sanità "i miliardi in più sono 3,3. E questi si sommano ai 2,3 già programmati con la precedente manovra, per un totale di ben 5,6 miliardi messi in più sul piatto per il 2024". Oltre 2 miliardi sono destinati al rinnovo dei contratti del settore e per le liste di attesa, in particolare, la manovra estende anche al 2024 la possibilità per le regioni di utilizzare una quota fino allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale, pari a circa 520 milioni. "Il livello di finanziamento del fabbisogno nazionale standard rappresenta il più grande investimento mai raggiunto per la sanità pubblica", ha detto Schillaci audito in commissione Sanità al Senato. Per le liste d'attesa, nello specifico, ha aggiunto, "vogliamo che vengano abbattute, vogliamo che i medici lavorino di più e siano pagati meglio e vogliamo ovviamente guardare alla razionalizzazione delle liste d'attesa stesse". Perché, ha avvertito, "c'è molta medicina inappropriata e cercheremo di ridurre le richieste incongrue". Risorse importanti, ma ben vengano altre iniziative utili a trovare nuovi fondi, come quella del presidente della commissione sanità che individua nell'ambito dei giochi un possibile incremento derivante dall'aumento dei canoni di concessione per il gioco online, ha aggiunto il ministro. La manovra introduce pure una novità per il superamento del meccanismo del payback farmaceutico agendo sui tetti della spesa farmaceutica, ma restano le liste di attesa il nodo centra-

le ed il presidente della Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), Giovanni Migliore, indica due direttrici, sulla stessa linea di Schillaci. "Da un lato - spiega - è necessaria una maggiore appropriatezza delle prescrizioni da parte degli specialisti, dall'altro bisogna utilizzare le risorse che arriveranno dando priorità allo smaltimento delle prestazioni che maggiormente impattano sullo stato di salute del cittadino, dall'oncologia alla cardiologia, perché non tutte le prestazioni hanno la stessa valenza". Un 'piano' per il rilancio del Ssn, quello tracciato nella manovra, che i sindacati medici bocciano però senza appello. Uno "specchietto per le allodole" secondo Cimo-Fesmed, mentre per il sindacato dei medici ospedalieri Anaa non è chiedendo "più ore a un personale stremato da una carenza di organico drammatica e un peggioramento senza precedenti delle condizioni lavorative" che si abbattono le liste d'attesa, considerando che ad oggi negli ospedali e nei presidi "mancano all'appello 15.000 medici". Una bocciatura arriva pure da Confindustria dispositivi medici, sempre in relazione al meccanismo del payback: "Siamo stupiti e preoccupati - afferma il presidente Massimiliano Boggetti - che nella manovra non si affronti la questione del payback dei dispositivi medici. Il comparto, a due settimane dallo scadere dei termini di pagamento delle quote di ripianamento



dei tetti di spesa 2015-2018, rischia di fermarsi, mettendo così in difficoltà il diritto alla salute degli italiani non garantendo l'approvvigionamento degli ospedali". E' necessario, conclude, "prorogare subito i pagamenti ed arrivare ad una soluzione definitiva entro l'anno".

Ma la spesa media pubblica per cittadino in Italia è circa la metà di quella tedesca ed inferiore di un terzo a quella francese. Il gap con la media dell'area Ocse è di 829 euro pro capite e, per il 2022, corrisponde a quasi 48,8 miliardi. Questo si traduce anche in meno risorse per il personale, tanto che in Italia ci sono solo 6 infermieri e 2 medici per mille abitanti. A evidenziare le conseguenze di tagli e mancati investimenti in sanità è il Rapporto della Fondazione **Gimbe**. Di contro, il ministro della Salute Schillaci punta il dito sulla responsabilità delle Regioni che non spendono quanto messo a disposizione per ridurre il problema delle liste d'attesa. Tanto che, nel 2022, il 30% del fondo predisposto ad hoc non è stato utilizzato. Il problema, come noto, non nasce ora. Se il fabbisogno sanitario nazionale dal 2010 al 2023 è aumentato di 23,3 miliardi, spiega il presidente **Gimbe Nino Cartabellotta**, "tutti i Governi che si sono succeduti negli ultimi 15 anni hanno tagliato o non hanno investito adeguatamente in sanità". Dal 2010 al 2019 è stata la stagione dei tagli: alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre 37 miliardi per il risanamento della finanza pubblica. Dal 2020 al 2022 c'è stata la stagione del Covid-19 e il Fondo sanitario è aumentato di 11,2 miliardi, crescendo in media del 3,4% annuo ma è stato assorbito dai costi della pandemia. Per il periodo 2023-2026, infine, in base alla Nota di Ag-

giornamento del Def 2023, il rapporto spesa sanitaria/Pil scende dal 6,6% del 2023 al 6,2% nel 2024 e nel 2025, e poi ancora al 6,1% nel 2026. La conseguenza, prosegue Cartabellotta, sono "affollamento dei pronto soccorso, inaccettabili diseguaglianze regionali, aumento della spesa privata sino alla rinuncia alle cure e interminabili liste d'attesa". liste per ridurre le quali sono stati messi a disposizione 500 milioni di euro dalle Regioni nel 2022, ma evidenzia il ministro della Salute, Orazio Schillaci, "solo il 69,6% sono stati utilizzati, con un residuo di oltre 160 milioni", con "Regioni che hanno speso più del 100% e altre che hanno dedicato all'abbattimento delle liste solo il 30% della dotazione". Non va meglio sul fronte degli infermieri, professione centrale anche per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Nel 2021 la media italiana, secondo i dati del ministero della Salute, è di 5 infermieri per 1.000 abitanti, ma si va dai 3,6 della Campania ai 6,7 del Friuli Venezia Giulia. E l'Italia è ben al di sotto della media di altri Paesi europei, con 6 infermieri (in questo caso contando anche quelli che non lavorano per il Ssn) per mille abitanti, a fronte di 9,9 della media Ocse. "Servono investimenti certi e vincolati per il personale sanitario, oltre che un'adeguata rivalutazione del fabbisogno di personale", precisa Cartabellotta che, a fronte di un "Servizio sanitario nazionale ormai al capolinea" invoca un "patto sociale e politico che rilanci il modello di sanità pubblica, equa e universalistica". "Bisogna cambiare strada subito - chiede Michele Vannini, segretario Fp Cgil (Area sanità) - con un piano straordinario di assunzioni e alzando adeguatamente le

retribuzioni". Il rapporto "è l'ennesimo documento che illustra lo stato desolante in cui versa la sanità pubblica": lo sostengono i sindacati medici Anaa Assomed e Cimo-Fesmed, che chiedono "che la prossima legge di Bilancio preveda la valorizzazione del lavoro svolto ogni giorno negli ospedali di tutta Italia"

Nessuno, però, al Governo di Giorgia Meloni, a cominciare dal ministro Schillaci, pensa all'unica soluzione possibile, che è quella di riformare radicalmente il sistema dell'intramoenia, come suggerito da Silvio Garrattini, fondatore e presidente dell'Istituto Mario Negri di Milano, proprio a margine di una visita al Parco tecnologico Neuromed di Pozzilli, in provincia di Isernia, il 26 settembre scorso. "Oggi il diritto alla salute è un diritto solo di chi ha le risorse economiche per curarsi, e non possiamo accettarlo", ha detto, o, a margine di una visita al Parco tecnologico Neuromed di Pozzilli (Isernia). "Con le liste d'attesa - ha aggiunto Garrattini, oggi 94enne - si creano delle forme di ingiustizia sociale importanti, perché in realtà se si paga con il sistema dell'intramoenia si possono avere rapidamente le cure sanitarie con le stesse persone e negli stessi luoghi". Garrattini ieri è stato ospite dell'Istituto di ricerca e cura Neuromed, per gli 80 anni del presidente dell'Istituto, Giovanni De Gaetano, collaboratore e amico di Garrattini. Un incontro interessantissimo, in cui, tra l'altro Garrattini ha suggerito il segreto per non invecchiare: «mantenere interessi e attività, quando si va in pensione. Non fermarsi, perché significa diminuire le



nostre capacità cognitive», ha detto. Ma è soprattutto la verità proferita sulle liste di attesa a fare rumore.



**DI SANTO,
DIRETTORE GENERALE
DELL'ASRME**



Peso: 2-91%, 3-91%



**SILVIO GARATTINI ALLA NEUROMED
IL 26 SETTEMBRE SCORSO**



Peso:2-91%,3-91%