

L'inchiesta

Il Sole 24 Ore ha pubblicato il check up del Ssn nel decennio 1996 - 2007

Spesa sanitaria, siamo i primi

Costi aumentati del 101%, la Regione invita la Gelmini

Le mostrerà il Corso 'sanguisuga': Medicina e Chirurgia



Marche	33	-6	5.471	-3.437	9.445
Lazio	77	-12	21.072	-6.229	9.445

Gli ospedali del Lazio sono diminuiti in dieci anni del 13,5%, i posti letto sono scesi del 21,07%

Il Sole 24 Ore
 Mercoledì 3 Settembre 2008 - N. 243

Abruzzo	24	-3	5.336	-2.392	2.827
Molise	8	1	1.628	-117	724
Campania	55	-16	15.091	-7.373	10.838
Puglia	38	-39	13.852	-9.353	6.363
Basilicata	9	-4	2.286	-670	1.118
Calabria	37	-1	5.759	-2.697	4.319

La riduzione degli ospedali va a rilento nel Sud: in fondo alla classifica c'è la Calabria, che registra un calo di appena il 2,6% delle strutture pubbliche (nella foto, l'Ospedale Pugliese facoltà di Catanzaro)

Sicilia	71	-13	16.446	-5.530	9.837
Emilia-Romagna	33	-3	6.348	-2.368	3.747

LA Lombardia è la regione che ha perso il maggior numero di posti letto negli ultimi dieci anni: nel 1997 aveva 147 strutture, nel 2006 erano scese a 60. Il Molise, invece, è la regione in cui la spesa sanitaria pubblica è aumentata di più, sempre nel periodo di tempo analizzato. Dal 1997 al 2006 l'incremento registrato è del 101,8%. Spesi per fare cosa sarebbe anche presto detto: consulenze, sperperi, mantenimento di centri di costo. Riguardo ai posti letto: sono in totale 1.628 (senza considerare però il dimensionamento previsto dal piano di luglio), 117 in più rispetto al '96. Le strutture sono aumentate, un saldo attivo di una in più (sono 8 in tutto, nel 1996 non c'era la Cattolica in Molise)

Dati che inchiodano. Nu-

meri messi in fila nell'annuario statistico del Servizio sanitario nazionale, pubblicato a fine luglio, consultabile sull'ultimo numero de "Il Sole 24 Ore Sanità", anticipato dal quotidiano finanziario nell'edizione di ieri. Mentre cala il numero degli ospedali, chiusi in questi anni dal percorso di razionalizzazione imposto dalla cruda realtà economica del settore, aumenta, paradossalmente, la percentuale di spesa del 77% in media. La media, manco a dirlo, si alza proprio guardando i bilanci dei servizi sanitari delle regioni del centrosud. Oltre il primato del Molise, c'è da registrare un 99,3% in più della Sicilia e il 94,2% del Lazio. In fondo alla classifica delle riduzioni di posti letto, e dunque di cliniche pubbliche e private, c'è, parallelamente, il

Sud. La Calabria, in particolare (-2,6%). Dati che oltre che inchiodare, sono fortunati. Che spiegano il forte deficit della sanità molisana e dicono anche quale sarà la cura imposta dal federalismo fiscale in arrivo: immane, tagli di posti letto e ospedali e aumento delle tasse, dazi regionali necessari a pagare sprechi che non si è voluto eliminare.

La dieta del sistema a livello nazionale è stata impostata anche sulla 'conversione' dei tipi di ricovero, diminuendo il tempo di permanenza dei pazienti negli ospedali. Più day hospital e day surgery, più assistenza domiciliare, meno ricoveri ordinari. Tutti e tre i casi sono raddoppiati in tutta Italia nello scorso decennio. Novità molisana, non cen-

sita dalla ricerca proposta dal "Sole 24 Ore", è l'istituzione della Facoltà di Medicina e la prospettiva, ancora tutta da definire nei contorni essenziali, del Policlinico regionale.

A breve verrà inaugurato l'anno accademico all'Università degli Studi del Molise. Per il corso di Medicina sarà il terzo, quello della specialistica, della clinica vera e propria. I costi di gestione del corso e dell'Azienda ospedaliera da istituire saranno sempre più evidenti. È stato invitato il ministro dell'Università Mariastella Gelmini, all'inaugurazione. Cosa vedrà? La Facoltà che drena risorse già indebitato sistema regionale, sistema che ai futuri laureati offre pochissime prospettive di occupazione.

elena troiani

Sui casi scoperti dai Nas duro intervento della Fioto

«Dispositivi protesici, insensibilità della Regione»

DOPO la notizia relativa alla denuncia di 19 farmacisti accusati di aver costretto i pazienti a comprare protesi che dovevano essere date gratuitamente, interviene la Federazione Italiana Operatori Tecnico Ortopedici (Fioto), sezione regionale del Molise.

«Al fine di evitare facili strumentalizzazioni ed a tutela dei propri associati - si legge in una nota - l'associazione intende fare chiarezza su una questione che l'ha vista da tempo impegnata con la Regione Molise per risolvere un annoso problema la mancata soluzione del quale, purtroppo, non può essere rimproverata alla negligenza della Federazione o allo scarso senso di responsabilità o, ancor peggio, alla volontà di perseguire scopi speculativi, da parte dei propri associati».

Da anni la Fioto ha sensibilizzato gli organismi della Regione Molise a ciò deputati specificando che il D.M. 332 del 1992 - che ha avuto il compito di individuare le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e le modalità di erogazione - non si è solo limitato ad inserire in un apposito elenco i dispositivi (gli ausili tecnici oggetto della denuncia degli assistiti) che devono essere erogati agli

aventi diritto direttamente dalle Asl (erogazione diretta) o da operatori privati come le sanitarie (erogazione indiretta), ma ha altresì previsto che le Regioni e le Asl debbano stipulare contratti con i fornitori aggiudicatari di procedure pubbliche di acquisto e determinare i prezzi da corrispondere per i dispositivi protesici bandendo apposite procedure pubbliche di acquisto.

«Sennonché - sottolinea l'associazione - mentre molte regioni hanno provveduto a dettare alle proprie Asl le linee guida sulle modalità di espletamento delle procedure pubbliche di acquisto o a determinare un tariffario adeguato che tenga conto delle variazioni di prezzi dei dispositivi protesici, la Regione Molise è rimasta totalmente insensibile alle sollecitazioni ed alle segnalazioni provenienti dalla Federazione la quale ha da tempo posto in evidenza come non si possa pretendere, senza venir meno ai propri doveri, che le Sanitarie, che altro non sono che privati operatori economici aventi un più che legittimo diritto di guadagno, erogino i prodotti protesici a fronte di un rimborso stabilito secondo prezzi praticati nell'anno 1996, inidoneo a coprire perfino i costi di approvvigionamento dei

materiali posti in vendita, e che dunque sopperiscano all'inadempienze di uno dei primari doveri che la Costituzione affida agli organi della Stato. E' evidente che l'inadempienza della Regione Molise - aggiunge l'associazione - che non ha consentito di fissare un prezzo di rimborso congruo, avrebbe dovuto comportare la sospensione del servizio che, solo grazie al senso di responsabilità delle sanitarie si è potuto garantire, solo chiedendo ai paziente di coprire la differenza tra il rimborso dell'Asl ed il costo effettivo del medesimo che, evidentemente, non può essere sostenuto dalle sanitarie».

Misure di sicurezza

Candidat



la Gazzetta



L'OSCAR DEL GIORNO VA A SERGIO FLORIO

Il direttore generale dell'Asrem Molise, l'ingegnere Sergio Florio, questa volta merita davvero il nostro oscar. Infatti, nei giorni scorsi, la nostra testata, come altri organi d'informazione, ha trattato il problema della paventata chiusura di due

degli ospedali molisani: il Vietri di Larino ed il S.S. Rosario di Venafro. Siamo certi, conoscendo l'abilità dell'ingegnere, che non solo riuscirà ad evitare la chiusura dei due presidi ospedalieri ma che, come è già avvenuto in passato per altre strutture, sarà in grado di migliorarne le attività.





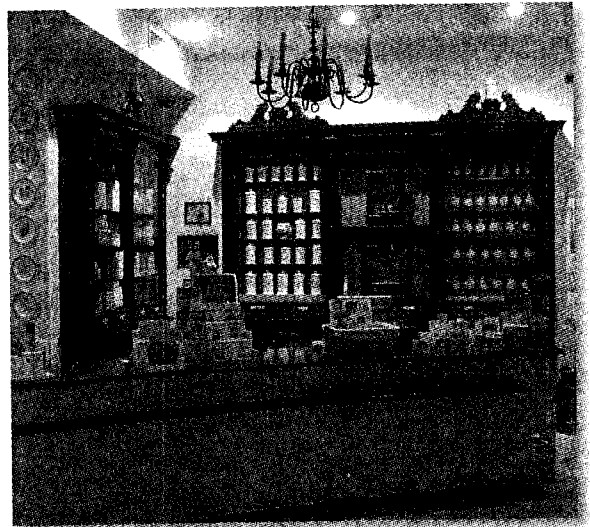
L'INTERVENTO

Truffa delle protesi, scendono in campo gli ortopedici

CAMPOBASSO - Sugli organi di stampa è apparsa la notizia riguardante un procedimento penale che ha coinvolto diverse sanitarie e farmacie del Molise che si sarebbero rifiutate di fornire gratuitamente ad alcuni pazienti i materiali protesici di cui avrebbero avuto bisogno, richiedendo delle integrazioni di denaro rispetto al rimborso previsto dal servizio sanitario nazionale. L'impianto accusatorio è stato recentemente formalizzato dalla Procura della Repubblica di Campobasso attraverso un avviso di conclusione delle indagini con riferimento al quale gli indagati, tramite i loro difensori stanno preparando le loro difese per dimostrare la totale infondatezza. Da parte sua, la Federazione Italiana Operatori Tecnico Ortopedici, sezione regionale del Molise, al fine di evitare facili strumentalizzazioni ed a tutela dei propri associati intende fare chiarezza su una questione che l'ha vista da tempo impegnata con la Regione Molise per risolvere un annoso problema la mancata soluzione del quale, purtroppo, non può es-

sere rimproverata alla negligenza della Federazione o allo scarso senso di responsabilità o, ancor peggio, alla volontà di perseguire scopi speculativi, da parte dei propri associati. Da anni la Fioto ha sensibilizzato gli organismi della Regione a ciò deputati specificando che il D.M. 332 del 1992, che ha avuto il compito di individuare le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e le modalità di erogazione, non si è solo limitato ad inserire in un apposito elenco i dispositivi che devono essere erogati agli aventi diritto direttamente dalle Asl o da operatori privati come le sanitarie, ma ha altresì previsto che le Regioni e le Asl debbano stipulare contratti con i fornitori aggiudicatari di procedure pubbliche di acquisto e determinare i prezzi da corrispondere per i dispositivi protesici bandendo apposite procedure pubbliche di acquisto. Senonché, mentre molte regioni hanno provveduto a dettare alle proprie Asl le linee guida sulle modalità di espletamento delle procedure pubbliche di acquisto o

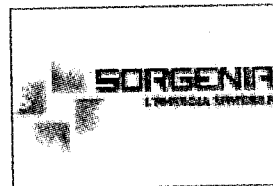
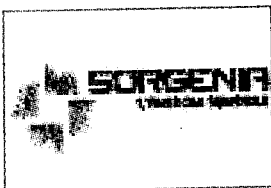
a determinare un tariffario adeguato che tenga conto delle variazioni di prezzi dei dispositivi protesici, la Regione Molise è rimasta totalmente insensibile alle sollecitazioni ed alle segnalazioni provenienti dalla Federazione la quale ha da tempo posto in evidenza come non si possa pretendere, senza venir meno ai propri doveri, che le Sanitarie, che altro non sono che privati operatori economici aventi un più che legittimo diritto di guadagno, eroghino i prodotti protesici a fronte di un rimborso stabilito secondo prezzi praticati nell'anno 1996, inidoneo a coprire perfino i costi di approvvigionamento dei materiali posti in vendita, e che dunque sopperiscano all'inadempienze di uno dei primari doveri che la Costituzione affida agli organi della Stato. E' evidente che l'inadempimento della Regione, che non ha consentito di fissare un prezzo di rimborso congruo, avrebbe dovuto comportare la sospensione del servizio che, solo grazie al senso di responsabilità delle sanitarie, che non hanno alcun obbligo giuridico di erogare i dispositivi ai prezzi di



rimborso previsti dalla Regione Molise non essendo legati, come ribadito anche da un parere reso il 10 ottobre 2003 dal Ministero della Salute, da alcun rapporto contrattuale o convenzionale con il servizio sanitario nazionale, si è potuto garantire, solo chiedendo al paziente di coprire la differenza tra il rimborso dell'Asl ed il costo effettivo del medesimo che, evidentemente, non può essere sostenuto dalle sanitarie. La Fioto

saluta quindi con favore il recentissimo interessamento dell'Asrem a tale annosa problematica, avendo promesso di bandire, entro il 31 dicembre, due distinte gare; segno evidente della legittimità della posizione degli associati Fioto e della categoria tutta.

Nel frattempo si confida che anche la magistratura penale giunga in tempi rapidi a fare chiarezza in questo ambito.



Cattolica, un fiore all'occhiello

Il Governo regionale da tempo indirizzato su un percorso teso a sostenere la qualificazione delle strutture sanitarie più avanzate



regione riceve annualmente gli stessi fondi che vengono destinati ad un quartiere di Roma di 320 mila abitanti. Un quartiere che però insiste su un'area circoscritta e con specificità demografiche omogenee. Il Molise, invece, con quegli stessi soldi destinati pro-capite ad una ASL della Capitale di trecentomila abitanti, deve assicurare un servizio sanitario in 136 comuni, molti dei quali in aree interne e di difficile raggiungimento, con una componente della popolazione particolarmente caratterizzata da anziani. E' evidente che se il Molise riesce a mantenere in piedi un servizio simile con risorse non consone vuol dire che il sistema funziona, è virtuoso e che lo sfioramento che annualmente si registra non è dovuto a sprechi o cattivi utilizzi delle risorse attribuite dal governo Centrale, ma alla complessità del territorio da gestire e da servire.

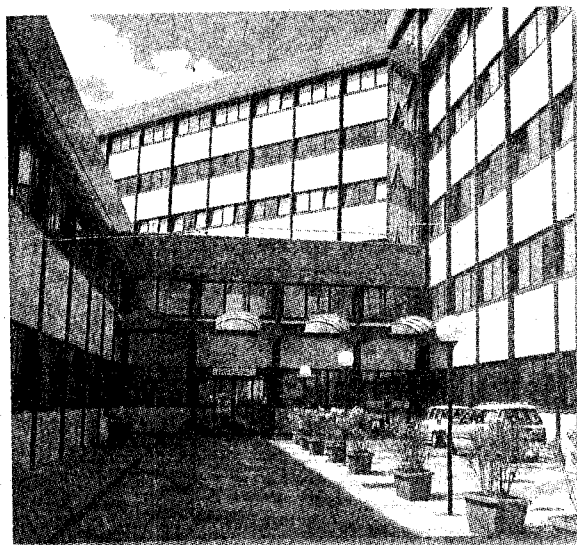
Dopo aver esaminato nel dettaglio l'operato di 115 ospedali in tutta Italia, l'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna ha attribuito il massimo premio, tre bollini rosa, alla Cattolica di Campobasso e al Gemelli di Roma.

Una soddisfazione per una piccola regione e per il suo sistema sanitario e tutto questo è tanto più meritorio se si pensa che è realizzato con fondi, quelli del trasferimento dallo Stato centrale, non consone alle reali necessità del Molise. Si pensi, infatti, che questa

L'Osservatorio ha attribuito questo riconoscimento al Centro di Campobasso dopo aver "passato al setaccio" le strutture di 115 ospedali in tutta Italia, averne valutato le caratteristiche ed aver stilato una classifica con l'attribuzione di uno, due o tre bollini rosa a seconda dei livelli di qualità riscontrati per quanto riguarda il confort delle strutture, le prestazioni mediche e l'assistenza data alle pa-

zienti. Dei 115 ospedali visionati dall'Osservatorio, che a loro volta venivano da una cernita fatta tra molte altre candidature, sono state scelte 24 strutture in tutto il Paese. Tra queste vi è il Centro della Cattolica di Campobasso, con il massimo della valutazione, tre bollini rosa, e il Centro Gemelli di Roma.

Il Presidente Iorio ha evidenziato come il Governo regionale si sia ormai da tempo indirizzato su un percorso teso a sostenere la qualificazione delle strutture, delle prestazioni e della ricerca tecnologica e sperimentale nel campo sanitario. "In quest'ottica intendiamo - ha detto Iorio - proseguire sulla strada di una sempre più puntuale e decisa calibratura dell'offerta sanitaria ai bisogni e alle necessità che emergono dal territorio molisano e dalle regioni limitrofe. Tra questi bisogni vi è senza dubbio la messa a punto di "un'offerta sanitaria di genere" che tenga conto di diversità tra uomo e donna e che sviluppi, di conseguenza, specifiche ricerche e sperimentazione, oltre che fornisca servizi adeguati e consoni alle singole necessità di genere. L'Ospedale Donna centra pienamente questi obiettivi. Per questo motivo oltre a sostenere lo sforzo che ha fatto la Cattolica in questa direzione, abbiamo individuato a chiare lettere nel Piano Sanitario Regionale recentemente varato in Consiglio Regionale, la creazione



di un offerta sanitaria al femminile che veda proprio il Centro "Giovanni Paolo II" di Campobasso come capofila nella fornitura di prestazioni tese alla prevenzione delle malattie che colpiscono particolarmente le donne, alla cura delle stesse e all'accompagnamento, ove le condizioni purtroppo lo richiedono, ad una fine serena e meno sofferta possibile della vita. E' questo un elemento di civiltà medica, scientifica e sociale che intendiamo concretizzare". Il presidente ci aveva visto giusto dal principio. Una regione come il Molise, con i suoi piccoli numeri, doveva puntare su una sanità di qualità e la Cattolica di Campobasso è un punto di riferimento per migliaia di utenti che vengono in Molise dall'Italia e dall'estero per curarsi

e usufruire di trattamenti medici di assoluta qualità. L'ennesima attestazione di qualità scientifico-tecnologica e di ricerca data alla Cattolica di Campobasso è la testimonianza che il Sistema Sanitario Regionale vanta elementi quantitativi e qualitativi di grosso spessore, capaci di dare servizi di ottimo livello in grado di migliorare la vita dei cittadini. Uno sforzo che non sempre viene colto dalle classifiche o dalle analisi fatte a livello nazionale, ma che è sotto gli occhi di tutti e che è testimoniabile direttamente da quelle migliaia di cittadini molisani e di fuori regione che quotidianamente usufruiscono di prestazioni all'avanguardia e capaci di curare le loro malattie nel migliore dei modi, lenendo il più possibile le sofferenze.

Lu. Ann.

Case di cura con valori stabili

Per il privato il rimescolamento non altera la media

ROMA

Se il pubblico si rifà il look, il privato accreditato resta più o meno tale e quale, specie dove c'è guadagno. La radiografia del convenzionato Ssn nell'ultimo decennio parla chiaro: tra il 1997 e il 2006 le case di cura sono aumentate solo di 26 unità (+5%), i posti letto sono diminuiti fino al 2001, ma poi sono tornati a crescere (+2,5% tra il 2005 e il 2006). La «presa» sulla laboratoristica è rimasta tutto sommato più salda che mai, con le società, più che i singoli professionisti, che fanno man bassa di accordi con il servizio sanitario pubblico.

Come di consueto, i trend complessivi non si prestano alle generalizzazioni territoriali. Lo dimostra il dato sulle cliniche, che aumentano in dieci Regioni (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Abruzzo, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna), mentre si riducono in tutte le altre. Stesso discorso per i posti letto: crescono in nove Regioni, si riducono in dieci, restano immutati solo in Basilicata.

Nei luoghi di ricovero, poi, emergenza e tecnologie sono esclusiva del Ssn. A garantire le urgenze sono quasi solo le aziende pubbliche: dipartimenti di emergenza sono presenti nel 49,4% degli ospedali contro il 3,7% delle cliniche, i pronto soccorso nell'82,6% delle strutture pubbliche contro l'8% delle private e i centri rianimazione sono presenti nel 56,1% degli istituti Ssn contro l'8,5% degli accreditati.

Ragionamento in replica per le apparecchiature di alta tecnologia, le più costose: nei 654 ospedali gli apparecchi per emodialisi sono circa dieci volte di più che nelle 563 case di cura. Idem per Tac (3,5) e risonanze magnetiche (2,5).

Fuori corsia il discorso non cambia. Il pubblico fa il pieno di tutte le «altre» strutture territoriali dedicate ai più diversi bisogni assistenziali, dalle analisi alla dialisi, passando per centri di salute mentale e consultori - 4.600 strutture, contro le 528 dell'accreditato - ma resta indietro sul resto. Al pianeta dell'accreditato appartengono infatti 1.290 strutture semiresidenziali (contro 965 del pubblico), 3.493 strutture residenziali (contro 1.300) e ben 5.851 tra laboratori e ambulatori a fronte dei 4.120 targati Ssn.

Proprio il dato sulla laboratoristica si presta a qualche riflessione: preso atto della sia pur minima contrazione registrata

DIFFERENZE TERRITORIALI

Nel totale nazionale pesa il comportamento opposto delle Regioni: in 10 il numero aumenta e nelle altre 10 diminuisce

al capitolo degli accreditamenti (117 in meno rispetto al 2005), nella titolarità del rapporto a «rimetterci» sono soprattutto i singoli professionisti (146 in meno tra il 2005 e il 2006), le case di cura (9 convenzioni in meno), ovvero altri tipi di strutture (14), mentre si arricchisce di 50 unità il pool delle società fornitrici di visite e analisi del servizio pubblico.

Resta viceversa quasi inalterata l'incidenza territoriale dell'accreditato, prevalente al Centro-Sud. I picchi sono in Sicilia (1.399 accreditamenti), Campania (1.155), Lazio (604). Ovvero là dove proprio non si riesce a farne a meno.

P.D.Bu.
S.Tod.

Sanità. L'analisi dei dati forniti dall'annuario statistico del Ssn su strutture e personale dal 1997 al 2006

Ospedali in calo, spese in crescita

In dieci anni 83mila posti letto in meno ma il costo pro capite è salito del 77%

Roberto Turno
ROMA

Ben 288 ospedali in meno e un taglio secco a 83.231 posti letto. In dieci anni, dal 1997 al 2006, sono dimagrite in media del 30% le strutture pubbliche ospedaliere. Mentre la spesa pro-capite, 1.731 euro nel 2007, è schizzata all'insù del 77,7% registrando un disavanzo totale di 44,78 miliardi. E il personale è aumentato appena dello 0,3%, per effetto soprattutto del calo del 10,3% del personale tecnico-amministrativo, con i medici cresciuti nel frattempo dell'8,2 e gli infermieri del 5,3 per cento.

Ecco il check up 1997-2006 del Servizio sanitario nazionale. Mentre incalza il federalismo fiscale e Governo e Regioni si preparano a una difficile maratona per il nuovo "patto sulla salute" previsto dalla manovra triennale (Dl 112, convertito nella legge 133), l'Italia della Sanità pubblica presenta tutti i suoi conti, le sue forze e le sue debolezze. Confermando l'esistenza di un sistema a venti velocità e gli effetti delle resistenze al cambiamento proprio in quelle realtà in queste ore sotto osservazione: Lazio, Sicilia, Calabria, Campania, Abruzzo. Il Lazio che rischia un commissario bis, nonostante la manovra estiva sottoscritta dal governatore (e commissario) Piero Marrazzo, l'Abruzzo destinato tra breve a finire sotto tutela e ancora Sicilia, Calabria e Campania sugli scudi del commissariamento dai primi di ottobre.

La foto di gruppo del nostro Ssn, come risulta dalle elaborazioni del settimanale «Il Sole 24 Ore Sanità» sui recentissimi dati dell'Annuario 2006 del ministero della Salute confrontati con quelli del 1997, testimonia con chiarezza il cammino fatto in dieci anni, ma anche dove il percorso di razionalizzazione è rimasto al palo.

Perché i tagli, è chiaro, ci sono

stati. E come. Ma non sempre e non dappertutto. Tra eliminazioni, accorpamenti e razionalizzazioni di strutture, gli ospedali pubblici (694 quelli censiti nel 2006) sono dimagriti di 288 unità (-30,6%), con un significativo picco del 59% (87 in meno) in Lombardia e del 50,6% in Veneto e Puglia. A parte la Toscana, che vantava una rete già più razionale, spiccano le riduzioni assai meno consistenti nel Centro e in genere nel Sud: la Calabria (-2,6%) è in fondo alla classifica. Il taglio dei posti letto è andato ovviamente di pari passo con la riduzione delle strutture di ricovero: dai 295mila del 1997 i posti letto sono diventati 211.725 nel 2006, il 28,2% in meno, con la Puglia che può vantare l'abbatti-

mento più consistente (ha perso 9.353 letti, ben il 40%).

Al dimagrimento complessivo, ma non generalizzato, di un Ssn pletorico già messo a dieta a partire dal 1992 con la cura-Amato, ha corrisposto la razionalizzazione dei percorsi di cura. Vale a dire: più day hospital e day surgery al posto dei ricoveri ordinari, e, nel tempo, più cure a domicilio. Ma sempre nel segno dell'Italia a mille velocità. I ricoveri in day hospital sono passati così da 1,7 milioni a 3,9 milioni in dieci anni, incidendo nel 2006 per il 30,8% sui ricoveri ordinari per acuti, praticamente il doppio rispetto al 16% del 1997. Mentre anche l'Adi (assistenza domiciliare integrata) è raddoppiata dai 200mila casi registrati nel 1997 ai 414mila del 2006. Avanti, insomma, ma ancora troppo poco.

Anche le politiche per il personale hanno registrato un andamento a marce differenziate tra le Regioni, frutto delle diversità locali, ma non solo. Il personale sanitario (452mila) è cresciuto di 25mila unità (+5,9%), quello tecnico e amministrativo ne ha perso 23mila (-10,3%). I medici (105.860) sono 8mila in più, gli infermieri (265.444) +13mila. Nel complesso il personale in dieci anni conta solo 1.700 unità in più, con la Puglia che ha perso il 10,7% di dipendenti e la Basilicata (a parte la Valle d'Aosta) che ne ha "conquistato" il 10,6 per cento.

Infine, la spesa sanitaria pubblica. Anche quella quasi raddoppiata in dieci anni dai 974 euro pro capite del 1997 ai 1.731 del 2007 (ultimi dati dell'Economia). Ma attenzione: il dato non considera la qualità della spesa erogata. Rileva però chi ha incassato di più o di meno nel tempo: rispetto a un aumento medio del 77,7%, il Molise ha fatto segnare il 101,8% in più, la Sicilia il 99,3%, il Lazio il 94,2 per cento. Aspettando il federalismo fiscale.

Per gli abbonati



Sull'ultimo numero del settimanale «Il Sole 24 Ore Sanità», la fotografia aggiornata degli spazi, dei servizi e del personale del settore sanitario italiano negli ultimi dieci anni. L'ultimo annuario statistico del Ssn, pubblicato a fine luglio, segnalò un calo del 30% delle strutture ospedaliere e di oltre 80mila posti letto nel pubblico.

Riduzioni record in Lombardia, Veneto e Puglia

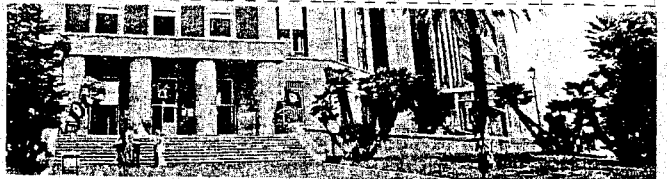
Regione	Strutture di ricovero		Posti letto		Medici		Infermieri	
	2006	Differenza assoluta con 1997	2006	Differenza assoluta con 1997	2006	Differenza assoluta con 1997	2006	Differenza assoluta con 1997
Piemonte	39	-23	15.227	-5.845	8.606	944	21.150	3.141
Valle d'Aosta	1	0	490	-66	297	54	677	102
Lombardia	60	-87	34.872	-13.050	12.686	-745	35.575	-2.396

La Lombardia è la Regione che ha perso il maggior numero di ospedali pubblici negli ultimi dieci anni: le strutture sono passate dalle 147 del 1997 alle 60 del 2006 (nella foto, l'Ospedale Niguarda di Milano)



Bolzano	7	-2	1.945	-558	870	181	2.807	129
Trento	10	-4	2.039	-1.028	881	95	2.717	207
Veneto	40	-41	19.113	-7.412	7.577	161	25.349	413
Friuli V. G.	17	-3	4.694	-2.426	2.279	113	7.189	389
Liguria	18	-12	7.266	-3.803	3.337	214	9.303	-555
Emilia R.	26	-23	16.358	-3.309	8.062	262	23.940	2.207
Toscana	42	3	13.274	-4.395	7.383	943	21.244	1.445
Umbria	11	0	3.118	-1.191	1.833	-6	4.701	223
Marche	33	-6	5.471	-3.419	2.831	397	7.877	962
Lazio	77	-12	21.072	-6.229	9.445	1.570	20.353	1.710

Gli ospedali del Lazio sono diminuiti in dieci anni del 13,5%, i posti letto sono passati da 27.301 a 21.072 (-22,8%). La spesa sanitaria resta però sotto stretta osservazione (nella foto, il San Filippo Neri di Roma)



Abruzzo	22	-3	5.336	-2.392	2.827	576	6.699	776
Molise	8	1	1.628	-117	724	17	1.621	239
Campania	55	-16	15.091	-7.373	10.838	1.017	22.600	1.490
Puglia	38	-39	13.852	-9.353	6.363	617	13.993	-940
Basilicata	9	-4	2.286	-670	1.118	201	2.816	539
Calabria	37	-1	5.759	-2.697	4.319	497	8.567	1.070

La riduzione degli ospedali va a rilento nel Sud: in fondo alla classifica c'è la Calabria, che registra un calo di appena il 2,6% delle strutture pubbliche (nella foto, l'Ospedale Pugliese Ciaccio di Catanzaro)



Sicilia	71	-13	16.446	-5.530	9.837	820	18.151	631
Sardegna	33	-3	6.388	-2.368	3.747	102	8.115	599

CRONACHE

Sanità al risparmio: i malati cambiano reparto nel week-end

I tagli imposti dal deficit della sanità molisana hanno penalizzato, quest'estate, i degenti del reparto di Otorinolaringoiatria, chiuso per necessità economiche durante i fine settimana. «Siamo stati costretti a trasferirli» dice il primario, professor Serafini «con tutte le conseguenze, negative, sul loro stato di salute». Ridotte anche le sedute per gli interventi chirurgici

Termoli. Malati ricoverati in ospedale costretti a cambiare reparto nel week-end. Pazienti convalescenti che vengono spostati, con flebo a seguito, su sedie a rotelle e su barelle e sistemati in altri letti e altre stanze, ma solo per due giorni. Sembrano scene da film grottesco, invece è l'amara realtà che hanno dovuto vivere alcuni degenti del San Timoteo di Termoli. Malati anche gravi, i così detti oncologici, si sono visti avvicinare dagli infermieri e dal primario del reparto di Otorinolaringoiatria, Giovanni Serafini, che ha spiegato loro che per necessità della struttura sarebbero dovuti essere trasferiti per poi poter tornare al loro letto il lunedì.



Il dottor Serafini, primario del reparto di Otorinolaringoiatria: "Con una adeguata programmazione molti disagi per i pazienti si sarebbero potuti evitare"

E' successo per tre settimane di seguito a partire da fine luglio. Sei degenti del reparto di otorinolaringoiatria sono stati spostati nel fine settimana del 2 e 3 agosto nel reparto di Urologia. Lo stesso trasloco è stato necessario il fine settimana successivo quando altri 6 pazienti hanno lasciato a forza il reparto per andare a occupare i letti di Medicina d'Urgenza. Poi ancora il 16 e il 17 agosto gli ammalati e i degenti del dottor Serafini sono stati nuovamente ospitati nei letti di Urologia. Ma quale necessità può spingere un medico a trasferire i suoi pazienti? Quella economica prima di tutto. Ancora una volta la sanità bassomolisana si trova a fare i conti con i tagli previsti dal Piano di rientro sanitario e quindi con la carenza di personale medico e infermieristico. E corre ai ripari con questi contorsionismi.

«La modalità del così detto 'Five day hospital' esiste e viene applicata anche in altre strutture ospedaliere italiane - spiega il primario Giovanni Serafini - Ma è una prassi che viene preceduta da un'attenta programmazione del personale che dovrà rimanere con i malati e soprattutto non viene mai attuata nei periodi di maggiore emergenza come è quello dei mesi di luglio e agosto a Termoli».

Il reparto di Otorinolaringoiatria, così come molti altri del San Timoteo, già da tempo risente dei 'tagli' e a giugno il primario è stato invitato a ridurre le sedute operatorie da tre a una sola volta a settimana. Inoltre l'equipe medica aveva accettato di trattare nei mesi estivi solo le urgenze e i casi oncologici. A fine luglio è poi arrivata la decisione, improrogabile, dell'attivazione del 'five day hospital', cioè del reparto aperto cinque giorni su sette.

«Ci siamo dovuti adattare ad ogni situazione - spiega ancora Serafini - non potendo fare altrimenti, ma è ovvio che il disagio maggiore è quello che hanno vissuto i pazienti spostati continuamente tra i diversi reparti. Noi abbiamo in ogni caso cercato di dimettere più pazienti possibile durante i venerdì, garantendo l'assistenza ambulatoriale tutti i giorni, ma alcuni ammalati non potevamo proprio rimandarli a casa e così hanno dovuto accettare di essere trasferiti nei week end. C'è stata una signora in gravissime condizioni che ha subito il trasferimento per due settimane di seguito e non ha potuto fare altro che adattarsi alla situazione con tutte le conseguenze negative che le ha portato».

Il disagio però non sembra trovare riscontro nei reparti che hanno accolto gli ammalati di Otorinolaringoiatria. «Nel primo week end di agosto - spiega il dottor Zappia del reparto di Urologia - il nostro reparto era quasi vuoto e quindi non abbiamo avuto particolari disagi per il trasferimento dei degenti. Poi non ci sono stato e non so come siano stati gestiti nei fine settimana successivi». In definitiva sembra che davvero gli unici a pagare per questo riassetto estivo del san Timoteo siano stati i pazienti.

«Quello che maggiormente lascia perplessi - dice il dottor Serafini - è la mancanza di organizzazione e la

superficialità con cui vengono imposti determinati cambiamenti in tempi brevissimi, quando invece si potrebbero pianificare con calma evitando il più possibile i disagi all'utenza. Mi chiedo se l'ospedale di Termoli deve essere ancora una volta l'unica struttura a pagare per questo Piano di rientro sanitario: ma allora perché non lo chiudiamo piuttosto che lasciarlo morire lentamente?». **(v.f.)**