

dm

a pagina 2
L'EDITORIALE
di Costantino Troise

Formazione e accesso al lavoro
Innovare per garantire il
futuro della professione
a pagina 7

Anaaio Giovani
Ecco da dove
vogliamo partire
a pagina 10

dirigenza medica



ALTRO CHE PATTO

Alle pagine interne
la sintesi dei
contenuti
del testo siglato
dalla Conferenza
Stato Regioni il 10
luglio scorso

QUESTO È SOLO UN "PACCO"

EDITORIALE



di Costantino Troise

Segretario Nazionale Anaa Assomed

La sanità tra Patto Salute e Riforma PA: così si difende un'eccezione?

Dopo il Congresso di Abano Terme sono accaduti due episodi di rilievo per il mondo sanitario

Il primo riguarda la stipula, tra Ministro della Salute e Regioni, del Patto per la Salute, che qualcuno già definisce "pacco". Un documento di programmazione, frutto non già come il Psn dell'attività e del confronto parlamentare, ma della concertazione secretata tra due livelli istituzionali che hanno trovato, al riparo da confronti e coinvolgimento di altri attori, un compromesso sul finanziamento, almeno per il 2014, limitandosi per il resto a proposte di intenti affidate ad un incerto futuro. Per dirla con il prof. Spandonaro, "un complesso documento di indirizzi generali del Ssn di cui sfuggono i contenuti concreti". Comunque sia, una ennesima occasione mancata per coinvolgere i professionisti, cioè quella parte del sistema la cui partecipazione è, come il Ministro pure riconosce, *conditio sine qua non* di ogni cambiamento. Un patto che ha confermato, se ce ne fosse ancora bisogno, l'indubbio interesse del Ministro, e delle Regioni, per il sistema di cure primarie ma non, però, per il sistema ospedaliero, un contenitore da rottamare insieme ai contenuti, che sono diritti, saperi e competenze. Un approccio orbo alla sanità, privo di una logica di sistema, che tenta di speculare sul trito antagonismo ospedale-territorio, non riuscendo, o non volendo, immaginare un modello organizzativo a rete integrata di servizi. Un patto che dà ad ognuno il suo: agli ospedali standard di posti letto e di organici al ribasso, alla medicina convenzionata la cornice per il rinnovo degli accordi contrattuali, alla medicina universitaria il mantenimento dello status quo. La politica dei più forti. Qualcuno, però, finirà con lo scottarsi nelle prossime campagne elettorali.

Mentre scrivo l'iter di conversione alla Camera del Dl 90, che con enfasi eccessiva viene definito riforma della Pubblica Amministrazione,

il secondo degli episodi cui accennavo, è arrivato alla discussione in Aula, preludio per un ennesimo voto di fiducia.

Grazie agli emendamenti che l'Anaa Assomed ha presentato e sostenuto, in maniera testarda quanto isolata, raccogliendo la disponibilità di deputati di diversi partiti politici, siamo riusciti ad evitare l'ennesima beffa per i medici e dirigenti sanitari dipendenti ed ulteriori danni per la sanità pubblica.

La riapertura della caccia all'uomo, prodotta da una improvvida rottamazione ripescata dall'oblio in cui era caduta per essere riproposta, eternizzata, estesa ai direttori di struttura complessa, è stata circoscritta da paletti che ne riducono la massa di impatto. In un primo momento, questo strumento per "rottamare" persone era stato pensato solo per noi, come se l'onore, e l'onere, di assicurare il ricambio generazionale, per quanto pensato e attuato in modo discutibile e maldestro, dovesse ricadere solo sulle nostre spalle, essendo, si sa, i giovani medici disoccupati o precari tutti aspiranti ospedalieri. Ma i diritti, ed i doveri, valgono per tutti o per nessuno. Grazie alle nostre pressioni in nome di elementari principi di equità, nel testo che va al voto dell'Aula il meccanismo coinvolge i professori universitari, ma non altre figure professionali che pure lavorano nel Ssn. Oggi il Cun se ne duole, più per motivi di principio che rischi reali, con la solita arroganza di chi si stupisce che qualcuno abbia osato colpire la "alterità" del mondo universitario.

Grave è stato, però, il rifiuto della commissione di vincolare le risorse così risparmiate alla stabilizzazione dei precari o a nuova occupazione, come noi avevamo proposto in un sub-emendamento. Il che la dice lunga su una staffetta generazionale annunciata con enfasi, ma negata

da fatti, in cui certe ed obbligate sono le uscite ma non le entrate, con il rischio di diminuire il numero dei medici senza alcuna contropartita in termini occupazionali per i giovani o di stabilizzazione di un precariato di lungo corso, di cui Governo e Regioni sono largamente responsabili.

Abbiamo contestato l'idea, non nuova ma nata nel regno brunettiano, di mettere carriere e competenze alla mercè del Dg di turno, non per appiattirci sul versante sbagliato di un bipolarismo anagrafico, ma per evitare di offrire nuovi strumenti al taglio del costo del lavoro medico, lo esproprio di un diritto acquistato con il riscatto degli anni di studio, un travaso di competenze a favore della sanità privata. In un mercato che il Governo propone di liberalizzare, che vede il passaggio dai palazzi e dalle case della salute agli outlet, nel trionfo di un consumismo in cui l'offerta induce domanda e gli utili saranno privati mentre i costi sono o saranno pubblici, la ciliegina sulla torta che rende disponibili a costo zero le elevate competenze professionali necessarie alla sanità privata potrebbe contribuire al delitto perfetto. Non è accettabile, comunque, che ancora una volta si intervenga sull'età di quiescenza dei medici e dirigenti sanitari dipendenti in modo disorganico, all'interno di un decreto legge e non in un quadro di programmazione, senza tener conto dello stato di impoverimento, anche numerico, delle risorse umane negli ospedali, che richiederebbe logiche espansive e non ulteriormente riduttive. Abbiamo anche provato a rivendicare all'interno del calderone del pubblico impiego una specificità per il personale sanitario, almeno pari a quella dei magistrati, insieme con il riconoscimento di modalità applicative specifiche per il personale sanitario. Senza successo. Ma un risultato di grande rilievo abbiamo portato a casa. La trasformazione in obbligo legislativo di quello che finora era un obbligo con-

trattuale, in questi tempi niente altro che una foglia al vento, per le aziende sanitarie a rispondere, con modalità assicurative o autoassicurative, degli eventi avversi attribuiti ai propri dipendenti. Ciò che da più parti, e da tempo, ci veniva chiesto per riportare un minimo di serenità all'interno del nostro lavoro, è stato finalmente ottenuto. Da ora in poi, specie al sud, niente può essere come prima in tema di sicurezza delle cure. Un buon auspicio per la legge sulla responsabilità professionale che in autunno giunge alla discussione parlamentare.

Il Governo è stato invece sordo, con discutibili motivazioni di ordine procedurale, alla nostra richiesta di ottenere una modifica della L.150/2009 volta ad identificare una area contrattuale autonoma per la dirigenza sanitaria. Il che può voler dire che, risorse o non risorse, del prossimo contratto si parlerà tra 4 anni. Il dato politico che emerge da questa vicenda è, però, lo scarso peso specifico della sanità all'interno della compagine, e della politica, di governo. E le nomine del "nuovo" Consiglio Superiore della Sanità, l'ennesimo monocoloro universitario, testimoniano di questo pensiero debole di una visione politica miope. Ne prendiamo atto.

L'Esecutivo Nazionale ha deciso di avviare una campagna di autunno che poggia su di una messa a disposizione di un pacchetto di servizi e iscrizioni a costi promozionali, per rilanciare con maggiore forza le parole d'ordine che abbiamo scelto al Congresso. Contratto di lavoro, legge sulla responsabilità professionale, lotta al precariato e nuovi modelli formativi, al di là del disastro del Tar, con giudici che si sostituiscono ai medici ed ai decisori dei fabbisogni, e delle indecisioni e contrasti dei ministri competenti.

Se la sanità italiana è una "eccellenza che non teme confronti a livello internazionale", come finalmente ha riconosciuto il Vice-ministro della economia Enrico Morando, lo si deve anche a noi. I Lea siamo noi, e dal nostro lavoro intendiamo ripartire per salvaguardare il miracolo italiano che abbiamo contribuito a produrre. Con più iscritti, più giovani e più donne a lavorare con passione ed orgoglio per il futuro della categoria e del servizio sanitario pubblico e nazionale.

L'intero sistema di governante della Sanità va ripensato, anche alla luce della riforma Costituzionale che ridefinirà regole e competenze istituzionali con l'obiettivo è "rafforzare e qualificare la sinergia tra ministero della Salute, ministero dell'Economia e Regioni".

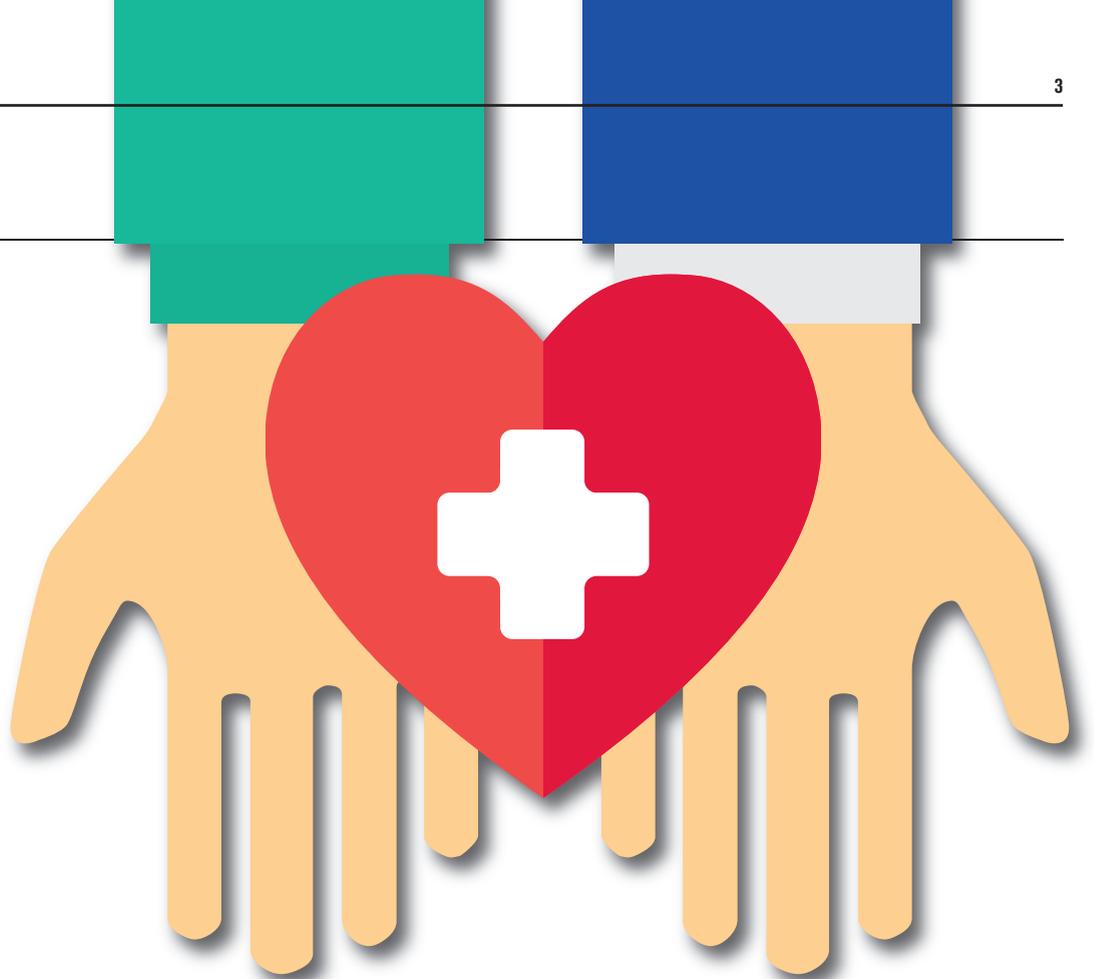
È da questo presupposto che parte il Patto per la Salute 2014-2016, siglato il 10 luglio scorso dalla Conferenza Stato Regioni. Un patto dove si evidenzia la necessità di individuare "strumenti forti" per "assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l'equità e l'universalità del sistema nonché dei Lea in modo appropriato e uniforme". Ma a questo scopo "occorre garantire un livello sempre più elevato, in termini di professionalità ed esperienza specifica, dei direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende, introducendo meccanismi stringenti di selezione, nonché di valutazione e di verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti". Allo stesso tempo "dovranno essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi stessi in un'ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, e in funzione del grado di centralizzazione, tendenzialmente sovraziendale, delle attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico, con particolare e prioritario riferimento all'acquisto di beni e servizi, al reclutamento e alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informativi e dell'area tecnico professionale".

Il Patto, dunque, rappresenta "l'impegno congiunto di Governo e Regioni di attuare importanti e concrete misure di programmazione della spesa sanitaria, con l'obiettivo di razionalizzarla, creando anche spazi finanziari da reinvestire nel settore sanità". "Il nuovo Patto - si legge ancora nelle premesse del documento - ha l'ambizione di considerare il sistema salute come un insieme di attori che costituiscono valore per il sistema paese. La salute è vista non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale. Per questo si delineano percorsi chiari di interazione con i territori e le altre amministrazioni centrali per rafforzare la ricerca e lo sviluppo nel settore biomedico". Ma l'interazione servirà anche a "monitorare il prezzo dei farmaci e dei dispositivi" e "ad offrire i migliori prodotti per la salute dei cittadini". Dunque, "il nuovo Patto andrà monitorato nella sua attuazione con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione tra le parti", attraverso un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, "a cui è, tra l'altro, demandata l'elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario".

Vediamo in sintesi quanto sancito nel nuovo patto per la Salute

FONDO SANITARIO NAZIONALE (ART. 1)

Per il 2014 lo stanziamento è confermato in 109,928 miliardi, salirà a 112,062 nel 2015 e a



Patto per la salute. Ecco tutte le novità

La salute non è più vista come una voce di costo ma come investimento economico e sociale. Il Patto rappresenta l'impegno di Governo e Regioni di attuare importanti misure di programmazione della spesa sanitaria, con l'obiettivo di razionalizzarla, creando anche spazi finanziari da reinvestire in sanità

115,444 nel 2016 "salvo - precisa il testo - eventuali modifiche che non si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazione del quadro macroeconomico". Il riparto delle risorse dovrà tenere conto dell'accordo sui costi e i fabbisogni standard, per i quali bisognerà lavorare a nuove modalità di pesature da definire entro il 31 luglio 2014.

Entro il 31 dicembre 2014 dovrà anche essere pronto un documento di proposte elaborato dal ministero della Salute, su cui dovrà esserci l'intesa Stato Regioni, contenente proposte per implementare "un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale".

I RISPARMI RESTANO ALLA SANITÀ (ART. 1)

La conferma nel comma 4 dell'articolo 1 del Patto. In cui si stabilisce anche la possibilità che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimandano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

MOBILITÀ TRANSFRONTALIERA (ART. 2)

Per garantire l'omogenea applicazione in tutte le Regioni delle norme vigenti, si conviene sulla necessità di adottare tempestivamente delle linee guida, da emanare entro il 31 ottobre 2014, adottando una modalità di progressiva implementazione delle stese allo scopo di fornire le istruzioni più urgenti in fase di prima applicazione in particolare per l'autorizzazione e il rimborso e le procedure amministrative per l'assistenza sanitaria transfrontaliera e il riconoscimento delle ricette mediche in un altro Stato membro.

Un apposito gruppo di lavoro ministero Salute, Agenas e Regioni dovrà poi analizzare le norme sul ricorso all'assistenza sanitaria al fine di una loro eventuale modifica o integrazione. Eventuali proposte dovranno essere approvate dalla Conferenza Stato Regioni entro il 31 dicembre 2014.

ASSISTENZA OSPEDALIERA (ART. 3)

Va adottato, senza ulteriori rinvii, il regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnolo-

gici e quantitativi in attuazione del decreto 95/2012 dell'ex ministro Balduzzi. Entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni dovranno anche stipulare un'intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio. Entro 6 mesi dalla stipula del Patto sarà inoltre definito un documento di indirizzo sull'appropriatezza riabilitativa, "per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa".

UMANIZZAZIONE DELLE CURE (ART. 4)

Il Patto vi dedica un intero articolo, prevedendo uno specifico impegno in questo senso da parte delle Regioni e la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda un progetto di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente all'area critica, alla pediatria, alla comunicazione, all'oncologia e all'assistenza domiciliare. Il grado di soddisfazione dei cittadini sarà monitorato in maniera continuativa e omogenea tra le Regioni, così da consentire l'avvio di azioni correttive.

ASSISTENZA TERRITORIALE (ART. 5)

Accelerata sulla costituzione delle Uccp e Aft per la medicina convenzionata, che, entro 6 mesi dall stipula dei nuovi contratti, o comunque non oltre la vigenza del Patto, costituiranno "le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta" in cui "confluiscono" quindi "le diverse tipologie di forme associative" realizzate nelle varie Regioni. Le Uccp saranno caratterizzate dal lavoro multi professionale, garantito dal coordinamento tra le varie professionalità con particolare riguardo all'integrazione tra medicina generale e medicina specialistica. Ogni Aft della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata all'Uccp. Stabilito poi che le Aft della medicina generale coprano un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti.

PRESIDI TERRITORIALI/OSPEDALI DI COMUNITA' (ART. 5)

Stato e Regioni dovranno stipulare entro il 31 ottobre 2014 per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica sarà assicurata dai medici di medicina generali o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn e che effettuano ricoveri brevi per casi non compressi.

EMERGENZA-URGENZA (ART. 5)

Per quanto concerne le attività del 118 si stabilisce che l'Agenas debba occuparsi di definire il bacino di utenza delle centrali che coordinato e gestiscono le richieste di soccorso in relazione alla disponibilità di nuove tecnologie informatiche e telefoniche allo scopo di rendere più efficiente il sistema. Un accordo Stato Regioni dovrà poi definire i criteri per l'accreditamento dei

servizi di trasporto e soccorso sanitario, definendo la dotazione delle attrezzature e dei presidi, l'allestimento dei mezzi di soccorso e i requisiti di dotazione organica quali-quantitativa del personale, per livello funzionale di base e avanzato per garantire l'erogazione uniforme e in linea con le norme europee.

Sarà poi introdotto il numero unico europeo di emergenza 112, che sarà recepito dalle centrali operative del 118.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ART. 5)

Dovrà raccogliere quanti più Drg possibili tra quelli a rischio di in appropriatezza.

Le Regioni assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in ricovero ordinario, in ricovero diurno o, previo inserimento nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, in regime ambulatoriale. Sarà istituito un tavolo di lavoro Salute-Economia e Regioni per rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per aggiornare e ottimizzare il sistema di rilevazione e di trasmissione delle informazioni sulle prestazioni erogate.

VALORIZZAZIONI DI RUOLI E COMPETENZE PROFESSIONALI (ART. 5)

Per un efficientamento del settore delle cure primarie, il Patto conviene sull'importanza di ridefinire ruoli, competenze e relazioni professionali "con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe", accantonando "una logica gerarchica" per "perseguire una logica di governante responsabile dei professionisti coinvolti". A questo scopo previste "sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo".

FARMACIA DEI SERVIZI e MEDICINA DI INIZIATIVA (ART. 5)

Compito delle Regioni definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva delle cronicità.

DISTRETTO (ART. 5)

Saranno definiti trame Accordi Stato-Regioni nuovi standard organizzativi del Distretto al fine di "orientare il suo ruolo strategico nella costituzioni di rete assistenziali a baricentro territoriale e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini". Questo anche per contribuire a ridurre i tassi di ricovero e degli accessi impropri al Dea.

PIANO NAZIONALE CRONICITÀ (ART. 5)

Sarà predisposto dal ministero della Salute entro il 31 dicembre 2014 e dovrà poi essere approvato in Stato Regioni.

ASSISTENZA SANITARIA NELLE ISOLE MINORI (ART. 5)

Al fine di monitorare i livelli di assistenza erogati, entro il 31 dicembre 2014 un accordo Stato Regioni dovrà istituire un apposito Osservatorio.

EMERGENZA E NUMERO DI TELEFONO PER I CASI NON URGENTI (ART. 5)

Come già avviene in altri Paesi europei, sarà istituito il numero 116.117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti. Con apposito accordo Regioni-Ministero della Salute saranno definite le modalità e i tempi per la realizzazione del servizio su tutto il territorio nazionale.

LOTTA AL DOLORE (ART. 5)

Nelle Aft e nelle Uccp dovrà essere prevista una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

STATI VEGETATIVI (ART. 5)

Le Regioni dovranno provvedere a definire per i pazienti soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali Unità di accoglienza permanente.

ASSISTENZA SOCIOSANITARI (ART. 6)

Le regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, e forniscono indicazioni alle Asl e agli altri enti del sistema sanitario regionale. L'accesso alla rete integrata dei servizi avviene tramite un "punto unico" che indirizzano il cittadino.

Al fine di migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti, le Regioni, in relazione ai propri bisogni territoriali, adottano progetti di attuazione dando evidenza anzitutto del fabbisogno di posti letto articolato per intensità assistenziale e per durata.

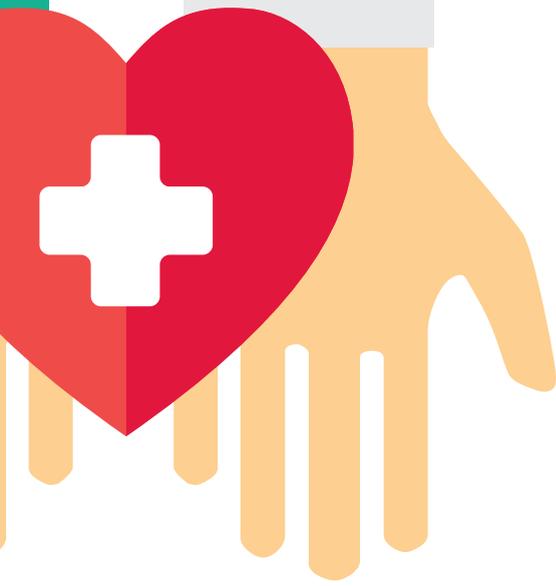
ISTITUTI PENITENZIARI (ART. 7)

La Conferenza Unificata si impegna ad approvare entro il 30 settembre 2014 le Linee guida sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari.

TICKET (ART. 8)

Nel Patto si evidenzia la necessità di una revisione del sistema "che eviti che la partecipazio-





ne rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi e alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità e universalismo". Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare. Successivamente "potrà essere presa in considerazione la condizione 'economica' del nucleo familiare". I contenuti della revisione dovranno essere definiti entro il 30 novembre 2014. Il nuovo sistema dovrà garantire per ciascuna regione il medesimo gettito previsto dalla legislazione vigente nazionale, "garantendo comunque l'unitarietà del sistema".

SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI (ART. 9)

Sarà istituita una commissione permanente costituita da Mef, Salute, Regioni e Agenas per aggiornare le tariffe massime per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, nonché per l'assistenza protesica. Sarà promossa anche la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali.

MOBILITÀ SANITARIA (ART. 9)

Previsto, tra le altre cose, che dalla data di stipula del Patto, gli accordi bilaterali previsti dal Patto del 2009 siano "obbligatori". Saranno poi individuati anche i volumi, la tipologia e la modalità di remunerazione aggiuntiva relative all'espando e trasporto di organi per trapianto, alla ricerca e prelievo di midollo osseo e CSE midollari nonché modalità di compensazione dei costi dei ricoveri ospedalieri erogati da unità operative o strutture pediatriche espressamente individuate, alla casistica di età pediatrica ad elevata complessità assistenziale oggetto di mobilità, nella misura in cui siano riconosciuti diversi da quelli della casistica generale.

LEA (ART. 10)

Al lavoro anche sui Lea, per aggiornarli entro il

31 dicembre 2014. Quanto alla verifica dei Lea, il Patto prevede che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i direttori generali costituisce un "grave inadempimento contrattuale" per la quale si prevede la decadenza automatica dei direttori generali.

TAVOLO DI VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI (ART. 11)

Si prevede che, annualmente, ai fini della verifica degli adempimenti regionali che consentono l'accesso al finanziamento integrativo condizionato all'esito positivo, il tavolo possa disporre l'aggiornamento degli adempimenti o delle modalità di verifica, tenuto conto delle disposizioni normative intervenute, degli accordi e intese Stato Regioni e Unificata de delle sopravvenute esigenze di monitoraggio.

SERVIZI SANITARI REGIONALI E PIANI DI RIENTRO. BASTA PRESIDENTI-COMMISSARI AD ACTA (ART. 12)

Nel Patto si conviene sulla necessità di "ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei servizi sanitari regionali". A questo scopo, il Patto prevede, tra l'altro, l'incompatibilità tra il ruolo dei commissari ad acta con l'affidamento di incarichi istituzionali e, in particolare, che "in caso di nuovi commissariamenti, sia previsto che la nomina a commissario ad acta sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento".

Fermo restando il lavoro del tavolo di verifica dei piani di rientro, entro il 30 settembre 2014 l'Agenas dovrà realizzare uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari che consenta di rilevare, in via preventiva, attraverso un apposito sistema di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance.

Da rivedere anche le modalità di verifica degli obiettivi connessi all'erogazione dei Lea. Al lavoro anche su procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei programmi operativi in atto sempre con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei Lea.

A questo scopo il Patto stabilisce, definendo nell'ultimo testo il termine del 31 marzo 2015, di procedere alla "redazione di un testo unico di raccolta delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari".

COLLEGI SINDACALI (ART. 13)

Previsto che, "al fine di rafforzarne il ruolo" e "garantire la composizione coerente con le disposizioni del presente Patto", siano riviste le composizioni dei collegi sindacali delle aziende sanitarie, che dovranno essere composti da tre membri, di cui uno designato dal presidente della Regione, uno dal Ministro della Salute e uno dal Ministro dell'Economia. La nomina avviene sulla base di requisiti che garantiscano standard di elevati qualificazione professionale.

EDILIZIA SANITARIA (ART. 14)

Il Governo si impegna comunque ad assicurare alle Regioni "adeguate risorse finanziarie" per garantire la sicurezza e la continuità di esercizio delle strutture sanitarie, nonché l'adeguamento strutturale e l'ammodernamento tecnologico e organizzativo del Ssn. Questo "compatibilmente con gli obiettivi di finanza pubblica e con il quadro economico", anche attraverso la "rifinalizzazione di quota parte delle risorse eventualmente rivenienti dal procedimento di riaccertamento straordinario dei residui relativi al finanziamento del Ssn", di cui all'art. 49 della legge 89 del 2014. Le predette risorse, si legge nel Patto, "saranno garantite a valere sul programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria" ex art. 20 o "attraverso altre modalità di finanziamento, anche nell'ambito della quota nazionale della nuova programmazione del Fondo di Sviluppo e Coesione 2014-2020. Governo e Regioni si impegnano poi a una revisione dell'attuale normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazioni degli ambienti attraverso un programma triennale da adottarsi, previa intesa Stato Regioni, entro il 31 dicembre 2014.

SANITÀ DIGITALE E PIANO DI EVOLUZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI E CABINA DI REGIA DEL NSIS (ART. 15 E 16)

Regioni e Governo sigleranno, entro 30 giorni dall'intesa sul Patto, un Patto per la Sanità Digitale, cioè un piano strategico per la diffusione della sanità digitale.

Il Patto cita poi il Piano di Evoluzione dei Flussi, che si sviluppa su un orizzonte temporale triennale ed è predisposto dalla cabina di regia del Nsis, i cui compiti, composizione e modalità di funzionamento saranno rivisti entro 90 giorni dalla stipula del Patto.

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (ART. 17)

Confermata la destinazione di 200 milioni annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Stabilito che il 5 per mille sulla quota vincolata per il Piano nazionale prevenzione sia destinato ad attività di supporto al Piano da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevenzione e Associazione italiana registri tumori.

ATTUAZIONE DEL RIORDINO DEGLI ISTITUTI ZOOPROFILITTICI SPERIMENTALI (ART. 18)

Riordino da parte delle Regioni previsto entro 6 mesi dall'approvazione del Patto, pena commissariamento dell'Istituto da parte del ministero della Salute.

SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE (ART. 19)

Regioni impegnate a rendere i sistemi regionali

del settore “sempre più efficaci ed efficienti nelle attività di prevenzione, vigilanza e controllo. A tal fine le unità operative deputate a queste funzioni specifiche dovranno essere garantite nelle Asl e “possibilmente configurate come unità operative complesse e dotate di personale adeguato”.

RICERCA SANITARIA (ART. 20)

“E’ fondamentale – si legge nel testo – il reperimento delle fonti di finanziamento, l’individuazione delle possibili sinergie tra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed extraeuropea e la ovalizzazione delle risorse già presenti nel Ssn”. Quindi, il Patto sollecita ad “evitare rischi di duplicazioni e sovrapposizioni integrando le risorse e individuando tematiche condivise dai soggetti finanziatori”. Inoltre “deve essere mantenuto e implementato un percorso rigoroso e trasparente che si occupi non solo di selezionare le migliori proposte di ricerca, ma che aiuti anche concretamente a definire le priorità più utili alla gestione delle aree di incertezza negli interventi sanitari”.

ATTIVITA' INTRAMOENIA (ART. 21)

D'accordo sulla necessità di dare “piena attuazione” alla legge 12/2007 (legge Turco) e alle modifiche ad essa apportate dalle legge 189/2012 (Decreto Balduzzi) per consentire il passaggio al regime ordinario dell’esercizio dell’intramoenia all’interno dei presidi e superare definitivamente il regime, ormai da tempo affidato a deroghe, dell’intramoenia allargata. In pratica, si sollecita, da parte delle Asl, una ricognizione degli spazi interni disponibili per le attività libero professionali o l’acquisizione di ulteriori spazi, se necessario, presso altre strutture sanitarie autorizzate. Nella legge Balduzzi era poi prevista una messa in rete degli studi professionali per rendere tracciabili tutti i pagamenti effettuati dai pazienti, rendendo così possibile anche un effettivo controllo del numero delle prestazioni che il professionista svolge sia durante il servizio ordinario sia in regime di intramoenia.

GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE (ART. 22)

Anzitutto una modifica dell’ultimo momento interviene a stabilire che il blocco del turn over per le Regioni in piano di rientro vale solo fino al 31 dicembre dell’anno successivo a quello della verifica positiva. Inoltre, ieri la Conferenza Stato Regioni ha concordato che sia modificata la previsione del Dl 98/2011 che prescrive a partire dal 2015 il rispetto del vincolo contenuto nella Finanziaria 2010 di un tetto di spesa per il personale pari a quella del 2004 ridotta dell’1,4%, indipendentemente se la Regione sia in equilibrio economico, prevedendo invece che “le Regioni siano considerate adempienti ove venga accertato il conseguimento di tale vincolo attraverso un percorso graduale fino all’applicazione totale dello stesso nel 2020”. E comunque, Stato e Regioni hanno convenuto sulla necessità di avviare un approfondimento per

aggiornare il parametro dell’1,4 per cento. Poi, le norme già previste nel precedente testo. Si parla della “necessità” di valorizzare le risorse umane del Ssn, al fine di garantire una nuova organizzazione del Ssr, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, servizi territoriali e presa in carico delle cronicità e delle non autosufficienze. Al fine di razionalizzare e facilitare l’accesso dei giovani medici alla professione sanitaria all’interno del Ssn, si indica nel Patto l’istituzione di un Tavolo politico per individuare, anche alla luce dell’esperienza di altri paesi UE, specifiche soluzioni normative. Il suddetto Tavolo dovrà concludere i suoi lavori entro il 31 ottobre 2014 con la definizione di una legge delega che dovrà dettare principi e criteri direttivi in ordine a:

- valorizzazione delle risorse umane del Ssn per favorire un’integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi;
- accesso delle professioni sanitarie al Ssn nel rispetto dei vincoli di spesa di personale e, per le Regioni in Piano di rientro, dei vincoli fissati dai Piani stessi;
- disciplina della formazione di base e specialista per il personale dipendente e convenzionato della formazione di base specialistica;
- disciplina dello sviluppo professionale di carriera con l’introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell’utilizzo del personale nell’ambito dell’organizzazione aziendale;
- introduzione di standards di personale per livello di assistenza ai fini di determinare il fabbisogno di professionisti sanitari a livello nazionale;
- applicazione del Dpcm sul precariato per assicurare l’erogazione dei Lea e la sicurezza nelle cure.

Infine, si chiede di prevedere che le Regioni, anche in Piano di rientro, che abbiano raggiunto l’equilibrio economico siano considerate “adempienti” indipendentemente dal conseguimento delle misure di riduzione delle spese per il personale.

ASSISTENZA FARMACEUTICA (ART. 23)

Per il governo della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, nei limiti delle risorse stabilite, si indica che le parti si impegnano: ad adottare iniziative affinché l’Aifa provveda all’aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale dei farmaci rimborsabili sulla base del criterio costo/beneficio e efficacia terapeutica, prevedendo anche prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee; rivedere la normativa nazionale che riconduca alla contestualità fra Aic e la definizione del regime di rimborsabilità; una revisione degli accordi negoziali sui farmaci sottoposti ai Regimi di monitoraggio Aifa, dopo un periodo massimo di 36 mesi, valutando se vengono confermati o meno i risultati clinici attesi; definire un percorso per sostenere esclusivamente l’innovazione terapeutica reale, importante e dimostrata rispetto alla terapia già in uso; rendere contestualmente

valide e applicabili su tutto il territorio nazionale le determinazioni di Aifa; istituire un Tavolo di monitoraggio permanente composto da 3 rappresentanti delle Regioni, un rappresentante del Mef, un rappresentante del Ministero della Salute, un rappresentante del Ministero dello Sviluppo economico, un rappresentante Aifa ed un rappresentante di Agenas, che verifichi l’attuazione di quanto previsto da questo articolo ed elabori eventuali proposte per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

DISPOSITIVI MEDICI (ART. 24)

Qui vengono definite le modalità per l’applicazione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza che consenta lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti incidenti che coinvolgono dispositivi medici. Si conviene poi di predisporre entro il 1 ottobre 2014 un documento recante linee guida per il corretto utilizzo dei dati e della documentazione presente nel Repertorio dei dispositivi medici.

Sarà compito delle Regioni attivare un osservatorio sui consumi e sui prezzi dei dispositivi medici in grado di fornire dati comparativi alle centrali uniche di acquisto su base regionale.

AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO (ART. 25)

Governo e Regioni concordano che all’aggiornamento del regolamento sulle norme per l’assistenza protesica erogabili nell’ambito del Ssn, si provvederà anche a valere sui risparmi derivanti dalle disposizioni del presente Patto per la salute.

CREAZIONE DI UN MODELLO ISTITUZIONALE DI HTA DEI DISPOSITIVI MEDICI E VALUTAZIONE DEI MEDICINALI (ART. 26 E 27)

Il Ministero della Salute per garantire l’azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del Ssn per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell’unitarietà del sistema, della sicurezza nell’uso delle tecnologie e della salute dei cittadini a livello nazionale dovrà: istituire una “Cabina di regia”; fornire elementi utili per le indicazioni dei capitolati di gara per l’acquisizione dei dispositivi medici; fornire elementi per la classificazione dei dispositivi medici in categorie omogenee e per individuare prezzi di riferimento; promuovere la creazione del Programma nazionale di Hta dei dispositivi medici.

CABINA DI REGIA PER IL MONITORAGGIO DEL PATTO (ART. 28)

Il nuovo Patto andrà monitorato nella sua attuazione “con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione tra le parti”, attraverso un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, “a cui è, tra l’altro, demandata l’elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario”.

Formazione e accesso al lavoro

Innovare per garantire il futuro della professione medica

di Carlo Palermo
Vice Segretario Nazionale
Vicario Anaa0 Assomed

Programmazione dei fabbisogni, valutazione ai fini dell'accesso, corsi di laurea ed esame di stato, corsi di specializzazione. Sono questi i quattro i punti programmatici sui quali intervenire per offrire quell'adeguata formazione che costituisce il prerequisito indispensabile per un competente ed efficace esercizio della professione medica



Un'adeguata formazione costituisce il prerequisito indispensabile per un competente ed efficace esercizio della professione medica, non solo nei suoi contenuti tecnici e direttamente operativi, in ambito sia ospedaliero che territoriale, ma anche nei suoi valori universali di solidarietà, socialità, equità e qualità.

Il diretto monitoraggio dei processi formativi e dei risultati costituisce un essenziale obiettivo nazionale di governo, ai fini della corretta allocazione di notevoli risorse, di attivazione di sinergie tra istituzioni eterogenee, di efficaci politiche sanitarie.

Vi sono almeno 4 punti programmatici sui quali è, a nostro parere, necessario intervenire:

1) Programmazione dei fabbisogni

Entro i prossimi dieci anni vi sarà un profondo cambiamento degli assetti della professione medica e odontoiatrica a causa dei nuovi bisogni di salute e della necessità di nuovi modelli assistenziali. Avremo variazioni anche in termini numerici derivanti dalla gobba demografica dei medici operanti nel Ssn e dalle conseguenti quiescenze. (vedi figura 1)

Un reale calcolo dei fabbisogni, compito delle Regioni, deve rispondere alle esigenze emergenti del sistema formativo adottando nuovi criteri di programmazione in funzione:

- delle effettive necessità assistenziali future,
- della capienza occupazionale del sistema sanitario,

Figura 1

116.000 medici dipendenti del SSN nel 2007 distribuiti per anno di nascita

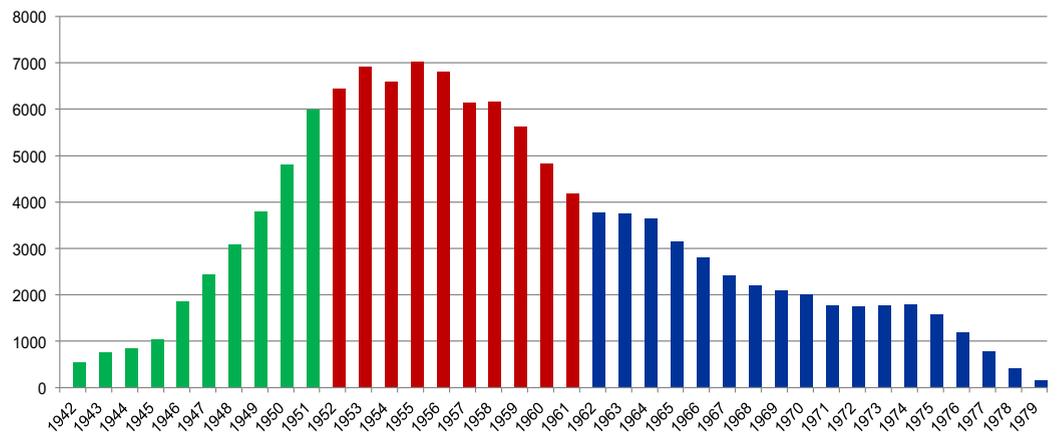
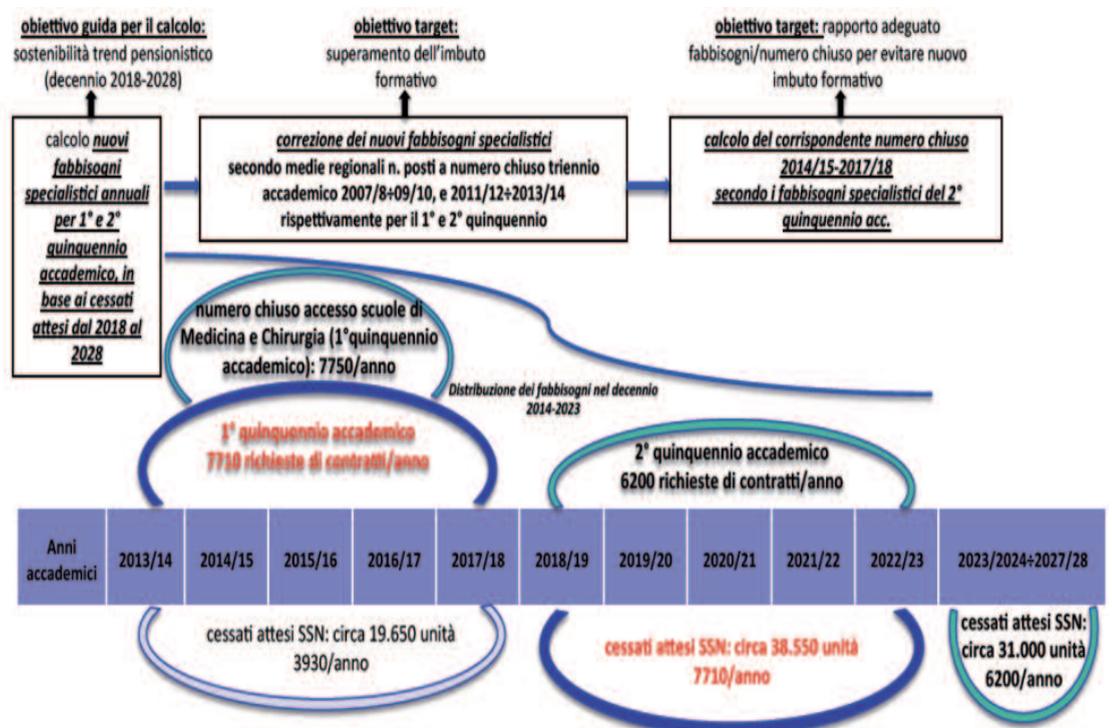


Figura 2

Schema e timeline della nuova programmazione sanitaria per gli anni accademici 2013/14-2022/23



- della effettiva pratica specialistica, rapportando il tutto a:
- parametri demografici fondamentali di popolazione (come: mortalità; natalità; invecchiamento; prevalenza ed incidenza di patologie; etc),
- modelli di riorganizzazione sanitaria,
- nuovi bisogni di salute,
- obiettivi di salute pubblica e di sviluppo della ricerca scientifica.

Affinché non si verifichi più la vergognosa attuale disoccupazione di migliaia di colleghi, figlia di calcoli senza rigor di logica, attuati con la pretesa di avere circa 10mila nuovi medici ogni anno e di fornire solo a meno della metà la possibilità di accedere a un corso di formazione post-laurea. (vedi figura 2) Si deve inoltre realizzare un vero cambio di paradigma che chiami il SSN a svolgere pienamente quel ruolo professionalizzante che la legge gli assegna mentre Regioni e facoltà nei fatti gli negano.

2) Valutazione ai fini dell'accesso

La valutazione complessiva del percorso formativo, compreso il Diploma di maturità, deb-

bono avere un peso equilibrato nella valutazione di accesso. Se il sistema del test di ingresso deve essere mantenuto, le materie devono essere coerenti con il percorso formativo concluso e con i contenuti del corso da intraprendere. Non pensiamo che l'accesso libero, spostando la selezione alla fine del primo o del secondo anno in base ai crediti formativi ottenuti, rappresenti una soluzione praticabile. Le scuole di Medicina e Chirurgia non sono pronte ad accogliere 60/70mila iscritti al 1° anno, il rischio, come ha detto qualcuno, è quello di creare delle fabbriche di illusioni e di danneggiare le altre facoltà scientifiche che vedrebbero ridursi gli accessi.

3) Corsi di laurea ed esame di stato

E' necessaria una revisione del Curriculum con tassativa riduzione del numero degli esami e valorizzazione di prove multidisciplinari in itinere (es. progress test e valutazione sul campo) ampliando la parte pratica di contatto con il malato (imparare facendo) ed individuando sedi aggiuntive di insegnamento accreditabili (Ospedali di Insegnamento). Anche ampliando i contenuti deontologici ed umanisti-

ci finalizzandoli all'acquisizione di "non technical skills" per mezzo di specifici moduli interdisciplinari. Se non si vuole rendere la laurea immediatamente abilitante, occorre rivedere le modalità di espletamento dell'Esame di Stato, con l'adozione di nuovi strumenti di valutazione (progress test; presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio) e l'inserimento nella Commissione di esame di una rappresentanza adeguata della professione, al riparo da possibili conflitti di interesse.

4) Corsi di specializzazione

La formazione specialistica del medico è un primario interesse di chi fornisce l'assistenza sanitaria pubblica per cui non può non coinvolgere il Ssn al quale il D.Lgs. 502/92 e s.m. attribuisce un ruolo rilevante.

Essa è, oggi, diventata una vera emergenza nazionale. Il bisogno di professionisti sanitari non è più compiutamente soddisfatto, né per qualità né per quantità, dal modello centrato sul monopolio accademico, ed è necessario ed urgente cominciare a ragionare su nuovi luoghi della didattica medica recuperando il ruolo

Figura 3

Confronto tra borse medicina generale, posti a numero chiuso, contratti di formazione specialistica e fabbisogni (richieste delle Regioni)



Figura 4

Specialità principali del SSN: pensionamenti dei medici specialisti operanti nel SSN confrontati con i contratti di formazione MIUR ad invarianza di programmazione (proiezione decennale, 2014÷2023)

| SPECIALITA' CARENTI | Numero di Medici Specialisti dipendenti del SSN che con approssimazione acquisiranno nel periodo 2014÷2023 i criteri di pensionamento (fonte: CAT 2010, Minist. della Salute 2012 e Ced FNOMCeO 2012) | Contratti di formazione estrapolabili nel periodo 2014-2023 (fonte MIUR: media ultimi 3 anni accademici 2010-2013) | differenza a invarianza di programmazione |
|--------------------------|--|--|---|
| Pediatria (inclusi PLS*) | 6001 | 2900 | -3101 |
| Medicina Interna | 4119 | 2280 | -1839 |
| Chirurgia Generale | 3621 | 2710 | -911 |
| Cardiologia | 2904 | 2480 | -424 |
| Ortopedia | 2109 | 1900 | -209 |
| Ginecologia | 2647 | 2160 | -487 |
| Anestesiologia | 5481 | 5140 | -341 |
| Urologia | 963 | 820 | -143 |
| Geriatrica | 1422 | 1280 | -142 |
| Psichiatria | 2653 | 1820 | -833 |
| Igiene e sanità pubblica | 1982 | 1400 | -582 |
| Radiologia | 2943 | 3420 | 477 |

*PLS: Pediatri di libera scelta

lo e le prerogative del Ssn in un processo cruciale per il futuro della Sanità pubblica. Per di più, il fallimento della programmazione ha creato un profondo gap tra numero di laureati, in crescita, e numero di posti nelle scuole, in diminuzione.

La previsione del titolo di specializzazione come requisito per l'accesso al Ssn ha allungato enormemente il periodo formativo, ritardando l'accesso al lavoro dei medici con tutte le conseguenze, previdenziali e di carriera, del caso.

La eccessiva lunghezza di tale percorso, in molte discipline lontano dal garantire gli obiettivi previsti dalla UE, e dalla normativa italiana, rischia di rendere inutilmente penalizzante per i medici che completano la propria formazione in Italia, il mantenimento dell'obbligo della specializzazione per accedere alla dirigenza medica del Ssn.

Una alternativa alla possibilità di inserimento immediato del neolaureato nei posti vacanti del Ssn, laddove è, dai vigenti contratti, considerato come "Dirigente medico in formazione", potrebbe essere rappresentata dal considerare il secondo triennio come contratto

di formazione lavoro da svolgere nelle strutture del SSN con compiti e retribuzione, diretta ed indiretta, contrattualizzati.

Oggi, gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorché occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano l'esistenza. Non meraviglia se negli ultimi 15 anni il rapporto tra discipline specialistiche è rimasto sostanzialmente invariato ad onta della rivoluzione demografica ed epidemiologica che ha attraversato la medicina. (vedi figura 3).

Conclusioni

La formazione postlaurea è sottratta agli ospedali, a differenza di quanto accade in tutto il resto dell'Europa, e finalizzata più agli interessi dell'Università che a quelli del discente e del Ssn. Il risultato è che un medico, quando riesce a svolgere la professione nel Ssn ha superato abbondantemente i 30 anni di età e la sua formazione specialistica, spesso, a quanto sostengono gli interessati, è modesta.

Il ricambio generazionale poi, è un evento quasi sconosciuto negli ultimi anni: il turnover dei medici ospedalieri è, nella migliore delle ipo-

tesi, limitato al 50% per le restrizioni economiche imposte dalle leggi finanziarie, e spesso, sempre per i soliti motivi di risparmio, si ricorre ad incarichi precari. È evidente come, anche in questi casi, lo sviluppo professionale dei nuovi medici risulti limitato.

Di questo passo la qualità del sistema ne risentirà pesantemente, soprattutto nel prossimo futuro, quando un ampio numero di medici attualmente in servizio sarà giunto all'età della pensione ed il Ssn non sarà stato fornito dei necessari ricambi, in numero adeguato e con preparazione adeguata. (vedi figura 4).

Di fronte ad un costante aumento della domanda di assistenza sanitaria, ci attende, in queste condizioni, un peggioramento della risposta da parte del sistema, un aumento del contenzioso legale, un aumento dei costi per le coperture assicurative, e, soprattutto un aumento dei costi complessivi, dato che, in particolar modo in Sanità, la qualità significa risparmio.

Assumere dirigenti medici e formarli adeguatamente, costa. Ma quanto ci costerà, fra pochi anni, non averli assunti? Quanto ci costerà non avere ricambi adeguatamente formati?

Ecco da dove vog

Interviste ai responsabili delle Macro Regioni

Dario Amati
Coordinatore Anaa Assomed
Macro Regione Nord

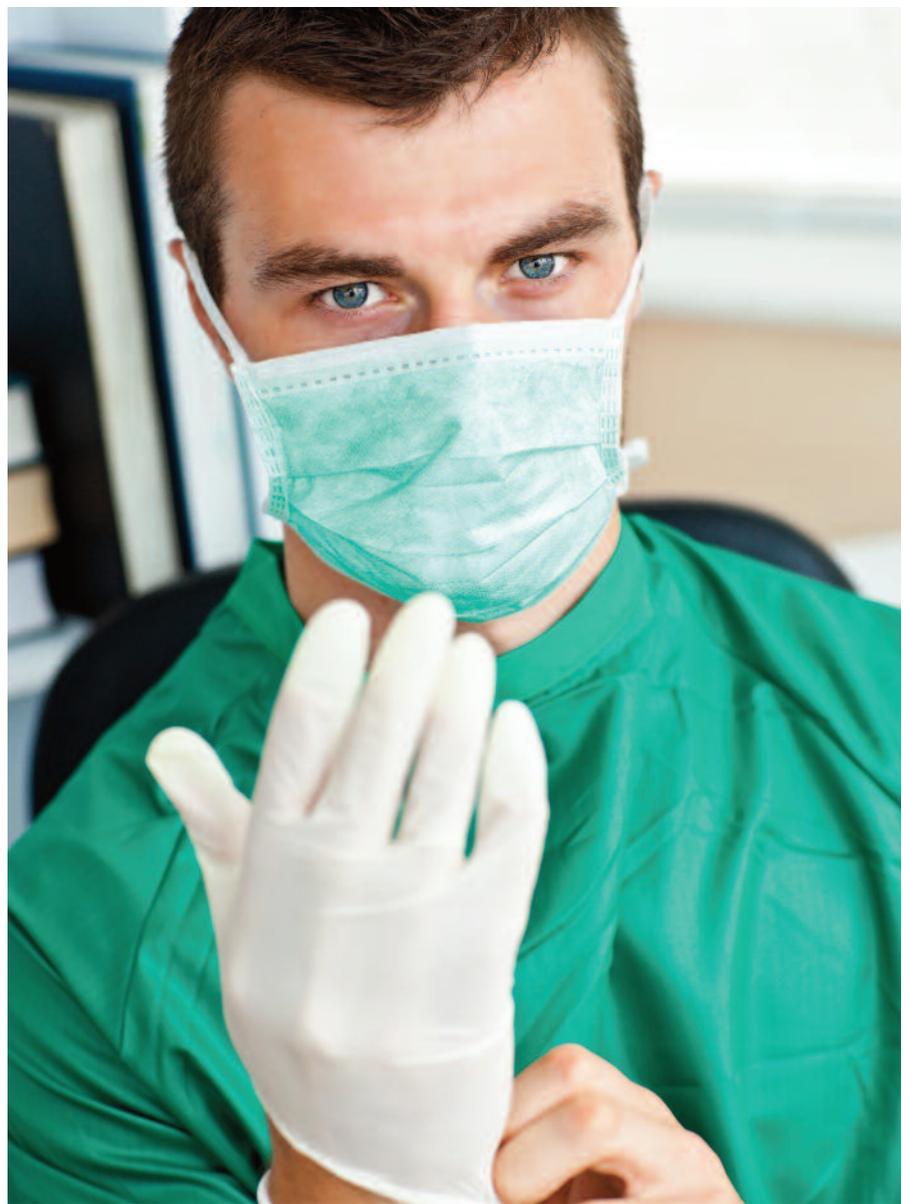
“Rinnovamento generazionale, lavoro e formazione. I punti da cui ripartire”

Dottor Amati, quali sono le principali criticità dell'area di cui lei è responsabile?

Il sistema sindacale è vecchio, perché i dipendenti sono vecchi e questo è un dato di fatto. La base è sempre meno composta da giovani, che sono considerati tutt'ora degli invisibili. Noi dobbiamo cercare di far partecipare i giovani medici allo stesso modo degli assunti a tempo indeterminato. Questa per noi al momento è la sfida più grande: mettere sullo stesso piano il precario e il dipendente e poi supera-

re sia il precariato che la dipendenza con un contratto nuovo. **Quali le sue proposte per superare queste criticità?**

Il mio primo obiettivo è quello di fare un censimento in modo da avere una fotografia di tutti i contratti atipici. Questo ci darà un quadro completo della drammaticità della situazione. Non potendo più assumere le aziende utilizzano i contratti atipici come strumento alternativo al concorso e ciò pone delle problematiche sia organizzative per quanto riguarda la struttura, che di tutela del lavoro per chi lo eroga. Come responsabile macro area del Nord lavorerò con i responsabili regionali per attingere a questi dati e per elaborarli. È una bella responsabilità ma noi siamo pronti ad assumercela a tutti gli effetti. Poi vorrei che nell'Anaa ci fossero più giovani tutti mediamente arrabbiati. Io voglio lasciare ai miei figli, qualora diventassero medici, un sistema completamente diverso in cui loro possano partecipare ed essere formati da subito sulla questione lavorativa e non parlo solo di diritti, ma anche di doveri che devono essere subito ben chiari da quando sono studenti. Solo in questo modo potranno essere attori della programmazione sanitaria. Come giovani per troppi anni abbiamo subito, poi abbiamo deciso che era giusto alzare la testa e loro devono essere consapevoli, fin da subito, che hanno dei doveri in primis, ma che possono anche rivendicare dei diritti e questa è l'eredità che vorrei lasciare.



Se dovesse invece indicare delle urgenze, quali sarebbero?

Direi la difesa del Sistema sanitario, senza che però questo suoni come un luogo comune. Per esempio nella macro area del Nord, quella che rappresento, abbiamo il modello della Lombardia che prevede un sistema assolutamente competitivo del privato rispetto al pubblico con un privato che oltre ad

offrire servizi deve avere un guadagno. Questa competizione per me pone in essere un problema di conflitto d'interesse. Noi dobbiamo essere i garanti del Ssn e difenderlo fino a che è possibile per le nostre possibilità. Questa è la mia/nostra urgenza principale.

Le sue parole d'ordine come coordinatore di macro regione del Nord?



liamo partire

Se dovessi indicarne quattro, le mie parole d'ordine per i prossimi anni sono: rinnovamento generazionale, eredità di valori per i giovani medici, lavoro e formazione.

Claudia Pozzi
 Coordinatrice Anaa Assomed
 Macro Regione Centro

“Senza formazione continua non c'è qualità e senza qualità non c'è efficienza”

Dottorssa Pozzi, quali sono le principali criticità dell'area di cui lei è responsabile?

Pensando alle criticità alle quali dovremo fare fronte nel prossimo futuro come responsabili dei vari settori Anaa giovani, mi vengono in mente tre punti. Il primo è rappresentato dalla presenza di posizioni di lavoro precario con contratti atipici che, nel 2014, non sono più accettabili. In particolare mi riferisco a contratti “atipici” di figure con elevato profilo professionale ed esperienza pluriennale che svolgono ruoli spesso centrali all'interno di ambulatori o re-

parti di degenza. Il secondo aspetto riguarda la scarsa tutela delle lavoratrici donna, soprattutto nella fase delicata della maternità, e le difficoltà legate alle sostituzioni ed alla necessità di conciliare vita e lavoro; questo aspetto, in futuro, sarà sempre più rilevante vista la percentuale di donne medico che entrano nel mondo del lavoro ogni anno. Come terzo punto ritengo importante sottolineare la scarsa consapevolezza dei ruoli connessi alla nostra professione ed in particolare al ruolo del sindacato.

Quali le sue proposte per superare queste criticità?

Riguardo all'aspetto del precariato, come gruppo Anaa giovani ci siamo impegnati a livello nazionale a descrivere l'entità di questo fenomeno sia sul piano qualitativo che quantitativo attraverso una forma di censimento che coinvolgerà capillarmente i coordinatori regionali e aziendali. Ritengo inoltre fondamentale attuare delle strategie per diffondere la conoscenza delle suddette criticità. A tal proposito il mio impegno, a livello sia aziendale sia regionale e di macroarea, sarà quello di tessere una rete di conoscenze per sviluppare un gruppo di lavoro attivo in continua crescita ed evoluzione.

Se dovesse invece indicare delle urgenze, quali sarebbero?

Come illustrato nei lavori presentati dai nostri colleghi sugli organi di stampa e nelle sedi congressuali sia a livello regionale che nazionale, sicuramente il problema più urgente è rappresentato dallo squilibrio tra il numero di pensionamenti e le nuove assunzioni che porterà a breve ad una sensibile carenza di personale. Il fenomeno deve essere conosciuto e diffuso all'interno delle singole autorità competenti a livello regionale condividendo possibili strategie di in-

tervento. Inoltre, come già anticipato, questo fenomeno associato al precariato potrebbe provocare il trasferimento di preziose figure professionali formate in Italia con una conseguente enorme perdita culturale e di ulteriore sviluppo delle relative équipe professionali. Senza formazione continua non c'è qualità e senza qualità non c'è efficienza.

Le sue parole d'ordine come Coordinatrice macro regione Centro?

Determinazione, apertura, trasparenza.

Francesco Ursini
 Coordinatore Anaa Assomed
 Macro Regione Sud

“Serve un atto di coraggio per rivoluzionare completamente la politica sanitaria”

Dottor Ursini, quali sono le principali criticità dell'area di cui lei è responsabile?

Sicuramente la problematica principale nelle Regioni del Sud è quella legata ai piani di rientro, attivi in

tutte le Regioni ad eccezione della Basilicata, con le conseguenze che ne scaturiscono. Da un lato, il risvolto occupazionale: il blocco del turn-over determina la necessità per i giovani medici di fuggire fuori Regione o peggio, favorisce la sanità privata arricchendola di professionalità fresche ed a basso costo, offrendo in cambio condizioni di lavoro precario ed assolutamente inadeguate. Dall'altro, l'inesorabile impoverimento della rete sanitaria esistente, all'interno della quale gli operatori si trovano a lavorare in condizioni di sempre maggiore ristrettezza, con grave ricaduta sulla performance e sull'equità di accesso alle cure. Tutto questo concorre a creare nell'utenza il fantasma della malasanita, irrigidendo ulteriormente il rapporto tra medico e paziente che, invece di essere alleati in una battaglia che li vede coinvolti dalla stessa parte della barricata, diventano antagonisti in un circolo vizioso senza soluzione.

Quali le sue proposte per superare queste criticità?

Di certo è necessario un atto di coraggio istituzionale finalizzato a revisionare completamente la politica sanitaria. Si tratta di una rivoluzione necessaria, nella direzione della gestione virtuosa, che non può prescindere da un coinvolgimento degli operatori sanitari in tutte le sue fasi.

Se dovesse invece indicare delle urgenze, quali sarebbero?

La principale urgenza resta quella occupazionale, specie nel sistema emergenza-urgenza, dove la carenza strutturale ha ricadute più immediate, ma non più gravi, che negli altri settori. A cascata, una riforma della rete assistenziale che comprenda territorio e ospedale.

Le sue parole d'ordine come Coordinatore di macro regione del Sud?

In ordine di logica sequenzialità, ma non di importanza: programmazione dei fabbisogni, formazione integrata Università-Ospedale, occupazione e condizioni di lavoro dignitose. Diamoci la possibilità di credere ancora nel nostro sistema sanitario.



Ospedalità pubblica e privata accreditata

Posti letto per acuti e non acuti sotto la lente

di **Fabio Florianello**
 Presidente Consiglio
 Nazionale Anaaao Assomed

L'analisi della ripartizione dei posti letto aiuta a individuare possibili cause alla base dei frequenti fenomeni di sovraffollamento dei servizi ospedalieri d'urgenza. In queste pagine un esame accurato sullo stato dell'arte dei PI: c'è carenza soprattutto in alcune Regioni

Tramontate le resistenze, anche ideologiche, nei confronti dell'ospedalità privata accreditata definitivamente ritenuta una risorsa significativa nel panorama sanitario nazionale, è interessante dare uno sguardo analitico alla attuale ripartizione in termini di posti letto tra pubblico e privato accreditato, tra acuti e non acuti (Tab 1).

Tale analisi, infatti, può essere utile oltre che a fare il punto sulla situazione attuale in termini di generale dotazione di posti letto, a cercare di comprendere quali siano i prevalenti indirizzi di offerta di cui si avvale il Servizio sanitario nazionale e ad individuare possibili cause alla base dei frequenti fenomeni di sovraffollamento dei servizi ospedalieri d'urgenza. Anche in relazione all'ipotesizzato taglio di posti letto in applicazione del D.L. 135/2012 sulla spending review.

Tale analisi, infatti, può essere utile oltre che a fare il punto sulla situazione attuale in termini di generale dotazione di posti letto, a cercare di comprendere quali siano i prevalenti indirizzi di offerta di cui si avvale il Servizio sanitario nazionale e ad individuare possibili cause alla base dei frequenti fenomeni di sovraffollamento dei servizi ospedalieri d'urgenza. Anche in relazione all'ipotesizzato taglio di posti letto in applicazione del D.L. 135/2012 sulla spending review.

Posti Letto per Acuti.

I posti letto per "acuti" attualmente in esercizio sono pari ad un totale di 195.326, di cui 167.526 nelle strutture pubbliche e 27.800 nel privato accreditato, pari rispettivamente all'81% ed al 19%. Tale ripartizione si riferisce alla media italiana ed è ovviamente diversificata da Regione a Regione.

Il pubblico copre oltre il 98% in Liguria, il 96% in Basilicata e Prov. Aut. di Bolzano, il 95% nel Veneto. Seguono tra l'80 ed il 90% Piemonte, Prov. Aut. di Trento, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Puglia e Sardegna. Tra il 72 e 76% del totale sono

invece i letti nelle strutture pubbliche in Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Calabria e Sicilia (tab.2). Il rapporto tra numero di posti letto per acuti e numero di residenti risulta attualmente pari al 3,29%, lievemente superiore rispetto al 3,0‰ indicato dalla L. 135/2012. Andando però a suddividere lo stesso rapporto tra le due tipologie di strutture pubbliche e private, si evidenzia che tale rapporto scende al 2,82‰ se riferito alle sole strutture pubbliche, e allo 0,47‰ se riferito al privato accreditato.

Perché riportare questa differenziazione, peraltro presente anche nei dati ministeriali?

Se andiamo ad incrociare tali dati con quelli relativi all'offerta di servizi per l'emergenza/urgenza, quali Pronto Soccorso (P.S.), Dipartimenti d'Emergenza-Urgenza (D.E.A.), Unità di Terapia Intensiva (U.T.I.), di Cura Coronarica (U.C.C.), Centri Trasfusionali (C.T.), Dialisi, si evidenziano importanti differenze (Tab.3).

Nell'ambito dell'ospedalità pubblica i servizi di P.S. e D.E.A. sono presenti rispettivamente nell'81% e 52% delle strutture vs. il 3,8% ed il 7%

del privato. Le U.T.I. sono presenti nel pubblico nel 60% delle strutture vs. il 9,4% del privato, le U.C.C. nel 60% vs. il 24%, i C.T. nel 53,3% vs. lo 0,4% e le Dialisi nel 61% vs. il 9,2%.

Tali diversità, oltre ad indicare una minor propensione del privato verso le patologie d'urgenza, determina in base alla legge dell'offerta un maggiore afflusso di pazienti con patologie urgenti verso le strutture pubbliche, proprio in relazione al maggior numero di servizi dedicati all'emergenza/urgenza, ma dove la dotazione di posti letto non è talora in grado di far fronte alle richieste. Parliamo del 2,82‰ anziché del 3‰, pari ad una differenza di 12.500 posti letto. In questa situazione, i servizi di emergenza-urgenza si vengono a trovare in carenza di posti letto determinando le note conseguenze di sovraffollamento, attese, disservizi e disfunzionamenti. Come sovente si verifica, infatti, nelle Regioni con un più basso rapporto posti letto pubblici/residenti.

Posti Letto per Non Acuti.

I posti letto per "non acuti" attualmente in eser-



Tabella 1 - Ripartizione Posti Letto in esercizio

| Posti Letto | Pubblico | Privato Accreditato |
|-------------|----------|---------------------|
| Acuti | 195.326 | 35.012 |
| Non Acuti | 18.069 | 16.943 |
| Totale | 213.395 | 51.955 |

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute

Tabella 3 - Presenza dei servizi d'emergenza-urgenza nel pubblico e privato accreditato

| Servizi Emergenza-Urgenza | % su totale Ospedali Pubblici | % su totale Ospedali Privati Accreditati |
|---------------------------|-------------------------------|--|
| DEA | 52,2 | 3,8 |
| P.S. | 80,9 | 7 |
| U.T.I. | 60,1 | 9,4 |
| U.C.C. | 60 | 24 |
| Centri Trasfusionali | 53,3 | 0,4 |
| Dialisi | 61,5 | 9,2 |

Fonte: Elaborazione sui dati Ministero della Salute

cizio sono pari a 35.012, ripartiti in 18.069 nelle strutture pubbliche e 16.943 nel privato accreditato. In termini percentuali il 51,6 sono letti pubblici, il 48,4 sono letti privati accreditati. Nell'ambito del totale di posti letto (acuti e non acuti) il pubblico dedica l'8,5% dei suoi posti letto ai non acuti, il privato 48,4% (tab. 4).

Ancora una volta dai dati si evince una diversa propensione dell'offerta pubblica e privata accreditata. In riferimento poi alla L. 135/2012, che prevede un rapporto/1000 residenti dello 0,7%, dobbiamo sottolineare che i 35.012 posti letto totali (pubblici e privati) sono pari allo 0,59% residenti, pari a circa 6.500 posti letto in meno indicati dalla normativa. A riprova delle difficoltà di ricovero nelle strutture per non acuti, con le conseguenti difficoltà nelle dimissioni ed inevitabile allungamento delle degenze nei reparti per acuti.

In conclusione, al di là di ogni altra considerazione, i dati globali rischiano, se non correttamente analizzati, di trarre in inganno. Il totale dei posti letto pubblici e privati accreditati pari al 3,88 residenti, comprensivo della somma posti letto per acuti e non acuti, risulta infatti sensibilmente superiore al 3,7 previsto dalla Legge.

La realtà, al contrario, evidenzia una più generale carenza soprattutto in alcune Regioni, anche in riferimento ad una normativa che comunque rimane discutibile. Non è un caso infatti che la media dei posti letto Ocse, come noto, è del 4,96% residenti.

Tabella 2 - Posti letto per ACUTI per 1.000 residenti, per Regione - Anno 2012

| Regioni | Regione Popolazione al 1° gennaio | Posti letto per acuti nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate | Posti letto per acuti per l'attività accreditata nelle case di cura private accreditate | Posti letto per acuti | Posti letto per acuti nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate per 1.000 residenti | Posti letto per acuti per l'attività accreditata nelle case di cura private accreditate per 1.000 residenti | Posti letto per acuti per 1.000 residenti |
|---------------|-----------------------------------|---|---|-----------------------|---|---|---|
| Piemonte | 4.357.663 | 12.546 | 1.059 | 13.605 | 2,88 | 0,24 | 3,12 |
| Valle d'Aosta | 126.620 | 452 | - | 452 | 3,57 | - | 3,57 |
| Lombardia | 9.700.881 | 27.164 | 4.684 | 31.848 | 2,80 | 0,48 | 3,28 |
| P. A. Bolzano | 504.708 | 1.740 | 56 | 1.796 | 3,45 | 0,11 | 3,56 |
| P. A. Trento | 524.877 | 1.641 | 110 | 1.751 | 3,13 | 0,21 | 3,34 |
| Veneto | 4.853.657 | 15.339 | 797 | 16.136 | 3,16 | 0,16 | 3,32 |
| Friuli V. G. | 1.217.780 | 4.189 | 496 | 4.685 | 3,44 | 0,41 | 3,85 |
| Liguria | 1.567.339 | 5.600 | 79 | 5.679 | 3,57 | 0,05 | 3,62 |
| E. Romagna | 4.341.240 | 13.545 | 2.839 | 16.384 | 3,12 | 0,65 | 3,77 |
| Toscana | 3.667.780 | 11.277 | 1.244 | 12.521 | 3,07 | 0,34 | 3,41 |
| Umbria | 883.215 | 2.601 | 239 | 2.840 | 2,94 | 0,27 | 3,22 |
| Marche | 1.540.688 | 4.761 | 501 | 5.262 | 3,09 | 0,33 | 3,42 |
| Lazio | 5.500.022 | 16.155 | 2.580 | 18.735 | 2,94 | 0,47 | 3,41 |
| Abruzzo | 1.306.416 | 3.647 | 593 | 4.240 | 2,79 | 0,45 | 3,25 |
| Molise | 313.145 | 1.021 | 94 | 1.115 | 3,26 | 0,30 | 3,56 |
| Campania | 5.764.424 | 12.244 | 4.733 | 16.977 | 2,12 | 0,82 | 2,95 |
| Puglia | 4.050.072 | 10.549 | 1.777 | 12.326 | 2,60 | 0,44 | 3,04 |
| Basilicata | 577.562 | 1.750 | 56 | 1.806 | 3,03 | 0,10 | 3,13 |
| Calabria | 1.958.418 | 4.644 | 1.381 | 6.025 | 2,37 | 0,71 | 3,08 |
| Sicilia | 4.999.854 | 11.442 | 3.596 | 15.038 | 2,29 | 0,72 | 3,01 |
| Sardegna | 1.637.846 | 5.219 | 886 | 6.105 | 3,19 | 0,54 | 3,73 |
| ITALIA | 59.394.207 | 167.526 | 27.800 | 195.326 | 2,82 | 0,47 | 3,29 |

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico - Ufficio di Statistica

Tabella 4 - Posti letto per NON ACUTI per 1.000 residenti, per Regione - Anno 2012

| Regione | Popolazione al 1° gennaio | Posti letto per non acuti nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate | Posti letto per non acuti per l'attività accreditata nelle case di cura private accreditate | Posti letto per non acuti | Posti letto per non acuti nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate per 1.000 residenti | Posti letto per non acuti per l'attività accreditata nelle case di cura private accreditate per 1.000 residenti | Posti letto per non acuti per 1.000 residenti |
|---------------|---------------------------|---|---|---------------------------|---|---|---|
| Piemonte | 4.357.663 | 2.352 | 2.365 | 4.717 | 0,54 | 0,54 | 1,08 |
| Valle d'Aosta | 126.620 | 1 | - | 1 | 0,01 | - | 0,01 |
| Lombardia | 9.700.881 | 4.175 | 3.414 | 7.589 | 0,43 | 0,35 | 0,78 |
| P. A. Bolzano | 504.708 | 85 | 208 | 293 | 0,17 | 0,41 | 0,58 |
| P. A. Trento | 524.877 | 215 | 295 | 510 | 0,41 | 0,56 | 0,97 |
| Veneto | 4.853.657 | 2.334 | 448 | 2.782 | 0,48 | 0,09 | 0,57 |
| Friuli V. G. | 1.217.780 | 313 | 77 | 390 | 0,26 | 0,06 | 0,32 |
| Liguria | 1.567.339 | 646 | 81 | 727 | 0,41 | 0,05 | 0,46 |
| E. Romagna | 4.341.240 | 2.168 | 1.747 | 3.915 | 0,50 | 0,40 | 0,90 |
| Toscana | 3.667.780 | 554 | 711 | 1.265 | 0,15 | 0,19 | 0,34 |
| Umbria | 883.215 | 297 | 32 | 329 | 0,34 | 0,04 | 0,37 |
| Marche | 1.540.688 | 402 | 405 | 807 | 0,26 | 0,26 | 0,52 |
| Lazio | 5.500.022 | 1.368 | 2.766 | 4.134 | 0,25 | 0,50 | 0,75 |
| Abruzzo | 1.306.416 | 277 | 459 | 736 | 0,21 | 0,35 | 0,56 |
| Molise | 313.145 | 211 | 60 | 271 | 0,67 | 0,19 | 0,87 |
| Campania | 5.764.424 | 460 | 1.209 | 1.669 | 0,08 | 0,21 | 0,29 |
| Puglia | 4.050.072 | 782 | 708 | 1.490 | 0,19 | 0,17 | 0,37 |
| Basilicata | 577.562 | 225 | 104 | 329 | 0,39 | 0,18 | 0,57 |
| Calabria | 1.958.418 | 130 | 745 | 875 | 0,07 | 0,38 | 0,45 |
| Sicilia | 4.999.854 | 948 | 871 | 1.819 | 0,19 | 0,17 | 0,36 |
| Sardegna | 1.637.846 | 126 | 238 | 364 | 0,08 | 0,15 | 0,22 |
| ITALIA | 59.394.207 | 18.069 | 16.943 | 35.012 | 0,30 | 0,29 | 0,59 |

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico - Ufficio di Statistica

Il Transatlantic trade investment partnership

di Enrico Reginato
Presidente Fems

I rischi per i servizi nazionali europei

È in corso un negoziato fra Unione Europea e Stati Uniti d'America noto come Ttip (Transatlantic trade and investment partnership) per un accordo di libero scambio, la rimozione di barriere commerciali che aumenterebbe e agevolerebbe l'acquisto, la vendita di beni e servizi e gli investimenti in ciascuna delle economie locali. I punti principali dell'accordo

La Commissione europea negozia a nome dell'Ue e dei suoi 28 Stati membri (che hanno concordato all'unanimità) ed opera secondo le linee guida da loro stabilite. Il Dipartimento del commercio guida i negoziati e lavora in stretta collaborazione con gli altri servizi della Commissione e dall'inizio dei colloqui (giugno 2013) gli incontri sono stati frequenti.

Il Consiglio (in cui siedono i rappresentanti dei Governi degli Stati membri) e il Parlamento europeo sono regolarmente coinvolti nel processo negoziale. Tuttavia non vi sono molte informazioni sullo stato della trattativa.

Nelle intenzioni dei partecipanti alla trattativa c'è la rimozione delle barriere commerciali che aumenterebbe ed agevolerebbe l'acquisto e la vendita di beni e servizi e gli investimenti in ciascuna delle economie locali.

L'accordo ha tre elementi principali:

- Accesso al mercato: la rimozione dei dazi doganali sulle merci e le restrizioni relative ai servizi, ottenendo un migliore accesso ai mercati pubblici, e rendendo più facile investire;
- Miglioramento della coerenza normativa e della cooperazione, smantellando gli ostacoli normativi inutili come la duplicazione burocratica;
- Cooperazione migliorata nel definire gli standard internazionali.

Su entrambi i lati dell'Atlantico spesso esistono diverse strutture normative e tradizioni. Il risultato sono diversi regolamenti che a volte

rendono molto più difficile per le imprese entrare nel mercato altrui. L'Ue pone agli Stati Uniti però una condizione: "noi non rinunciamo ai livelli di protezione che abbiamo in Europa". Questo vale anche per la salute e l'ambiente, e per la tutela dei consumatori.

Per esempio le carni agli ormoni non sono consentite nella Ue e l'accordo commerciale prevede di non cambiare la situazione. L'allineamento normativo e di reciproco riconoscimento sarà possibile solo se viene garantita una reale convergenza sulle norme di sicurezza e ambientali richieste.

Fra gli argomenti di discussione si garantisce che lo Stato tratterà le imprese pubbliche (imprese in cui lo Stato detiene una quota di maggioranza), allo stesso modo delle altre aziende. Qui si aprono, allora, alcuni problemi per i sistemi sanitari europei.

È vero che l'accordo di libero scambio esclude esplicitamente la liberalizzazione dei servizi pubblici, e consente all'Ue di mantenere monopoli per la fornitura di servizi pubblici a tutti i livelli amministrativi. Ma in molti ambiti c'è la privatizzazione della fornitura di servizi sanitari e sono state aperte opportunità di investimento ad investitori stranieri.

I negoziatori Ttip utilizzano un approccio ad 'elenco negativo' per determinare quali settori devono essere inclusi nel trattato. Ciò significa che i Paesi devono esplicitamente indicare i servizi che desiderano escludere. Se i servizi sani-



tari non vengono esplicitamente esclusi dal mandato dell'UE, potrebbero in teoria - come l'istruzione, i servizi sociali e culturali - essere riconosciuti come un settore 'sensibile'. Tuttavia, il mandato della Commissione europea per il Ttip chiarisce che, pur riconoscendo il carattere sensibile di alcuni settori, l'obiettivo è quello di raggiungere il più alto livello di liberalizzazione, che copre tutti i settori, affrontando le rimanenti barriere di accesso al mercato.

Non vi è alcuna indicazione finora che i servizi sanitari devono essere trattati come 'sensibili', o anche fino a che punto i settori sensibili saranno esenti da disposizioni del Ttip.

Già si vedono alcune tendenze alla privatizzazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale e gli accordi per il Ttip dovrebbero essere visti con grande attenzione.

L'armonizzazione delle norme di salute e sicu-

sanitari



rezza potrebbe significare l'attenuazione delle misure di sanità pubblica che disciplinano l'uso di etichettatura dei prodotti alimentari, pesticidi, sostanze chimiche, la presenza di ormoni nella produzione di carne e così via.

L'Ue ha in genere più elevati standard di regolamentazione di salute e sicurezza rispetto agli Stati Uniti e tali differenze normative provengono, in parte, dai diversi metodi di decidere norme di sicurezza: l'Ue utilizza il principio di precauzione (dove le prove devono dimostrare che le sostanze non sono nocive), mentre gli Stati Uniti adottano un approccio più rilassato: qualcosa è sicuro fino a prova contraria. Per raggiungere la convergenza, è probabile che le norme attualmente fissate dalla Ue dovranno essere abbassate.

Gli Stati Uniti non hanno attuato alcuni dei diritti fondamentali del lavoro previsti dall'Orga-

nizzazione internazionale del lavoro (Oil), come il diritto alla libertà di associazione e contrattazione collettiva. Ciò significa che la standardizzazione tra Ue e Stati Uniti potrebbe portare un livellamento verso il basso delle norme sul lavoro che si trovano negli Stati Uniti, piuttosto che far salire le norme americane a livello di quelle richieste nella Ue. Potrebbero quindi influenzare gli standard lavorativi degli operatori sanitari con implicazioni preoccupanti per la cura dei pazienti.

Inoltre, la liberalizzazione degli investimenti potrebbe significare, ad esempio, che quando parte di un servizio sanitario viene fornito da personale in un Paese diverso, sarebbe più difficile controllare la qualità e le qualifiche del personale coinvolto.

Il capitolo Ttip sulla proprietà intellettuale comprende disposizioni che potrebbero minare la salvaguardia della salute pubblica sanciti dal diritto commerciale internazionale, dando alle aziende farmaceutiche una maggiore protezione dei brevetti per i prodotti farmaceutici. Un primo effetto di questo sarebbe di ridurre l'accesso ai farmaci generici a prezzi accessibili.

Inoltre, il Ttip può anche avere un'influenza negativa sugli appalti ed anche implicazioni negative per l'uguaglianza del diritto alla salute.

Il meccanismo della risoluzione delle controversie fra Stato ed investitore (Isds: Investor State Dispute Settlement) è uno degli aspetti più controversi dell'accordo e molte organizzazioni stanno spingendo perché sia rimosso. Esso dà agli investitori stranieri il diritto esclusivo di arbitrato commerciale come mezzo di influenza.

Se incluso nel contratto, l'Isds permetterà alle aziende americane che investono nella UE di citare in giudizio l'Ue e i Governi degli Stati membri direttamente per milioni di euro, attraverso un tribunale autonomo di tre giudici/avvocati d'affari, se ritengono che le nuove leggi o regolamenti interferiranno con i loro profitti previsti.

Per fare un esempio, Eureko, un investitore multinazionale di assicurazione sanitaria, ha citato in giudizio il Governo polacco dopo la revoca di una decisione di vendere in borsa azioni Pzu, la compagnia di assicurazione sanitaria di proprietà del Governo. Pzu era, originariamente, di proprietà interamente governativa fino a quando ha venduto il 33% delle sue azioni alla Eureko, con la promessa di una futura ulteriore vendita, per cui era previsto che Eureko ottenesse il controllo di maggioranza. Tuttavia la Polonia ha annullato la decisione e ha rifiutato di vendere ulteriori quote. Eureko ha chiesto un risarcimento attraverso l'arbitrato in base al trattato sugli investimenti Paesi Bassi/Polonia e ha vinto 1.800.000.000 di euro, più un impegno da parte del Governo polacco per la futura privatizzazione di Pzu mediante la vendita di azioni. Clausole di salvaguardia per gli investimenti non riguardano quindi semplicemente mantenimento dei contratti, ma limitano anche la capacità dei Governi di spostare i servizi pubblici fuori dai mercati in cui gli investitori hanno interessi sostanziali.

L'esperienza suggerisce che l'utilizzo di società private per fornire servizi sanitari finanziati

dallo Stato può portare ad un aumento dei costi e la discontinuità del servizio e su questa base, alcuni Paesi (come la Finlandia) sono tornati indietro su alcune decisioni. Tuttavia, l'inclusione di Isds all'interno del Ttip potrebbe rendere difficile per i Governi europei, invertire la mercificazione del Ssn anche se dimostrasse di essere un disastro.

Per la Commissione, coinvolgere le parti interessate nel processo di negoziazione Ttip è di fondamentale importanza. Essa ha, quindi, avviato una serie di iniziative per incoraggiare il flusso e scambio di informazioni.

La Commissione svolge un intenso dialogo con la società civile. Gli eventi si svolgono durante e dopo ogni round di colloqui con diverse centinaia di rappresentanti della società civile presenti. All'ultimo evento hanno preso parte circa 700 rappresentanti dei sindacati, federazioni, organizzazioni non governative e le organizzazioni di tutela dei consumatori. In aggiunta a tali dialoghi, la Commissione ha effettuato tre consultazioni pubbliche sulla Ttip prima dell'inizio dei negoziati e ne sta attualmente conducendo uno sulle questioni specifiche di protezione degli investimenti.

Nel febbraio 2014 la Commissione ha istituito un nuovo gruppo consultivo composto da 14 rappresentanti di settori molto diversi - economia, sindacati, consumatori, ambiente, salute, ecc. Questi rappresentanti consigliano il capo negoziatore dell'Unione e hanno accesso a una vasta gamma di documenti.

La Commissione ha pubblicato sul suo sito web il materiale completo su tutti gli aspetti dei negoziati, anche per quanto riguarda le posizioni e gli obiettivi negoziali dell'Ue.

Il controllo democratico dei negoziati Ttip è particolarmente forte, alla fine del processo il testo negoziato dalla Commissione dovrà essere approvato dagli Stati membri dell'Unione europea in seno al Consiglio e ratificato dal Parlamento europeo. A seconda dei settori contemplati nell'accordo finale i 28 Parlamenti nazionali degli Stati membri dell'Ue potrebbero anche approvare l'accordo.

È quindi necessario che gruppi di pressione vigilino affinché i servizi sanitari nazionali siano effettivamente ed esplicitamente esclusi dal trattato Ttip.

Nell'Aprile 2013 il presidente della British Medical Association, Mark Porter ha chiesto all'allora ministro per il commercio e gli investimenti, Lord Green, che l'assistenza sanitaria sia esplicitamente esclusa dai negoziati.

Il dottor Porter ha sottolineato che in Inghilterra la commercializzazione della sanità avrebbe avuto un impatto negativo sui pazienti e sul personale di assistenza.

La mancata garanzia di esenzione potrebbe causare, secondo Porter, gravi danni alla salute dei cittadini europei.

In risposta, Lord Green ha esplicitamente dichiarato che non vi è alcun nesso tra questa trattativa e la riforma sanitaria del Governo britannico e l'ulteriore liberalizzazione dei servizi sanitari non è argomento discusso all'interno di questi negoziati.

È opportuno che questo tipo di pressioni continuino.



XVII CONGRESSO NAZIONALE RIDISCUETERE LA CLINICA: FORMAZIONE ALLA CURA E INTER-PROFESSIONALITÀ MATERA 25-27 SETTEMBRE 2014

MERCOLEDÌ 24

18.00-20.00 **Eventi artistici e culturali pre-congressuali**

GIOVEDÌ 25

- 08.00 Inizio del XVII° congresso SIPeM
Registrazione degli iscritti
- 08.45- 09.00 **Presentazione del Congresso**
- 09.00-09.15 Saluto delle Autorità
- 09.15-09.30 Presentazione dei laboratori sul tema:
"Il posto del soggetto nella cura";
L. Garrino (TO)
- 09.30-13.00 **Laboratori in parallelo**
1. Apprendere dal "Paziente esperto"
L. Garrino (TO), A. Gargano (TO),
M.S. Padula (MO)
 2. Abilità di counselling e medicina narrativa
come strumenti di educazione alla salute
M. Gangemi (VR), L. Vettore (VR)
 3. La pratica riflessiva nelle professioni di
cura: P. de Mennato (FI), M. Striano (NA)
 4. Diversità e culture: punti di vista e mondi
possibili: M. Marceca (RM),
M.L. Russo (RM)
 5. Autonomia e resilienza nella cronicità:
G. Maserà (MB), A. Delle Fave (MB)
- 13.00-14.30 Colazione mediterranea
- 14.30-15.45 Sessioni Poster
- 16.00 -16.45 **Dialoghi di Matera**
"Ridiscutere la clinica"
Introduce: C. Scandellari (PD)
discutono: C. Rugarli (MI) e V. Dimonte (TO)
- 17.00-18.15 **Tavola rotonda** su
"Politiche della formazione"
Moderano: F. Consorti (RM), P. Gallo (RM)
- 18.15-19.00 Assemblea dei soci SIPeM

VENERDÌ 26

- 08.00 Registrazione degli iscritti
- 09.15-09.30 Presentazione dei laboratori sul tema:
"Formazione inter-professionale per la
cura"; L. Montagna (MI)
- 09.30-13.00 **Laboratori in parallelo**
1. Efficacia della formazione inter-professionale:
A. Marzano (TN), F. Consorti (RM)
 2. Formazione inter-professionale nelle cure
primarie: G. Ventriglia (TO)
 3. Formazione inter-professionale alle competenze:
P. Sestini (SI), C. Arrigoni (PV),
A. Lotti (GE)
 4. Le abilità di comunicazione nelle relazioni
di cura: S. Quadrino (TO), C. Maganza (GE)
 5. Lavorare nei gruppi inter-professionali:
L. Montagna (MI), M. G. De Marinis (RM)
- 13.00-14.30 Colazione mediterranea
- 14.30 -15.45 Presentazione delle comunicazioni selezionate.
Moderatore: G. Renga (TO)
- 16.00 -16.45 **Dialoghi di Matera**
"Curare nel territorio"
Introduce: G. Ventriglia (TO),
discutono G. Bonaldi (MB)
e M. Tombesi (MC)
- 17.00 -18.15 **Tavola rotonda** su
"Sviluppo professionale continuo e formazione
inter-professionale".
Moderano: G. Delvecchio (BG)
e M.G. De Marinis (RM)
- 18.15-19.00 Sessioni poster
- 20.30-22.30 Cena Sociale - Palazzo Firrau-Bernardini

SABATO 27

- 08.00-09.00 Registrazione degli iscritti
- 09.00-13.00 **Atelier formativi**
1. L'osservazione e la valutazione delle
relazioni nei contesti clinici
conducono: P. de Mennato, M. Striano
 2. Processi decisionali condivisi col paziente
(shared decision making) ed EBM
conducono: P. Sestini, L. Vettore
 3. Formare i "Pazienti simulati"
conducono: L. Montagna, S. Oldani
 4. Pedagogia dei genitori
conducono: R. Zucchi, A. Moletto
 5. Formazione inter-professionale in ecografia
clinica
conducono: V. O. Palmieri, S. Tardi,
F. Minerva, S. Pugliese, A. Bonelli,
G. Nicoletti
 6. Formazione inter-professionale per la
pianificazione di Percorsi Diagnostico-
Terapeutici Assistenziali (PDTA)
conducono: A. Sacco, V. O. Palmieri,
A. Belfiore, N. Bucciantone
- N.B.: Coloro che desiderano partecipare a un
atelier debbono indicare il titolo dell'atelier pre-
ferito e un titolo come seconda scelta nel caso
che la prima scelta non raggiunga il numero
minimo previsto di partecipanti
- 13.00 Chiusura del Congresso
- 14.00-20.00 Programma culturale
- 18.15-19.00 Sessioni poster
- 20.30-22.30 Cena Sociale - Palazzo Firrau-Bernardini

Informazioni logistiche, istruzioni per gli abstract e iscrizioni a www.pedagogiamedica.it

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

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
STRpress, Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di luglio 2014