

Crisi della riabilitazione crea il «turismo riabilitativo»

Per l'Associazione medici riabilitatori specialisti dell'ospedalità privata (Arsop) la riabilitazione in Italia non è omogenea sul territorio, usa tecnologie datate e ha pochi posti letto. Questo stimola il «turismo riabilitativo» tra Regioni e all'estero

Dottor Iannaccone, come si distribuiscono i professionisti della riabilitazione ospedaliera tra privato e pubblico?

L'attività di riabilitazione ospedaliera è in tutta Italia per oltre il 50% gestita dal privato convenzionato e in Lombardia questa percentuale sale, fino a superare il 70%.

Ci fa una panoramica del mondo del lavoro di riabilitazione in Italia? Quali possibilità lavorative si trova a poter scegliere un giovane specialista che si affaccia per la prima volta nel mondo del lavoro?

Il mondo della riabilitazione ha grandi possibilità di crescita in termini qualitativi e la peculiare caratteristica di questa attività è quella di un lavoro in team. Medici specialisti, psicologi, logopedisti fisioterapisti, tecnici della riabilitazione, infermieri ruotano in maniera coordinata intorno al paziente. Per un giovane che abbia attitudine e interesse per questo sistema di lavoro è l'ideale, senza differenze tra pubblico e privato.

Quali sono gli skill maggiormente richiesti dall'ospedalità privata?

L'ospedale privato si basa sul corretto rapporto tra spese e fatturato, senza deroghe e aiuti dal pubblico. Da questo deriva che il dirigente medico è più responsabilizzato sul te-

ma dei costi, degli investimenti, dell'andamento dell'attività. Io personalmente ritengo che questo sia un bene e che vada esteso maggiormente anche ai dirigenti medici che operano nel settore pubblico.

Quali sono le principali problematiche che riguardano la riabilitazione nell'ospedalità privata?

Il tema è generale. Siamo un Paese che tende a invecchiare, con un assorbimento di risorse molto legato a un 30% circa della popolazione che è molto anziana. I dati parlano di un 70% delle risorse assorbite

da questi cittadini, con un disequilibrio che tenderà ad aggravarsi negli anni. Per la popolazione anziana c'è un bisogno sempre crescente di prevenzione, riabilitazione di diversa intensità, lungodegenza e assistenza territoriale. Per contro, invece, abbiamo un'offerta sanitaria che ha la maggioranza di letti dedicati agli acuti, niente prevenzione, una riabilitazione molto disomogenea sul territorio, in alcune Regioni assente o rara e una assistenza sul territorio in cui i medici di medicina generale sono deresponsabilizzati dal punto di vista medico e minacciati e schiacciati dalla burocrazia.

La persistente stretta economica a cui i governi hanno sottoposto la sanità pubbli-

ca ha portato conseguenze anche sulla sanità privata, in particolare per quanto concerne la riabilitazione?

In questa situazione i rimedi, sino ad ora, sono stati quelli dei tagli lineari, senza un disegno strategico. Vittima di questi tagli - e una vittima che non ha possibilità di difesa - è proprio la riabilitazione dell'ospedalità privata. Il fatturato di questi ospedali viene eroso annualmente, con tagli anche a posteriori e sempre non programmati, impedendo una vera progettualità di sviluppo.

In questo scenario, analogamente a quanto accade in odontoiatria, si stanno sviluppando forme di turismo riabilitativo e geriatrico. Sono molti gli italiani che scelgono di andare a farsi trattare all'estero?

Uno dei pochi settori della sanità italiana in cui esistono ancora i viaggi della speranza è proprio quello della riabilitazione. È un'emigrazione non molto importante per numero dei pazienti ma rilevante dal punto di vista del fatturato, perché si tratta di un fatturato spesso non coperto dal Servizio sanitario nazionale. Le cliniche che sono meta di questi viaggi sono in Svizzera, Austria, Germania, Slovenia e Croazia, offrono comfort alberghiero e nuove tecnologie riabilitative.

Purtroppo il sistema di remunerazione applicato dal Sistema sanitario nazionale non

incentiva gli investimenti in queste tecnologie; si basa infatti sulle ore di riabilitazione, indipendentemente dal fatto che le prestazioni vengano erogate con metodiche anni Settanta oppure sfruttando le potenzialità offerte dalle tecnologie innovative. Per fare un esempio riferito ai reparti acuti: è come se una *stroke unit* fosse accreditata per numero di medici e infermieri ma fosse sprovvista delle apparecchiature che servono per effettuare una risonanza magnetica o una Tac.

Nonostante questo, molte cli-

niche private accreditate si sono dotate delle nuove tecnologie, effettuando spese anche ingenti, pur sapendo che ciò non comporta neanche un soldo di ritorno. Questo comporta una notevole disparità di trattamento per i pazienti, che tendono quindi a spostarsi all'interno del Paese, alla ricerca della migliore assistenza possibile. Regioni quali Emilia Romagna e Lombardia sono in testa per capacità di attrazione di pazienti provenienti da varie regioni d'Italia. In particolare il Sud e la Liguria hanno pochi posti letto di riabilitazione e pochi centri di eccellenza. Il Lazio conosce una profonda crisi economica in campo sanitario e le riabilitazioni anche di eccellenza hanno subito tagli indiscriminati mettendone a rischio la prosecuzione dell'attività sanitaria.

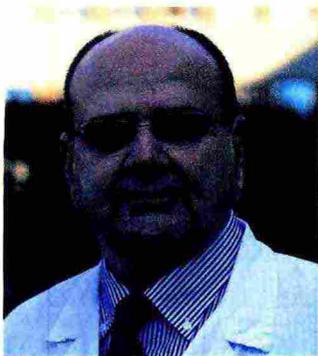
Renato Torlaschi

Nel panorama della riabilitazione italiana ha fatto recentemente la sua comparsa l'Arsop (Associazione medici riabilitatori specialisti dell'ospedale privata). Presente al momento in Lombardia, Veneto e Campania, è una società scientifica che riunisce i medici specialisti della riabilitazione intorno a un progetto di miglioramento dell'assistenza riabilitativa, promuovendo protocolli comuni e interazioni concordate tra le varie figure professionali. Come spiega **Sandro Iannaccone**, primario di Riabilitazione specialistica - disturbi neurologici, cognitivi e motori al **San Raffaele** di Milano e presidente Arsop, «questo progetto vuole superare le logiche corporative che vedono separati i medici specialisti tra fisiatristi, neurologi, cardiologi e altre figure professionali che perseguono obiettivi a breve termine e sterili, ma non individuano i grandi obiettivi comuni che ci attendono».

Nell'Arsop la maggioranza dei medici sono fisiatristi, ma ci sono anche neurologi, car-

diologi, ortopedici, psichiatri, pneumologi. Inoltre Arsop riunisce aree di operatori sanitari non medici come psicologi, logopedisti, fisioterapisti, nutrizionisti, terapisti occupazionali e infermieri che collaborano all'interno dell'associazione a obiettivi assistenziali e di ricerca comuni. «In particolare - dice Iannaccone - Arsop promuove attività di prevenzione come quella sull'Alzheimer, organizzando sul territorio incontri con caregiver e malati, ma anche con cittadini che vogliono conoscere quali sono i principi per una prevenzione corretta.

In collaborazione con l'Università Bocconi di Milano (Cergas), Arsop co-finanzia una ricerca sull'offerta di riabilitazione in Italia e ne analizza la domanda e le possibili soluzioni organizzative. Arsop promuove inoltre una linea di ricerca sulle nuove tecnologie, per capirne le corrette applicazioni nelle diverse patologie ed è stata un interlocutore del ministero della Salute per l'emanando decreto legislativo sull'appropriatezza in riabilitazione».



> Sandro Iannaccone

