



ELSEVIER 4 luglio 2014

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Patto salute, firma rinviata: governatori perplessi e prime polemiche

I fondamentali sono a posto, ma urgono limature su alcuni passi del Patto Salute 2014-2016. Così l'approvazione, inizialmente prevista per ieri, slitta alla prossima settimana. Il patto si presenta come un imponente sistema di difesa dei livelli essenziali di assistenza messo a punto dal governo centrale con la collaborazione delle regioni, magari in vista di ulteriori sacrifici, a partire dalla riforma delle esenzioni dai ticket da farsi entro il 30 novembre. Il testo prevede premi ricalcolati alle regioni che migliorano le performance sanitarie, un comitato di verifica dei Lea, un tavolo di verifica degli adempimenti regionali, e un susseguirsi di linee guida: su umanizzazione delle cure, ospedali di comunità, percorsi riabilitativi, continuità ospedale-territorio; si prevede pure un patto per rilanciare la sanità digitale. L'impossibilità per i leader delle regioni di fare i commissari ad acta è già stata criticata dal governatore veneto Luca Zaia che chiede garanzie di autonomia per le regioni virtuose. Per il governatore campano Stefano Caldoro nel riparto del Fondo sanitario nazionale oltre che dell'età va tenuto conto della povertà del tenore di vita.

Tutte insieme le regioni non vedono di buon occhio che in caso di emergenza il ministero dell'Economia possa mettere le mani sul Fondo sanitario, previsto di 109 miliardi quest'anno, 112 il prossimo e 116 nel 2016. Per i medici di famiglia – il cui sindacato leader Fimmg ha intanto incontrato al tavolo per la convenzione l'agenzia delle regioni Sisac, in vista di una negoziazione che entra nel vivo a metà mese – sarà obbligatorio entrare nelle aggregazioni funzionali (Aft) e in quelle multi professionali (Uccp) che sostituiranno entro sei mesi dall'approvazione del Patto ogni altra forma associativa pre- esistente. Ci sarà un'Aft ogni 30 mila residenti collegata a una Uccp, che invece è parte essenziale del distretto Asl e impiegherà pure medici formati sulla gestione della terapia del dolore e strutture per la domiciliazione degli stati vegetativi. Parte il numero "europeo" 116.117 per chiamare di notte e nei festivi l'assistenza "non urgente", e resta il 118 per le emergenze. Prime vere polemiche vengono dagli igienisti per l'affidamento (articolo 18) di competenze di sicurezza alimentare ai veterinari in un contesto di "filiera" in cui è importante non solo la qualità del cibo degli italiani ma anche quella dei mangimi per gli animali allevati. «Chi ha scritto l'articolo è portatore d'interessi corporativi inammissibili, urge intervenire», dice Vittorio Carreri coordinatore onorario del collegio degli operatori della Società di Igiene medicina preventiva e sanità pubblica SItI, 3 mila iscritti. «E' singolare che il Patto parli di sistemi regionali veterinari per la sicurezza alimentare come se fossero i veterinari le figure competenti sugli aspetti nutrizionali per i cittadini, e non menzioni minimamente i Dipartimenti di prevenzione sparsi capillarmente in tutta Italia; è singolare che venti regioni accettino questo e che il mondo scientifico sia escluso dai dibattiti al tavolo».

Mauro Miserendino

Tirocinanti nelle Uccp, Patto salute disegna la svolta per futuri Mmg

I medici tirocinanti potranno svolgere attività integrative della borsa di studio lavorando a fianco dei futuri colleghi medici di famiglia e di continuità assistenziale: una svolta epocale prevista nel Patto per la salute e rimarcata da **Silvestro Scotti**, vicesegretario nazionale del sindacato Fimmg. «L'ultima versione del patto prevede che nel processo formativo dei futuri mmg siano inseriti moduli di attività nelle diverse funzioni da svolgere nelle aggregazioni funzionali territoriali e nelle unità complesse multi professionali di cure primarie, coerenti con il programma formativo. Avendo vissuto (18 anni fa ndr) il momento storico in cui ai tirocinanti furono assegnati 7,2 punti in graduatoria ritengo che questo, ove fosse rispettato nel nuovo accordo nazionale, sia il passo chiave verso l'integrazione dei giovani colleghi: allora si decise che avevano priorità nell'accesso alla professione, oggi si decide che "sono nella professione", ed entrano in un percorso di carriera in continuità con quello formativo». L'articolo 5 del Patto prevede inoltre che a individuare i criteri organizzativi ed economici con cui impiegare i futuri mmg non siano le regioni motu proprio ma gli accordi – nazionale e regionali - contrattati con i medici di famiglia. «E' una notizia molto buona – commenta Giulia Zonno segretario Fimmg Formazione - da una parte le regioni potranno disporre autonomamente di risorse per organizzare queste attività, dall'altra, una volta ripreso in convenzione, questo dispositivo ci permetterà da una parte di integrare la borsa da 850-900 euro lordi e dall'altra di inserirci nel sistema delle cure primarie a pieno titolo. Vuol dire molto. Oggi finiti i tre anni di formazione dobbiamo "bussare" per mettere le nostre competenze a disposizione del Ssn, domani saremo nel servizio ed avremo un vero e proprio contratto alla stregua degli specializzandi, diviso in due parti: la borsa che remunera l'attività oggetto di formazione pura e la quota che remunera le attività territoriali integrative». C'è infine nell'articolo 5 comma 14 un terzo punto importante, la possibilità per il medico che si forma in una regione di espletare le attività integrative anche nel territorio di un'altra regione. «Questa norma favorisce la crescita professionale poiché consente al tirocinante di acquisire i plus organizzativi delle regioni più avanzate o che più richiedono l'apporto di attività della medicina generale», dice Zonno, la quale spera che «in prospettiva lo svolgimento di queste attività sia riconosciuto dal punto di vista curricolare».

Mauro Miserendino

Lorenzin, dobbiamo riformare Aifa. Serve competitività

«Il prossimo 28 agosto presenterò in Consiglio dei Ministri la riforma degli enti, inclusa quella dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa)». Lo ha annunciato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenendo all'assemblea pubblica 2014 di Farindustria. Nel «pacchetto del 28 agosto - ha detto - ci sarà la riforma dell'Aifa che immagino come una Fda italiana, che possa agire velocemente e che sia altamente specialistica». Lorenzin ha sottolineato come la nuova Aifa «riformata» dovrà essere «molto forte anche nel ruolo ispettivo e di controllo, garantendo standard altissimi, e per questo - ha avvertito il ministro - la politica non si deve intromettere nelle nomine delle persone che lavorano nel settore; abbiamo cioè bisogno del meglio». L'Aifa, ha aggiunto, «avrà anche bisogno di più persone, con una guida etica molto forte, a partire da ciò che riguarda tutto il tema dell'anticorruzione». Si punta cioè a un «sistema certo con norme chiare». Il ministro della Salute ha quindi chiarito che si procederà anche alla riforma degli enti vigilati: «Vogliamo potenziare gli istituti di ricerca, valorizzando - ha detto - le capacità brevettuali, ma senza delle ripetizioni che non ci servono». Quindi, ha rilevato, «immagino un Istituto superiore di sanità come l'ente Usa National Institute of Health». Per il prossimo autunno, ha anticipato Lorenzin, si punta pertanto a un nuovo impianto delle agenzie regolatorie e per la ricerca. Poi verrà «la terza gamba che è - ha precisato - la sanità integrativa: dobbiamo oggi immaginare dei fondi aperti e dei percorsi simili a quelli della previdenza, per garantire alle nuove generazioni - ha concluso Lorenzin - di poter avere una pensione e una assistenza integrativa».

Scaccabarozzi: in Italia disomogeneità cure sancisce "lotteria nascita"

No a 21 Italie diverse, maggiore velocità nell'accesso ai farmaci innovativi e remunerazione adeguata per i nuovi farmaci e vaccini. Ecco in sintesi le richieste che l'industria del farmaco italiana, riunita ieri in assemblea pubblica a Roma presso il Teatro Argentina, rivolge alle istituzioni e al Governo per voce del Presidente **Massimo Scaccabarozzi**.

Il settore, in Italia, rappresenta un'eccellenza internazionale sul fronte della ricerca, della produzione e dell'esportazione, scontando, però, una diminuzione degli investimenti negli ultimi due anni per l'inefficienza della burocrazia, la tassazione, la complessità della normativa sul lavoro e l'instabilità del quadro regolatorio. «L'Italia detiene il record europeo di vincoli nazionali e regionali per l'accesso all'innovazione» afferma Scaccabarozzi. «Sciogliendo questi nodi le aziende potrebbero investire di più. Chiediamo condizioni di mercato stabili e competitive e diciamo no a 21 Italie diverse e alla frammentazione della politica farmaceutica, origine degli ostacoli agli investimenti e della disomogeneità di accesso alle cure. Oggi assistiamo a una tragica lotteria della nascita, con livelli di assistenza differenziati a seconda delle regioni. Inoltre, un farmaco innovativo arriva in Italia almeno con 210 giorni di ritardo rispetto alla media Ue e sul fronte dei costi bisogna superare la mera logica ragioneristica riflettendo non su quanto viene speso ma su quanto si può risparmiare, come per esempio nel caso dei nuovi medicinali contro l'epatite C. Il titolo V va rivisto: la politica farmaceutica deve ritornare al centro e quindi al ministero della Salute e all'Aifa il cui organico va potenziato, attingendo da una maggiorazione delle tariffe che le aziende farmaceutiche pagano per l'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali».

Nicola Miglino

Livelli assistenza garantiti solo da 8 Regioni su 16

Solo otto Regioni, su 16 monitorate, garantiscono in pieno i Livelli essenziali di assistenza (Lea): sono Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto. È il quadro che emerge dalla Verifica adempimenti Lea 2012, pubblicata sul sito del Ministero della Salute. «Rilevanti inadempienze», si legge, permangono «per le Regioni in Piano di rientro, pur rilevando un progressivo miglioramento su riorganizzazione del sistema informativo e reti assistenziali». In particolare, nel monitoraggio 2012 realizzato sulla base del lavoro del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea, solo il Veneto risulta «irreprensibile». Basilicata, Umbria, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, invece, pur se generalmente «adempienti», devono attuare quanto previsto per la riorganizzazione e la messa in sicurezza dei punti nascita. Man mano che si scende al Sud la situazione peggiora. Campania, Lazio e Molise evidenziano ancora criticità per l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, l'assistenza ai malati terminali, la riabilitazione, l'attività trasfusionale e al percorso nascita. Qualche miglioramento per l'assistenza ospedaliera in Abruzzo «ma persistono criticità» per quanto riguarda, tra l'altro, l'«emergenza urgenza». In Calabria la riorganizzazione complessiva della sanità «ha portato a un decremento dei ricoveri a rischio di inappropriatazza». Ma restano i nodi di assistenza territoriale, rete dei laboratori, prevenzione e, anche qui, emergenza urgenza. Migliora l'assistenza ospedaliera in Puglia e Sicilia ma permangono criticità nel percorso nascita, nella rete dei pronto soccorso e nell'assistenza territoriale. Infine, il Piemonte, unica Regione del nord nella «black list» presenta «inadempienze nel monitoraggio delle liste d'attesa e nell'area della prevenzione», oltre che nella contabilità. Sono sedici le Regioni valutate dalla Verifica adempimenti Lea 2012, pubblicata sul sito del Ministero della Salute: sono quelle a statuto ordinario più la Sicilia, ossia le Regioni che hanno accesso al «fondo sanitario» e che vengono private del 3% di questo se risultano inadempienti.

Marco Malagutti