

Liste d'attesa, decidono i medici. Ed è già rivolta

Priorità e tempi indicati sulla ricetta, i dottori di famiglia diffidano Galan: «Non siamo poliziotti»

IL DIKTAT Sull'impegnativa la segnalazione della diagnosi, per evitare imbrogli. Chi disdice la visita senza avvertire, la paga

PALAZZO BALBI L'assessore Martini: «Primo passo per migliorare il servizio ed educare a un corretto uso della sanità pubblica»

VENEZIA — Cambia il sistema di prescrizione di visite ed esami specialistici: da ieri i medici di famiglia — e in minima parte gli specialisti stessi — devono indicare sulla ricetta l'indice di priorità imposto dalla Regione con la delibera 600 approvata il 13 marzo scorso e in vigore dal primo luglio. La classe «A» (prossima all'urgenza) identifica una prestazione che l'Usl deve garantire entro 10 giorni; la «B» (prestazioni sollecite) una visita da erogare entro un mese o un esame strumentale da effettuare entro due mesi; la «C» controlli programmabili derogabili fino a 180 giorni. Le urgenze si segnalano con la «U» e vanno passate subito al Pronto Soccorso, tenuto ad eseguire immediatamente tutti gli accertamenti necessari. Se sulla ricetta non compare la priorità, la richiesta sarà considerata di classe «C», mentre per i ricoveri programmati si usa la «D».

VIA PREFERENZIALE — Un percorso preferenziale è riservato ai malati oncologici, che hanno diritto al primo accesso entro 10 o 30 giorni: i successivi passaggi (interventi, terapie, controlli) saranno decisi direttamente dallo specialista. Trattamento che la Regione intende allargare a cardiopatici, neuropatici e broncopatici. Su ogni impegnativa i medici di famiglia devono infine scrivere la diagnosi o il sospetto diagnostico, per agevolare i controlli a campione delle Usl sulla corretta applicazione della priorità. Tutte novità concepite in osservanza al Piano nazionale di contenimento delle liste d'attesa per il triennio 2006/2008, varato in Conferenza Stato-Regioni: chi lo rispetta, riceverà dal governo altri fondi per la sanità. Per il Veneto ci sono in ballo 160 milioni di euro.

DOVERI — Anche Usl e pazienti giocano un ruolo importante in questa rivoluzione. Le prime devono rispettare i tempi indicati con ambulatori propri o convenzionati, stare sull'indice di 160 ricoveri per mille abitanti ed evitare la chiusura delle liste sovraffollate. Quanto all'utente, è tenuto a versare il ticket in anticipo, a disdire in tempo una prenotazione e a ritirare i risultati entro 30 giorni dalla prestazione ricevuta. Altrimenti, anche se esente, pagherà il ticket della visita disertata o l'intero importo di quella di cui non abbia chiesto l'esito. «Abbiamo già adeguato i sistemi informatici alle ricette con i diversi indici di priorità — spiega Angelo Del Favero, coordinatore dei direttori generali —. Ci vorrà invece qualche giorno per preparare il software al "richiamo" dei pazienti non adempienti. Abbiamo inoltre facoltà, non è ancora un obbligo, di dare la precedenza ai residenti».

LA RIVOLTA — In attesa dei primi riscontri, scoppia la polemica. Il segretario regionale della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg), Beppe Greco, lo scorso 13 giugno ha inviato una diffida extragiudiziale al governatore Giancarlo Galan a modificare la delibera 600 «attraverso la concertazione con i sindacati, come prevede la legge». Il presidente ha 30 giorni di tempo per rispondere, dopodiché scatterà il ricorso al giudice del lavoro. «Non siamo stati preventivamente interpellati — spiega Greco — e così facendo Palazzo Balbi ha violato le norme sulla contrattazione regionale. La giunta Galan vorrebbe incidere sull'appropriatezza delle prestazioni trasformandoci in poliziotti, senza considerare che aumenterà il

contenzioso con i pazienti, ognuno dei quali convinto dell'urgenza della propria situazione. Io, per esempio, ho già perso una famiglia di utenti, perchè ho negato la «U» alla visita fisiatrica del marito. Non ci sono parametri condivisi di riferimento: ognuno deve agire secondo coscienza, cercando di tutelarsi da problemi medico-legali e magari vedendosela col parere contrario dello specialista». La Fimmg contesta inoltre l'indicazione della diagnosi, che non rispetta la privacy del malato, e sottolinea: «Non sarà un'etichetta a risolvere il problema delle attese, che arrivano all'anno e mezzo: impossibile ricominciare da zero, con il nuovo sistema». Posizione condivisa da Umberto Iazzetta, presidente veneto di Cittadinanzattiva-Tribunale del malato («L'unica strada è utilizzare la strumentazione anche dopo l'orario classico di lavoro») e dagli ospedalieri di Anaa e Cimo («E' un primo passo, da corredare però con la revisione di offerta e comunicazione»).

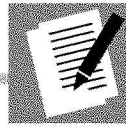
LA REGIONE — Cerca l'accordo l'assessore alla Sanità, Francesca Martini, che riceverà Greco domani. «I margini per il chiarimento e il dialogo ci sono — afferma — questa è una delibera che mi piace molto e che va applicata, ma per funzionare ha bisogno della collaborazione di tutti. Soprattutto dei medici di famiglia, che stimo e di cui cercherò l'alleanza, perchè pilastro insostituibile nello sforzo di migliorare la qualità delle prestazioni al cittadino. Per loro è una bella opportunità di valorizzazione: agire secondo coscienza è una grande libertà ma anche una prova di fiducia ricevuta dalla Regione, che si affida alla professionalità della categoria». Martini risponde poi ai dubbi di malati e ospedalieri: «So bene che il pro-

blema delle liste d'attesa non si risolve con una sola bensì con un mosaico di iniziative, però la priorità è una base irrinunciabile. Seleziona l'offerta, educa l'utente al corretto uso del servizio sanitario nazionale e ne rafforza il legame con il proprio medico».

Michela Nicolussi Moro

LE NUOVE REGOLE

1 Tra dieci e 180 giorni



La delibera 600, approvata dalla giunta regionale lo scorso 13 marzo e in vigore dal primo luglio, impone ai medici di famiglia di indicare sulla ricetta l'indice di priorità della prestazione richiesta. Se di classe «A» dev'essere garantita in 10 giorni, se «B» entro 30 (visita) o 60 (esame), se «C» entro 180, se «U» subito.

2 Indicata pure la diagnosi



Sull'impegnativa va inoltre segnalata la diagnosi relativa al paziente o il sospetto diagnostico, in modo da favorire i prossimi controlli a campione che le aziende sanitarie dovranno eseguire per appurare la corretta applicazione della prioritarizzazione. Se non viene segnalata la classe, la ricetta si considera di livello «C».

3 Il ticket si paga subito



Il paziente è tenuto a versare il ticket anticipatamente. Nel caso in cui non possa presentarsi ad una visita prenotata, deve disdirla in tempo, altrimenti sarà costretto a pagare il ticket, anche se esente. Dovrà invece pagare l'intero importo chi non ritira il referto entro 30 giorni dalla prestazione ricevuta. Esenti inclusi.

4 Mai più «agende chiuse»



Le aziende sanitarie devono garantire il rispetto dei tempi indicati, attraverso ambulatori propri o convenzionati. Non possono inoltre bloccare le prenotazioni, con «agende chiuse», quando queste siano sovraffollate. Ogni Usl ha infine la facoltà — ancora non è un obbligo — di dare la precedenza ai residenti.