



ELSEVIER 20 novembre 2013

# DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

## POLITICA E SANITÀ

### Spending review: la sanità all'interno del piano Cottarelli

Centrali acquisto (farmaci, beni e servizi sanitari e non), protocolli terapeutici e appropriatezza delle prestazioni, revisione livelli essenziali anche con riferimento a particolari categorie. Il piano programma di lavoro del commissario straordinario Carlo Cottarelli, discusso l'altro ieri dal comitato interministeriale per la revisione della spesa pubblica, è chiaro: alla sanità è dedicato un punto del processo all'interno del capitolo Salute, con un risparmio quantificato in circa 6-7 miliardi. Il capitolo prevede anche altre tematiche su cui dovrà essere indirizzata l'analisi alla base della spending review: riassetto organizzativo della rete periferica veterinaria e medica, completamento trasferimento funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante, enti vigilati. Ma a far timore al comparto è anche la previsione di un gruppo di lavoro dedicato al pubblico impiego con l'indicazione di tematiche quali «mobilità del lavoro (compresa l'esplorazione di canali di uscita e rivalutazione delle misure sul turnover) e armonizzazione del sistema retributivo e contrattualistico nel pubblico impiego, anche al fine di incentivare la mobilità tra amministrazioni e funzioni». Tra i temi anche «fabbisogni e costi standard: promozione nel completamento e applicazione». In termini di cifre, complessivamente, dalla Spending review non è previsto «nessun risparmio per il 2014, mentre negli anni successivi i risparmi di spesa sono di 3,6 miliardi nel 2015, 8,3 miliardi nel 2016 e 11,3 miliardi a decorrere dal 2017». Ma, «in sede politica dovrà essere valutata l'opportunità di andare oltre questi obiettivi minimi, individuando risparmi addizionali già nel 2014». Comunque, l'obiettivo indicato in conferenza stampa dal ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni, è «il 2% del Pil» entro il 2016, pari a circa «32 miliardi». Il metodo con cui verrà portato avanti il processo prevede che il commissario sia «coadiuvato da un "gruppo di base" formato da una decina di persone, tratte dal settore pubblico, con ruolo di coordinamento» ma poi su temi specifici si dovranno costituire – entro fine novembre - gruppi di lavoro «organizzati sia "verticalmente" (per centri di spesa, per esempio Ministeri) sia "orizzontalmente" (per tematiche, per esempio acquisto di beni e servizi). I gruppi saranno a composizione mista, con rappresentanti dei centri di spesa, della Ragioneria Generale dello Stato, del gruppo di base della Rs e, se disponibili a titolo gratuito, accademici o altri soggetti qualificati». Si attendono risultati già entro febbraio, quando terminerà la fase «di ricognizione tecnica per definire le misure legislative e amministrative che potrebbero essere approvate già a metà del 2014». Ma già a marzo-aprile ci dovranno essere le prime decisioni politiche con «l'utilizzo della ricognizione tecnica nell'ambito del Documento di Economia e Finanza per la formulazione degli obiettivi di finanza pubblica». Un programma pesante, insomma, aggravato dal fatto che «la revisione della spesa affronterà anche questioni di perimetro e cioè l'individuazione di programmi di spesa a bassa priorità i cui benefici non giustifichino il costo per il contribuente o siano inferiori rispetto a quelli di altri programmi di spesa che potrebbero essere sotto finanziati». Incarico dei gruppi di lavoro sono infatti anche temi generali come «quale è l'interesse pubblico riguardo le varie attività svolte dal centro di spesa e quali attività potrebbero essere svolte dal privato senza svantaggi per la cittadinanza» e «quante posizioni sono occupate da personale non assegnato a compiti essenziali (anche tenuto conto delle misure che vengono proposte) e in quali aree il personale è invece insufficiente».

Francesca Giani

### Medici ospedalieri: troppa deregulation su competenze infermieri

Doveva arrivare, annunciata dalla leader degli infermieri Ipasvi Annalisa Silvestro, ed è arrivata. La lettera di Cimo-Asmd con altre sigle dell'Intersindacale medica (Fesmed, Aaroi), chiede a governo e regioni un supplemento d'audizione per discutere le nuove competenze infermieristiche. La bozza non elenca compiti ma parla di percorsi di sviluppo lavorativo condivisi con i medici in sei aree di formazione: territorio, urgenza, ospedale, pediatria, salute mentale. Nuove competenze possono essere aggiunte dalle regioni, e in questo federalismo professionale la lettera ravvisa il rischio di «una legittimazione ad esercitare, de facto, competenze proprie di altre categorie professionali, le quali dovrebbero essere definite parallelamente de iure per evitare conflitti di ruoli e di responsabilità». «Chiediamo regole più forti a livello nazionale - riassume Riccardo Cassi presidente Cimo – temiamo sia la "balcanizzazione" delle competenze dell'infermiere da regione a regione, sia la volontà di singole regioni di dar luogo a percorsi formativi che possono collidere con le competenze dei medici. Il medico ha alle spalle 11 anni tra laurea e specialità, l'infermiere 5 anni ma per curare casi lievi del see and treat toscano basta un corso post diploma universitario. E' legittimo che si paghi per uno stesso compito il professionista che costa meno, ma lo deve dire la legge nazionale». Da parte sua, «Cimo da sempre preme per una rapida definizione dell'atto medico: nella formulazione da noi appoggiata del sindacato europeo Uems, il medico resta responsabile dell'attività diagnostico terapeutica, pur essendo questa delegabile sotto la sua sorveglianza». Il vice di Cassi, Guido Quici, in una lettera distensiva agli infermieri a latere del documento, ricorda che oggi se c'è un caso di malasanità il responsabile resta il medico. «Dal 2007 al 2011 il contenzioso è aumentato del 228% e per i medici del 315%, i premi assicurativi sono aumentati del 1.381%: è del tutto legittimo voler chiarire quali saranno le responsabilità derivanti dall'affidamento delle nuove competenze ad altre professioni».

Mauro Miserendino

## Ambulatori generalisti aperti tutto il giorno? Se ne parla in Gb

Studi di medicina generale aperti più a lungo? È quanto il governo britannico vorrebbe, ma non tutti sono d'accordo. Ne discutono sulla rubrica Head to Head del BMJ due generalisti di opposte vedute. Il primo è James Kingsland, Presidente della National Association of Primary Care e membro anziano del St. Hilary Group Practice in Merseyside, una contea metropolitana nel nordovest dell'Inghilterra con quasi un milione e mezzo di residenti, il quale è d'accordo con la proposta. «Ridurrà la pressione sui servizi di emergenza» dice. Secondo Kingsland gli studi dei medici di famiglia britannici hanno orari di apertura che variano in modo ingiustificato e poco consoni alle esigenze degli assistiti. «Il triplice obiettivo di migliorare i risultati delle cure, la loro qualità e la soddisfazione dei pazienti non potrà essere raggiunto senza modificare le modalità di accoglienza degli ambulatori, in termini sia di orario sia di ricettività» sostiene Kingsland, affermando che la programmazione degli appuntamenti potrebbe diventare una vera e propria emergenza nazionale. I servizi di emergenza infatti, già stipati di pazienti, vengono ormai sempre più usati anche da chi di cure urgenti non ha bisogno. Secondo il generalista britannico la soluzione migliore quella di migliorare l'accesso ai servizi di cure primarie.

Di visione opposta è Peter Swinyard, presidente della Family Doctor Association e generalista a Swindon, una contea nel sudovest dell'Inghilterra, a metà strada tra Bristol e Reading: «Aprire nuovi studi è una proposta poco praticabile nell'attuale clima finanziario». È invece il momento di riprogettare l'assistenza sanitaria non programmata, ricordando che aumentare gli orari della medicina generale risolverebbe i casi non urgenti e non le emergenze. «Il recente annuncio del primo ministro Cameron, che vuole tenere aperti gli ambulatori dei generalisti dalle 8 alle 20 sette giorni su sette ha suscitato la costernazione dei generalisti» sottolinea Swinyard, avvertendo che l'attuale sistema potrebbe diventare insostenibile entro il prossimo decennio. Le ragioni? Da un lato il numero di generalisti inadeguato alla crescente domanda di cure, e dall'altro la progressiva demotivazione della categoria, sempre più oberata di lavoro. Conclude il generalista: «È necessario intendersi con onestà sul livello di prestazioni che il Servizio sanitario nazionale dovrebbe fornire». Un esempio sono i centri Darzi, dal nome del loro ideatore, l'allora ministro della Sanità lord Darzi, aperti tutto l'anno 12 ore al giorno. «I Darzi sono costosi, e se i finanziamenti a loro dedicati tornassero ai generalisti, allora sì che l'eccellenza richiesta dai pazienti sarebbe vicina alla nostra portata» fa sapere Swinyard.

E in Italia? Anche qui sta per scattare la rivoluzione della medicina generale secondo la legge Balduzzi 189/2012. Niente più medico singolo, ma studi associati. Poi revisione delle indennità e dei diritti sindacali a costo zero. Tra le norme fa capolino anche la modifica di orario: studi aperti sette giorni su sette. E in un'intervista sulla Stampa del 24 luglio 2012 Giacomo Milillo, segretario nazionale della Fimmg, sindacato dei medici di famiglia, dice: «Si potrebbe fare anche subito, visto che sono quattro anni che lo proponiamo. Ma il lavoro di gruppo è essenziale, perché a nessuno si può chiedere di lavorare 7 giorni su 7 per 365 giorni l'anno. L'importante è che i cittadini trovino in studio il medico che li cura o che almeno ne conosca il profilo sanitario. E non uno sconosciuto come il medico di guardia medica, che nel nuovo modello assistenziale andrà integrato con i generalisti».