

Milano - MAURO MISERENDINO

**E'** la canzone del momento. Con la legge sulle cure primarie in via di elaborazione al ministero della Salute, i medici di famiglia dovranno associarsi e integrarsi con altri professionisti per saldare le prestazioni sanitarie con quelle offerte dai servizi sociali dei comuni. Ma come sta il sociale all'indomani di una finanziaria che impone allo stato di risparmiare 20 miliardi nel 2012, tra cui i soldi per i comuni e quelli per il fondo nazionale politiche sociali? Non bene.

Il recente convegno lombardo dell'Agescpi, Associazione gestori servizi sociosanitari e cure post intensive (nata lo scorso anno e costituita alla fondazione da Residenze Anni Azzurri, Segesta e Orpea Italia, che in Italia rappresentano da soli circa 10 mila letti di Rsa e case protette) ha messo in luce che i comuni dell'Anci attendono un contratto nazionale per i dipendenti e investimenti sulla formazione continua di tutti gli operatori. Il taglio è un colpo di grazia che arriva mentre Federsanità Anci sta studiando livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie da applicare in tutta Italia e le regioni italiane stavano progettando politiche di integrazione con i comuni per i servizi alla non autosufficienza. «In Lombardia - spiega Giacomo Bazzoni presidente del dipartimento Welfare Anci lombarda - saranno tagliati piani di zona, e i nostri 58 mila letti passeranno per lo più a carico delle famiglie visto che la regione dovrà mettere di suo molto del miliardo e mezzo di euro per il settore, che non ha». Idem nelle altre regioni.

### Molti media remano contro

Cristiano Gori, docente di pianificazione del servizio di Welfare all'Università Cattolica, tratteggia lo scenario nazionale. «Dal 2005 era passata l'idea in tutte le regioni di disegnare un modello sociosanitario per i non autosufficienti, non solo anziani. E ancora nel 2010, in occasione delle elezioni regionali, i governatori ragionavano su una crescita dei fondi ad hoc. Invece ecco la doccia fredda, con il governo che non alimenta più il fondo sanitario e il sociale che non può più recuperare soldi dalla sanità pubblica; oggi nelle regioni più deboli si pensa persino di azzerare tale assistenza pur di mantenere le prestazioni degli ospedali per acuti». Gori aggiunge un altro particolare: «Mentre si contraggono le disponibilità dei comuni e alcuni media non ne fanno un dramma, anzi enfatizzano fenomeni come i falsi invalidi che screditano il settore, cresce l'ammontare di soldi spesi dallo stato in indennità di accompagnamento. Si tratta di 4,5 miliardi in più di aumento in dieci anni, in genere per persone sopra i 65 anni (tali sono 73 utenti dell'indennità ogni cento)».

### Tre strade per il futuro

Gli scenari cambiano; a fronte di famiglie che ricevono soldi, altre non ricevono servizi comunali necessari, come

Nel 2012 tagli su Rsa e centri diurni, la soluzione passa per i servizi territoriali delle Asl

# Il nuovo generalista sopperisce anche ai buchi della spesa sociale

## GLI ITALIANI SONO INCLINI A PAGARE LA TASSA DI SCOPO

86%	degli italiani gradisce l'assistenza domiciliare sanitaria e sociosanitaria
70%	degli italiani sarebbe disposto a pagare una tassa di scopo per avere l'Adi
19%	del Prodotto interno lordo è la spesa per la previdenza in Italia
7%	del Pil è la spesa sanitaria pubblica italiana
10%	del Pil è la stima della spesa per la salute in Italia (pubblico + privato)
2,5%	del Pil è la spesa pubblica per il sociale incluse le indennità ma esclusi i comuni
3%	del Pil è la spesa per il sociale inclusa la spesa dei comuni

(Fonte: Fondazione Istud)

le unità valutative multi-dimensionali che decidono se dove e come ricoverare l'anziano non autosufficiente. Si abbatte la qualità dei servizi, gli operatori sono sempre più sfruttati e sottopagati, per assistere i propri cari molti cittadini - obbligati a pagare i servizi integralmente - devono vendersi i beni più cari, si abbattano le aspettative di

qualità della vita dell'anziano perché sempre meno italiani possono permettersi persino la badante. Che fare? In mancanza di un finanziamento ulteriore e stando ai dati della Fondazione Istud - 70 italiani su cento sarebbero disposti a versare un tributo al servizio pubblico commisurato al reddito pur di avere le cure a casa - Gori ipotizza tre

categorie di risposte:

- togliere denaro ad altri settori;
- creare un secondo welfare dando spazio alle assicurazioni private (non tiravano prima figurarsi adesso che sempre meno persone possono permettersi in tutta l'area Ocse);
- razionalizzare gli interventi creando scale di priorità.

La terza soluzione affascina gli amministratori e coinvolge i medici di famiglia. Spiega Carmelo Scarcella, direttore generale Al Brescia, su otto livelli di complessità degli interventi, una buona fascia dei ricoverati

*A Brescia ci sono le sperimentazioni più significative*

nelle Rsa bresciane appartiene al 7° e 8° gradino: anziché in Rsa dovrebbe stare in strutture ad hoc perché non è del tutto non autosufficiente». In questi anni i tempi di risposta agli anziani bresciani sono quadruplicati perché è aumentata la domanda a fronte di un'offerta di letti quasi fissa.

L'intervento di finanziatori

privati sta facendo sorgere centri di ricovero ad hoc per autosufficienti parziali, che dovrebbero sopperire ai bisogni di almeno un terzo dei 1.500 utenti impropriamente ricoverati in Rsa.

Detti investimenti saranno ripagati dalla maggiore appropriatezza degli interventi e dalla ricchezza che si conserverà nelle famiglie una volta che la Regione Lombardia potrà investire solo una parte delle risorse oggi dirottate su

questi casi, rimodulando la propria quota di intervento senza che una famiglia spenda più di 1.100-1.300 euro al mese per il ricovero del parente». Scarcella sottolinea il coinvolgimento del medico di famiglia nelle valutazioni. Alla sperimentazione bresciana collaborano 450 medici su 700: sono i perni delle Ucam, le équipe di unità assistenziale che fungono da punto unico di accesso territoriale per il malato rispetto ai servizi più appropriati alle sue condizioni.

### No ai manager imbonitori

A margine dell'incontro Agepsi è stata presentata una ricerca sulla leadership degli enti residenziali operanti nel sociale: il management deve avere delle caratteristiche peculiari; per la maggior parte degli intervistati, il direttore generale di una struttura dedicata al sociale non dev'essere carismatico, ma credibile professionalmente (8,38 il voto su una scala da zero a 10), moralmente integro (8,18) lavoratore in team (8,04). No a persone "persuasive" e "creative", sia nelle residenze pubbliche che nel privato le virtù per sfondare in questo settore appaiono opposte rispetto ai requisiti attesi in tutti gli altri settori dell'economia reale.

## L'ISTITUTO TUMORI SI VA RIORGANIZZANDO

MILANO - Di fronte all'Istituto tumori, che sta per cambiare sede e trasferirsi con l'Ircs Besta dalle parti dell'autostrada dei Laghi, un edificio oggi in disuso sarà trasformato in una struttura ricettiva per i malati di tumore e i loro accompagnatori con 50 posti letto, una superficie di oltre 1.500 metri quadri, un bar e un ristorante. Si tratta di una ristrutturazione co-finanziata dal privato per un totale di oltre 2,3 milioni di euro e che si inserisce in un più ampio progetto per l'umanizzazione delle strutture e delle cure.

A fare da spunto sono quattro progetti di undici studenti della facoltà di architettura del Politecnico di Milano. «Ogni giorno - dice il direttore generale dell'Ircs Gerolamo Corno - si recano all'Istituto oltre 4 mila persone e ogni anno vi si ef-

fettuano più di 23.500 ricoveri, oltre il 40 per cento provenienti da fuori Lombardia. Alla luce di questi dati l'intervento di recupero dell'edificio, proprietà della Fondazione e finora sede della struttura di Epidemiologia della Fondazione, sarà particolarmente importante anche perché si tratta di un intervento di housing sociale: infatti, l'Istituto ha imposto come condizione del bando un prezzo calmierato per le stanze, pari a 27,5 euro, sul quale si svolgerà una gara.

La struttura dovrebbe essere completata per l'inizio dell'autunno 2012, mentre al termine del 2015 quando l'Int si trasferirà nella nuova "Città della salute", il blocco dell'attuale Ircs sarà riconvertito per ospitare i numerosi studenti presenti nel quartiere di Città Studi.

Progetto Hucare, nei corsi di umanizzazione medici meno brillanti

## L'infermiere tutor del malato oncologico riduce la depressione e aiuta la compliance

cento dei malati soffre di ansia o depressione e rischia di non guarire perché le conseguenze delle comorbilità si riflettono sull'aderenza alla terapia. Analoga percentuale non pare adeguatamente curata poiché non fruisce di terapie evidence-based.

Per contro, c'è un'Ebm relativa alla sfera psico-sociale dei malati, che raramente è applicata. L'hanno usata le 29 strutture oncologiche (26 lombarde) coinvolte in HuCare; qui l'incidenza rilevata del disagio psicosociale tra i malati ricoverati o sottoposti a chemioterapia è scesa anche al 10 per cen-

to, dopo la presa in carico con infermiere-tutor. Come riepiloga il responsabile del progetto Rodolfo Passalacqua, il malato che entra in una delle strutture affiliate è preso in carico da un infermiere, che dopo averlo sottoposto alla compilazione di un questionario e aver valutato la significatività delle risposte può rilevare un disagio che necessita di supporto psicologico, e - sentito il medico - investire lo psicologo. Le sedute sono volte a rimuovere la quota di disagio che statisticamente abbassa la compliance. All'ingresso sono sottoposti al malato questionari mutuati dall'esperienza au-

straliana: i modelli PDI-Psychological Distress Inventory e NEQ-Need Evaluation Questionary. In HuCare è stato individuato un cut off cioè la soglia di risposte "problematiche" al di là della quale si ipotizza che un paziente ha un disagio.

Nell'indagine illustrata da Passalacqua, il numero di pazienti oltre soglia per ansia-depressione è risultato sul 14 per cento, molto meno del 34 stimato per i malati di tumore; tutti sono stati indirizzati allo psicologo. I pazienti intervistati hanno poi lamentato di non essere adeguatamente in-

Seminario dello Smi

## Assistenza a casa Le intese tra medici e aziende sanitarie ovviano ai deficit delle regioni

ROMA - C'era una volta la legge 328 per l'integrazione sociosanitaria; era una "creatura" del 2000, giungeva un lustro dopo la riforma tedesca che aveva creato un grande fondo nazionale per la non autosufficienza e mirava (erano i tempi del Governo Prodi) a fare altrettanto in Italia. A oltre dieci anni di distanza, la legge è stata attivata nel "micro", a livello di Asl, ma già a livello regionale fa acqua. Come attesta il Dossier sull'integrazione presentato a un congresso dedicato al sindacato Medici Italiani, solo Emilia Romagna, Veneto, Toscana e Umbria finanziano fondi paralleli al Fondo nazionale per la non autosufficienza. L'indagine di Maurizio Andreoli Andreoli sottolinea come la sanità costi agli italiani il 7 per cento del Pil, il sociale il 2,50 incluse le pensioni di invalidità, cui va aggiunto lo 0,4 per cento a carico dei comuni.

La manovra bis, giunta dopo il seminario Smi, riduce sia la spesa del Fondo politiche sociali sia quella dei comuni. Relativamente all'assistenza domiciliare - braccio dell'assistenza sociosanitaria - da un censimento degli operatori fatto da Fondazione Istud e Cittadinanzattiva-Osservatorio sulle cure a casa, emerge però che i distretti sanitari pubblici con servizi domiciliari attivi supererebbero il 75 per cento in un campione rappresentativo di distretti esaminati. «Le cure a casa stanno diventando una realtà, con tempi di attesa brevi, massimo 2 giorni, e si inizia a ragionare in termini di équipe multi-disciplinare, pensando non più alla patologia da curare ma alla persona», dice Maria Giulia Marini, responsabile Practice Sanità Fondazione Istud. Ma ammette che «il 70 per cento dei distretti ha bisogno di personale aggiuntivo».

formati sulla prognosi rispetto a quanto lo erano stati sulla diagnosi. Percentuale analoga (12-13 per cento) è stata ricavata censendo i pazienti oncologici che hanno sentito il bisogno di parlare del proprio stato di ansia-depressione con uno psicologo, con punte quasi del 20 per le donne e una media del 7 per i maschi. «I pazienti che mostrano un disagio significativo non coincidono con quelli che sentono il bisogno di parlare del disagio; dei primi solo un 30 per cento chiede l'aiuto di uno psicologo», dice Claudia Borreani, psicologa dell'Istituto Tumori. La regione Lombardia estenderà la formazione a tutti gli ospedali; il modello potrebbe essere presto abbracciato in altre regioni e nelle radioterapie.