

dm



ANAAO GIOVANI

**Vademecum
di sopravvivenza per
il giovane medico**

da pagina 4

dirigenzamedica

**ANAAO
ASSOMED**
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI



**L'ANNUARIO
DEL MINISTERO DELLA SALUTE**

**Cresce il privato
nella lungodegenza**

OSPEDALI: SEMPRE MENO LETTI

Europa

Servono standard minimi per combattere i carichi di lavoro eccessivi. intervista a Enrico Reginato, Presidente FEMS

a pagina 12

Intramoenia

L'ultima relazione al Parlamento. Diminuiscono i ricavi e la spesa per i cittadini. Ma il saldo per le Asl è in attivo

a pagina 16

Annuario statistico 2010

Tutti i numeri de

Meno ospedali pubblici (-1,1%) e più privato nell'assistenza semiresidenziale (+8,4%). Forti differenze regionali su personale, strutture e impiego di dispositivi. Posti letto a quota 215mila pari a 4,1 per mille abitanti. Questi i principali risultati emersi dal rapporto del ministero della Salute su ospedali, ambulatori, operatori nel 2010.

Meno posti letto ospedalieri

e più servizi alternativi all'ospedale, come quello di assistenza domiciliare. Contrazione, anche se minima del numero delle strutture sanitarie pubbliche, aumenti nel privato accreditato, soprattutto nelle aree di assistenza riabilitativa e residenziale. Sono questi i contorni del Ssn fotografati dal ministero della Salute nel suo Annuario statistico che quest'anno riporta i dati riferiti al 2010. Moltissime le informazioni che confermano l'esistenza di un sistema complesso e articolato. Ma vediamo in sintesi alcuni dei principali dati presentati nell'Annuario.

Le strutture del Ssn

Sono più di 25mila le strutture censite: 1.165 sono dedicate all'assistenza ospedaliera, 9.635 alla specialistica ambulatoriale, 6.153 all'assistenza territoriale residenziale, 2.644 alla territoriale semiresidenziale e 5.514 per l'altra assistenza territoriale e 971 all'assistenza riabilitativa (ex art. 26). Sono in maggioranza pubbliche le strutture che erogano assistenza ospedaliera (54,4%) e altra assistenza territoriale (88,3%). Sono invece di appannaggio del privato accreditato le strutture che erogano assistenza riabilitativa ex art.26 (75,3%) e assistenza territoriale residenziale (75,4%).

In generale, tra il 2007 e il 2010, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il numero di



strutture ha avuto un trend sostanzialmente stabile anche se con una leggera contrazione del numero di strutture pubbliche (-1,1%) determinata principalmente da un'azione di riconversione e accorpamento.

Per l'assistenza specialistica ambulatoriale si assiste ad una riduzione dello 0,5% delle strutture pubbliche e ad una lieve riduzione di quelle del privato accreditato (0,7%). Trend in crescita, soprattutto sul fronte del privato accreditato, per l'assistenza territoriale semiresidenziale (+0,2% per il pubblico, +8,4% per il privato accreditato), per quella territoriale residenziale (+2,9% per il pubblico, +7,7% per il privato accreditato), e per l'assistenza riabilitativa ex art.26 (+7,2% per il pubblico, +0,6% per il privato accreditato). Infine per l'assistenza erogata da altre strutture territoriali, a fronte di un aumento del 1,6% delle strutture pubbliche, si rileva un incremento del 2,4% delle strutture private accreditate.

L'identikit delle strutture di ricovero e cura

Nel 2010 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 1.165 istituti di cura, di cui il 54% sono pubblici (in totale 634 ospedali) ed il rimanente 46% privati accreditati.

Il 68% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali gestiti direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali, il 10% sono invece Aziende Ospedaliere, ed il restante 22% appartiene alle altre tipologie di ospedali pubblici.

Posti letto

Il Ssn dispone di poco più di 215 mila posti letto per la degenza ordinaria, di cui il 21% è nelle strutture private accreditate. I posti per il Day hospital sono 21.761, quasi totalmente pubblici (91%). Per la Day surgery ci sono 8.230 posti in grande prevalenza pubblici (80%).

A livello nazionale sono disponibili 4,1 posti letto ogni mille abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,5 ogni mille abitanti.

Sul fronte della distribuzione dei posti letto si assiste ad una rilevante disomogeneità a livello territoriale: il Molise (5,3 posti letto) è la Regione con la maggiore densità di posti letto; l'Umbria (3,6 posti letto) e la Campania (3,4 posti letto) quelle con la minor disponibilità di posti letto. A livello nazionale i posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza sono 0,6 ogni mille abitanti sempre con una notevole variabilità regionale.

E ancora, il 33% delle strutture di ricovero ha meno di 120 posti letto e il 17% non supera i 120 posti letto distribuiti su meno di 5 discipline. Il 40% delle strutture di ricovero pubbliche è caratterizzato da un numero di posti letto compreso fra i 120 e i 400 posti letto. Infine solo il 16% dispone di più di 600 posti letto. Per quanto riguarda il numero delle

el Ssn

discipline, nelle strutture di dimensioni ridotte (meno di 120 posti letto) sono presenti al massimo 15 discipline, mentre le strutture di dimensioni significative (più di 600 posti letto) presentano un numero di discipline almeno pari a 15.

Personale

Nel 2010 il personale dipendente del Ssn – delle Aziende Sanitarie Locali, Istituti di cura a gestione diretta, Aziende Ospedaliere e Aziende Universitario Ospedaliere – ammonta a 646.236 unità così distribuite: il 70,2% appartiene al ruolo sanitario, il 18,1% al ruolo tecnico, il 11,5% al ruolo amministrativo e lo 0,2% a quello professionale. Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico è costituito da 107.448 unità e quello infermieristico da 263.803 unità; il rapporto fra infermieri e medici, a livello nazionale, si attesta sul valore di 2,5 infermieri per ogni medico. Nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate operano 100.018 medici e 245.417 unità di personale infermieristico (non è compreso il personale universitario).

L'Emergenza Urgenza

Il 52% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2010 di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (60,1%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente in oltre l'80% degli ospedali. Il pronto soccorso pediatrico è presente nel 15,5% degli ospedali. Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso emerge che nel 2010 ci sono stati quasi 3, accessi ogni 10 abitanti; di questi il 15% è stato in seguito ricoverato. Quest'ultimo indicatore si presenta altamente variabile a livello territoriale: a fronte di una percentuale di ricovero pari al 10,8% registrato nella Regione Piemonte si raggiungono valori poco inferiori a 30 nella Regione Molise.

Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso pediatrico emerge che ci sono stati 1,4 accessi ogni 10 abitanti fino a 18 anni di età; il 9,1% di questi è stato in seguito ricoverato. I reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza vantano in totale, tra istituti

pubblici e privati accreditati, 4.721 posti letto di terapia intensiva (7,8 per 100mila ab.), 1.091 posti letto di terapia intensiva neonatale (2,0 per 1.000 nati vivi), e 2.738 posti letto per unità coronarica (4,5 per 100mila ab.).

Apparecchiature tecnico-biomediche

Aumentano sia nelle strutture ospedaliere sia nelle extraospedaliere pubbliche le dotazioni di apparecchiature tecnico-mediche, ma la disponibilità è fortemente variabile a livello regionale. Esistono circa 107,1 mammografi ogni mln di abitanti con valori oltre 150 in diverse Regioni (Umbria, Marche, Molise).

L'assistenza domiciliare integrata

Nel corso del 2010 sono stati assistiti al proprio domicilio 597.151 pazienti, di questi l'84,0% è rappresentato da assistibili di età maggiore o uguale a 65 anni e il 9,0% è rappresentato da pazienti terminali. Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 22 ore di assistenza erogata in gran parte da personale infermieristico (14 ore). Le ore dedicate a ciascun malato terminale risultano, invece, pari a 25.

Le strutture sanitarie non ospedaliere

Nel 2010 in totale sono stati censite 9.635 strutture sanitarie di tipo ambulatorio/laboratorio con una percentuale di strutture pubbliche molto variabile a livello regionale; in generale nelle Regioni Centro-meridionali si ha una prevalenza di strutture private accreditate. Una situazione opposta si registra per quanto riguarda le altre strutture territoriali nelle quali prevale la gestione diretta delle Aziende Sanitarie. Le strutture di tipo Ambulatorio/Laboratorio pubbliche erogano nella maggior parte dei casi assistenza clinica, mentre quelle private convenzionate erogano prestazioni di laboratorio.

Per quanto riguarda le altre strutture extraospedaliere, nel 2010 sono stati censite 6.153 strutture residenziali, 2.644 di tipo semiresidenziale, 5.514 di altro tipo (come centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali). Con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati censiti 260.654 posti, pari a 432 per 100.000 abitanti. Di questi il 70,8% sono stati dedicati all'assistenza agli anziani, il 12,5% all'assistenza psichiatrica, il 16,2% all'assistenza ai disabili

psichici e fisici, lo 0,6% ai pazienti terminali; probabilmente questi dati sono sottostimati poiché in alcuni casi c'è una sovrapposizione dei vari tipi di assistenza.

Nel 2010 sono state rilevate 971 strutture riabilitative con 14.211 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.691 per l'attività di tipo semiresidenziale in complesso 46 ogni 100mila abitanti. Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 56.316 e 23.181 utenti); tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa, in particolare la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture

semiresidenziali. Nel 2010 le strutture riabilitative hanno impiegato 45.890 unità di personale di cui il 10% costituito da medici ed il 43% da terapisti e logopedisti.

Assistenza sanitaria distrettuale

In media a livello nazionale ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.143 adulti residenti. A livello regionale esistono notevoli differenziazioni: nelle Regioni del Nord, fatte salve alcune eccezioni, gli scostamenti dal valore medio nazionale sono positivi; nella Provincia Autonoma di Bolzano si registrano 1.564 residenti adulti per medico di base (ma a Bolzano il massimale di scelte è di 2mila assistiti), nel Lazio ci sono 1.023 residenti adulti per Mmg; nelle Regioni del Sud si registrano lievi oscillazioni attorno al valore nazionale.

Nel 2010 sono stati rilevati in Italia 2.925 punti di guardia medica; con 12.104 medici titolari ovvero 20 medici ogni 100mila abitanti. A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica sia per quanto concerne il numero dei medici titolari per ogni 100mila abitanti.

Disponibilità
posti letto

215.000

4,1 posti
ogni 1000 ab

In strutture private
21%

Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata

Anno 2010

Assistenza	Natura delle strutture				Totale
	Pubbliche	%	Private accreditate	%	
Assistenza Ospedaliera	634	54,4%	531	45,6%	1.165
Assistenza Specialistica Ambulatoriale	3.855	40,0%	5.780	60,0%	9.635
Assistenza Territoriale Residenziale	1.513	24,6%	4.640	75,4%	6.153
Assistenza Territoriale Semiresidenziale	983	37,2%	1.661	62,8%	2.644
Altra Assistenza Territoriale	4.870	88,3%	644	11,7%	5.514
Assistenza Riabilitativa (ex art. 26)	240	24,7%	731	75,3%	971
TOTALE	12.095	46,4%	13.987	53,6%	26.082

Fonte: Ministero della Salute

Vademecum di sopravvivenza per il giovane medico

È un percorso ad ostacoli quello del giovane medico, ma la voglia di centrare gli obiettivi è molto alta. In attesa della prima Conferenza nazionale Anaaio Giovani, che si terrà il 19 giugno a Bari, le testimonianze di Alessandra Spedicato e Dario Amati su come vivere la professione, non rimanendo estranei agli aspetti politico-gestionali del proprio lavoro, e gestire in maniera costruttiva e propositiva i cambiamenti.

Il giovane medico, all'interno del Ssn, è a rischio di estinzione. Complice il blocco del turn-over e il dilagarsi di contratti atipici, indebolito da una estenuante e insufficiente formazione post-lauream, il dirigente medico - caratterizzato dalla giovane età, dall'entusiasmo per il lavoro e dalla dedizione allo studio - non riesce ad ambientarsi nella giungla ospedaliera e ad orientarsi tra le insidie quotidiane fatte di contratto, previdenza, assicurazione professionale, turni eccedenti, ferie non godute, anzianità negata, maternità a rischio, ecc.

Anaaio Giovani vuole offrire un kit di sopravvivenza, alla stregua degli zainetti postatomici, ai colleghi superstiti ma soprattutto vuole partecipare (e far partecipare) alla costruzione di un sindacato che aiuti il giovane medico a sopravvivere - o meglio a vivere - nel mondo del lavoro.

I problemi della Sanità sono così numerosi che è fisiologico che vengano presi a cuore da chi in quel momento li vive in modo più pressante. Ed è per questo che a giugno si terrà la prima Conferenza Nazionale Anaaio Giovani per affrontare insieme dubbi, criticità e proposte rispetto ai temi per noi giovani più scottanti (precariato, crescita professionale, formazione, confronto Ue).

Questa Conferenza è il punto di partenza di un nuovo modo per i giovani medici Anaaio di vivere il sindacato, cercando di essere protagonisti e artefici dei propri problemi e soluzioni, ritrovando il piacere di lavorare, insieme e con passione, per una causa comune. Poiché il metodo scientifico è ormai una forma mentis acquisita del bagaglio professio-

nale medico, ti chiediamo di compilare una breve survey che indaga i motivi per i quali tra i giovani medici vi sia una disaffezione al sindacato e come migliorare (per informazioni consultare il sito www.anaao.it).

Vivere il sindacato significa non rimanere estranei agli aspetti politico-gestionali del proprio lavoro, confrontarsi e conoscere altre realtà, pensare un cambiamento, faticare per realizzarlo e alla fine poterlo vivere.

Anaaio giovani: il mio percorso

di Dario Amati

Vi siete mai chiesti

perché la formazione specialistica è totalmente demandata al mondo universitario? Perché l'accesso al mondo del lavoro non è normato anzi è pessimamente normato? Perché una busta paga risulta incomprensibile? Perché non vengono pagate tutte le ore di straordinario? Perché non vengono sostituite le maternità, costringendo i giovani colleghi a lavorare con contratti "atipici"? Quando (e se) si



andrà in pensione d'ora in avanti? Tutti questi interrogativi, da quando mi sono laureato, mi assillano in modo più o meno ciclico, a seconda della lucidità con la quale si riesce a staccare la mente dal lavoro in-

tenso a cui siamo più o meno tutti sottoposti. Infatti, anche mia moglie è medico (lavora presso la stessa Asl in Medicina) e dovendo gestire un figlio, facendo i salti mortali giorno dopo giorno, abbiamo spesso messo in secondo piano la ricerca di quelli che sono i nostri diritti.

Ma la misura è stata colma, almeno quella del mio livello di sopportazione, quando l'azienda sanitaria in cui lavoro, mi ha comunicato che non avrebbe adeguato il trattamento economico, ma solo quello giuridico, dopo la valutazione positiva del quinto anno di anzianità: per me una vera e deliberata aggressione nei confronti dei giovani dipendenti e del loro futuro. Questo ha provocato in me una reazione di pura rabbia. Circa tre anni orsono, per una serie di circostanze, questa rabbia è stata, almeno in parte, canalizzata in modo positivo grazie al mio segretario aziendale, Mauro Berto, che mi ha proposto di fare il "capo fila" per il ricorso 5-15 anni, consigliandomi di partecipare ai corsi di formazione della Fondazione Pietro Paci, rivolti proprio a giovani. Contestualmente sono stato eletto membro del consiglio aziendale. Frequentando i corsi di formazione sono venuto a conoscenza dell'esistenza di Anaaio Giovani, che è una articolazione di Anaaio che si rivolge ai medici under 40 (vedi Statuto articolo 24 e regolamento nazionale articolo 8). Ho accolto con grande apprezzamento il fatto che un sindacato si rivolgesse in modo così propositivo e coinvolgente ai giovani, sia organizzando corsi di formazione ma anche offrendo l'opportunità di una rappresentanza istituzionale. Il clima di collaborazione mi ha invogliato a partecipare alle riunioni nazionali; l'interesse e l'entusiasmo sono andati progressivamente crescendo proporzionalmente all'impegno. Attualmente il mio obiettivo è quello di proporre la capillarizzazione di Anaaio Giovani a livello regionale, luogo a mio avviso "naturale" in cui il grosso della attività deve essere svolta. Ad esempio nella mia regione, il Piemonte, molto lavoro deve essere ancora fatto.

I temi della formazione specialistica, dell'accesso al mondo del lavoro e della grande differenza intergenerazionale fra medici, l'articolazione e modulazione del lavoro in vista di un allungamento notevole della vita lavorativa, i carichi di lavoro, sono temi che meritano di essere decisamente sviluppati e a me personalmente molto cari. Quando come primo impiego mi è stato proposto un contratto atipico, che natural-

mente ho dovuto accettare "per campare", mi sono reso conto delle sperequazioni che si pongono in essere, creando medici di serie A, i dipendenti, e medici di serie B, i "gettonisti/contrattisti ecc...". Quest'ultima situazione, a volte unica per chi ha necessità di lavorare, ha un corredo di svantaggi non indifferente: niente tutela della malattia, della gravidanza e maternità/paternità, del riposo, niente contributi, copertura assicurativa, insomma niente dignità. All'atto dell'assunzione mi sono riproposto che non mi sarei mai dimenticato di questo periodo grigio, ma per fortuna breve, della mia vita professionale. Certo è che ora dopo 7 anni di dipendenza posso dire che anche chi sta nel sistema non se la passa benissimo.

Vorrei approfittare di questa opportunità, per rivolgermi a tutti quei colleghi (soprattutto giovani), che vedono il sindacato come un'entità distante e non rispondente alle proprie esigenze e aspettative. A mio parere, essendo cambiata di molto la condizione di noi medici, il sindacato deve a sua volta dare un impulso per cambiare radicalmente l'impostazione classica "contrattualista" e "stipendialista" (comunque sempre importante), dettata dall'assunto che l'opportunità di entrare nel Ssn fosse quasi scontata. La sfida è aperta, non basta lavorare come matti nel tentativo di sopperire alle gravi carenze organiche, strutturali e organizzative, ora ci è richiesto di più, ci è richiesto di essere noi stessi gli artefici del futuro della nostra professione e professionalità... non è un compito da poco. Anaaio giovani è un'opportunità e va raccolta.

Noi tutti invochiamo nelle sedi istituzionali il "ricambio generazionale": cominciamo da qui! Ogni contributo, soprattutto dei più giovani, va raccolto e amplificato. Parola d'ordine: partecipazione!

Vorrei concludere con queste parole: "ognuno può suonare senza timore e senza esitazione la nostra campana. Essa ha voce soltanto per un mondo libero, materialmente più fascinoso e spiritualmente più elevato. Suona soltanto per la parte migliore di noi stessi, vibra ogni qualvolta è in gioco il diritto contro la violenza, il debole contro il potente, l'intelligenza contro la forza, il coraggio contro la rassegnazione, la povertà contro l'egoismo, la saggezza e la sapienza contro la fretta e l'improvvisazione, la verità contro l'errore, l'amore contro l'indifferenza". (Adriano Olivetti, imprenditore: Ivrea 1901, Aigle (Svizzera) 1960).

La mia avventura in Anaaio Giovani

di Alessandra Spedicato

Ho 36 anni, faccio l'anestesista e lavoro presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma. Ho cominciato a lavorare in un momento storico ancora generoso di concorsi e possibilità, per cui, dopo solo un anno di gavetta dalla specializzazione, ho vinto un concorso pubblico e sono diventata di ruolo. Mi sono iscritta all'Anaaio Assomedit nel 2008 per risolvere un problema di carattere lavorativo, seguendo la logica comune (e forse opportunistica) che il sindacato serva per risolvere i problemi.

Il problema si risolve ed io continuo serenamente a lavorare. Nel 2009 mi arriva una mail dalla Segreteria Nazionale Anaaio (email mandata a tutti gli iscritti under 40) dove si chiedeva se ero interessata a partecipare a una riunione per discutere sulle problematiche dei giovani medici. Il caso voleva che la riunione fosse a Roma e che quel giorno io fossi libera dunque: "perché no?", d'altronde finalmente qualcuno, che non fosse mia madre, mi chiedeva cosa ne pensassi del mio lavoro. Mi ritrovo così a una tavola rotonda con colleghi da tutta Italia (alcuni sono ora amici) per scoprire che i problemi da Nord a Sud sono gli stessi, la frustrazione condivisa, la voglia di cambiare unanime. Decidiamo di scrivere un documento di criticità e soluzioni, spaziando dal precariato alle prospettive di carriera, passando per garanzie alle neomamme e formazione post lauream: nasceva così Anaaio Giovani.

La relazione era semplice, chiara e lineare; le soluzioni proposte in parte concrete, in parte meno ma sicuramente indice di un desiderio di cambiamento. Soprattutto un cambiamento rispetto ai problemi posti nei primi punti dell'ordine del giorno dell'allora agenda Anaaio. In quel periodo nasce il mio primo figlio per cui mi interessò di tutte le



leggi (e le lacune, sigh!) correlate al favoloso mondo della maternità. Sono la prima nella mia azienda (per la gioia del Dg e di tutti quelli che gli girano intorno) a usufruire di quattro settimane di tutoraggio al rientro a lavoro – art.38 L69/09 –, dell'accorpamento dell'orario di lavoro (scelgo di fare due turni a settimana di 12 ore così da stare gli altri giorni con mio figlio) e della flessibilità oraria. Naturalmente la voce si sparge in azienda e dopo di me altre colleghe faranno uguale.

Nel mentre ho la fortuna di essere cooptata in Segreteria Nazionale Anaaio come rappresentante Anaaio Giovani. Porto la mia voce di giovane (richiamando l'attenzione sulla difficoltà di formazione, sulla necessità di rinnovamento, sul bisogno di dare visibilità ai precari), collaboro all'organizzazione della I Conferenza Nazionale sulle Donne in Sanità, prendo contatti con le diverse realtà europee e creo una collaborazione con Ejd (European Junior Doctors) per cercare nuove idee e nuovi punti di vista.

A oggi ho un primario, un marito, due figli e un sindacato e a quanti mi chiedono "Chi te lo fa fare a faticare così?" rispondo con fermezza che il mondo dove vivo voglio governarlo io, o almeno voglio provarci!

Credo che le rivoluzioni si facciano dal basso, che tutto ciò che abbiamo oggi è perché qualcuno prima di noi ha lottato per ottenerlo e noi dobbiamo faticare per mantenerlo. Sicuramente è una passione impegnativa ma se sono sopravvissuta a 10 anni di studio, all'esame di anatomia e alla tirannia della scuola di specializzazione cosa potrà più spaventarmi?

Smartmedicine

una grande opportunità o un ostacolo al progresso?

Introduzione a cura di Domenico Montemurro



L'e-health è letteralmente applicazione delle moderne soluzioni e tecnologie informatiche di rete alla salute e alla sanità. Un'evoluzione che non si limita all'utilizzo di Internet per la comunicazione tra le strutture sanitarie e il paziente, ma che cambia anche il rapporto tra cittadino e medico, sanità e medicina. Il termine può quindi comprendere una vasta gamma di significati i cui limiti possono essere da una parte la medicina/healthcare e dall'altra l'informazione tecnologica. Cartella clinica elettronica, telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, modelli di gestione paperless e filmless, le app mediche, rappresentano innovazioni che disegnano il nuovo volto dei sistemi sanitari e cambiano radicalmente l'approccio alla cura del malato. È chiaro che una rivoluzione alla Silicon Valley, dovrebbe comportare la ferma volontà del legislatore di investire risorse e definire regole condivise all'interno di un libero mercato. L'informatizzazione per realizzarsi a tutto tondo, dovrà passare attraverso una sana competizione tra stakeholders, evitando da una parte di considerarla come la panacea di tutti i mali, e al contempo di considerarla un miraggio nel deserto. Siamo in un'epoca in cui bisogna uscire dalla logica regionale per inserire l'innovazione tecnologica (Ict) in un framework nazionale ed europeo. Queste tecnologie migliorano il servizio erogato in ambito di sanità digitale e non, a favore di una maggiore efficienza e offrono benefici concreti: i pazienti ad esempio non devono più andare in ospedale. Siamo ancora lontani!

La salute a portata di mano attraverso uno smartphone può essere un mezzo per implementare le nostre conoscenze mediche e fungere da connettore con l'e-health. Prima di scrivere degli aspetti positivi legati al suo utilizzo, mi preme sottolineare quelli "negativi" così che il lettore non debba necessariamente abituarsi alla canonica lettura dei pro prima e i contro dopo.

La salute a portata di mano attraverso uno smarthphone può essere un mezzo per implementare le conoscenze mediche e fungere da connettore con l'e-health. Sono molti gli aspetti positivi accanto ai quali si nascondono anche alcune criticità. In queste pagine il viaggio "virtuale" nella e-health, introdotto da Domenico Montemurro dell'Anaa Assomed e raccontato da Giulia Zonno futuro medico di famiglia e Maurizia Gambacorta medico internista ospedaliero

E allora quali sono le barriere che ostacolano il fenomeno mobile Health secondo il report *"Emerging mHealth: Paths for growth"* del 7 giugno 2012?

- **Tecnologia:** è ancora vista come problematica per coloro che adottano le soluzioni mHealth, in particolare medici e agenzie assicurative si preoccupano per il livello di privacy e di sicurezza dei dati. Inoltre solo la metà dei medici intervistati ritiene che le infrastrutture IT su cui lavorano siano sicure.
- **Scarsa e difficile integrazione:** solamente il 53% dei medici afferma che le soluzioni mHealth che utilizza siano propriamente integrate con l'infrastruttura IT e una per-

centuale anche minore afferma che le soluzioni siano integrate con altre parti del sistema sanitario. Il principale problema è dunque la mancanza di interoperatività fra le varie tecnologie presenti.

- **Cultura:** il 27% dei medici e il 26% delle agenzie assicurative affermano che la barriera più importante allo sviluppo del mHealth sia proprio la cultura conservatrice del sistema sanitario attuale. Inoltre ci sono ancora medici che scrivono utilizzando un solo dito.
- **Dimensione e complessità:** la maggior parte dei sistemi sanitari è caratterizzato da grande estensione e frammentazione: questo fatto rende difficile identificare dove effettiva-

Il medico e la sanità 2.0

Giulia Zonno, corso di formazione specifica in Medicina Generale (Lombardia)



mente risieda il potere decisionale. Inoltre tali sistemi hanno spesso al loro interno degli interessi monopolistici, un alto grado di controllo statale e alti costi finanziari che, insieme a legislazioni complesse, agiscono come deterrente all'innovazione imprenditoriale.

- **Legislazione:** la natura molto complessa della legislazione in campo healthcare e, molto spesso, la mancanza di una vera e propria legislazione in materia di nuove tecnologie fa sì che il rischio per le aziende innovatrici sia molto alto. Il 45% di medici e agenzie assicurative ritiene che la mancanza di un framework legislativo adeguato sia un freno molto forte all'innovazione mHealth.

- **Mancanza di business models efficaci:** un altro problema fondamentale deriva dalla riluttanza degli stakeholder a finanziare i prodotti mHealth perché non vedono il vantaggio che può potenzialmente derivare da investimenti in questo settore. Quindi sarebbe necessario che il focus venisse spostato dalla tecnologia all'offerta di una soluzione. È necessario dunque far trasparire, a chi è intenzionato ad acquistarle, l'utilità che tali soluzioni offrano anche attraverso la nuova tecnologia.

Adesso cari colleghi divertitevi a leggere una mini review di app che possono aiutare il medico di famiglia o l'ospedaliero nella loro pratica quotidiana.

L'Italia detiene il primato della penetrazione degli smartphone nella popolazione generale con ben il 32%

Una ricerca condotta nel 2011 con finalità di marketing su quasi 4 mila medici americani ha mostrato che oltre l'80% di loro possiede un tablet o uno smartphone e circa la metà di coloro che non lo possiedono è intenzionato ad acquistarlo, questo a dimostrazione di come l'utilizzo dei devices mobili da parte dei medici sia in continuo incremento.

I medici utilizzano i dispositivi mobili con varie finalità e in diversi ambiti:

Accesso alle informazioni del paziente (compilazione cartelle cliniche, consultazione fascicolo sanitario elettronico, consultazione di immagini radiologiche e dati di laboratorio).

Accesso a strumenti di ricerca evidence-based come PubMed e Up-to-Date.

Utilizzo di applicazioni mediche: medical calculator, database di farmaci, applicazioni diagnostiche. **Come strumento** di comunicazione per email, messaggi di testo, videoconferenze.

È proprio il caso di dirlo, una cosa che non può più mancare nella borsa del medico del territorio è uno smartphone; infatti in aggiunta alla pura funzione telefonica e di gestione di una rubrica personale, grazie a una connessione dati sempre disponibile viene usato come navigatore per trovare il domicilio del paziente, come luce per guardare in gola, come fotocamera per documentare caratteristiche fisiche del paziente o per catturare una lesione cutanea da monitorare e condividere con un collega, magari utilizzando una app che già a un primo scatto evidenzia simmetria, regolarità dei bordi e colore, un esempio è Doctor Mole - Skin Cancer app. E come trascurare la potenzialità di poter registrare un audiovideo ad esempio in presenza di una crisi comiziale, avere a di-

sposizione la funzione di cronometro per misurare la frequenza respiratoria, una calcolatrice per calcolare la posologia dei farmaci pediatrici. Un coltellino svizzero insostituibile, compatto, affidabile, e portatile, in una parola "smart".

L'Italia detiene il primato della penetrazione degli smartphone nella popolazione generale con ben il 32%, e quindi come in tanti altri campi anche nell'ambito della medicina l'uso di app, software agili e veloci, sta dilagando.

Ausilio delle App durante la visita del medico di Medicina Generale sul territorio

Purtroppo se durante la visita il medico consulta il proprio smartphone a volte si genera nel paziente il sospetto che il medico stia intrattenendo conversazioni private tramite sms, ed è quindi necessario rassicurare spiegando che attraverso lo smartphone si sta controllando il dosaggio del farmaco piuttosto che le interazioni con altri principi attivi.

Di solito la reazione del paziente è più che positiva perché oltre a essere rassicurato rispetto all'attenzione del medico, avere un medico 'tecnologico' che consulta lo smartphone ingenera l'idea di un professionista che lavora con organizzazione e precisione.

Per il medico del territorio avere uno smartphone durante la visita aiuta nella raccolta del dato clinico, favorisce processi di decisione assistita, e alleggerisce incombenze burocratiche, in barba al luogo in cui ci si trova.

I medici che utilizzano software per la decisione assistita sono in Italia 65,5% contro il 62% dei colleghi Europei. Tra questi 65,5% tutti utilizzano sistemi di decisione assistita per la diagnosi, il 30,0% per la prescrizione e il 54,1% per una consultazione ge-

nerica. Citiamo alcune app che possono aiutare ad acquisire dati clinici, ma che non sostituiscono la visita:

Eyetest - control your visual acuity - Posizionando il paziente a circa 1 metro di distanza dallo schermo dello smartphone è possibile con facilità anche al domicilio del paziente, chiedere di leggere la tavola ottometrica per valutare grossolanamente cali del visus. **uChek** in sostituzione del classico combur test (stick urine); questa app individua 25 diverse patologie fotografando una striscia reattiva per l'urina. Tra le patologie individuabili dalla app ci sono diabete, preeclampsia (o gestosi), infezioni del tratto urinario, problemi al fegato e anche alcuni tumori.

Runtastic Heart Rate è una app che permette di calcolare istantaneamente la frequenza, di velocizzare la raccolta del dato e individuare macroscopicamente alterazioni del ritmo sinusale. È sufficiente che il paziente appoggi il polpastrello in corrispondenza della lente della telecamera attraverso cui, grazie alla luce del flash che resta accesa, il software percepisce le variazioni di flusso capillare e da qui calcola la frequenza cardiaca.

T-Ecg User Teleponic Ecg è una app che permette di connettersi ad alcuni apparecchi utilizzati per la registrazione del tracciato elettrocardiografico, e visualizzare immediatamente il tracciato sul proprio smartphone senza dover attendere il tempo di trasmissione e telefermentazione.

Medcalc, Qx Calculate, MediMath Medical Calculator (italiano), queste app gratuite o del costo di pochi euro contengono strumenti utili per inquadrare il paziente: formule, punteggi, e algoritmi diagnostici per decidere se è necessario il ricovero, funzioni utili al medico e infermieri per svolgere calcoli, valutazioni e stime in vari ambiti della medicina (cardiologia, chirurgia, medicina interna, ematologia, oncologia, medicina d'urgenza, neurologia).

Pocket Lab Values, fornisce informazioni su oltre 320 analisi di laboratorio. Questa app è lo strumento ideale per avere un rapido



accesso ai valori di riferimento dei test e per conoscere in modo conciso il significato di ogni variazione. Di ogni test vengono indicati i valori normali di riferimento, le cause di innalzamento o riduzione e una breve descrizione sul metabolismo e le funzioni del parametro; possiamo anche modificare i valori normali di riferimento adattandoli, per esempio, a quelli del proprio ospedale o istituto, in quanto ogni laboratorio può avere un range di valori leggermente differente. Infine sono indicate eventuali accorgimenti per la raccolta o la conservazione del campione (es: prelievo a digiuno o mantenimento al freddo).

Medscape è tra le applicazioni più apprezzate e scaricate dai medici per le numerose informazioni e funzioni disponibili gratuitamente. L'app offre un completo database dei farmaci (Drugs, OTCs & Herbals) con indicazioni, formulazioni, dosaggio e interazioni (Interaction Checker); troviamo anche le sezioni Diseases & Conditions e Clinical Procedures. La prima raccoglie informazioni su malattie e condizioni patologiche suddivise per specialità: ogni voce (circa 3.500) comprende clinica, diagnosi differenziale, trattamento, eziopatogenesi. La seconda, Clinical Procedures, illustra con immagini e video

numerose procedure cliniche (oltre 600) riportando indicazioni, controindicazioni, materiale occorrente e tecnica di intervento. Non manca naturalmente la sezione di approfondimento con notizie e articoli recenti (Medical News) e una sezione dedicata alle Linee Guida.

PubMed Clip La più completa applicazione per iPhone e iPad dedicata alla ricerca della bibliografia medica su PubMed. Supporta sia la ricerca semplice per parola chiave che quella avanzata: con quest'ultima modalità è possibile applicare una serie di condizioni sulle parole chiave (es: autore, rivista, Isbn, MeSh, titolo, volume etc..) o di limiti (lingua, specialità, tipo di articolo, date etc) per ottenere un risultato più preciso della ricerca. Ogni voce ottenuta contiene l'ID pubmed, il titolo, gli autori, la rivista e l'abstract nonché il DOI e i link per ottenere la versione full text dell'articolo. Supporta EZProxy per l'accesso esterno alle biblioteche scientifiche. I risultati ottenuti possono essere salvati e organizzati in cartelle, elencati per autore o rivista; è supportata la condivisione via email, Twitter, Facebook o Evernote.

iFarmaci è un completo prontuario farmacologico contenente oltre 20mila farmaci. La ricerca

del farmaco può partire dal nome commerciale, dal principio attivo, dalla classificazione ATC, dall'azienda o dalla scansione del codice a barre. Dall'elenco si hanno subito le indicazioni di prezzo, forma del farmaco, obbligo di ricetta. Nella scheda farmaco, tutte le informazioni necessarie come il gruppo farmaceutico, note Aifa e la monografia integrale facile da consultare.

Evidence Based Primary Care è una app che permette di provare l'ebbrezza di avere l'evidenza in tasca, sono infatti contenute in questa app sensibilità e specificità di segni, sintomi, punteggi e scale raggruppati per quadri patologici.

CPR & choking utile app per ripassare le manovre del BLS con illustrazione delle manovre attraverso immagini e breve didascalia.

Doctor's toolbox di rapida consultazione questa app contiene algoritmi decisionali e questionari sintetici per la valutazione dei pazienti, anche qui per ciascun segno clinici riportata la sensibilità e la specificità.

ADR Fimmg Aifa questa app permette, accedendovi direttamente, la consultazione alle liste ufficiali Aifa di trasparenza e rimborsabilità dei farmaci del Servizio Sanitario Nazionale, scari-

candone una copia sul dispositivo, consultabile anche in assenza di rete. La consultazione della lista può avvenire sia per principio attivo che per nome del farmaco. Il dispositivo, in condizioni di accessibilità di rete, controlla la disponibilità di una nuova lista sui server Aifa a ogni utilizzo, così da garantire che la lista sia sempre la più aggiornata.

Le app agevolano il medico di medicina generale anche nella attività di certificazione e segnalazione nella sorveglianza sanitaria. Sempre Adr Fimmg Aifa permette di semplificare alcune delle procedure relative alla Farmacovigilanza. L'App, permette anche a domicilio del paziente di eseguire in mobilità la segnalazione alle aziende sanitarie di reazioni avverse ai farmaci, agli integratori e alle piante officinali, utilizzando i moduli Aifa in formato Pdf. Qualora venga utilizzato un indirizzo email con certificazione PEC, la valenza del documento inviato è equivalente ad un documento cartaceo firmato fisicamente dal segnalatore, secondo i vigenti termini di legge.

iMedCertificati è l'unica applicazione che permette di farlo in mobilità dall'iPhone o iPad al domicilio del paziente. Il sistema di log automatizzato di tutti gli invii eseguiti verso il Server Inps permette l'invio dei certificati telematici completamente rispondente alle specifiche tecniche del Ministero dell'Economia e Finanze.

Tra le caratteristiche principali dell'applicazione troviamo un database anagrafico dei pazienti assistiti, con backup automatico; l'aggiunta, eliminazione e modifica dei pazienti; un sistema di controllo di coerenza delle informazioni nei campi, per minimizzare gli errori in fase di compilazione del certificato e il salvataggio delle credenziali di accesso al "sistemaTS", con possibilità di eliminarle rapidamente e facilmente per preservare la privacy **iMedER** - Esenzioni Reddito: per i Medici di Medicina Generale, è stata pensata e creata una app a loro riservata per consultare la lista dei Codici Esenzione dei propri pazienti assistiti. Per utilizzare iMedER è sufficiente utilizzare le proprie credenziali di accesso al portale www.sistemats.it, ed al tap di un pulsante si avrà a disposizione l'intera lista delle esenzioni.

segue a pagina 10 ►

L'ospedale hi-tech

Maurizia Gambacorta medico internista presso Uoc Medicina Ospedale Media Valle del Tevere ASL 1 Umbria



Tra le oltre 70mila app scaricabili on-line le più utili sono quelle che riguardano i farmaci, prontuari costantemente aggiornati, e i medical calculator

Nel numero di marzo 2012 del giornale Archives of Internal Medicine è stato pubblicato uno studio (Impact of Mobile Tablet Computers on Internal Medicine Resident Efficiency) condotto dall'Università di Chicago, secondo cui i medici ospedalieri diventano più efficienti se vengono dotati del tablet. In particolare, si riduce il ritardo nelle cure e si risparmia tempo nella fase delle 'scartoffie', per dedicarsi di più ai pazienti e alla formazione. Nel 2010 l'University of Chicago Medicine è diventato il primo ospedale americano a dotare i suoi operatori di tablet, assegnando a tutti i 115 medici del reparto di medicina interna un iPad, collegato ai database dell'ospedale. Un'esperienza nata da una e-mail 'notturna' spedita dall'ospedale direttamente al patron della Apple. Nel 2011 più di tre medici su quattro hanno promosso l'iniziativa, dicendo di sentirsi più efficienti e liberi di dedicare più tempo ai pazienti e di partecipare con più facilità ad attività di formazione, proprio grazie al tablet. In particolare, il 90% dei medici ha detto di usare l'iPad ormai abitualmente, e il 78% ha assicurato di sentirsi più efficiente, mentre il 68% è certo di aver evitato ritardi nel seguire i malati. Un risultato confermato dal monitoraggio delle cartelle cliniche elettroniche prima dell'arrivo dell'iPad e tre mesi dopo. Un aspetto particolarmente interessante e in costante crescita è l'utilizzo delle applicazioni mediche, strumenti disponibili sullo smartphone, che consentono direttamente al letto del paziente di avere a disposizione l'accesso rapido ad ampi database di informazioni in rete. Ed ora che anche la Apple ha lanciato la sua ultima creazione, la tablet giusta a misura di tasca di camicia, chissà che altre aziende

ospedaliere italiane non raccolgano il suggerimento e decidano di dotare i propri medici di un'iPad mini. Tra le oltre 70mila app scaricabili on-line le più utili sono quelle che riguardano i farmaci, prontuari costantemente aggiornati, e i medical calculator. Questi ultimi sono particolarmente utili, visto il sempre maggiore utilizzo degli indici di rischio (HasBled, Chad2vasc, Apach2...solo per fare degli esempi) nella nostra pratica quotidiana e, data l'estrema semplicità e rapidità, queste app contribuiscono a rendere questi strumenti più maneggevoli e quindi a facilitare il loro utilizzo in maniera routinaria. Da non dimenticare Corticonverter che consente di utilizzare formule appropriate per la conversione delle dosi differenti per molecola di cortisonici. Riservata ai medici, Equianalgesie è una app che aiuta nell'identificazione della dose equianalgesica tra due differenti molecole, nella forma farmaceutica presente sul mercato. Mobile MIM è un'applicazione radiologica che consente l'accesso in mobilità alle immagini mediche utilizzando MIMcloud, un servizio di imaging medico basato su Internet che fornisce tutti gli strumenti per memorizzare, condividere e visualizzare immagini radiologiche.

La telemedicina tra operatori di territorio e ospedale, tra ospedale e paziente

È una notizia di questi giorni quella della creazione di un laboratorio in miniatura, grande appena pochi millimetri cubi che potrà essere impiantato sotto pelle per fare le analisi del sangue e trasmettere gli esiti direttamente allo smartphone del medico. Lo hanno sviluppato i ricercatori italiani Giovanni de Micheli e Sandro Carrara, che lavorano presso

il Politecnico Federale di Losanna in Svizzera. Il prototipo, che promette di rivoluzionare il monitoraggio e il trattamento dei pazienti affetti da malattie croniche come quelli sottoposti a chemioterapia, è stato presentato alla più grande conferenza europea dedicata all'elettronica, Date 13, che si è svolta a Grenoble, in Francia. In un volume ridottissimo di pochi millimetri cubi, questo gioiellino hi-tech concentra ben cinque sensori, un trasmettitore radio e un sistema di alimentazione, collegato a una micro-batteria esterna al corpo e applicata sulla pelle. Ciascun sensore (direttamente a contatto con i fluidi organici del corpo) ha la superficie rivestita da un enzima, che cattura la sostanza specifica che si vuole monitorare nel circolo sanguigno (come il glucosio). Una volta eseguiti i test del sangue, i risultati vengono trasmessi attraverso onde radio del tutto innocue alla porzione esterna dell'impianto (quella contenente la batteria e applicata sulla pelle). Da qui, grazie a una connessione Bluetooth, gli esiti

arrivano direttamente ad un cellulare che poi li ritrasmette allo smartphone o al tablet del medico. L'impianto potrebbe rivelarsi molto utile per seguire i pazienti sottoposti a chemioterapia, che devono fare esami del sangue periodici per verificare se la cura viene ben tollerata dall'organismo. Nei malati cronici, invece, il micro-laboratorio sotto pelle potrà addirittura allertare il medico prima ancora che si manifestino i sintomi: per esempio sarà possibile prevedere un infarto con alcune ore di anticipo valutando la presenza di molecole come la tropoina che vengono rilasciate nel sangue dal cuore sofferente.

Mobile Health: troppe aspettative o settore maturo?

PriceWaterhouseCooper ha pubblicato il 7 giugno 2012 il report "Emerging mHealth: Paths for growth" sullo stato dell'arte delle soluzioni mHealth basate sulla ricerca commissionata all'Economist Intelligence Unit (EIU) e ne ha analizzato il punto di vista dei pazienti e dei medici.

IL PUNTO DI VISTA DEI PAZIENTI

- Definiscono mHealth principalmente come uno strumento per monitorare il proprio stato di salute (44%) e per entrare in contatto diretto con il medico o l'istituzione sanitaria (43%);
- Il 59% ammette che l'utilizzo di applicazioni mHealth ha sostituito la visita face-to-face con il medico;
- Il 59% dei pazienti di paesi in via di sviluppo utilizza applicazioni mHealth, contro il 35% di quelli di paesi sviluppati;
- I pazienti dei paesi in via di sviluppo sono maggiormente ottimistici per quanto riguarda il ruolo del mHealth per il miglioramento della propria assistenza sanitaria. Il 53% si aspetta una riduzione delle proprie spese sanitarie (40% nei paesi sviluppati), il 54% sostiene che le soluzioni mHealth miglioreranno la qualità dell'assistenza sanitaria (42% nei paesi sviluppati).
- Solamente il 27% dei medici intervistati incoraggia i propri pazienti ad utilizzare

applicazioni mHealth e il 13% le sconsiglia apertamente.

- In generale, la maggior parte dei medici oppone resistenza alle soluzioni mHealth che potrebbero portare a uno sbilanciamento nella relazione medico-paziente. Il 42%, infatti, afferma di temere che il mHealth possa rendere i pazienti troppo indipendenti.
- Contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare, sono proprio i giovani medici a osteggiare il mHealth più apertamente. Il 53% dei medici con meno di 5 anni di esperienza lavorativa è preoccupato per la potenziale indipendenza del paziente e ben il 24% di loro sconsiglia vivamente l'utilizzo di applicazioni mHealth.
- Nonostante la riluttanza nel cedere il proprio ruolo di "potere", ci sono elementi della nuova tecnologia che sono ben accettati ai medici come l'introduzione dell'iPad all'interno del proprio flusso lavorativo.

► segue da pagina 9

Il medico e la sanità 2.0

La lista è ricercabile a testo libero, e i codici esenzione sono raggruppati per singolo assistito per comodità di consultazione.

Le nuove tecnologie sembrano poter modificare in meglio l'attività del medico avvicinando il medico e il paziente, ed a questo proposito citiamo un'innovativa tecnologia che difficilmente troverà applicazione nel nostro Paese. Negli Usa hanno ideato e presentato una stazione ambulatoriale, Health Spot Station, una cabina dove il paziente entra e attraverso un'interfaccia video, è visitato dal medico. Nelle pareti che delimitano questa piccola stanza, sono presenti armadietti e casettini di cui il medico può comandare l'apertura per far sì che il paziente possa prendere i device necessari a raccogliere i dati clinici, sfigmomanometro, misuratore del picco di flusso, termometro etc.

Ovviamente la ricchezza dell'interazione al letto del paziente non può essere riprodotta telematicamente, ma in presenza di pazienti collaboranti nei paesi delle grandi distanze (Canada, Usa, Australia etc.) queste nuove tecnologie possono trovare un loro ruolo.

La Cronicità una sfida per il medico di Medicina Generale

L'aumento dell'aspettativa di vita ha comportato un importante incremento delle patologie croniche tanto che oggi si parla di "epidemia" della cronicità. Circa l'80% della spesa sanitaria è assorbito dalla cura delle patologie croniche e la maggior parte del lavoro di assistenza nelle cure primarie è rivolto appunto alla cronicità, tanto che il sistema costringe in qualche modo la sperimentazione di modelli organizzativi più efficienti e appropriati. Ecco che nel paradigma moderno del percorso di cura la responsabilizzazione del paziente lo rende attore principale con il suo medico per una gestione integrata della patologia. Il monitoraggio di alcuni parametri biologici quali la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la glicemia, la saturazione di ossigeno e il peso sono ormai elementi preziosi di controllo nel follow up di molte patologie croniche, dal diabete all'ipertensione, dalla broncopatia cronica ostruttiva

va allo scompenso cardiaco, dal post-infarto al post-ictus. Al Consumer Electronics Show di Las Vegas è stato presentato Ideal Life Cloud, sistema di telemonitoraggio del paziente cronico. Questo metodo prevede che ai pazienti in relazione al tipo di patologia di cui sono affetti, vengano consegnati diversi device da utilizzare al proprio domicilio (glucometro, bracciale per la pressione arteriosa, saturimetro, misuratore del picco di flusso, bilancia e pedometro per monitorare l'attività fisica). I dati rilevati attraverso questi strumenti vengono notificati al medico, all'infermiere o al case manager e ciò permette un continuo controllo da remoto della salute di questi pazienti. Un progetto che sfrutta questo tipo di tecnologia è già attivo anche in Italia. Si comincia dalla Lombardia, dove già 300 medici con un carico di 37.000 assistiti sono coinvolti in questo progetto pensato, sviluppato per chi è affetto da malattie croniche come diabete, ipertensione, broncopneumopatia, scompenso cardiaco che potrà ricevere comodamente a casa propria cure specifiche e personalizzate, seguito dal proprio medico di famiglia. Si tratta di un progetto avviato nell'ambito delle cooperative di medici, CReG (Chronic Related Group), cui la regione affida l'esternalizzazione del servizio con l'arruolamento di 1.500 pazienti. Al medico di famiglia è necessario uno smartphone per poter essere tempestivamente avvisato qualora vi fossero parametri fuori dai limiti da verificare al letto del malato. Gli obiettivi sono di ridurre gli accessi al pronto soccorso, diminuire i ricoveri ospedalieri, contrastare la progressione della patologia cronica e migliorare la qualità di vita dei pazienti. A Torino Asl 4, regione Piemonte, è attivo un progetto interessante Tao per il monitoraggio del paziente in terapia anticoagulante. Il paziente esegue il prelievo capillare autonomamente con il coagulometro portatile, il quale attraverso un collegamento bluetooth lo invia a un normale cellulare con funzione di gateway, che poi è collegato alla Tv di casa. Il cellulare invia il dato all'Asl e al Medico di famiglia. In base al valore riscontrato viene adattata la terapia, immediatamente comunicata al paziente sempre tramite cellulare.

Documento di economia e finanza 2013

Niente nuovi ticket dal 2014

Ma serve nuova legge o la spesa aumenterà di 2 mld

Alla base delle previsioni del rialzo la mancata introduzione dei nuovi ticket dichiarati costituzionalmente illegittimi. Ma il Pil dovrebbe crescere di più (+3,2% annuo) e così il rapporto sanità/Pil scenderà al 6,7%. Il tasso medio di crescita sarà dell'1,9%. Sono queste le previsioni contenute nel Def 2013 varato dal Governo.

A partire dal prossimo anno, la spesa sanitaria subirà un incremento di 2 mld di euro dovuto alla dichiarata illegittimità costituzionale riguardante l'introduzione di nuovi ticket.

È questa la previsione messa nero su bianco nel capitolo sanità del Documento di economia e finanza 2013 approvato dal Consiglio dei Ministri. "Per il periodo 2013-2015 il dato di spesa – si legge nel testo – dovrà tenere conto anche degli effetti della sentenza n. 187 della Corte Costituzionale, con la quale è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale della disposizione in materia di introduzione di nuovi ticket, per un importo di 2 mila milioni di euro dal 2014, prevista dal decreto legge n. 98/2011. La predetta illegittimità è stata rilevata con riferimento allo strumento indicato dalla norma (un regolamento), in quanto lo Stato può esercitare la potestà regolamentare solo nelle materie nelle quali abbia competenza esclusiva. Pertanto, allo Stato, in assenza di una disposizione alternativa, è stato necessario incrementare il livello di spesa di 2 mila milioni di euro a decorrere dal 2014". Altro dato significativo riportato nel Def, è quello relativo al rallentamento della dinamica della spesa. Si è potuta infatti notare una variazione media annua della spesa sanitaria pari al 7% nel periodo 2000-2006, scesa poi all'1,4% nel periodo 2006-2012. In particolare, nel biennio 2011-2012 si è registrato un decremento del livello di spesa rispetto all'anno precedente. Nel prossimo triennio è prevista

una conferma di tale dinamica, anche per effetto delle manovre previste nel settore che sanciscono, tra l'altro, una riorganizzazione del sistema sanitario anche per effetto della razionalizzazione della rete ospedaliera.

Si è osservato inoltre che, a partire dall'anno in corso, nella definizione dei fabbisogni sanitari verrà applicata la metodologia dei costi standard. Sempre in materia di attuazione del federalismo fiscale, la normativa concernente l'armonizzazione dei bilanci, rappresenta "un ulteriore miglioramento dei vigenti procedimenti contabili nel settore sanitario: di particolare rilievo sono le disposizioni dirette a garantire, nel bilancio regionale, un agevole individuazione dell'area del finanziamento sanitario, e a disciplinare, nell'ambito del bilancio sanitario regionale, la contabilità delle cosiddette gestioni sanitarie accentrato presso le regioni (quote di finanziamento del Ssn non attribuite alle aziende, ma gestite diret-

tamente presso le regioni), il consolidamento regionale dei conti sanitari, specifiche deroghe alle disposizioni civilistiche al fine di tenere conto della specificità degli enti di cui trattasi, nonché la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario".

In sintesi, la costruzione di benchmark di spesa e di qualità, l'omogeneizzazione dei documenti contabili, la previsione di sanzioni in caso di deficit, hanno delineato un sistema fondato sul corretto principio della piena responsabilizzazione delle regioni. La complessiva architettura sopra rappresentata è stata ulteriormente rafforzata attraverso il potenziamento del sistema di monitoraggio trimestrale dei fattori di spesa, svolto a livello centrale con un dettaglio analitico a livello di singola Azienda sanitaria. Il potenziamento delle capacità analitiche e di controllo della spesa sanitaria si è conseguentemente tradotto anche nel potenziamento di strumenti di previsione sempre più efficaci e congrui ai fini della programmazione finanziaria, tant'è che con riferimento ai documenti di finanza pubblica quanto meno dell'ultimo quinquennio i livelli di spesa effettivamente registrati a consuntivo sono risultati costantemente contenuti nell'ambito di quanto programmato, contribuendo, il settore in esame, al complessivo progressivo processo di stabilizzazione della finanza pubblica ed in particolare di contenimento della dinamica della spesa pubblica.

Spesa sanitaria: le previsioni 2013-2017

Il Documento di economia e finanza contiene anche un'analisi approfondita della spesa sanitaria pubblica nel periodo che va dal 2012 al 2017. Negli ultimi anni il trend di incremento della spesa sanitaria si è assestato sull'1,4% medio annuo contro il 7% degli anni dal 2000 al 2006.

Per il futuro, invece, il trend stimato dal Def indica un tasso medio di crescita annuo dell'1,9% a partire dal 2014 fino al 2017. Un aumento della crescita che tuttavia non si ripercuoterà sull'incidenza della spesa sanitaria sul Pil (oggi stabile attorno al 7%) ma segnerà addirittura una contrazione al 6,7% nel 2017. Ciò si spiega, secondo il Def, con il parallelo incremento del Pil nominale che dovrebbe viaggiare con un tasso medio di crescita del 3,2% annuo nello stesso periodo.

Da sottolineare, che la causa principale del "salto" di spesa tra il 2013 e il 2014 (circa 2 miliardi) va imputata alla mancata introduzione dei nuovi ticket, per un importo complessivo di 2 miliardi, previsti dalla manovra economica del 2011 sui quali è caduta la mannaia della Corte Costituzionale che ha decretato l'illegittimità dello strumento regolatorio che avrebbe dovuto attuarli.

In assenza di una norma che preveda altre vie per sancire i nuovi ticket – rileva il Def – la spesa sanitaria non potrà quindi che aumentare nella misura di 2 miliardi annui. Per il resto però, la stima del Def presenta una spesa sanitaria dalla dinamica molto stabile grazie agli interventi di spending review e delle altre misure economiche attuate in questi ultimi due/tre anni un po' su tutte le voci di spesa.

IL QUADRO DELLA SPESA SANITARIA FINO AL 2017

Anno	Spesa sanitaria	incidenza sul Pil (%)
2012	110,842 mld euro	7,1%
2013	111,108 mld euro	7,1%
2014	113,029 mld euro	7,0%
2015	115,424 mld euro	6,9%
2016	117,616 mld euro	6,8%
2017	119,789 mld euro	6,7%

Intervista a Enrico Reginato, Presidente Fems

Obiettivo: migliora di lavoro dei medi

Promuovere, nei confronti della Ue, la determinazione di standard minimi europei strutturali e organizzativi, per combattere carichi di lavoro eccessivi determinati da carenze di organico e dalla mancata adozione di standard organizzativi. Ma anche contrastare i tagli alle risorse destinate alla salute. Sono queste alcune delle sfide che attendono i medici europei illustrate da Enrico Reginato, presidente della Federazione europea dei medici dipendenti.

Dottor Reginato, lei è Presidente della Fems da ottobre 2012. Qual è il bilancio di questi primi mesi di attività?

Come Presidente Fems ho partecipato a numerosi incontri con i rappresentanti delle altre associazioni mediche europee (Emo) perché vi sono molti aspetti della situazione sanitaria europea che sono di interesse comune. Aspetti che riguardano la demografia medica, i tentativi di modificare la direttiva europea sul tempo massimo di lavoro, il progetto della Commissione Europea di intervenire sulla standardizzazione delle cure mediche, gravi aspetti relativi alle condizioni di lavoro in alcuni Paesi europei con minacce di pesanti sanzioni ai medici che protestano.

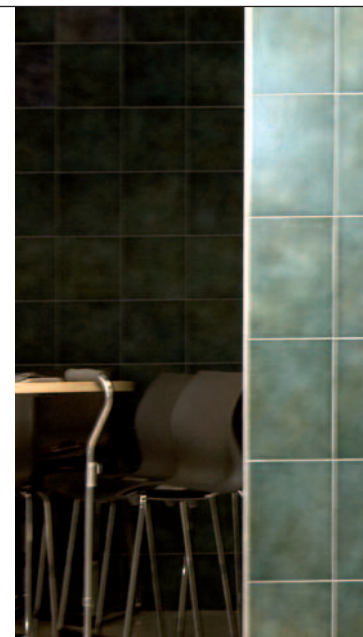
Quali sono i temi in agenda a breve termine e quali gli obiettivi del suo mandato?

La Fems è una federazione di sindacati medici, pertanto la mia idea, ma è un'idea condivisa, è che la nostra federazione debba agire come un sindacato medico europeo unitario. È necessario che le condizioni di lavoro dei medici in Europa vadano sempre più verso una forma di omogeneizzazione verso l'alto, utilizzando i migliori esempi nazionali (stipendi, organizzazione, formazione, sviluppo professionale, diritti del lavoro, lavoro femminile) per farli adottare anche dove le condizioni sono di livello inferiore. La normativa europea non consente di intervenire nell'organizzazione sanitaria dei singoli Paesi membri, pertanto in ogni Paese spetta ai sindacati nazionali il compito di battersi per ottenere i miglioramenti delle loro condizioni. Ma questo può av-

venire solo se esiste la conoscenza, nei rappresentanti dei singoli Paesi, di quello che avviene negli altri Paesi. Per poter fare questo, è indispensabile che in ambito Fems emergano gli aspetti principali delle condizioni di lavoro, e questo può avvenire attraverso la creazione di gruppi di studio e la raccolta di informazioni sui singoli aspetti. Nell'Assemblea Generale di Budapest abbiamo in programma, appunto, di istituire una serie di gruppi di lavoro, che intendo seguire come coordinatore, finalizzati a questo obiettivo. È sicuramente un lavoro lungo ed impegnativo, ma conto sulla disponibilità dei colleghi della Fems e vedrò di utilizzare anche lavori svolti da parte di altre Emo, in particolare l'Ejd, ma non solo loro. Un altro aspetto di un sicuro interesse (ma l'idea iniziale è venuta da una conversazione con il Presidente dell'Anaao Assomed) è quello relativo a promuovere, nei confronti della Ue, la determinazione di standard minimi europei strutturali e soprattutto organizzativi, dato che in molti Paesi le condizioni di lavoro sono molto pesanti, per carichi di lavoro eccessivi dovuti a carenze di organico permanenti, per la mancata adozione di standard organizzativi. Una norma sovranazionale potrebbe essere di notevole utilità.

Quali sono i grandi temi delle politiche europee riguardanti la professione medica?

C'è un problema molto serio: nel 2020 è previsto un fabbisogno di medici e di personale sanitario superiore del 13% alle reali disponibilità. Attualmente il personale che lavora in campo sanitario in Europa è pari a circa 21 mi-



Enrico Reginato,
Presidente Fems

re le condizioni ci europei



lioni di addetti, la previsione della Commissione Europea è che vi sarà un cambiamento del modello assistenziale, con aumento dell'assistenza domiciliare, un rimodellamento delle attività, legate ad un aumento della femminilizzazione del sistema, quindi con crescita dei rapporti di lavoro part-time, riduzione di specialisti di determinate specialità, riduzione dei medici di famiglia, specialmente nelle aree extraurbane. Ma soprattutto il problema è rappresentato dalle tendenze della demografia medica, in netto calo.

Dato che nell'Unione Europea c'è la libera circolazione, in particolare del personale addetto ai servizi sanitari, da un lato ci si deve attendere che, in assenza di miglioramento delle condizioni di lavoro in alcuni Paesi, un numero significativo di medici, ma non solo medici, migri verso Paesi che presentano migliori condizioni. Dall'altro lato ci si deve attendere che le Nazioni con buone condizioni di lavoro facciano ponti d'oro ai medici e al personale sanitario per attirarli a coprire le carenze di organico. La Fems ha già ricevuto alcune se-

gnalazioni da parte di agenzie internazionali che ricercano medici francofoni per contratti di lavoro in Paesi europei. È già una realtà che medici polacchi che abitano vicino al confine, svolgano la loro attività in ospedali della Germania, tornando a casa propria dopo il servizio. Lo stesso avviene con i medici della Slovacchia che lavorano in Austria (Bratislava è a ridosso del confine austriaco ed è a 45 minuti di strada da Vienna). La situazione politica in Ungheria sta deteriorandosi, con aspetti di tipo nazionalista, con limiti alla libertà di espressione e soprattutto con stipendi dei medici decisamente bassi. Lo studio fatto dalla Fems due anni orsono mostra che lo stipendio massimo di un medico ospedaliero è inferiore al salario nazionale medio dei lavoratori ungheresi. Negli ultimi tempi si stima che circa 300mila ungheresi abbiano lasciato il Paese in cerca di migliori condizioni di vita, si tratta di cittadini di buon livello culturale e professionale. Non so quanti siano i medici, ma sicuramente la migrazione coinvolge anche loro.

In queste condizioni di carenza di personale

medico e sanitario negli anni a venire, se non si incentivano le persone a restare nel loro Paese, ci si devono aspettare fenomeni negativi. Ovviamente anche i pazienti, in carenza di servizi adeguati, praticheranno la medicina transfrontaliera.

In una recente riunione promossa dalla CE-OM sul problema della demografia medica, ho proposto di iniziare una ricerca presso gli ordini nazionali sulla presenza nel Paese di medici stranieri comunitari per contratti di lavoro permanenti o temporanei. Incrociandoli con il numero di medici iscritti agli ordini nazionali, è possibile, come primo dato, conoscere già ora qual è il grado di migrazione intraeuropeo. Attendo che mi forniscano i dati. Al solito l'Italia nasconde la testa nella sabbia. Il lavoro che ho fatto con Carlo Palermo qualche anno fa (Dirigenza Medica n. 8-9/2011) mostra la tendenza negativa della demografia medica nel nostro Paese. Ma gli studenti delle scuole superiori, in controtendenza al resto dell'Europa, continuano a partecipare in gran numero agli esami di ammissione alla Facoltà di Medicina e la percentuale degli ammessi è molto bassa: un significativo aumento del numero degli ammessi avrebbe il duplice risultato di consentire ad un giovane di coronare la propria aspirazione a fare il medico, e di contribuire a ridurre il problema della prevista carenza di medici in Europa nel prossimo futuro.

Quali sono le urgenze nelle politiche per la salute dei Paesi europei?

Nonostante le raccomandazioni dell'Unione Europea di non tagliare le risorse destinate alla salute, laddove, in tempo di crisi è massimo l'interesse ad avere una popolazione sana che contribuisca all'aumento della produttività lavorativa, anche in considerazione che, con i tagli al sistema previdenziale, il personale va in pensione in età più avanzata, quindi statisticamente più bisognosi di cure, si assiste in molti Paesi, ad un taglio indiscriminato di risorse, che riducono i servizi e gli stipendi del personale.

Questo problema è stato sollevato anche in un recente convegno dell'Oms Europa, con grande preoccupazione per la salute dei cittadini europei, soprattutto nel campo della salute mentale e delle malattie infettive.

Particolarmente interessate è la Domus Medica Europea. In cosa consiste?

Una delle Emo, la Uems che per la propria attività si trovava ad essere fornita di cospicue risorse economiche, ha deciso di acquistare un edificio a Bruxelles, dove ospitare anche gli uffici di segreteria delle altre Emo. La sede quindi potrà ospitare anche i convegni delle singole Emo e fornire un'attività di lobby nei confronti delle istituzioni europee. Già ora ci sono molti contatti fra le diverse Emo, che tuttavia si manifestano in occasione degli incontri nelle rispettive riunioni ed assemblee, dove i rappresentanti delle altre Emo (i presidenti o rappresentanti da loro delegati) vengono invitati a partecipare, o con incontri finalizzati a determinati argomenti (esistono incontri cadenzati dei presidenti delle Emo) ma la Domus Medica rappresenta un'evoluzione positiva di questo lavoro integrato. I tempi si al-

FEMS: ORGANIZZAZIONE E OBIETTIVI

lungano per aspetti strettamente edilizi: l'edificio deve essere ristrutturato e sono in corso contatti fra Uems ed il comune di Bruxelles per definire alcuni aspetti contrastanti.

Qual è lo stato dell'arte sulla direttiva europea sull'orario di lavoro (Ewtd)?

Il progetto di revisione della direttiva europea sull'orario di lavoro viene da lontano.

Il Parlamento europeo ha resistito fino ad ora alla pressione di alcuni Stati membri e, soprattutto, dei rappresentanti dei datori di lavoro, in ogni caso sono stati fatti diversi tentativi per apportare cambiamenti alla normativa. Gli argomenti sono noti: opt-out (scelta individuale dei lavoratori di accettare un orario di lavoro che superi le 48 ore settimanali) ed il calcolo dei periodi inattivi di lavoro sono i più considerati. Nel caso dei medici, quindi, durante un turno di guardia potrebbe succedere che venisse calcolato come orario di lavoro solamente quello effettivamente utilizzato al letto del malato e non il restante periodo di attesa. C'è stata una lunga serie di incontri ed i rappresentanti dei datori di lavoro si sono rammaricati del fatto che la Confederazione europea dei sindacati non ha voluto proseguire con i negoziati, perché, sempre secondo i datori di lavoro, le deroghe alle 48 ore/settimana e il tempo di lavoro su chiamata sarebbero di beneficio per i dipendenti, così come per i datori di lavoro.

Sotto un certo punto di vista, il fatto che i negoziati non abbiano prodotto un risultato è un fatto positivo: è stata mantenuta la versione attuale di Ewtd, ma si prevede che le associazioni che rappresentano i datori di lavoro riprenderanno la loro campagna nel giro di pochi mesi. Perciò dobbiamo essere attenti e pronti, dato che i problemi relativi all'opt-out e ai periodi inattivi di lavoro sono cruciali anche per medici ospedalieri.

Ci terremo in contatto con le maggiori organizzazioni europee (in particolare con Epsu) e questa sarà l'occasione per discutere quale decisione prendere nel caso in cui i datori di lavoro inizieranno di nuovo con i loro assalti. Il documento dei datori di lavoro sostiene che, nella questione di una revisione della Ewtd da parte della Commissione Europea "deve essere ripristinata la credibilità del diritto europeo". Io sostengo che a dover essere ripristinata è la credibilità dei datori di lavoro europei. Esiste il caso italiano nel caso europeo della Ewtd: i medici italiani, a causa di una dissenzata decisione legislativa, non sono coperti dalle garanzie della direttiva. L'Anaao Assomed si è mobilitata immediatamente, assieme alla Fems, nei confronti della Commissione Europea. Dopo qualche anno la Commissione Europea ha provveduto a chiedere chiarimenti al Governo Italiano e, nell'attesa di ricevere la risposta, ha chiesto anticipatamente

La Fems, la Federazione europea dei medici dipendenti si è costituita nel 1964 con il nome di "Federazione Europea dei medici di Comunità", ma ha adottato la sua denominazione attuale nel 1981. La Federazione è composta dai delegati di circa 25 associazioni mediche, soprattutto sindacali, ma anche ordinistiche, in rappresentanza di molti Stati membri europei: Austria, Belgio, Bulgaria, Francia, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Ungheria. Aderiscono anche alcuni Paesi fuori della Ue: la Turchia e la Croazia (che entrerà il 1/7/2013); e tre Stati "osservatori" (passaggio statutario che prelude all'ingresso nella Fems con pieno diritto di voto) la Svezia, l'Olanda e Cipro (turca), che hanno chiesto di aderire come strumento di crescita culturale ed organizzativa. L'Italia è rappresentata da quattro associazioni sindacali mediche, tra cui l'Anaao Assomed che risulta attualmente il sindacato più rappresentativo a livello di iscritti. Gli altri sindacati italiani sono l'Aaroi-Emac, l'Anpo, il Snr. Il Consiglio direttivo in carica (2012-2015) vede alla Presidenza Enrico Reginato dell'Anaao Assomed (già Vice Presidente nel 2009-2012), alla Vice Presidenza Pavel Oravec (Loz - Lup, sindacato dei medici della Slovacchia) e Serdar Dalkilic (FPS, federazione dei medici praticanti della Francia); il Segretario Generale Bojan Popovic (Fides, sindacato dei medici della Slovenia); il Vice Segretario Generale Stanislaw Urban (del Ozsl - Polonia); il Tesoriere è Paulo Simoes (Sim, il sindacato

indipendente dei medici del Portogallo).

L'obiettivo principale della Fems è quello di difendere, a livello europeo, gli interessi morali e materiali dei medici dipendenti, al fine di garantire loro il miglior livello possibile di condizioni di lavoro, di salari dignitosi, di sviluppo professionale, e di indipendenza diagnostica e terapeutica nei confronti delle amministrazioni, per le quali il punto di vista esclusivamente economico a volte può essere in conflitto con i valori di un sistema sanitario di qualità e di una medicina giusta.

La Federazione ha svolto un ruolo significativo per ottenere che le direttive del 1975 in materia di libera circolazione dei medici, che all'inizio riguardavano solo i medici liberi professionisti, fossero stabilite tenendo conto di tutte le forme di esercizio medico, compresa la medicina dipendente, quest'ultima ritenuta complementare alla medicina libero professionale.

Nei suoi quasi 50 anni di storia (l'anno prossimo ricorre il 50ennale) la Fems si è occupata di tanti aspetti legati all'esercizio della professione medica:

- la definizione di medicina salariata e le condizioni di esercizio dell'attività professionale, con la stesura di una Carta europea dei medici salariati, ripresa più tardi dal Comitato permanente dei medici europei;
- i metodi per garantire la qualità degli atti medici;
- le modalità pratiche e deontologiche per effettuare eventuali scioperi;
- gli standard strutturali e di processo in ospedale;

LE ORGANIZZAZIONI MEDICHE EUROPEE (EMO – EUROPEAN MEDICAL ORGANISATIONS)

AEMH

European Association of Senior Hospital Physicians (Associazione europea dei medici ospedalieri senior)

CEOM

European Council of Medical Orders (Consiglio europeo degli ordini dei medici)

CPME

Standing Committee of European Doctors (Comitato permanente dei medici europei)

EANA

European working group of practitioners and specialists in free practice (Gruppo di lavoro europeo dei professionisti e specialisti di libera professione)

EJD

European Junior Doctors (Giovani medici europei)

EMSA

European Medical Students' Association (Associazione europea degli studenti medici)

FEMS

European Federation of Salaried Doctors (Federazione europea dei medici dipendenti)

UEMO

The European Union of General Practitioners (Unione europea dei medici generalisti)

UEMS

European Union of Medical Specialists (Unione europea dei medici specialisti)

all'Anaao Assomed ed alla Fems, di chiarire ulteriormente la questione, in modo da poter essere meglio preparati al ricevimento della risposta del Governo. Attendiamo fiduciosi. **Qual è lo stato dell'arte sulla direttiva sul riconoscimento delle qualificazioni professionali?**

La Commissione competente del Parlamento europeo per il riconoscimento della direttiva sulle qualifiche professionali (Mercato Interno e protezione dei consumatori) ha adottato oggi la sua relazione che dovrà formare la base per la trattativa con il Consiglio europeo.

Questi i risultati principali:

Valutazione linguistica: il Parlamento ha chiarito che le autorità competenti sono autorizzate a valutare le conoscenze linguistiche di tutti gli operatori sanitari, dopo il riconoscimento, ma prima dell'accesso alla professione. **Meccanismo di allerta:** i deputati hanno approvato la proposta della Commissione di introdurre un meccanismo di segnalazione obbligatoria alle autorità competenti sulla idoneità alla professione e determinazioni disciplinari. Essi hanno anche proposto di estenderlo a tutte le restrizioni in materia di registrazione di un professionista e lo scambio di informazioni su domande e certificazioni fraudolente.

Carta professionale: il Parlamento ha fornito una maggiore flessibilità per l'autorità competente del Paese ospitante. Tuttavia chiarisce che, nell'interesse del paziente, la tacita autorizzazione non costituisce un diritto automatico alla pratica medica.

Formazione medica e specialistica: si considera che i singoli Paesi mantengano la responsabilità dell'organizzazione della formazione medica e specialistica e che decidano autonomamente sulla durata minima dei corsi di formazione postlaurea.

Sviluppo professionale continuo: Il Parla-

- il tempo di lavoro e la sua conformità al codice del lavoro: le guardie e le reperibilità;
- osservatorio sull'equa remunerazione;
- studi sulla demografia medica;
- pratiche per il riconoscimento della qualifica professionale;
- tematiche di genere: l'esercizio della professione medica al femminile;
- l'impiego dei giovani medici negli ospedali;
- la migrazione transfrontaliera dei medici e dei pazienti;
- il task shifting: l'assegnazione di compiti medici a personale non medico;
- la pubblicità medica in vari Paesi europei;
- le caratteristiche dei reparti ospedalieri nei vari Paesi europei;
- il sostegno ai sindacati nazionali nella loro lotta per migliori condizioni di lavoro.

Molti di questi documenti (disponibili sul sito www.fems.net) sono stati pubblicati e inviati ad Istituzioni o personalità che si occupano di problemi di salute a livello nazionale ed europeo.

È in corso di sviluppo il progetto Domus medica europea, cui la Fems aderisce, che vede la creazione a Bruxelles di una sede comune per le Organizzazioni Mediche Europee (Emo), con lo scopo di condividere attività segretarie, ma soprattutto di far crescere e sviluppare la cooperazione tra le differenti organizzazioni per una maggiore rappresentatività presso le Istituzioni europee.

mento propone di imporre agli Stati membri di introdurre programmi per la formazione continua obbligatoria e la formazione per gli operatori sanitari nel sistema settoriale (Medici, infermieri, dentisti, i dentisti specialisti, ostetriche, farmacisti). I deputati hanno anche proposto che una struttura che fornisce Cme/Cpd debba essere valutata da un organismo europeo di controllo (Eqar: European Quality Assurance Register).

La mia opinione personale è che anche la validità della formazione medica e specialistica dovrebbe essere sottoposta a verifiche da parte di organismi europei di controllo. Noi sappiamo bene quali siano le gravi carenze formative, in particolare nella formazione specialistica post-lauream, in Italia e, nell'interesse dei pazienti, una certificazione sovranazionale della qualità del sistema formativo sarebbe vantaggiosa.

In cosa consiste il progetto "Azione comune europea di pianificazione della forza lavoro sanitaria"?

Per ora è un aspetto oggetto di valutazione degli scenari attesi nel prossimo futuro della forza lavoro sanitaria, ma il problema è come intervenire per attenuarne le conseguenze. Ad oggi non sembra si siano prese decisioni operative. (Per chi volesse saperne di più si può leggere il documento http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf). In quest'ambito deve essere tenuto sotto controllo il cosiddetto "taskshifting", ovvero, l'affidamento di attività attualmente svolte dai medici, a categorie professionali non mediche. La discussione è animata.

GIURISPRUDENZA

A cura di Paola Carnevale

I testi integrali delle sentenze sono pubblicati su www.anaao.it - sezione "sentenze in sanità"

CORTE DI CASSAZIONE

Quarta Sezione Penale

Sentenza del 30 gennaio 2013 - notizia di decisione n. 2/2013

Non è reato penale la colpa lieve del medico

Se il medico si rende responsabile di una colpa lieve nell'esercizio della sua attività, pur avendo rispettato quanto previsto dalle linee guida, tale atto non avrà rilevanza penale. Il principio è stato stabilito da una decisione (la sentenza sarà depositata successivamente) della IV sezione penale della Corte di Cassazione, e riprende quanto sancito dalla legge Balduzzi. La questione portata all'esame della Corte era la seguente: se l'articolo 3 della legge 189/2012 abbia determinato la parziale abrogazione delle fattispecie colpose commesse dagli esercenti le professioni sanitarie. La risposta della Corte è stata affermativa. Si è affermato il principio che la nuova normativa ha parzialmente decriminalizzato le fattispecie

colpose in esame. L'innovazione esclude la rilevanza penale delle condotte connotate da colpa lieve, che si collochino "all'interno dell'area segnata dalle linee guida o da virtuose pratiche mediche purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica". In applicazione di tale principio i giudici hanno annullato con rinvio la condanna per omicidio colposo di un chirurgo che nell'esecuzione di un intervento di ernia al disco, aveva leso dei vasi sanguigni provocando una emorragia letale per il paziente. Al giudice di merito è stato chiesto di riesaminare il caso per determinare se esistano linee guida o pratiche mediche accreditate relative "all'atto chirurgico in questione", se l'intervento eseguito si sia mosso entro i confini segnati dalle direttive e, in caso affermativo, se nell'esecuzione dell'intervento vi sia stata colpa lieve o grave.

CORTE DI CASSAZIONE

Quarta Sezione Penale

Sentenza n. 11493/2013

Al medico negligente o imprudente non si applica la legge Balduzzi. I limiti delle linee guida

La Corte di Cassazione, chiamata a decidere in via definitiva sul ricorso proposto avverso una sentenza della Corte d'Appello di Napoli che aveva confermato la responsabilità del medico ginecologo per il delitto di omicidio colposo in danno di una neonata deceduta per danni cerebrali conseguenti ad una asfissia intrapartum, ha avuto occasione di delineare alcune importanti indicazioni operative in tema di applicazione della nuova normativa in materia di limitazione della responsabilità medica in caso di colpa lieve contenuta nell'articolo 3 della legge 189 (cosiddetta Balduzzi).

La disposizione, spiega la Corte "obbliga a distinguere fra colpa lieve e colpa grave solo limitatamente ai casi nei quali si faccia questione di essersi attenuti a linee guida e solo limitatamente a questi casi è possibile escludere la responsabilità penale laddove venga accertato il rispetto delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica".

Tale norma tuttavia non può riguardare ipotesi di colpa per negligenza o imprudenza in quanto le linee guida contengono solo regole di perizia. Nella fattispecie al medico veniva contestato di non aver operato un costante monitoraggio della accertata situazione di preallarme, pur in presenza di tracciati cardiocografici significativi di concreto rischio per il benessere del feto, né di aver predisposto ed eseguito un intervento di parto cesareo che, se effettuato, avrebbe evitato l'asfissia ed il conseguente decesso della bambina. Il medico a sua discolpa, ha citato le linee guida campane sui criteri di scelta tra cesareo e parto naturale, ma la Corte di Cassazione ha ribadito che la

sua colpa consisteva non nell'imperizia, bensì nella negligenza. La suprema Corte ha altresì ribadito che le linee guida per avere rilevanza nell'accertamento della responsabilità del medico devono indicare "standard diagnostico terapeutici conformi alla regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente.

Il medico ha dunque "il dovere di disattendere indicazioni stringenti dal punto di vista economico che si risolvono in un pregiudizio per il paziente", mentre le aziende sanitarie devono "in un contesto di difficoltà economica, ispirare il proprio agire anche al contenimento dei costi ed al miglioramento dei costi, ma tali scelte non possono in alcun modo interferire con la cura del paziente: l'efficienza di bilancio può e deve essere perseguita sempre garantendo il miglior livello di cura". Ribadendo quanto già affermato in precedenti pronunce (sentenza Sez. 4, 11 luglio 2012, n. 35922), sulla natura delle linee guida e sulla loro rilevanza nelle scelte terapeutiche del medico e nella valutazione del giudice, la Corte conclude che "solo nel caso di linee guida conformi alle regole della migliore scienza medica sarà poi possibile utilizzarle come parametro per l'accertamento dei profili di colpa ravvisabili nella condotta del medico ed attraverso le indicazioni dalle stesse fornite sarà possibile per il giudicante - anche, se necessario, attraverso l'ausilio di consulenze rivolte a verificare eventuali particolarità specifiche del caso concreto, che avrebbero potuto imporre o consigliare un percorso diagnostico-terapeutico alternativo- individuare eventuali condotte censurabili". Il ricorso proposto dal medico è stato rigettato.

Il report dell'Osservatorio nazionale Alpi

Costi e ricavi. La relazione consegna un quadro dell'Alpi, in un'ottica di ricavi e costi, ad andamento variabile. Infatti, dopo un progressivo trend in crescita dal 2006-2009 del +10%, i ricavi hanno iniziato a subire una battuta di arresto dal 2010 passando da 1.264.776 euro del 2009 a 1.256.865 corrispondenti rispettivamente ad una spesa pro-capite (calcolata sulla popolazione residente al 1° gennaio 2009 ed al 1° gennaio 2011) di 21,1 euro/anno per il 2009 di 20,7 euro/anno nel 2011. Ma accanto alla diminuzione dei ricavi, sono calati progressivamente anche i costi diminuiti del 2% tra il 2009 ed il 2011, diminuiscono di oltre il 2%. Tirando le somme il saldo per prestazioni intramoenia, aumenta significativamente passando da 162.476 migliaia di euro del 2009 a 176.904 migliaia di euro nel 2011 con un incremento di circa 9 punti percentuali.

L'Alpi spopola al Nord. Sono circa 60.894 i medici che svolgono la libera professione intramoenia. In media quindi la esercitano circa cinque camici bianchi su dieci (il 52%) con rapporto esclusivo (il 49,1% del totale), con punte che superano quota 60% in Piemonte, Liguria e Lazio e, viceversa, toccano valori minimi in Regioni come la Calabria (25%) e Bolzano (14%). Sempre in media, il 56% dei Dirigenti medici esercita l'Alpi all'interno degli spazi aziendali, il 26% lo fa al di fuori della struttura ed il 18% svolge attività libero professionale sia all'interno che all'esterno delle mura aziendali. Le Regioni dove si registrano le più alte percentuali di Alpi svolta esclusivamente all'esterno sono Campania (61% su totale Alpi), Calabria (52%), Lazio (45%) ed in generale nelle Regioni meridionali. Al contrario Toscana, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto e nelle P.A. di Trento e Bolzano, la libera professione è svolta all'interno dell'ospedale (tutte con percentuali inferiori al 5% sul totale Alpi).

Intramoenia allargata. Mediamente circa l'83% dell'attività è svolta in "allargata" negli studi privati del professionista. E così in quasi la totalità delle Regioni supera quella in convenzione. Fanno eccezione la regione Toscana dove il fenomeno dell'intramoenia allargata è inesistente, seguita dal Veneto (29% di me-

Intramoenia

Giù i ricavi e la spesa pro capite

Si è attestato a quota 1,25 miliardi di euro nel 2011 il ricavo totale della libera professione intramoenia in lieve calo (-0,6%) rispetto al 2010. Mentre è di circa 17.800 euro il guadagno medio lordo incassato dai circa 60 mila camici bianchi che esercitano la libera professione intramoenia. Gli italiani hanno speso in media 20,7 euro a testa per visite, analisi e prestazioni in ospedale rese in intramoenia e anche in questo caso la spesa media è diminuita dell'1,1%. Questi alcuni numeri della fotografia scattata dall'Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione della Libera professione intramoenia nella relazione 2011 trasmessa dal ministero della Salute al Parlamento.

dici in "allargata" sul totale medici che esercitano al di fuori degli spazi), dalla Liguria (46%) e dall'Emilia Romagna (49%).

Anaao: "L'intramoenia è una risorsa da incentivare"

"L'intramoenia è una risorsa importante che andrebbe incentivata, ma si sono evidenziati, soprattutto nell'ultimo anno, alcuni meccanismi alquanto pericolosi".

Così Carlo Palermo, segretario di Anaao Assomede Toscana ha commentato i dati dell'Osservatorio sull'attività libero professionale. Per Palermo il sistema intramoenia offre alla popolazione, l'esperienza, la qualità e la professionalità di chi lavora nelle strutture pubbliche e porta introiti alle stesse aziende. Introiti che, anche se con un trend in flessione sono comunque "uno dei flussi di cassa più importanti in un periodo di vacche magre".

Secondo Palermo "bisogna predisporre adeguati controlli aziendali" soprattutto alla luce della forte disparità tra Regioni, con l'intramoenia più diffusa al Centro-Nord e in Puglia e l'alta prevalenza di "allargata" sul resto del territorio, che solleva, appunto, maggiori problemi in termini di controllo. Il decreto Balduzzi, ricorda segretario dell'Anaao Toscana, "tende a informatizzare tutto il sistema e quindi a rendere tracciabile l'ingresso dell'utente anche nelle strutture esterne; nelle Regioni in cui le strutture sono interne all'azienda e il pagamento è effettuato tramite il Cup, non vi sono rischi di elusione". Infine, c'è anche un'altra speda di damocle sull'intramoenia, sulla quale Palermo lancia l'allarme: "L'aspetto virtuoso dell'intramoenia potrebbe essere in qualche modo inficiato dal voler caricare impropriamente l'attività libero professionale di oneri diversi; in alcune Regioni è stata caricata di ticket, procedura che è stata dichiarata illegittima. Il rischio è che le tariffe possano finire fuori mercato, in un momento in cui il cittadino è fortemente tentato di rivolgersi al privato low cost".

I guadagni dei medici. I medici hanno guadagnato in media circa 17.800 euro. Ma con una forte variabilità regionale. Lombardia, Toscana, Emilia Romagna e Veneto, rispettivamente con 29mila euro, 22,4 mila 22,1 e 20mila euro sono le regioni dove i medici nel 2011 hanno incassato in media di più dall'intramoenia. Mentre in Sardegna, Calabria, Molise, Sicilia, Basilicata e Campania i valori sono nettamente sotto la media (si va dagli 8mila euro della Sardegna ai poco più di 9mila euro in Campania). A queste si aggiunge la P.A. di Bolzano con una media di 7.892 euro, dove però la libera professione non è molto diffusa (la quota dei dirigenti che esercitano Alpi è appena del 14%). Sono invece in linea con la media nazionale Piemonte, Valle d'Aosta, Marche e Lazio.

La spesa media pro-capite degli italiani. La spesa media pro-capite si attesta sui 20,7 euro/anno con un decremento dell'1,1% rispetto al 2010. Ma anche in questo caso emergono differenze tra Regioni e Regioni, con diversità particolarmente accentuate tra Nord e Sud. Dall'analisi dei dati emerge infatti che il Centro-Nord ha un volume di ricavi maggiore, mentre la spesa pro-capite nelle Regioni meridionali ed insulari è generalmente piuttosto esigua. Basti verificare ad esempio che, nel 2011, in Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria la spesa pro-capite è nettamente superiore alla media nazionale (sono sopra la media anche Lombardia, Lazio, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Marche), mentre al Sud e nelle isole si registra una spesa pro-capite inferiore al dato nazionale. In particolare, poi, in Calabria, Basilicata, Campania, Sicilia, Sardegna e Molise i valori non raggiungono la metà della media nazionale.

dm
dirigenzamedica

Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
tel. 06.4245741 -
Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27
dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini

Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Carlo Palermo

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di
Milano n.182/2002 del 25.3.2002.
Sped. in abb. postale - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.
46) art. 1, comma 1, dcb Roma

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa
Consorzio AGE, Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di aprile 2013