LO DICE LA FIMMG
La salute di famiglia
Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 8 del 12 Febbraio 2024

MEDICO DI FAMIGLIA A PAGAMENTO: non è una notizia, la notizia è l'inefficienza dello Stato nella programmazione di Giampiero Pirro

Medico di famiglia a pagamento? La notizia riportata da tutti i media ha fatto scalpore, ma è un finto scoop o una notizia ingigantita ad arte, visto che ogni medico italiano nel momento in cui si laurea ha la possibilità di aprire uno studio da libero professionista, esercitando la medicina in modo privato, dunque, non è un'eccezione. La notizia invece è che la macchina dello Stato, non solo ha fallito nella programmazione, ma fallisce nei percorsi burocratici di assegnazione degli incarichi della medicina territoriale che naviga tra ritardi e lungaggini nelle nomine. Questa politica fallimentare risale a dieci anni fa: nel 2013 non si è calcolato il numero degli accessi a medicina considerando la gobba pensionistica degli anni 2020. Se si analizzano i numeri (LEGGI QUI), troveremo che i medici neolaureati di oggi sono quelli del 2017 con circa 9100 posti a disposizione, che poi sono gli stessi posti dal 2014 al 2016. Chi oggi si specializza in medicina generale è figlio di quegli anni, dove i posti a disposizione nelle facoltà erano 9241, ossia un numero già allora insufficiente per coprire le future uscite. Dal 2011 al 2017 gli accessi sono diminuiti ed era prevedibile che dopo 10 anni, periodo utile per il completamento degli studi tra laurea e specialità, ci saremmo trovati sguarniti non solo di sanitari operativi, ma anche di sanitari che possano accedere alle scuole. Per un numero corretto di medici occorrerà aspettare il 2029 con medici pronti nel 2039. Il risultato di un'evoluzione di errori di programmazione.

L'EDITORIALE
"C'era una volta il SSN"
di Eleonora Grimaldi

In Italia possiamo considerare la sanità un'azienda nazionale che purtroppo fa acqua da tutte le parti. L'insoddisfazione dilagante si percepisce sia dal suo interno che dall'esterno: dal burn-out degli operatori sanitari sottopagati e sovraccarichi di lavoro ai cittadini disaffezionati dall'attesa estenuante per la risoluzione dei propri problemi di salute. Perché siamo finiti al limite del collasso? Tante teorie sono state avanzate per rispondere al quesito: sarà perché produttività e costi tra aziende ospedaliere ed aziende private-accreditate non sono stati mai messi a confronto? Sarà per la modalità di finanziamento del SSN... Continua all'ultima pag.

TICKET SANITARIO IN PS: FACCIAMO IL PUNTO

Il Sistema Sanitario Nazionale prevede che il cittadino compartecipi alla spesa sanitaria versando una quota che può variare a seconda della regione. In cambio della tassa il cittadino può ricevere gratuitamente, da parte del SSN, determinate prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici. E' presente una disparità dei ticket tra Nord e Sud spaventosa, secondo i dati del Ministero della Salute, per esempio, a quota richiesta per le prestazioni di pronto soccorso (PS) di un codice bianco possono variare da 25 euro, previsti per legge, in alcune Regioni ai 100 euro della Provincia autonoma di Bolzano. Un'eventuale abolizione del ticket del PS che attualmente ricopre un valore di 3 miliardi sul totale fondo sanitario nazionale. La quota è stata introdotta nel 1982 dalle Regioni per le prestazioni di pronto soccorso o specialistiche e per i farmaci. In particolare, per il PS a partire dall'1 gennaio 2007 il ticket previsto è di 25 euro nella Regione Lazio per le prestazioni erogate non seguite da ricovero, classificate come codice bianco (prestazioni non urgenti, paziente in condizioni non critiche), ad eccezione di traumi e avvelenamenti acuti. Il ticket non è previsto per i codici rosso, giallo e verde. La quota può variare da regione e regione: in Toscana l'importo massimo previsto è di 50 euro, maggiorato di 10 euro nel caso vengano effettuati accertamenti diagnostici per immagini. Segue all'ultima pagina...

FIMMG LAZIO WEB TV LIVE
www.fimmglaziotv.org

LA NOSTRA SANITA'
IN DIRETTA LIVE
Su FIMMG LAZIO WEB TV
Mercoledì alle ore 21,30

Il Mio Sostituto
RICERCA SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE
www.miosostituto.it

MORBILLO: RECRUDESCENZA NEL LAZIO, OCCORRE VACCINARSI! Intervista a Pier Luigi Bartoletti

Nel Lazio c'è un allarme negli adulti, rivediamo casi nei giovani, trentenni non vaccinati, e personalmente è una situazione a cui noi medici di famiglia non assistevamo da decenni. Il morbillo è una malattia che non va sottovalutata perché è un virus 'cattivò che porta febbre alta e l'enantema, un rush cutaneo nelle mucose nella faringe, poi arriva l'esantema con le bolle. Quello che consigliamo ai nostri assistiti è di verificare se si è fatta la vaccinazione anti-morbillo e nel caso negativo di farla». Così all'Adnkronos Salute Pierluigi Bartoletti, segretario Federazione italiana medici di famiglia (Fimmg) Roma e provincia, interviene sull'alert per l'aumento dei casi di morbillo negli adulti (19-42 anni) rilanciato da una circolare del Servizio regionale di sorveglianza (Seresmi) del Lazio. Perché nel Lazio c'è questa recrudescenza di morbillo negli adulti? «Queste malattie, appena spegni la luce, riemergono, ma non vanno davvero sottovalutate anche se si pensa di essere giovani e in buona salute». «Per il morbillo non c'è cura», avvertono i medici di famiglia ricordando che «può dare in alcuni casi anche complicanze, dalla polmonite all'encefalite». Ma cosa deve fare chi ha un sospetto di morbillo? «Ci si rivolge al proprio medico, se ci sono in atto già complicanze serie, che possono purtroppo arrivare in certi soggetti, sarà però necessario valutare anche il ricovero in ospedale». Bartoletti precisa però che «ora la cosa necessaria è che tutti controllino se hanno o meno fatto la vaccinazione. Se non si è fatta occorre contattare l'Asl, perché noi non abbiamo i vaccini e purtroppo nel Lazio non abbiamo accesso all'anagrafe vaccinale, e prendere appuntamento per l'immunizzazione».

Emergenza salute mentale per i giovani: gli under 18 sono tra i più colpiti da disturbi alimentari

In Italia gli adolescenti che soffrono di disturbi alimentari (DCA), tra cui anoressia e bulimia, sono circa 2 milioni e l'età si abbassa sempre di più fino ad esordire tra gli 8 e gli 11 anni, anche se l'età di esordio più frequente per anoressia e bulimia è tra i 15 ed i 25 anni. In aumento è anche la vigoressia, ovvero l'ossessione di un fisico prestante. La causa è da cercare in un disagio personale che trasforma la voglia di essere magri e belli performanti in una patologia. Tra i DCA i più frequenti sono anoressia e bulimia, legate al controllo del peso: nel primo caso una restrizione patologica alimentare che porta a grave dimagrimento, nel secondo caso abbuffate incontrollate con condotte compensative (vomito, abuso di lassativi/diuretici e sport estremo). Stanno però aumentando le forme miste, in cui si passa dall'anoressia nervosa alla bulimia nelle diverse fasi della vita, ed il disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder), una sorta di bulimia senza comportamenti di compenso che porta frequentemente all'obesità: è stimato che circa il 30% degli obesi sia affetto da questo disturbo. E' più frequente nelle donne, ma è aumentato anche negli uomini, sempre più attenti al fisico: la vigoressia o anoressia reversa, è una forma di dismorfismo corporeo che porta ad una continua ossessione per il tono muscolare, l'allenamento, una dieta ipocalorica e iperproteica, a cui spesso si aggiunge l'uso di sostanze illegali per raggiungere tale obiettivo. Alla base ci sono problemi di disagio e insicurezza, associate a rapporti conflittuali genitoriali. E' necessaria un'educazione alimentare: imparare a mangiare in modo consapevole, tornare a riconoscere i segnali di fame e sazietà, non imporsi divieti e lavorare sui fattori cognitivi ed emotivi per comprendere quali sono i reali motivi che hanno portato ai disturbi alimentari.

REGIONE LAZIO: Considerazioni sulla relazione del bilancio consolidato 2023 e sul bilancio preventivo (BEP) 2024 di Fabio Valente

La Regione Lazio, con deliberazione del 29 dicembre 2023, ha approvato sia l'assestamento del bilancio economico preventivo per l'esercizio 2023 sia il bilancio economico preventivo per il 2024 per gli enti del SSR (servizio sanitario regionale) rientranti nel perimetro della GSA (gestione sanitaria accentrata) e del consolidato SSR. La Regione, dopo le ultime elezioni regionali che hanno eletto Francesco Rocca come presidente della Regione Lazio, si è trovata di fronte alla valutazione di un bilancio regionale post COVID che ha decisamente posto seri problemi di valutazione e di riequilibrio dei conti. Il Presidente Rocca ha preso a sè la delega alla Sanità, decisione che di fatto delega poi la gestione dell'assessorato ad una conduzione eminentemente tecnica. La Regione ha avuto nel 2023 un contributo del Fondo Sanitario Regionale di circa 12 miliardi, a questi vanno aggiunti circa 500 milioni di euro di entrate proprie. La mobilità passiva del Lazio, ovvero i cittadini che sono andati a curarsi in altre Regioni, è costata più di 146 milioni di euro. I costi regionali del 2023 riguardano i costi del personale dipendente (più di 3 miliardi di euro), i farmaci (oltre 2 miliardi di euro) ,la voce altri beni e servizi (oltre 2 miliardi). La medicina di base (Mmg, Pls, SUMAI, medicina dei servizi ecc), 634 milioni di euro. Altro capitolo importante sono le prestazioni da privato che nel bilancio consolidato del 2023 è di 3 miliardi e 560 milioni di euro. In definitiva il totale dei costi operativi è di circa 12miliardi, in sostanziale pareggio di bilancio. Però, ma c'è un però, esiste una considerevole quota di risorse nel capitolo "contenzioso" che in qualche modo appesantisce questo bilancio e si parla ci circa 900 milioni di euro! Prima constatazione è che tra tutte le uscite il costo **(…)** il costo della medicina di base è di gran lunga il costo minore. Altra considerazione riguarda il bilancio delle ASL che sono tutte in pareggio, ma ci sono alcune differenze importanti nelle varie voci tra loro. Tutte ricevono il riparto del Fondo Sanitario Regionale (FSR) e hanno il saldo della mobilità in passivo, voce che abbassa la quota di utilizzo del riparto FSR, tutte tranne la ASL RM-1 (+463 milioni) che è l'unica che aumenta così i ricavi netti. In tutti i bilanci delle ASL la medicina generale è la voce di costo più bassa per tutta la parte sanitaria. Tutti i bilanci delle aziende ospedaliere sono in rosso, dai -97 milioni del San Giovanni Addolorata, ai –125 milioni del policlinico Umberto I, nonostante tutte abbiano un saldo mobilità in attivo. Il costo del personale è quello che maggiormente pesa sui bilanci, tranne che al Policlinico di Tor Vergata, dove invece il costo maggiore riguarda i beni e servizi. Il bilancio della GSA (Gestione Sanitaria Accentrata) non ha naturalmente costi di personale e di servizi sanitari e il forziere ha risorse che ammontano a circa 740 milioni di euro. Nel bilancio della GSA del 2023 troviamo contributi ad associazioni di volontariato per 500 mila euro, costi per la mobilità internazionale passiva per circa 12 miliardi e 500 mila euro, per la formazione circa 400 mila euro. Non vi sono accantonamenti per rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA e non vi sono voci di accantonamento risorse per il fondo di ponderazione della MMG. Nel bilancio preventivo 2023 alla voce accantonamenti vi sono circa 15 milioni e 500 mila euro per i rinnovi contrattuali di dirigenza medica e 3 milioni 200 mila rinnovi contrattuali del comparto. Abbiamo visto il consolidato del 2023, nel bilancio di previsione economica del 2024 si stima un aumento del FSN a 12 miliardi e 559 milioni di euro. Sono previsti aumenti dei costi per il personale, dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, di altri beni e servizi. I costi previsti per la convenzionata diminuiscono (MMG/PLS/MCI, farmaceutica convenzionata, ecc), mentre le prestazioni da privato passano da 3 miliardi e 560 milioni a 4 miliardi 803 milioni; segno dell'aumento delle prestazioni sanitarie che in tutti questi anni di COVID si sono perse (dal rapporto AGENAS in questi 3 anni si sono persi circa 4 milioni di ricoveri a livello nazionale), comprendendo anche visite specialistiche, diagnostica, riabilitazione che dovranno essere **(…)**

(…) effettuate quasi esclusivamente dalle strutture private convenzionate. In conclusione, per quanto riguarda la medicina di base, le poste di bilancio sono sostanzialmente ferme (ma gli investimenti sul territorio?) per quanto riguarda la operatività, mentre per quanto riguarda l'adeguamento delle strutture e il riutilizzo di molte altre (ambulatori, case della salute, tecnologie, sistemi informatici) si utilizzano i fondi del PNRR. Non vi è alcun accantonamento per il rinnovo dei contratti della convenzionata, fermi ormai da molti anni. È una valutazione sommaria che però evidenzia una Regione sostanzialmente ferma a ritrovare un bilancio più equilibrato dal punto di vista economico perchè subire un nuovo commissariamento dal punto di vista politico sarebbe un duro colpo per l'attuale amministrazione. Risorse per i MMG? Al momento non si vedono segnali che possano dare ottimismo alla categoria, vedremo nei prossimi mesi quali saranno le mosse del Presidente Rocca.

MEDICINA DI GENERE E DISFORIA DI GENERE: ESSERE O NON ESSERE DONNA O UOMO?

Secondo la definizione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) la disforia di genere è una condizione caratterizzata da una intensa e persistente sofferenza causata dal sentire la propria identità di genere diversa dal proprio sesso. La medicina di genere in Italia, anche se con diverse problematiche di natura etica, è al passo coi tempi: non solo si focalizza sui problemi di salute delle donne, ma si estende alle persone transgender. È stato istituito presso l'ISS, ai sensi del comma 5 dell'articolo 3 della legge n. 3 del 2018, l'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere, con la funzione di monitorare l'attuazione delle azioni di promozione, applicazione e sostegno alla Medicina di Genere, previste nel Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, **(…) Segue...**

(…) predisposto dal Ministero della salute e dal Centro di riferimento per la medicina di genere dell'ISS con la collaborazione di un Tavolo tecnico-scientifico di esperti regionali e dei referenti per la medicina di genere della Rete degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), nonché dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS). Nel 2022, l'Osservatorio ha redatto un documento dal titolo "Appropriatezza terapeutica nelle persone transgender", in cui vengono descritte le condizioni di presa in carico dei soggetti con disforia di genere in linea alle azioni condotte a livello internazionale dalla World Professional Association for Transgender Health. Per la maggior parte delle persone il sesso biologico e l'identità di genere coincidono. Per altre, l'identità di genere è diversa dal sesso biologico fin dall'infanzia; alcune persone, si sentono donna, ma sono di sesso biologico maschile; altre, si sentono uomo, ma sono di sesso biologico femminile; altre ancora, sentono di non appartenere a nessuno dei due generi maschile e femminile. Il termine transgender sta ad indicare persone con un'identità di genere diversa dal sesso biologico. La condizione per cui una persona ha un'identità di genere diversa dal sesso biologico si chiama anche disforia o incongruenza di genere. L'incongruenza di genere non è una malattia. Questa condizione nell'ultima edizione (undicesima) della Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati (ICD-11) è stata eliminata dal capitolo delle malattie mentali ed inserita in un nuovo capitolo, quello della salute sessuale. Tale cambiamento è una vera e propria rivoluzione in campo medico perché apre il dibattito scientifico sulla questione dell'identità di genere, annullando l'errata interpretazione della disforia di genere tra i disturbi del DSM-5, creando precedenti anche nella giurisprudenza che fino a qualche anno fa giudicava queste persone "malati psichiatrici" non aventi diritto di cambiare genere per disturbi psichici. Per approfondire **LEGGI QUI**

PIANO SANITARIO NAZIONALE IN STALLO!

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 139 del 17 giugno 2006 - Serie generale

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA — Roma - Sabato, 17 giugno 2006

N. 149

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 7 aprile 2006.

Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008.

Il piano sanitario nazionale (PSN) è un documento programmatico che prevede l'evoluzione del SSN basato su un sistema centrale che le regioni autonome condividono senza obbligo. Il problema nasce dal rinnovo visto che è da 15 anni che non è stato predisposto né approvato (l'ultimo è scaduto nel 2008) ed ha durata triennale! Le regioni non rinnovano il loro piano sanitario perché non viene rinnovato a livello centrale, quindi dal Governo su proposta del ministero della salute. In assenza del PSN viene a mancare il necessario legame, coordinamento e indirizzo tra livello centrale (Ministero) e i sistemi sanitari regionali; l'intero sistema sanitario italiano perde la sua caratteristica di sistema (e dunque di servizio sanitario nazionale) rischiando di ridursi a somma di singole realtà fra loro sconnesse e forzatamente confliggenti. Come mai dopo gli anni di pandemia ancora tutto è immobile? Il nuovo piano pandemico è stato recentemente stilato dal ministero della salute, ma il problema resta sempre lo stesso, ovvero non ci sono risorse per il suo finanziamento, per cui le regioni non potranno renderlo operativo. Come risolvere l'impasse? Sicuramente è arrivato il momento di non perdere più tempo ed è doveroso pensare ad un'evoluzione che abbracci quel cambiamento che sta travolgendo il SSN. Immaginare un sistema sanitario moderno, al passo coi tempi, in linea con il concetto di darwinismo nella sua più fedele accezione "naturalistica" del saggio l'"Origine delle specie" (1859) di Darwin. E' necessario ripartire dal principio di selezione naturale, ovvero l'evoluzione delle specie è dovuta alla lotta per la vita, per mezzo della quale solo i più adatti sopravvivono, e le variazioni individuali che si riscontrano nella selezione sono **(…) Segue...**

(…) determinate da cause genetiche ed ambientali. Ciò vuol dire che lo scopo della sanità dovrebbe essere tutelare la vita degli esseri umani allungandone la sopravvivenza, contrastando le negatività genetiche ed ambientali. Allo stato attuale i potenziali strumenti per dare una visione lungimirante al SSN mediante una governance strutturata sono:
1. programmazione delle risorse

2. Allocazione delle risorse dove c'è un reale bisogno (sanità territoriale)

3. Tecnologia (HTA)

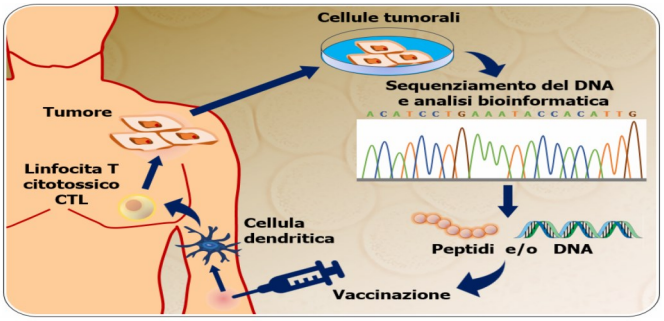
Per giustificare le sabbie mobili della sanità si tira in ballo sempre la stagnazione del PIL attuale, ma cercare una soluzione per innovare il sistema non deve essere strettamente correlata alla crescita del PIL. Senza dubbio per poter sostenere il PIL e quindi il SSN, è necessaria una cooperazione pubblico-privato nella digitalizzazione con un'unica piattaforma di governance. Dispositivi medici collocati nell'innovazione tecnologica contribuiscono ad un valore aggiunto, per cui fare governance significa mettere a disposizione la tecnologia considerando le spese con equilibrio ed appropriatezza, utilizzandola dove i dati della ricerca ci indicano che serve maggiormente, garantendo al contempo sicurezza e qualità dei dispositivi con regole condivise. La vera sfida nel PSN si gioca sulla medicina generale, non abbastanza finanziata dal momento che emerge che un out of pocket di 40miliardi, ciò dimostra che i cittadini ricorrono al privato. Ciò impatta sul territorio per cui la stratificazione dell'offerta assistenziale non può dicotomizzarsi tra ospedale e case di comunità perché nel mezzo c'è il mondo della medicina generale con le cure domiciliari. La transizione demografica impatta sulla cronicità e sul lavoro della sanità territoriale con un alto carico assistenziale di numerosi pazienti: si esce dalla professione con transumanza bidirezionale per scarsa attrattività della professione medica. Ripartire con fiducia è difficile, ma "un viaggio di mille miglia inizia con un singolo passo".

Cosa prevede il nuovo programma Nazionale ECM 2023/25

E’ stato approvato dalla Commissione nazionale ECM il nuovo indirizzo per le attività formative del triennio 2023/25. Assisteremo al diffondersi di strumenti innovativi e nuove tecniche di interazione che riguardano diversi ambiti di primaria importanza per tutti i professionisti. Lo scopo è fornire stimoli professionali andando oltre l’obbligo formativo di “raccolta punti” per un continuo aggiornamento che risulti accattivante con le novità previste. E’ fondamentale mettere in luce che la formazione continua è un diritto del professionista, non solo un dovere e si fonda su un principio di uguaglianza della conoscenza. I regolatori istituzionali del sistema ECM hanno il compito di “adottare tutte le misure necessarie per rimuovere gli ostacoli di ordine economico, sociale e geografico, che limitano l’accesso alla formazione continua”. Emerge anche il principio di uguaglianza sociale poiché in linea con il principio dell’accessibilità è necessario porsi l’obiettivo di eliminare qualsiasi barriera che impedisca la partecipazione dei professionisti con disabilità. La tecnologia digitale fa da protagonista: con la pandemia è aumentata l’offerta formativa a distanza (Fad), accendendo i riflettori sull’opportunità di una riflessione sul sistema di formazione ECM. Alla luce di questo nuovo aspetto c’è stato un ripensamento sia in termini di contenuto, con l’introduzione di tematiche di interesse nazionale legate all’emergenza, sia in termini di metodologie formative, con l’incremento della formazione a distanza e la previsione di tipologie formative ibride (residenziali ed a distanza). Si è assistito ad un aumento degli accreditamenti degli eventi FAD, soprattutto dal 2019 al 2021, ovvero negli anni pandemici. Nel programma non è previsto l’aspetto sanzionatorio della mancata formazione: la conoscenza non deve prevedere una punizione, perciò l’intento è incentivare la crescita professionale in piena libertà ed autonomia senza alcuna minaccia. **Leggi il programma**

TUMORI: ARRIVANO I VACCINI PER LA CURA

In Italia la Ricerca sta facendo passi da gigante, è proprio il caso di dirlo: è in fase di sperimentazione il vaccino anticancro a m-RNA per la terapia del melanoma, del tumore di polmoni e prostata. Lo studio è arrivato alla fase III di sperimentazione, l’ultima da superare prima dell’approvazione da parte degli enti regolatori.. Per i risultati definitivi occorrono almeno 3 anni, ma i dati preliminari sono già decisamente interessanti e mostrano come la combinazione di un farmaco antitumorale con il vaccino riduce ulteriormente il rischio di recidiva di circa il 45% e addirittura di metastasi a distanza di circa il 65%. La tecnologia con vaccino ad m-RNA, qualora dovesse raggiungere con successo anche l’ultimo step, potrà essere applicata ad ogni tipo di tumore: sarà sufficiente estrarre il DNA di uno specifico tumore, l’m-RNA viene tradotto in proteina (l’antigene), contro cui si dirige la risposta del sistema immunitario e in tal modo il bersaglio è colpito. Gli antigeni governano la risposta immunitaria; poi le citochine attivano il sistema immunitario, dunque con l'aggiunta degli antigeni al vaccino ad m-RNA ci sarà la massima precisione nel pilotare la risposta immunitaria. Un vaccino personalizzato, costruito utilizzando il tumore del paziente, realizzando il concetto di medicina personalizzata in un ambito, quello oncologico, molto importante. Sostenendo questo settore della Ricerca scientifica la sopravvivenza di vita nei pazienti oncologici sarà allungata. I tumori sono la seconda causa di morte nei Paesi sviluppati. “Un piccolo passo per l’uomo, un grande passo per l’umanità”.



TICKET SANITARIO IN PS: FACCIAMO IL PUNTO

(…) segue… Nella provincia autonoma di Bolzano un codice bianco può costare fino a 100 euro. Anche il colore dei codici cambia significato nelle diverse regioni. Per esempio con il codice azzurro la Toscana definisce "i casi non gravi con prestazione sanitaria differibile" e quindi il cittadino è soggetto al pagamento del ticket, mentre in Lombardia, come nel Lazio, il codice azzurro classifica le persone “fragili e non soggette al pagamento del ticket”. La questione si fa ancora più complicata per l’enorme eterogeneità delle aziende ospedaliere, le quali non applicano la normativa, per cui il sovrannumero di cittadini che accede in PS, per esempio per sindrome influenzale, viene visitato gratuitamente e rinviato a domicilio per le successive cure del medico di famiglia. Tale atteggiamento è una delle cause per cui i cittadini ricorrono alle cure ospedaliere nella speranza di fare il check-up di accertamenti a spese del servizio sanitario pubblico e “gratuito”.

L’EDITORIALE
“C’ERA UNA VOLTA IL SSN”
di Eleonora Grimaldi

(…) segue… su prestazioni a cui corrispondono i rispettivi DRG? Sarà perché non si investe abbastanza sulla sanità territoriale? Resta il fatto che il sistema non funziona, dicono che non sia produttivo ed efficiente, mentre l’obiettivo dovrebbe essere l’efficientamento nel rispetto del concetto aziendale del sistema. Più che l’utopico universalismo “assoluto”, su cui dovrebbe basarsi il SSN, ma che si è rivelato nel tempo fallimentare per il mutare stesso dei bisogni sociali dal 1978, quando fu costituito, si fa strada l’universalismo “selettivo”: togliere ai ricchi, che sempre di più ricorrono alla sanità privata per dare la sanità pubblica ai poveri secondo la legge di Robin Hood. In una società che si evolve e che chiede molto in termini di prevenzione, nell’ottica di risparmio quanto potrebbe essere problematico cercare di educare le persone all’utilizzo del servizio pubblico evitando di accontentarle, concedendo tutto ciò che chiedono perché pensano che sia un loro diritto? L’efficientamento piacerà a chi vede la sanità solo in termini economici, ma probabilmente confidare sull’affezione e la fiducia verso i medici con questo metodo non basterà visto che il concetto di prevenzione non esisteva nel 1978 ed oggi potenzialmente ogni patologia potrebbe avere “familiarità”. Magari la seconda “S” del SSN potrebbe non solo significare “sanitario”, ma anche “sociale” ripartendo dal welfare dal momento che si ragiona in termini “aziendali”. Data memorabile il 1978, quando ci fu la costituente del SSN basato sul principio della solidarietà: quel sistema solidaristico, che sta per tramontare e che richiede un intento unitario tra Stato e regioni. L’autonomia differenziale non è altro che frutto del percorso politico che ha sancito il fallimento del potere dello Stato in sanità. La regionalizzazione della sanità non nasce dalla modifica del titolo V della Costituzione, ma paradossalmente è da collocare fin dalla nascita della legge n.833, che dichiara l'universalità, l'uguaglianza e l'equità, ciò significa l’ambiziosa estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione. L’anacronismo dell’attuale SSN deve sicuramente essere superato con riforme che non accentuino il divario sociale già presente e che sta sfibrando il tessuto sanitario con tutte le sue componenti, bensì che lo superino nel rispetto della società mutata negli anni secondo il principio fisico che “nulla si crea, nulla si distrugge, ma tutto si trasforma”. “Volere è potere”, è necessario tenerlo presente, per cui la volontà politica deve avere il compito di tradurre il potere del riformismo in un reale cambiamento per una fattiva transizione socio-sanitaria. Forse così il “c’era una volta il SSN” si concluderà finalmente con “e vissero tutti felici e contenti”.

LO DICE LA FIMMG
EDITORE : FIMMG ROMA
Mensile telematico della Fimmg Roma
Registrazione presso tribunale di Roma n. 233 /2004 del 27 /05/2004

Redazione : Piazza G. Marconi 25 Roma
E mail : redazione@fimmgroma.it

SEGRETARIO PROVINCIALE : **Pier Luigi Bartoletti**

DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro

CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi