



POLITICA E SANITÀ

Fimmg a Sisac: «Tavoli separati, noi contro l'ospedalizzazione del territorio»

La Fimmg punta a tavoli separati in vista della trattativa per il rinnovo della convenzione di medicina generale. L'accordo nazionale di cui si discute con l'agenzia delle regioni Sisac, di cui è stata presentata la bozza ieri, l'11 aprile non prevede aumenti, «ma c'è il rischio che preveda uno stravolgimento dei compiti del Mmg, un'ospedalizzazione del territorio, anzi uno stalag della medicina territoriale, e bisogna andare a vedere le carte», come afferma il vicesegretario del sindacato **Silvestro Scotti**. Che spiega come mai, malgrado abbia bocciato l'atto d'indirizzo delle regioni, la Fimmg – primo sindacato della medicina generale – chieda a gran voce l'avvio di una trattativa tecnica. «E' una tavolo che tratta della Ri-fondazione, e chiediamo intanto a Sisac che il nostro sindacato – che ha proposto il ruolo unico tra medici di assistenza primaria e continuità assistenziale, la retribuzione a parte dei fattori produttivi e una chiara definizione del ruolo giuridico del Mmg - sia ascoltato separatamente rispetto agli altri. Inoltre puntiamo a un confronto trasparente tra due piattaforme – spiega Scotti – la nostra e quella delle regioni, per vedere se puntano a rafforzare il territorio o a renderlo residuale come invece farebbe pensare il ritardo sul tabellino di marcia della legge Balduzzi, la quale prevedeva si arrivasse alla firma dell'accordo nazionale già un anno fa». Scotti chiede un contratto nazionale forte e garantito a livello centrale, e teme «una sanità territoriale strutturata, un passaggio da un'assistenza medica fondata sul rapporto duale a un' assistenza infermieristica come si configura in alcuni modelli regionali –Emilia Romagna- con meno medici, strutturati in Case della Salute che forse sono solo una scusa per attribuirci un contratto di pseudo dipendenza senza le tutele tipiche (ferie, malattia) e senza alcuni aspetti strutturali. Nella dipendenza è il datore di lavoro ad investire nei fattori produttivi. Qui invece si parla di destinare gli aumenti della massa salariale a coprire costi di personale e dotazione. Ma quelli sul salario sono aumenti legati ai nostri compiti, non si usano per coprire costi, al più premiano le performance». Scotti aggiunge che il contratto non è a costo zero per il Ssn. «Ci dovrebbe essere attribuita una quota a titolo d'indennità di vacanza contrattuale, riconosciuta dalla Finanziaria 2012 e richiamata dal Ministero dell'Economia nell'affiancare regioni in piano di rientro come la Campania. Pochi soldi, comunque».

Mauro Miserendino

Piattaforma Sisac, medici pagati a budget e redistribuzione delle indennità

Niente aumenti, vecchi incentivi dei gruppi redistribuiti su Aft e Uccp, tabellino di marcia per arrivare al ruolo unico: ecco che cosa si devono aspettare di discutere i medici di famiglia (nonché, in parte, pediatri e specialisti) con la Sisac alla ripresa delle trattative l'11 aprile prossimo. La piattaforma della Struttura interregionale sanitari convenzionati – che fa da controparte ai sindacati medici - non contiene grandi novità, in apparenza, rispetto all'atto d'indirizzo che l'ha preceduta. È un documento breve che enuncia sei principi comuni a tutte le categorie di medici del territorio e poi spiega, per la medicina generale, perché il ruolo unico, la pari dignità tra assistenza primaria e guardia medica, può realizzarsi solo quando vanno a regime le nuove aggregazioni (funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie). L'obbligo di aderire a queste forme organizzative e alle reti informatiche regionali e del ministero dell'Economia è sancito insieme all'obbligo per le regioni di predisporre Aft e Uccp entro sei mesi dalla firma dell'accordo. Entro 12 mesi dalla firma dell'Accn, ogni regione deve emanare l'accordo integrativo, pena la sospensione ai medici della quota variabile.

Quest'ultima remunererà sempre più le priorità che ogni regione si sceglie. Infine, le attuali indennità associative e gli incentivi per le dotazioni andranno inseriti in un unico calderone e redistribuiti per finanziare Aft e Uccp.

Sulla medicina generale, Sisac peraltro si premura di costruire un tabellino di marcia verso il ruolo unico tra medici pagati a scelte e medici pagati ad ore, e verso la remunerazione al mmg delle spese per i fattori produttivi (infermiere, collaboratore). Per realizzarlo ci vogliono:

- un accordo nazionale che inizi a fondere gli articoli sulla continuità assistenziale con il corpus fin qui destinato all'assistenza primaria
- linee guida di indirizzo per valutare il fabbisogno di professionisti nelle singole regioni
- l'avvio della definizione di standard assistenziali
- la definizione di regole d'ingaggio tra le future aggregazioni funzionali (Aft) e strutturali (Uccp) del territorio

Il documento non esclude che nelle nuove strutture il mmg sia finanziato a budget. Nella pediatria di libera scelta altri indirizzi ventilano forme di continuità assistenziale diverse dalla medicina generale, che per le cronicità saranno svolte in collaborazione con le pediatrie ospedaliere. Per gli specialisti ambulatoriali, l'adozione di sistemi di verifica periodica da parte dell'Asl prefigura una progressiva assimilazione alla dipendenza.

Mauro Miserendino

Lorenzin: no tagli, servono investimenti e riforme per recuperare risorse

Non si possono effettuare altri tagli a un «settore nevralgico» come quello della sanità, ma bisogna investire recuperando risorse all'interno del sistema sanitario nazionale attraverso riforme strutturali da definire nell'ambito del Patto della salute. Si è espressa così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** (foto) intervenendo in una trasmissione radiofonica, per affermare il suo disaccordo con Cottarelli sui tagli in sanità, «perlomeno nel metodo».

Il commissario, ha ribadito il ministro, ha come priorità «il compito di recuperare risorse per abbassare le tasse», ma per «garantire ai cittadini una Sanità che funziona bisogna investire moltissimo». E ha aggiunto: «Al momento non si può fare, perché non ci sono i soldi. Ma si possono recuperare risorse all'interno del sistema sanitario nazionale. Non si tratta di margini che si possono tagliare dall'oggi al domani ma di recuperare risorse attraverso riforme strutturali, cioè cambiando i processi di organizzazione sinora fallimentari, che hanno prodotto margini di spreco enormi». Secondo il ministro, il presupposto di base è «capire se il Fondo sanitario nazionale è sufficiente così com'è a garantire servizi ai cittadini, cioè erogazioni di prestazioni e accesso a farmaci che sono sempre più costosi» come per esempio il nuovo farmaco contro l'epatite C, che appena arrivato ha già avuto un impatto sul mercato di 1 miliardo di euro, «e siamo solo all'inizio di una grande rivoluzione che sta avvenendo nel mondo scientifico, con evidenti ricadute sulla vita delle persone». E poi va portato a termine il Patto per la salute, «con all'interno delle norme di salvaguardia che vincolino governo e regioni agli accordi presi, anche con poteri sostitutivi». E conclude: «Se salta il Patto salta il luogo dove si possono definire riforme strutturali, e si tornerà ai tagli. Noi diciamo che le persone devono stare il meno possibile in ospedale e più sul territorio, operazione che comporterebbe un enorme risparmio di denaro. Ma per farlo servono risorse da investire sul territorio e il tempo per seguire l'implementazione della riforma».

Simona Zazzetta

Leader accademici e industria, un intreccio pericoloso

Un posto nel consiglio di amministrazione, con stipendio medio annuo di circa trecentomila dollari. È quanto accade a molti direttori di centri medici accademici, che secondo una lettera di ricerca pubblicata su Jama siedono nel 40% dei consigli di amministrazione delle più importanti aziende farmaceutiche. «Anche se da tempo i rapporti finanziari tra medici e industria del farmaco sono sotto esame, scarsa attenzione è stata finora dedicata ai legami tra industria e leader di centri medici accademici, personaggi che esercitano considerevole influenza su ricerca clinica e programmi formativi» esordisce **Timothy Anderson**, ricercatore dell'Università di Pittsburgh e coautore dello studio. «Ma quando tali leader servono nei consigli di amministrazione, accettano responsabilità fiduciarie verso gli azionisti per promuovere il successo finanziario della società. E ciò può entrare in conflitto o in concorrenza con le loro responsabilità istituzionali, cliniche e di ricerca» riprendono gli autori, che hanno verificato quanto spesso i direttori di centri medici accademici siedono nei consigli di amministrazione farmaceutici. I dati sono stati raccolti nel gennaio 2013 attingendo dai siti delle 50 più grandi società del farmaco secondo le vendite globali del 2012. «I centri medici accademici erano intesi come scuole di medicina, scuole professionali sanitarie, cattedre d'insegnamento, rettorati di facoltà mediche e direzioni di ospedali o di consigli di direzione ospedalieri» puntualizza il ricercatore. Delle 50 società esaminate, 3 mancavano di dati pubblici sulla governance, e in 19 delle restanti 47, ovvero il 40%, almeno un membro del consiglio era nel contempo titolare di una leadership di un centro medico accademico. «Nel 2012, i 41 consiglieri e leader di centri medici accademici ricevevano un compenso medio come consiglieri di 312.564 dollari» fa notare Anderson. E conclude: «Questa sede non affronta il tema del conflitto di interesse, anche se le diverse priorità tra istituzioni accademiche e aziende farmaceutiche sottintendono potenziali conseguenze di portata ben più ampia della consulenza del singolo medico».

[JAMA. 2014;311\(13\):1353-1355](https://doi.org/10.1093/jama.2014.311.13)