

RASSEGNA STAMPA Mercoledì 26 giugno 2013

Debiti Pa: le somme non richieste tornano alle Regioni. Decreto legge in G.U.

Il Sole 24 Ore SANITA'

Per i debiti della sanità 280 mln €

ITALIA OGGI

Serve un patto per la sanità

IL SOLE 24 ORE

Prepensionamenti vincolanti

IL SOLE 24 ORE

SNOQ-Sanità. Cossutta: "Riprendiamoci la 833"

QUOTIDIANO SANITA'

Una jam session per la salute

IL SOLE 24 ORE SANITA'

Medici laureati subito in corsia

ITALIA OGGI



Debiti Pa: le somme non richieste tornano alle Regioni. Decreto legge in Gazzetta

26 giugno 2013

Il decreto legge-bis sui debiti Pa per il settore sanitario, approvato dal Consiglio dei ministri del 19 giugno è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 147 del 15 giugno 2013 e in vigore da oggi, 26 giugno 2013. Il DI è stato emanato in considerazione del fatto che il DI n. 35 del 2013 ha previsto un'anticipazione di liquidità in favore delle Regioni per il pagamento dei debiti sanitari cumulati al 31 dicembre 2012 per un importo di 5 miliardi per il 2013 e 9 miliardi per il 2014, e che sulla quota di quest'anno rimangono risorse non richieste pari a 280 milioni di euro, «per consentire il superamento di squilibri esistenti e verificati in alcune Regioni» sono rese «immediatamente disponibili» queste somme per le Regioni che ne facciano richiesta entro il del 15 luglio 2013. E il DI dà priorità alla Puglia e al Piemonte che sono sottoposte ai piani di rientro.

Proprio su Puglia e Piemonte nell'audizione al Senato della Salute sulle verifiche nelle Regioni con piano di rientro era stato sottolineato che in Piemonte si sono verificati i presupposti per la diffida a fronte di un disavanzo di 864,045 milioni e di un mancato conferimento di risorse da parte della Regione al Ssr per 883 milioni. Stessa situazione in Puglia, dove la distrazione di risorse dal Ssr è di 292 milioni che abbinato al disavanzo finale di 41,024 milioni attesta a un totale di 333,024 milioni i provvedimenti di copertura sollecitati. Per entrambe vale l'invito a riportare i tempi di pagamento dei fornitori nei limiti europei. (v. QUESTO SITO E IL SOLE-24 ORE SANITA' N. 22/2013)

DECRETO IN G.U.

Per i debiti della sanità 280 mln €

DI GIOVANNI GALLI

Duecentottanta milioni di euro alle regioni per il pagamento di debiti sanitari. La previsione è contenuta nel decreto legge 24 giugno 2013, n. 72, recante «Misure urgenti per i pagamenti dei debiti degli enti del Servizio sanitario nazionale», che è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 147 di ieri.

Come spiega la nota diffusa dal Consiglio dei ministri dopo la riunione del 19 giugno, in cui il dl è stato approvato, «in considerazione del fatto che il decreto legge n. 35 del 2013 ha previsto un'anticipazione di liquidità in favore delle regioni per il pagamento dei debiti sani-

tari cumulati al 31 dicembre 2012 per un importo di 5 miliardi per il 2013 e 9 miliardi per il 2014, e che sulla quota dell'anno in corso residuano risorse non richieste pari a 280 milioni di euro, al fine di consentire il superamento di squilibri esistenti e verificati in talune regioni» il dl «rende immediatamente disponibili tali somme per le regioni che ne facciano richiesta entro il termine del 15 luglio 2013, con priorità per la Puglia e il Piemonte che sono sottoposte alla procedura prevista dalla legge n.311 del 2004 nel caso di squilibrio economico finanziario della spesa sanitaria».

——© Riproduzione riservata——■

Welfare. L'Health care summit

«Serve un patto per la sanità»

ROMA

Cambiare la spending review, abbandonare la strada fallimentare dei tagli lineari, rivedere i modelli di gestione e di organizzazione del sistema, dare spazio ai fondi integrativi. E trovare un nuovo rapporto tra pubblico e privato, riconoscendo e valorizzando in pieno il ruolo delle industrie della filiera della salute. Tra welfare che cambia e risorse che sempre più vanno riducendosi, la sfida della sostenibilità è per la sanità pubblica ormai ineludibile. Tanto più ai tempi della grande crisi che sempre più induce le famiglie a ritardare o addirittura a rinunciare del tutto alle cure. Su questi temi, e sulle mille ricette possibili per salvare il salvabile della sanità pubblica, si è svolto ieri a Roma il secondo «Health care summit» del gruppo Sole 24 Ore.

Un nutrito panel di esperti e di operatori al massimo livello della sanità italiana, ha contribuito ad affrontare tutti i problemi sul tappeto per il Servizio sanitario nazionale e per un sistema che, considerando l'intera filiera della salute, vale l'11,2% del pil. Come dire, la quarta, se non addirittura la terza industria italiana, tra qualità ed eccellenze sanitarie non sempre riconosciute e valorizzate come meritano, ma anche la presenza di isole non esattamente felici, a partire dal Sud.

«È tempo di pensare ad altre forme di coinvolgimento del privato», ha rilanciato Alberto De Negri di Kpmg. Anche perché, ha ricordato Antonio Irione di Ernst & Young Italia, «il privato è una risorsa per sistema pubblico». Un apporto da calibrare con attenzione, ha detto Carla Collicelli, vice direttore del Censis, anche per-

ché se 9 milioni di italiani rinviavano le cure, almeno in 12 milioni ricorrono alle cure private sia per ridurre le liste d'attesa sia perché ormai spesso costa di più rivolgersi al sistema pubblico.

La questione della sostenibilità del welfare sanitario, insomma, non è solo, o tanto, di carattere finanziario, ma anche di carattere sociale, ha riconosciuto il presidente dell'Agenas, Giovanni Bissoni. Non senza mettere in guardia: «Dove il pubblico funziona, anche il privato è più efficiente». E viceversa. E in ogni caso va abbandonata del tutto la strada dei tagli lineari, ha aggiunto Gui-

NODI E PROPOSTE

Necessario cambiare la spending review e abolire i tagli lineari per non penalizzare i servizi eccellenti

do Riva, presidente del «Comitato Sanità» di Confindustria, battendo tutte le strade possibili per sconfiggere «sprechi e illegalità». Ma senza fare delle imprese «un bancomat» per finanziare con le varie manovre i tagli alla spesa, ha messo in guardia Daniel Lapeyre, vice presidente di Farmindustria. Tante tessere da sistemare in un puzzle sempre più complicato, insomma. Che forse troverà una cornice entro luglio col nuovo «Patto per la salute» tra Governo e regioni, ha promesso il direttore generale della programmazione del ministero della Salute, Francesco Bevere. Un «Patto» per la sostenibilità ora tutto da riempire di contenuti.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lavoro. La circolare del ministero del Lavoro sulla possibilità per le aziende di incentivare l'esodo dei lavoratori

Prepensionamenti vincolati

Nella procedura di mobilità l'accordo può prevedere l'adesione obbligatoria

Claudio Piana

■ Il prepensionamento dei dipendenti, organizzato secondo quanto stabilito dall'articolo 4 della legge 92/2012 di riforma del mercato del lavoro, può essere considerato sempre più una possibilità concreta per le società, in particolare alla luce della circolare emanata il 19 giugno dal ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. La circolare, infatti, propedeutica a quella finale dell'Inps, chiarisce diversi dei punti ancora in sospeso che rendevano non operativo lo strumento, anche in presenza di una serie di accordi già stipulati (o in via di stipulazione) da importanti gruppi industriali con le rispettive organizzazioni sindacali.

L'articolo 4 stabilisce che nei casi di eccedenza di personale, accordi tra datori di lavoro con più di 15 dipendenti e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale possano prevedere, al fine di incentivare l'esodo, che il datore di lavoro si impegni, nei confronti dei lavoratori che si trovano a meno di quattro anni dal raggiungimento dei requisiti per il pensionamento di vecchiaia o anticipato, a erogare una prestazione pari a quella teorica che il dipendente avrebbe ricevuto nell'ambito dell'Inps, più la contribuzione figurativa necessaria per il raggiungimento dei requisiti pensionistici attualmente previsti.

Le ipotesi

La circolare del Ministero chiarisce diversi punti. In particolare viene stabilito che lo strumento possa essere sostanzialmente utilizzato nella

maggior parte delle situazioni. Ad esempio, tramite una adesione individuale volontaria del lavoratore successiva all'accordo iniziale raggiunto tra la società e le organizzazioni sindacali. Oppure mediante una adesione obbligatoria prevista nel corso di una procedura di mobilità ex articoli 4 e 24 della Legge 223/1991. In questo secondo caso la società ha anche la possibilità di recuperare le somme corrisposte in apertura della procedura, di non essere obbligata al versamento del contributo previsto per il finanziamento dell'Aspi (la nuova indennità di disoccupazione) né di dover garantire il diritto di precedenza nelle nuove assunzioni successive ai sei mesi dalla cessazione dal servizio per i lavoratori coinvolti dall'accordo.

Lo strumento può essere utilizzato altresì nell'ambito di situazioni che coinvolgano personale dirigente. In tal caso l'accordo dovrà essere ratificato con una associazione sindacale legittimata a stipulare il contratto collettivo di lavoro di categoria. L'adesione del dipendente alle prestazioni avverrà attraverso un accordo individuale volontario simile a quello descritto in precedenza per gli

altri lavoratori.

Requisiti e procedura

La circolare ha anche chiarito che, al fine di individuare il raggiungimento dei requisiti per l'accesso al pensionamento Inps, dovranno essere considerati anche tutti i previsti incrementi collegati alla sopravvivenza media della popolazione generale italiana così come stabilito nella relazione tecnica

della riforma pensionistica del dicembre 2011 e che i soggetti potenzialmente oggetto delle disposizioni possano essere anche quelli iscritti alle forme sostitutive dell'assicurazione generale obbligatoria) gestite da enti privati o privatizzati.

Sotto un profilo amministrativo la società che utilizza lo strumento, subito dopo l'accordo con le organizzazioni sindacali, presenta una apposita domanda all'Inps, inclusiva della lista con i lavoratori coinvolti e di una fideiussione a garanzia della solvibilità degli impegni. L'accertamento del possesso dei requisiti dei lavoratori viene effettuato dall'Inps che verifica l'effettivo raggiungimento del pen-

sionamento di vecchiaia o anticipato entro i successivi quattro anni, determina l'importo iniziale della prestazione maturata nonché l'onere connesso con la contribuzione figurativa.

Al termine di tale fase di verifica lo strumento diventa a tutti gli effetti operativo e il lavoratore deve accettare la prestazione maturata.

Prossimo passo

L'ultimo passaggio per la definitiva applicazione del meccanismo spetta però all'Inps che dovrebbe chiarire una serie di adempimenti amministrativi finali. Tra questi il calcolo della prestazione iniziale, la sua rivalutazione nel corso dei quattro anni, i codici per il versamento delle somme dovute dalle società all'Inps, le modalità applicative della penalizzazione talvolta prevista per i pensionamenti anticipati rispetto al compimento dei 62 anni di età, il calcolo della contribuzione figurativa. Ma dopo la circolare del ministero dovrebbe essere

ormai una questione di breve termine.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SNOQ-Sanità. Cossutta: “Riprendiamoci la 833”

A 35 anni dalla legge che ha istituito il Ssn, le ragioni della riforma restano più che mai attuali, ma anche inascoltate. Per questo Maura Cossutta, portavoce di Se non ora quando - Sanità lancia un appello: “Riprendiamoci quella riforma” e promuove una grande manifestazione per il 23 dicembre prossimo.

25 GIU - A 35 anni di distanza dalla legge 833 del 23 dicembre 1978 – che aveva istituito il Servizio sanitario nazionale – le ragioni di quella straordinaria riforma restano più che mai attuali, ma più che mai inascoltate. Per la sanità pubblica il tempo è davvero ormai scaduto: non bastano più i convegni e le riflessioni, serve un’azione forte di protesta e di mobilitazione per salvare una conquista irrinunciabile per la civiltà del nostro paese, per la dignità delle nostre vite, per i diritti e le libertà di tutti, soprattutto delle donne.

Lo smantellamento del modello pubblico e universalistico della sanità è strisciante ma continuo; sono ormai milioni le persone che oggi rinunciano a curarsi e aumentano le disuguaglianze di salute territoriali e sociali; solo in 8 regioni sono garantiti i Lea e il federalismo sanitario è diventato un federalismo “d’abbandono”; i tagli ai Fondi per le politiche sociali e l’irrisorietà del Fondo per la non autosufficienza scaricano il costo sociale sul lavoro di cura non retribuito delle donne e sulla loro salute; l’aumento dei ticket – oltre che essere una tassa iniqua sulla malattia e non certo strumento di appropriatezza – stanno di fatto favorendo il privato; l’intramoenia da tempo non è più una libertà di scelta ma un pesante ricatto per chi non può aspettare i tempi delle indecenti liste di attesa; una sanità sempre meno pubblica e sempre meno universalistica sta profondamente minando il rapporto di fiducia dei cittadini; la competenza e il merito sono schiacciate da logiche di lottizzazione e da spinte hobbistiche; la sanità è solo considerata un costo e nonostante la rilevanza delle evidenze non è stata mai invece considerata un motore di sviluppo per il paese.

Oggi, invece di riprendere le ragioni della straordinaria riforma del 1978, continuano le rimozioni, le ambivalenze, i ritardi, gli errori. Gli anticorpi del pensiero riformatore sono stati bombardati da terapie spregiudicate, validate solo dalla ideologia dell’austerità. In sanità oggi va di moda parlare inglese (guardando a quello che sta succedendo in Inghilterra) o padano (riproponendo il modello bocconiano della separazione tra funzione di erogazione e di acquisto). L’idea che avanza è che la sanità pubblica non è più sostenibile, per aprire a nuove forme di finanziamento. Viene apertamente messo in discussione da una parte il modello di finanziamento, dall’altra il

modello organizzativo-gestionale del nostro Sistema sanitario nazionale, snaturandone i nessi con le finalità stesse del modello istituzionale pubblico e universalistico.

Per questo, a 35 anni di distanza dalla legge 833, *"Se non ora quando? Sanità"* lancia un appello:

"833, IL NUMERO DEI DIRITTI E DELLE LIBERTÀ". Riprendiamoci quella riforma!

Prepariamo una grande manifestazione per il 23 dicembre prossimo, promuovendo fin da oggi tante iniziative, piccole, grandi, non importa, ma tante, tantissime, nei luoghi più diversi. Donne e uomini insieme, ognuno con le proprie storie, ognuno con i propri linguaggi. Non "a fianco" o "in nome" di qualcuno, ma "insieme", uniti al di là delle sigle e delle appartenenze di ognuno, superando autoreferenzialità, parzialità, diffidenze, promuovendo la più ampia partecipazione e un lavoro vero di rete, tra pari.

Riprendiamoci quella riforma, perché il diritto alla salute è il "diritto forte" che riconosce e promuove tutti gli altri diritti, economici, sociali, civili, che parla dei nostri corpi, delle nostre vite, delle nostre differenze, del modo di vivere e di pensare di ciascuno di noi, del lavoro che c'è e che non c'è, dell'ambiente in cui viviamo e lavoriamo, delle relazioni umane tra le persone e nella comunità, della relazione tra le donne e gli uomini.

Riprendiamoci quella riforma, perché madre di tutte le battaglie democratiche, non quelle di una democrazia soltanto "decidente", ma di una democrazia "sostanziale", "emancipante", "non escludente", che promuove la rimozione delle cause delle disuguaglianze, che sa nominare l'uguaglianza dei risultati e non solo quella delle opportunità, che declina i diritti in modo plurale, che sa riconoscere le differenze per non trasformarle in disuguaglianze, che accoglie la laicità come suo valore fondante.

"833, IL NUMERO DEI DIRITTI E DELLE LIBERTÀ"

Ci piacerebbe che ripetessimo tutti questo numero come un mantra, ovunque, nei luoghi di lavoro e nei quartieri, negli ospedali e nei teatri, nelle università e nei giornali. Un numero per ricordare una storia, un pensiero, per difendere valori e principi, per difendere quella che è stata e continua a essere una grande speranza di cambiamento!

SE NON ORA, QUANDO?

Maura Cossutta,
Portavoce di SNOQ-Sanità



Nel Rapporto 2013 della Fondazione Smith Kline l'analisi di scenari e prospettive per il Ssn

Una jam session per la salute

Gli assoli nell'orchestra: risorse, innovazione e formazione per invertire la tendenza

DI MARCO TRABUCCHI *

Il Rapporto Sanità 2013 della Fondazione Smith Kline si apre con un'affermazione che chiarisce lo scopo del volume: «La crescita del Paese indotta anche dal sistema sanitario rappresenta un atto di razionale fiducia nelle due parti: il sistema sanitario, con la sua intelligenza e le sue potenzialità, e il Paese, in grado di rispondere attivamente a stimoli e impulsi che giungono da chi crede in una vita collettiva migliore ed equilibrata».

Il volume si sviluppa in questa duplice attenzione, con un'ispirazione di fondo, quella indicata da Edgar Morin, in *La via. Per l'avvenire dell'umanità*: «Di fronte a una realtà travolta da un'economia senza regole che distrugge il pianeta e la società, non basta più indignarsi (...); occorre provare a tracciare un percorso nel contempo utopico e realistico per invertire la tendenza. Non solo il cambiamento è possibile, ma è di fatto già iniziato grazie a numerose piccole iniziative locali. Iniziative che è necessario federare per creare una massa critica inver-

«Non vogliamo sostenere un ottimismo irrealistico e leggero, ma proporre un incoraggiamento a cogliere i momenti di crisi (anche drammatici) per analizzare e valutare adeguatamente l'accaduto e fare in modo che le cose vadano meglio». La premessa al Rapporto Sanità 2013 della Fondazione Smith Kline è già un manifesto e su questa chiave si articolano le oltre 600 pagine che raccolgono documenti, analisi e riflessioni («con l'intento di stimolare quella creatività che può fare emergere il

meglio di ognuno di noi».

Il volume è strutturato in tre parti: nella prima sono raccolti saggi volti a indagare il tema della salute e della ricerca, in termini di sostenibilità e contributo allo sviluppo in tempi di crisi; nella seconda si presentano i lavori dedicati prioritariamente a temi economico-finanziari: risorse, investimento e crescita economica; nella terza parte il focus è sulle politiche per la salute. E proprio su questo fronte, davanti ai tagli lineari che fino a oggi hanno reso irrealizzabile la sotto-

scrizione di un nuovo Patto per la salute (v. Intervista a pag. 2-3), le Regioni hanno messo faticosamente in campo una creatività «possibile». Cioè non sganciata dalla realtà e dai nuovi bisogni: risorse al territorio con lo sprint alle cure primarie; interventi sulla rete ospedaliera con posti letto secondo complessità e percorsi di cura; centralizzazione delle funzioni di acquisto in un'ottica di risparmio. Queste le ricette. Perché la crisi, appunto, è anche opportunità di rinnovamento.

La crisi economica del sistema si accompagna alla crisi delle famiglie, molte delle quali non più in grado di fronteggiare le difficoltà che incontrano nella difesa della propria salute. Assumiamo a un'apparente contraddizione, per cui vi sono 9 milioni di italiani in condizione di grave indigenza, ma allo stesso tempo altri 12 milioni si rivolgono alla Sanità privata, pagandone direttamente i costi. È un insieme di circostanze che vanno affrontate con determinazione, per impedire che si diffondano pratiche negative, quali la mancata cura di malattie (i dati anche a questo proposito sono allarmanti). Nel complesso, per evitare che avvenga come in Grecia, Paese nel quale la crisi si è infranta soprattutto sulle possibilità di ricevere un'assistenza sanitaria adeguata al bisogno dei cittadini, è opportuno assumere una gestione complessiva della crisi. Senza ledere l'autonomia regionale, il ministro della Salute deve sentire il peso di un sistema che in troppi settori è privo di indirizzo e quindi il dovere di indicare percorsi sui quali convogliare le paure, le ansie, le attese dei cittadini. Il ministro non abbia incer-

sibile. All'origine dei grandi cambiamenti ci sono sempre singole azioni. Quello che occorre sono la coscienza della crisi e la volontà politica del cambiamento. Se c'è la volontà, allora si trovano i mezzi necessari per evitare la catastrofe».

Quali sono le strade di una vera innovazione, stimolata da una creatività diffusa, figlia di una cultura innovativa, di sensibilità sociali, di studi precisi sul rapporto costi-benefici? Un'analisi dello scenario attuale nel quale si sviluppa il sistema sanitario italiano è necessaria per comprendere le parole che aprono

il volume abbiamo un futuro, come è nelle speranze di tutti i cittadini e soprattutto di chi lavora nel sistema delle cure. Non una lettura per enfatizzare atteggiamenti pessimisti, ma per identificare gli spazi di cambiamento e di progresso che si aprono anche quando tutto sembra in difficoltà.

Gli aspetti economici della crisi sono conosciuti nella loro gravità; è però necessario, al fine di aprire prospettive positive, che il Governo si impegni a dare una prospettiva stabile ai tagli (se ci devono essere); nulla di più pericoloso per una programma-

zione seria del non sapere le disponibilità sulle quali organizzare i servizi, dal livello regionale a quello dei distretti. La confusione permeata di non dichiarare ciò che si può e si vuole fare; in questo modo si prende ogni tipo di decisioni estemporanee che - anche quando fossero motivate da nobili scopi - inducono disorientamento. Il mancato consolidamento del sistema è la più grave debolezza della Sanità italiana di oggi (e non solo di oggi): gli attori a tutti i livelli attendono un segnale forte, che indichi la strada, ma nel frattempo si bloccano, riducendo il proprio

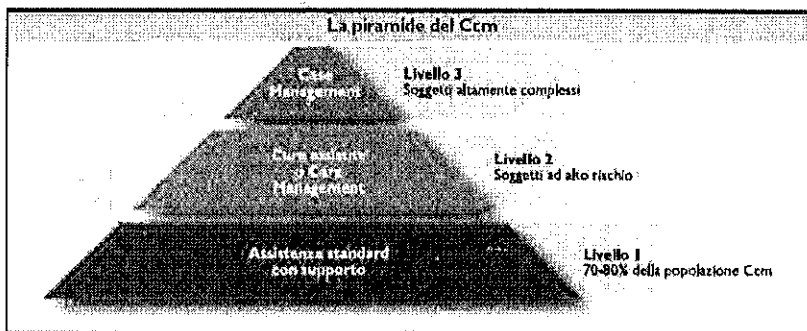
contributo di idee e di fatti al funzionamento dell'impresa comune.

Si potrebbe dire che le modalità di lavoro del complesso del nostro sistema sanitario sono profondamente diverse da quelle auspicabili, riassunte dal famoso modello della jam session di jazz, per cui attorno a chi tiene la nota vi è libertà per i musicisti di esprimere le proprie inclinazioni, valorizzando le capacità individuali. Da noi, per mille diversi motivi, la direzione del complesso è debole e quindi anche se i suonatori volessero seguirlo...

LE SFIDE APERTE DEL TERRITORIO

Cure primarie, la «carta» del Cronico care model

DI GAVINO MACIOCCO *



La svolta necessaria	
Sanità d'attesa	Sanità d'iniziativa
Centrata sulla malattia	Centrata sulla persona
Basata sull'ospedale e sulle attività specialistiche	Basata sulle cure primarie
Focus sugli individui	Focus sui bisogni della comunità
Reattiva, guidata dai sintomi	Proattiva, pianificata
Focalizzata sulla terapia	Focalizzata sulla prevenzione

Fonte: Pan American health organization, Innovative care for chronic conditions, Who, 2013

È molto difficile introdurre innovazioni - innovazioni utili e necessarie - all'interno delle cure primarie e della medicina di famiglia. Mancano la cultura e la volontà politica. Negli ultimi tempi il dibattito nazionale sulla Sanità territoriale si è incentrato interamente sulla questione «H24», l'allargamento-allungamento dell'offerta ambulatoriale per contenere il ricorso dei pazienti al pronto soccorso. Un dibattito demagogico e inconcludente, dato che è ampiamente provato che il prolungamento dell'apertura degli ambulatori - con l'attuale organizzazione della medicina generale e delle cure primarie - non produce alcun beneficio sul carico ospedaliero. Inoltre è lo stesso obiettivo - ridurre il ricorso dei pazienti al pronto soccorso, intercettando gli eventi acuti che possono essere trattati ambulatorialmente - che è sbagliato e fuorviante. Quando, in tutto il mondo, si discute invece come la medicina di famiglia e le cure primarie si devono attrezzare e innovare per far fronte all'epidemia delle malattie croniche. Un'epidemia di una tale portata che - se non affrontata efficacemente - metterà in ginocchio tutti i sistemi sanitari.

Da più di dieci anni la letteratura internazionale, con una massa crescente di evidenze scientifiche, indica quali sono le necessarie innovazioni che il sistema sanitario deve introdurre. Un vero e proprio cambio di paradigma - dalla Sanità di attesa alla Sanità d'iniziativa - i cui principali elementi sono riassunti nella tabella, tratta da una pubblicazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità.

Il Chronic care model è lo strumento per attuare tale innovazione. Gli elementi di forza del modello sono fondamentalmente due:

1. la costituzione di team multidisciplinari composti da medici di famiglia, infermieri, specialisti, operatori sociali in grado di svolgere un'attività integrata e programmata rivolta a gruppi di pazienti con differenti livelli di gravità e in grado di prevenire/ralentare la progressione e l'aggravamento della malattia (e - sempre più - delle pluripatologie). Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune

specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, spirometria ecc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti;

2. l'empowerment dei pazienti. Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo del processo assistenziale. La cui gestione può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento

di questa - la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo ecc.), l'uso dei farmaci - può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.

Come rileva la citata pubblicazione dell'Oms, i risultati ottenuti dall'applicazione del modello sono molto significativi in termini di efficacia.

In Canada, nella provincia di Alberta, le ospedalizzazioni si sono ridotte del 41% e il ricorso al pronto soccorso del 34 per cento.

In Messico le misure di self-management nei diabetici hanno portato la percentuale di persone con un buon controllo della malattia (A1c < 7%) dal 28% prima dell'intervento al 39% post intervento.

In Brasile i team di cure primarie - composti da medici di famiglia, infermieri e operatori socio-sanitari di comunità, introdotti con il Programma Salute della Famiglia - hanno adottato il Chronic care model ottenendo importanti risultati nella gestione del diabete, dell'ipertensione e dell'insufficienza renale cronica.

In Italia le esperienze più avanzate e diffuse nella gestione delle malattie croniche si trovano in Emilia-Romagna e Toscana. Per fare il punto della situazione e mettere a confronto le rispettive esperienze e «buone pratiche» si è tenuto a Firenze, lo scorso 21 giugno, un convegno molto partecipato dal titolo «Politiche ed esperienze sulle cure primarie».

Gli elementi più significativi emersi dalle relazioni e dalla discussione hanno riguardato: la gestione integrata e proattiva delle malattie croniche, lo sviluppo della rete delle «Case della salute», gli strumenti per la programmazione e la valutazione, il «Paziente esperto» e i gruppi di «Mutuo aiuto».

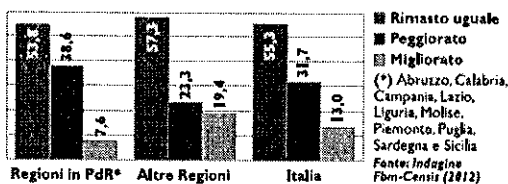
Il materiale del convegno sarà presto disponibile presso il sito <http://www.fornas.toscana.it/>.

* Università di Firenze

6 APRILE 2013



Giudizio sul Servizio sanitario (valori %, ultimi due anni)

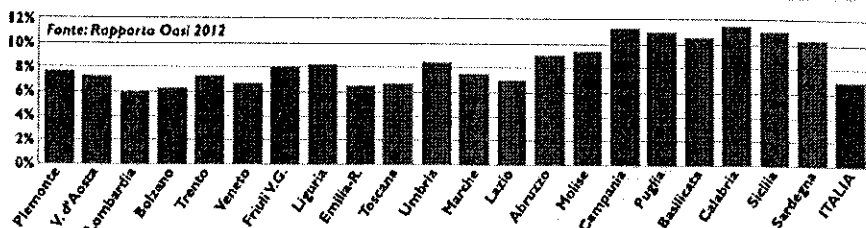


Confronti Italia-Ue15

	Italia	Ue-15
Spesa sanitaria pro capite (\$ PPP)	2.964	3.765
Spesa sanitaria/Pil	9.300	10.700
Spesa sanitaria pubblica pro capite (\$ PPP)	2.292	2.920
Spesa sanitaria pubblica/Pil	7.403	8.200

Fonte: Rapporto Oasi 2012

Incidenza sui Pil regionali della spesa sanitaria Ssn



lezze nell'esercitare funzioni di guida; tutti ne sentiamo fortemente l'esigenza e le saremo grati se assumerà un ruolo strategico sempre più centrale. La crisi, pur avendo gravità diverse tra le varie aree del Paese, ha molte caratteristiche comuni, che impongono una risposta omogenea e sicura (e non è solo questione di soldi!).

Un secondo aspetto di scenario sul quale soffermarsi perché ha anch'esso forti riflessi sul futuro è il rallentamento diffuso a tutti i livelli dell'impegno verso l'innovazione e la sperimentazione. Da ogni parte del mondo

giungono indicazioni su nuovi strumenti di cura, ma soprattutto su modalità di lavoro (dalla diffusione dell'Ict alle nuove elasticità nell'organizzazione dei servizi, alle tecnologie diagnostiche e chirurgiche ecc.); in Italia, esclusi pochi centri strettamente collegati con l'estero, non vi è interesse per affrontare nuove modalità di lavoro, perché mancano i finanziamenti, il personale specializzato, ma soprattutto qualsiasi stimolo ad aprire prospettive diverse. La Sanità continua a fornire prodotti in molti casi di ottima fattura artigianale, senza accorgersi che attorno so-

no avvenuti grandi cambiamenti, che potrebbero permettere di fornire assistenza in modo più rapido, efficace e meno costoso. Un dominio incontrastato delle scoperte in ambito biologico e tecnologico porta a situazioni incontrollabili, spesso fonte di disagio e di sofferenza; però un sistema attento, che ha al suo interno punti di osservazione colti e vivaci, è in grado di seguire l'evoluzione dei fenomeni, organizzando gli opportuni interventi. Si pensi, a esempio, alla rivoluzione indotta dal sistema dei "big data". I tecnici denominano questa fase "salute 2.0" per indi-

care che si è iniziata una rivoluzione, fondata sulla possibilità senza limiti di raccogliere dati e di processarli per ottenere indicazioni importanti per le cure. Ma in Italia chi si sta preoccupando di predisporre un tenace favorevole allo sviluppo di queste modalità di gestione dei problemi clinici che non hanno precedenti nella storia della medicina?

Un ulteriore aspetto di crisi - anch'esso di enorme importanza strategica - è rappresentato dalle difficoltà incontrate dai modelli formativi. In particolare, l'insegnamento nella facoltà di Medicina si sta scontrando

con la progressiva riduzione degli insegnanti, dovuta alla mancata sostituzione di docenti andati in pensione. In alcune sedi la crisi è più grave che altrove; ogni università deve però affrontare il problema con maggiore lucidità rispetto al recente passato. Si deve accettare che il modello tradizionale di insegnamento affidato solo a chi proviene dall'accademia non tiene più, e che è invece necessario pensare a forme di integrazione più efficienti con il mondo dell'ospedale e del territorio, sia per ragioni quantitative che di contenuti dell'insegnamento stesso.

Lo scenario sopra indicato considera gli aspetti economici, quelli legati all'innovazione e alla formazione; sono i tre cardini, assieme a un chiaro impegno della politica, perché la creatività possa trovare nuove soluzioni per migliorare la qualità degli strumenti per difendere la salute e il benessere dei cittadini.

La crisi distrugge vecchie certezze, ma apre nuove speranze.

* Dipartimento di Medicina dei sistemi, Università di Roma Tor Vergata

© RSCG/CONTRASTO

APPASSIONATI ALLA VITA

CI SONO MOMENTI CHE VALGONO ANNI DI RICERCA.

Ogni giorno portiamo la passione per la vita nei nostri laboratori, nei nostri uffici, negli ospedali, nelle vostre case. Lavoriamo per migliorare la salute attraverso la ricerca e lo sviluppo di farmaci e vaccini innovativi. Il nostro impegno raggiunge tutti, anche attraverso programmi umanitari di donazione e distribuzione di farmaci. Per assicurare ad ogni singola persona un futuro migliore.

Al ministero dell'università si sta progettando il titolo abilitante per allinearsi con le prassi europee

Medici laureati subito in corsia

Laureati e, contemporaneamente, abilitati alla professione medica. Risparmiando così quell'anno di tempo «perso» tra i mesi di tirocinio obbligatorio post lauream e l'esame di abilitazione per l'iscrizione all'albo.

Al ministero dell'università si ritorna a parlare di titolo abilitante. Lo scopo è quello di essere in linea con le prassi europee.

Al Miur si torna a pensare ai corsi abilitanti. Per i giovani un futuro pensionistico migliore

Laureati e abilitati in medicina

Per rendere più immediato l'ingresso nel mondo del lavoro



Maria Chiara Carrozza

**DI SIMONA D'ALESSIO
E BENEDETTA PACELLI**

Laureati e, contemporaneamente, abilitati alla professione medica. Risparmiando così quell'anno di tempo «perso» tra i mesi di tirocinio obbligatorio post lauream e l'esame

di abilitazione per l'iscrizione all'albo. E, nello stesso tempo, iniziando a versare in anticipo, rispetto a quanto avviene ora, la contribuzione dovuta alla cassa di previdenza, considerato che il tasso di sostituzione (il rapporto fra la prima pensione e l'ultimo reddito) per i giovani che entrano quest'anno nel mondo del lavoro si stima non superi il 45%, in caso si cominci l'attività a 33 anni e si guadagni, a fine carriera, 32 mila euro annui. Mentre, dunque, al ministero dell'università si ritorna a parlare di titolo abilitante per essere in linea con le prassi europee, in un convegno a Roma, organizzato dall'Enpam,

si sono fatti i conti con probabile (scarsa) consistenza del futuro assegno pensionistico, che potrebbe, tuttavia, «irrobustirsi» grazie a interventi assistenziali (finanziamenti per l'avvio dello studio, risorse per formazione e innovazione dei professionisti e dei collaboratori ecc.) che l'ente

previdenziale di categoria intende sostenere.

Laurea abilitante. Dunque, nel prossimo futuro, al termine dei sei anni di studio universitario, gli aspiranti medici avranno in tasca una laurea abilitante. Contestualmente alla seduta di esame di laurea, infatti, i giovani svolgeranno anche la prova di abilitazione professionale, così come già avviene, per esempio, per la professione infermieristica. Il provvedimento ridurrà di circa un anno il tempo che intercorre tra la laurea e l'accesso alle scuole di specializzazione. Ma per fare questo sarà necessaria anche una successiva modifica che, secondo le prime indiscrezioni, andrà a impattare sul tirocinio obbligatorio articolato in tre mesi (un mese in un reparto chirurgico, un mese in un reparto di medicina e un mese presso l'ambulatorio di un medico di base).

Il restyling, infatti, seppure confermando la durata del percorso di laurea, darà la possibilità di effettuare il tirocinio valutativo negli anni del percorso universitario e non alla sua conclusione, come avviene ora. Anche perché, secondo gli addetti ai lavori, l'esame di stato oggi non è altro che una ripetizione della prova precedente e il tirocinio è stato, di fatto, già riassorbito dalle stesse facoltà. Ma non solo, perché sempre con l'obiettivo di diminuire i tempi di ingresso nel mondo del

lavoro la conferenza dei presidi della facoltà di medicina e chirurgia ha messo a punto alcune proposte per ridurre ulteriormente il periodo di formazione, andando a toccare questa volta le scuole di specializzazione. La durata di questi corsi, pertanto, verrà avvicinata a quella europea: le specialità chirurgiche passeranno da sei a cinque anni, quelle mediche da cinque a quattro anni o tre per alcune aree particolari. Novità anche sul tema del dottorato: durante la specializzazione sarà consentito, nell'ultimo anno, di svolgere contemporaneamente anche il terzo livello della formazione accademica.

Previdenza e assistenza. Diretta (tragica) conseguenza dell'ingresso tardivo nel mercato per i camici bianchi è la (concreta) possibilità di ritrovarsi, una volta in pensione, con un assegno insufficiente al proprio sostentamento. E, perciò, l'Enpam punta ad allungare la capacità reddituale anticipando e prolungando l'attività, sostenendo l'iscritto durante l'intera carriera, anche con incentivi per la formazione e l'accesso al credito. «Degli 11 milioni a disposizione quest'anno per le politiche di assistenza, ne abbiamo consumati 4 e mezzo. Noi vogliamo lanciare il concetto che occorre appoggiare non soltanto i colleghi in particolari condizioni di disagio, ma anche e soprattutto i giovani che, avendo appena finito il tirocinio e la specializzazione guadagnano poco, e che potrebbero esserci segnalati dagli ordini», ha spiegato a *ItaliaOggi* il presidente della

cassa previdenziale di medici e odontoiatri, Alberto Oliveti. Proposte illustrate nel corso della presentazione dell'Osservatorio del mercato del lavoro e delle professioni sanitarie, un progetto che «partirà nei prossimi mesi, sarà aperto alle istituzioni, a Istat, Isfol e Unioncamere», con l'obiettivo di monitorare la vera sostenibilità (economica e reddituale) dell'iscritto, studiare le evoluzioni del mercato e individuare soluzioni per rendere adeguate le future prestazioni pensionistiche. A tal proposito, l'istituto ha realizzato delle simulazioni sul tasso di sostituzione per un iscritto, a partire dal 2013, nel caso di pensionamento per vecchiaia (68 anni) utilizzando le basi dell'ultimo bilancio tecnico:

entrando nel mercato a 27 anni, con un reddito iniziale di 12 mila 380 euro e uno finale di 27 mila 474 euro, si stima con «l'ausilio» dell'incremento Istat una pensione pari a 13 mila 993 euro (tasso del 51%), mentre per un ingresso tardivo a 37 anni, partendo da guadagni di 16 mila 786 euro e concludendo con una cifra di 30 mila 560, la pensione sarà di 12 mila 192 (tasso del 40%). L'Enpam si pone, perciò, il problema di favorire una «più precoce inclusione nel mondo del lavoro» dei medici e degli odontoiatri nella consapevolezza, conclude Oliveti, che molti giovani laureati «sono costretti alla sottoccupazione. O all'emigrazione».

——© Riproduzione riservata——■