

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
17 GENNAIO 2014

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Dalle assicurazioni no a medici fiduciari, Fimmg: si rispetti libertà di scelta del medico

«Le assicurazioni bocciano gli sconti sul premio Rc auto a chi accetta di farsi certificare le lesioni da un medico fiduciario della compagnia? E' una presa di posizione che condividiamo, dice **Guido Marinoni** vicesegretario Fimmg lombardo in merito alle norme semplificative del decreto legge Destinazione Italia. «Affidare gli utenti solo a medici della compagnia per le certificazioni lede il principio della libera scelta del medico. La ratio della misura va motivata. Se si ipotizza un'illecita compiacenza del medico scelto dal cittadino verso quest'ultimo, qualcuno potrebbe ipotizzare un'analogha compiacenza del medico "fiduciario" per le esigenze di profitto della compagnia. La risposta a premi Rc alti non è comunque nel porre limiti al rapporto di fiducia medici-cittadini». Il presidente dell'Associazione delle assicurazioni Ania Aldo Minucci ha bocciato l'idea di uno sconto dal 7% in su prevista nel decreto, e non prevede che l'obbligo per gli assicurati di rivolgersi a medici fiduciari porti un impatto positivo sui costi assicurativi, «visto che le prestazioni andrebbero sostenute dall'impresa e che la clausola sarebbe limitata al conducente non responsabile coincidente con l'assicurato per lesioni fisiche fino al 9%». La norma avrebbe poi «margini incalcolabili di eventuale responsabilità a carico delle imprese per malpractice». Ania boccia pure la previsione al comma 10 del riscontro medico legale delle lesioni lievi solo con accertamenti strumentali «L'accertamento visivo –dice Minucci– è necessario per lesioni come ferite e cicatrici. L'eliminazione della verifica visiva potrebbe dar luogo ad abuso di diagnostica da parte dei danneggiati con i relativi costi».

Cure transfrontaliere, favorita mobilità pazienti tra Regioni

Più soldi al Ssn e più mobilità per i pazienti non solo verso l'estero ma anche tra regioni italiane. Questo potrebbe portare la direttiva europea 2011/24, operativa da dicembre, il cui decreto di recepimento è esaminato oggi dalla conferenza stato-regioni. La direttiva mette al centro il cittadino ma anche le Asl chiamate ad autorizzare le cure all'estero con un iter di massimo 40 giorni, e i distretti chiamati a sorvegliare l'erogazione delle prestazioni. Per **Valerio Fabio Alberti**, presidente della Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere Fiaso, «nel breve periodo non cambieranno molto le modalità di erogazione delle cure e i flussi in entrata e uscita. Ma progressivamente la libera circolazione dei pazienti metterà sotto pressione i sistemi sanitari che dovranno raccogliere la sfida sulla qualità ed essere attrattivi. L'Italia dovrà investire in strutture, tecnologie ma anche in capitale umano: un percorso che mi auguro ma che richiede stabilità e investimenti nei prossimi anni. Anche per **Gilberto Gentili** presidente di Card, coordinamento dei direttori di distretto, si dovrà investire: «È probabile un esodo di pazienti italiani ma non epocale: i nostri operatori sono

ricercati nei paesi “top”, e crediamo che nel medio termine saranno premiate molte nostre strutture, se si punta sul loro sviluppo. Forse nelle regioni del Nord la concorrenza porterà sia minor afflusso da altre regioni sia un deflusso maggiore di residenti verso l'estero». Per Gentili c'è un altro aspetto chiave «Oggi un cittadino lombardo non può “spendere” la ricetta del suo medico in una farmacia veneta: qui il Federalismo ha generato più ombre che luci, ma la globalizzazione ci costringerà a rivedere la mobilità interna». Per Alberti (Fiaso) «la questione delle ricette non spendibili da una regione all'altra è grave, ma la sua soluzione spetta “naturalmente” al tavolo governo- regioni». Tra le norme del decreto in arrivo: rimborso ai cittadini stranieri delle prestazioni coperte dai Lea alle tariffe praticate ai nostri concittadini; iter con due richieste successive all'Asl per ottenere l'autorizzazione alle cure estere in poco più di un mese; un elenco dei dati che devono contenere le ricette prodotte fuori Italia per essere “spendibili” nel nostro Ssn. Un decreto ad hoc dirà invece cosa devono scrivere i nostri medici in ricetta affinché gli assistiti fruiscono delle cure estere.

Rivalutazione colpa medica, i ginecologi si appellano all'Europa

I ginecologi hanno deciso di rivolgersi all'Europa perché venga finalmente risolta l'anomalia tutta italiana dovuta al fatto che siamo rimasti l'ultimo Paese in cui la colpa medica è paragonata a qualunque altro tipo di colpa professionale. «Il prossimo 31 gennaio sarò a Bruxelles, – annuncia **Vito Trojano**, presidente dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi) – ho preparato un'istanza da presentare a Strasburgo affinché l'Italia venga sollecitata ad adeguarsi alle altre nazioni europee riguardo a tre punti: rivalutazione della colpa medica, obbligatorietà di assicurazione delle strutture (pubbliche e private) e rivalutazione del rischio clinico, con controlli molto più accurati e dettagliati». Sarà un ulteriore passo in un'iniziativa che sta impegnando molti attori del panorama sanitario italiano e che ha visto l'ultimo atto nella presentazione, avvenuta due giorni fa, del Disegno di legge “Sicurezza delle cure e responsabilità professionale”, a firma del senatore del Pd e presidente Fnomceo **Amedeo Bianco**. Altri quattro disegni di legge sui temi connessi alla responsabilità professionale sono già stati depositati alla Camera e, spiega Trojano, «sono il frutto di sollecitazioni provenienti da più ambiti, in particolare dalla Aogoi, ma anche dalle società degli ortopedici e dei chirurghi plastici». Sono le specialità in cui il contenzioso ha assunto i livelli più preoccupanti, venendo a costituire un costo enorme. «Si tratta di 30 mila processi all'anno, che nel 98,8% dei casi – precisa Trajano - finiscono in assoluzione oppure in prescrizione; se si aggiunge il costo della medicina difensiva che ne deriva, si capisce che intervenendo su questi capitoli di spesa si potrebbe risolvere il problema del deficit della Sanità». La maggior parte dei contenziosi non sono legati a una responsabilità clinica ma a carenze delle strutture e questo è particolarmente rilevante in ginecologia: «I punti nascita devono essere dimezzati perché al di sotto dei mille parti non è possibile garantire la sicurezza necessaria, sono a rischio per chi va a partorire ma anche per il medico che ci lavora».

Patto salute, Lorenzin: più potere di controllo a ministero

«È emersa da parte di tutti l'esigenza di un rafforzamento dell'attività di controllo da parte del ministero della Salute sugli aspetti sanitari, i livelli essenziali di assistenza, il coordinamento scientifico e della prevenzione». Lo ha detto il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, al termine dell'incontro al ministero della Salute con i rappresentanti

delle Regioni per la definizione del nuovo patto della salute. «Sono molto contenta di questa richiesta - ha sottolineato Lorenzin - perché ci dà la possibilità anche di rispondere alle nuove esigenze epidemiologiche che abbiamo nel Paese». Quanto ai tempi per la definizione del patto, «ci siamo dati tempi molto stretti: 10 - ha precisato il ministro - sono i capitoli di questo patto e ci saranno 10 incontri per realizzarli che stiamo calendarizzando. Crediamo di poter finire in tempi molto brevi». Riferendosi quindi ai contenuti del patto della salute, Lorenzin ha spiegato che «gli elementi più importanti emersi, oltre alla riorganizzazione del territorio, sono anche capire come affrontare in futuro la compartecipazione della spesa, la questione del personale e lo sblocco del turnover, il meccanismo di aggiornamento dei piani di rientro così come erano stati immaginati negli scorsi anni». Inoltre, ha concluso il ministro, «abbiamo affrontato il tema della spending interna, cioè di quantificare in modo chiaro le risorse che si possono recuperare dai risparmi e individuare dove investire nei prossimi anni». Il patto della salute, che si chiuderà «a breve, deve essere un patto concreto, con degli impegni stringenti da parte delle Regioni, in accordo con il governo, per fare le cose che sono indicate, quindi anche con un sistema di verifica e di monitoraggio», ha spiegato il ministro.

La riunione, ha sottolineato il ministro Lorenzin, «è andata molto bene. Ci siamo visti con il comitato ristretto e siamo d'accordo su due punti principali di quello che deve essere questo patto: deve contenere "visione" e "pragmatismo"». Visione, ha chiarito Lorenzin, vuol dire «avere l'ambizione di traghettare un progetto di pianificazione del Servizio sanitario nazionale che regga alle sfide attuali e dei prossimi anni.

La prima sfida è quella della sanità transfrontaliera e la seconda è la sostenibilità del Ssn a fronte delle crisi economiche e del problema demografico con una popolazione sempre più vecchia e che sta cambiando il suo fabbisogno di salute». Per quanto riguarda poi il pragmatismo, «i passati patti della salute - ha detto il ministro - sono stati attuati al 40-50%» mentre «questo deve essere un patto concreto».

Rapporto su attività ospedaliera 2012, meno ricoveri più efficienza

Nel 2012, diminuiscono i ricoveri negli ospedali italiani e aumenta l'efficienza nell'utilizzo dei nosocomi. È quanto emerge dal Rapporto annuale sull'attività ospedaliera per l'anno 2012, pubblicato sul sito del ministero della Salute. Nel 2012 sono stati erogati 10.257.796 ricoveri ospedalieri (contro i 10.749.246 dell'anno precedente), corrispondenti a un totale di 66.707.607 giornate (nel 2011 erano 69.417.699). Rispetto al 2011, sottolinea il dicastero, il numero complessivo di ricoveri ordinari per acuti si riduce (-2,9%), così come il numero dei cicli di Day Hospital (-10,3 %). Stesso discorso per l'attività totale per acuti che riporta una riduzione del 5% e del tasso di ospedalizzazione per acuti, che rispetto al 2011 si riduce da 110 a 108 dimissioni per 1.000 abitanti in regime ordinario. La riduzione dei valori di tutti gli indicatori rispetto al 2011, afferma il ministero, «descrive una tendenza al miglioramento dell'appropriatezza. Complessivamente, quindi, si osserva una significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e dell'efficienza nell'uso dei nostri ospedali». Grazie al Rapporto Sdo, che si basa sulle schede di dimissione ospedaliera, si è dunque in grado di «disporre di una fotografia nitida delle attività di ricovero e cura per acuti degli ospedali italiani, pubblici e privati, in modo affidabile e completo». La banca dati Sdo, precisa il ministero, «assicura una copertura della rilevazione oramai superiore al 99,5% degli ospedali pubblici e privati accreditati. Esistono quindi tutti gli strumenti operativi per monitorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate e seguire l'obiettivo del ministero di migliorare e uniformare ad alti standard qualitativi

l'attività ospedaliera in tutto il territorio nazionale ed in particolare nelle regioni in piano di rientro». «Dobbiamo rafforzare i sistemi di monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Livelli essenziali di assistenza, poiché proprio attraverso la sistematizzazione e la pubblicizzazione di questi dati saremo in grado di assicurare ai cittadini interventi costanti sul sistema» è il commento del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**. Ciò, spiega il ministro in una nota, «affinché vengano assicurate la sicurezza ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, con particolare attenzione alle modalità di utilizzo delle risorse disponibili». Il filo conduttore dei «nostri interventi - prosegue - continuerà ad essere l'appropriatezza».

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Costi standard. Lorenzin conferma: "Nel 2014 cambieremo i criteri. Più attenzione anche agli aspetti socio economici"

Lo ha spiegato il ministro nel corso di un'audizione presso la Commissione bicamerale sul federalismo fiscale. "Stesso principio dovrà riguardare anche fabbisogni standard e Regioni benchmark". E nel 2014 "gli enormi flussi informativi generati da nuovi strumenti consentiranno un grosso salto di qualità".

Nel 2014 è necessaria” una revisione dei criteri per l’individuazione dei costi e dei fabbisogni standard. Un’azione che riguarderà inevitabilmente anche le regioni indicate come benchmark”. Lo ha spiegato il ministro **Beatrice Lorenzin** nel corso di un’audizione presso la **Commissione parlamentare bicamerale per l’attuazione del federalismo fiscale**.

“La questione del finanziamento rappresenta l’aspetto dirimente per il futuro del Ssn – ha esordito – in quanto è direttamente legata alla tutela del diritto alla salute. E’ quindi, oggi più che mai, necessario razionalizzare la spesa incidendo in maniera oculata e ragionata sui bilanci regionali. In questo senso i costi standard costituiscono un passaggio essenziale per garantire la sostenibilità del sistema in maniera equa. E l’individuazione delle regioni benchmark permette di monitorare le risorse con efficacia. Si tratta di una modalità decisiva per localizzare e accertare le aree di inefficienza e per ridurre il divario che separa le regioni italiane” Lorenzin ha quindi osservato che per l’anno in corso serviranno “nuovi criteri, che non attengano essenzialmente all’assistenza ospedaliera come accaduto nel 2013”. Stanno infatti emergendo nuovi strumenti, “cioè flussi informativi – ha proseguito – in grado di conferire rilievo a nuovi ambiti, in particolare a quelli legati alla sfera socioeconomica e all’assistenza domiciliare”.

Si profilano quindi notevoli passi avanti che “ci consentiranno di toccare livelli di implementazione mai raggiunti sino a questo momento, tramite un’analisi dettagliatissima del dato economico e del fabbisogno sanitario. In particolare grazie a strumenti come il Piano nazionale esiti, l’Anagrafe sanitaria, che ritengo l’infrastruttura basilare, il Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis) e le norme relative all’open data arriveremo a conoscere in ogni azienda territoriale la caratura della popolazione, i costi e i rendimenti delle prestazioni erogate. Questo intreccio e incrocio tra dati – ha assicurato – genererà

ingenti risparmi e importanti interventi a tutela dei cittadini”.

Ma il 2014 dovrà essere anche l’anno della chiarezza “sin dal principio, soprattutto per quanto riguarda un’immediata effettuazione del riparto per l’anno in corso. Richiesta in tal senso, che condivido pienamente, mi è giunta nell’incontro di stamane con le Regioni. Serve infatti certezza affinché le Regioni siano subito operative. Questa mattina abbiamo discusso anche della necessità di non ragionare esclusivamente sui costi standard, verificando anche ulteriori parametri in modo da ottenere una più omogenea standardizzazione degli obiettivi”. E per le Regioni servono anche incentivi, “per esempio meccanismi di premialità per quelle in Piano di rientro che dimostrano di convergere verso gli indicatori standard. E per raggiungere simili obiettivi è imprescindibile introdurre sistemi analitici di controllo e gestione della contabilità che siano utilizzati, senza alcuna eccezione, in tutte le aree geografiche”.

Nel complesso per vincere sfide così ambiziose “bisogna costruire nuovi sistemi di governance, che impediscano di scaricare le inefficienze sulle Regioni virtuose e che stronchino sul nascere qualsiasi opzione imperniata sul puro assistenzialismo. Cercheremo poi di rivedere il meccanismo rozzo dei Piani di rientro e di aggiornare i Lea. Le risorse ci sono, ora si concordino con le Regioni modalità di risparmio che considerino le differenze esistenti. E su questo punto il Patto per la Salute è decisivo. L’importante è che non venga modellato all’insegna di una visione contrattualistica, evitando cioè di collocare Stato e Regioni su due sponde opposte. Stiamo cercando una visione più ampia e organica. Deve essere il Patto della concretezza, non come i precedenti che sono stati attuati non oltre il cinquanta per cento”.

Patto per la Salute. Firma entro febbraio. Lorenzin assicura sui 2 miliardi in più per il fondo 2014

Si riparte e stavolta c'è ottimismo. Tant'è che l'impegno è chiudere la partita entro il prossimo mese. Regioni e ministero al lavoro per sviluppare i punti già avanzati nelle proposte regionali di fine ottobre. Ministero Salute dovrà avere più poteri di controllo sul rispetto dei Lea, sul coordinamento scientifico e la prevenzione.

Visione e pragmatismo per arrivare ad un Patto della Salute concreto con impegni stringenti. Il tutto con un rafforzamento dell’attività di controllo da parte del ministero della Salute. Per accompagnare chi è in difficoltà verso il risanamento. È questa la linea d’azione – decisa oggi nel corso della prima riunione del 2014, a Lungotevere Ripa – che Salute e Regioni porteranno avanti per chiudere a stretto giro di posta il nuovo Patto della salute. Un accordo che si definirà a partire dalle schede regionali di fine ottobre sulle quali i tecnici ministeriali e regionali torneranno a lavorare insieme a ritmo serrato. Obiettivo è chiudere presto, prima che scatti la "mannaia" di **Cottarelli** e della spending review che potrebbe rimettere in discussione gli stanziamenti per la sanità. Un punto caldissimo, questo, sul quale **Lorenzin** è stata chiara nel riaffermare la volontà del Governo di mettere sul piatto i 2 miliardi in più per il ticket, a patto però che il negoziato sul Patto per la salute si chiuda presto, proprio per evitare che i giochi siano fatti altrove.

“La riunione è andata molto bene – ha dichiarato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** - ci siamo visti con il comitato ristretto e siamo d’accordo su due punti di quello che deve

essere il nuovo Patto: deve contenere visione e pragmatismo. Visione vuol dire avere l'ambizione di traghettare un progetto di pianificazione del Ssn che regga alle sfide attuali e dei prossimi anni. La prima sfida è quella della sanità transfrontaliera, la seconda è la sostenibilità del Ssn a fronte delle crisi economiche e del problema demografico con una popolazione sempre più vecchia che sta cambiando il suo fabbisogno di salute”.

Per quanto riguarda il pragmatismo, il ministro ha ricordato che i precedenti Patti sono stati attuati al 40-50%: “Questo perciò deve essere un Patto concreto con impegni stringenti da parte delle Regioni in accordo con Governo per fare le cose che si sono dette. Quindi anche con un sistema di verifica e di monitoraggio”.

E ancora, ha evidenziato Lorenzin “è emerso inoltre da parte di tutti l'esigenza di un rafforzamento dell'attività di controllo da parte del ministero della Salute sugli aspetti sanitari sui Lea, sul coordinamento scientifico e sulla prevenzione. Sono molto contenta di questa richiesta, perché ci dà la possibilità anche di rispondere alle nuove esigenze epidemiologiche che abbiamo nel Paese. Ci saranno dei tempi molto stretti, i capitoli sono dieci e ci saranno quindi dieci incontri che stiamo calendarizzando. Crediamo di poter finire in tempi molto brevi”.

Quanto ai temi affrontati nel Patto “gli elementi più importanti oltre alla riorganizzazione del territorio e della rete ospedaliera, sono capire come affrontare nel futuro la compartecipazione alla spesa, il personale e lo sblocco del turn over, e il meccanismo di aggiornamento dei piani di rientro così come era stati immaginati negli scorsi anni. Abbiamo affrontato il tema della spending interna – ha infine annunciato il ministro - cioè di quantificare in modo chiaro le risorse che si possono recuperare dai risparmi e individuare dove investirle nei prossimi anni”.

Insomma, Ministero e Regioni sembrano sempre più coesi nel voler portare avanti una linea d'azione che non metta nell'angolo il sistema sanitario nazionale.

Tant'è che, come ha spiegato **Luca Coletto**, l'assessore del Veneto e coordinatore degli assessori regionali alla Salute, al termine della riunione “Il rafforzamento del controllo da parte del ministero”, la cui esigenza è emersa questa mattina, si truce nel “potere di intervenire soprattutto nelle questioni economiche” e per “accompagnare meglio chi è in difficoltà verso il risanamento”.

“Non la vedo come una prevaricazione del titolo V – ha specificato Coletto – ma piuttosto come una cogestione per migliorare le situazioni. La questione, dunque, credo si ponga soprattutto in termini economici perché quando nelle Regioni ci sono sbilanci eccessivi e nessun tipo di intervento da parte dei commissari, continuare su questa strada aggrava i bilanci e non permette un recupero da parte delle Regioni in tempi consoni”.

In sostanza “C'è la volontà di collaborare in maniera più importante, in misura maggiore di quanto sia accaduto fino ad ora. Detto questo, non è che il federalismo sanitario abbia fatto male, perché ci sono regioni in attivo, ma certe non riescono e quindi un intervento forte del Governo sarebbe anche auspicabile per risolvere determinate situazioni. Abbiamo tempi molto stretti, ci vedremo già dalla prossima settimana”.

Ma si è parlato ovviamente anche di risorse. Come ci conferma l'assessore della Toscana **Luigi Marroni**: "Il ministro ha ribadito l'impegno a finanziare il fondo sanitario 2014 con 2 miliardi in più derivanti dalla mancata introduzione dei ticket. Anche se, ha avvertito, e siamo d'accordo con lei, che bisogna far presto a chiudere il Patto. Pena il rischio che la

spending review arrivi prima restringendo le risorse a nostra disposizione".

La fine di febbraio è il termine massimo che Regioni e ministero si sono dati per chiudere. Anche se si spera di poterci riuscire addirittura prima.

Patto Salute. Cecconi (Cgil): "Per 'amministrare' i tagli o per rilanciare il Ssn?"

Servono segnali di cambiamento, il Governo deve proporre formalmente il riparto del finanziamento 2014 con i due miliardi aggiuntivi. Il Patto deve occuparsi di come ristabilire in tutto il Paese il diritto alla salute, sostenendo in tutte le regioni una riorganizzazione dei servizi fondata sull'appropriatezza, valorizzando il lavoro e superando la precarietà

E' ripreso il confronto sul nuovo Patto per la Salute. Il maggior rischio è che si riduca ad "amministrare" i tagli decisi in questi anni. Quando servono invece segnali di cambiamento per mettere in sicurezza il Servizio sanitario nazionale e quindi i diritti delle persone. Per cominciare, come primo atto preliminare al confronto sul Patto, il Governo deve proporre formalmente il riparto del finanziamento 2014 con i due miliardi aggiuntivi, come più volte annunciato, per evitare i nuovi ticket.

Ma lungimiranza (e coraggio) vorrebbe si discutesse, seriamente, come superare i ticket. Con un exit strategy divenuta necessaria di fronte a milioni di persone che rinunciano a curarsi per l'eccessivo peso della compartecipazione. In questi anni i ticket sono aumentati e, anziché favorire appropriatezza, hanno generato iniquità e distorsioni, favorendo consumi privati, o rinunce. E assicurando sempre meno entrate rispetto alle previsioni (anche a causa degli elevati costi per amministrarli), così che compensarne progressivamente il superamento non sarebbe impresa impossibile.

Il Patto deve occuparsi di come sia possibile ristabilire in tutto il Paese il diritto alla tutela della salute e a cure di qualità. Un diritto che oggi non è non garantito a tutti i cittadini, soprattutto in alcune regioni. Si è creato un divario e una frammentazione che vanno aggrediti con strumenti adeguati, di rango costituzionale, proprio per rispettare l'obbligo di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza in tutto il territorio nazionale. Non è facile proporre battaglie per la ricostruzione dei diritti e del SSN quando la tempesta dei tagli incombe. Ma non c'è alternativa, vanno fatte entrambe le cose: bisogna associare la lotta per un finanziamento adeguato al welfare a quella per la riqualificazione dei servizi. Solo così è possibile mantenere il ruolo, insostituibile, del SSN pubblico e universale. Per questo bisogna sostenere, in tutte le regioni, una riorganizzazione dei servizi fondata sull'appropriatezza: per cambiare logica ai piani di rientro, ma da fare anche nelle realtà più virtuose.

In questo senso, una priorità del Patto, per noi, è la riorganizzazione dell'assistenza nel territorio. I centri sanitari/case della salute che proponiamo (vedi documento) rispondono ai crescenti bisogni delle persone. Ormai le patologie croniche, e la non autosufficienza che spesso le accompagna, sono considerate dall'OMS l'epidemia del nostro secolo. Richiedono più cure primarie h24 e di iniziativa, più prevenzione, più integrazione tra sanità e servizi sociali. E questa è anche un'alternativa indispensabile alla riorganizzazione della rete ospedaliera. Ecco perché il rinnovo delle cosiddette "convenzioni" per la medicina

territoriale è un'occasione che non va sprecata e che va in qualche modo collegata al Patto per la salute.

Sappiamo che per creare questa rete di Centri/Case della salute h 24 in tutto il paese servono investimenti iniziali, per lo start up si direbbe nei piani industriali. Per questo abbiamo proposto di sbloccare anche una parte dei fondi che le regioni aspettano da anni (svariati miliardi “congelati” presso il MEF), che dunque non incidono immediatamente sui saldi di bilancio e che sarebbero comunque vincolati alla riorganizzazione. Conviene fare queste scelte, e rapidamente: dove si è investito nei servizi territoriali è dimostrato che si ottengono benefici sul risanamento dei bilanci e sulla qualità dell'assistenza ai cittadini. Anche così si mette in sicurezza il diritto alla salute. Il Patto sarebbe già una “novità” se decidesse di avviare sul serio questa riorganizzazione, che sposta il baricentro dell'assistenza nel territorio e per l'integrazione tra sociale e sanità.

Sapendo che una vera riorganizzazione è possibile solo valorizzando il lavoro, superando le precarietà, i dumping tra settori e professioni e salvaguardando i livelli di occupazione. Perciò deve essere sbloccata la contrattazione con i sindacati del settore.

Lo abbiamo detto più volte, gli interventi di protezione sociale e sanitaria sono un'eccellente investimento. Possono garantire diritti e benessere, creare occupazione di qualità. In particolare nei servizi alla persona, dove è in costante aumento la domanda e dove c'è un gap di posti di lavoro da recuperare rispetto ad altri Paesi europei, che a parità di spesa hanno un'occupazione per abitante nel welfare superiore alla nostra. Così si aiuta il nostro Paese a crescere e a migliorare. E bisogna rivendicare che è stato il modello pubblico e universale ad assicurare un governo più appropriato della spesa, contribuendo anche al risanamento dei conti pubblici. Al contrario di dissennate privatizzazioni che distorcono e alla fine fanno crescere la spesa complessiva, come insegna la vicenda della sanità Usa

Ma se il Patto per la Salute vuole uscire da logiche “difensive” e corporative deve essere costruito con un nuovo metodo, che permetta un'ampia partecipazione. Le questioni che devono essere affrontate non sono materia solo per addetti ai lavori, riguardano tutti.

Responsabilità professionale sanitaria. Le proposte delle Regioni in audizione alla Camera

“La responsabilità delle cure fa sempre capo al Ssn, e non può essere elusa” è quanto ha affermato Carlo Lusenti, assessore alla sanità dell'Emilia Romagna illustrando alla Commissione Affari sociali della Camera la posizione delle regioni. Il documento. Il documento delle Regioni.

“La responsabilità delle cure fa sempre capo al Servizio sanitario nazionale e non può essere elusa”.

È questa la posizione delle Regioni sul tema della responsabilità professionale sanitaria, illustrata dall'Assessore della Regione Emilia-Romagna, Carlo Lusenti alla Commissione affari sociali della Camera. Un tema questo che deve però essere inquadrato nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, ovvero nel quadro dei diritti del sistema.

Lusenti si è in particolare soffermato su tre questioni fondamentali.

“La prima necessità – ha detto **Carlo Lusenti** – è il lavoro fondamentale per realizzare un vero e proprio cambiamento culturale, considerando che la responsabilità delle cure fa sempre capo al servizio sanitario nazionale, anche quando emergano carenze o aspetti negativi. Esiste cioè – ha spiegato Lusenti – una responsabilità di sistema che non può essere elusa”.

Quando il servizio sanitario “fallisce e il cittadino subisce dei danni occorre garantire un risarcimento in tempi contenuti che consideri l’entità del danno stesso, ma che tenga anche conto – come si sottolinea nello stesso documento della Conferenza – che in medicina alcuni errori sono inevitabili. Occorre anche uno sforzo maggiore sul fronte della formazione alla sicurezza”.

Il tema, inoltre, deve però essere inquadrato nell’ambito dei Livelli essenziali di assistenza, ovvero nel quadro dei diritti del sistema. È da questo principio che si deve partire, andando anche al di là della parte meramente risarcitoria. Sotto questo profilo occorre considerare anche altri aspetti come quello del “danno reputazionale”, peraltro difficilmente quantificabile, che può colpire ad esempio un medico e, in generale, un clima in cui gli operatori sanitari non si sentono più sicuri nel loro lavoro”.

La seconda questione toccata da Lusenti è relativa al ritardo legislativo relativamente al tema delle responsabilità delle professioni sanitarie. “Non esiste ancora un obbligo di assicurare le responsabilità civile nelle Asl. Le Regioni – ha detto Lusenti - giudicano positivamente le proposte all’attenzione del Parlamento, ma resta il fatto che ancora non si è arrivati ad una legge”.

Il terzo tema è quello relativo alla costruzione di un sistema trasparente ed equo: “non ci sono osservatori regionali, mancano un omogeneo sistema di presa in carico e un impianto sistematico e procedurale nella relazioni con le diverse Istituzioni, fra cui la magistratura”.

“Le Regioni – ha concluso Lusenti – chiedono al Parlamento di continuare il lavoro per una definizione più puntuale delle responsabilità professionali in ambito sanitario e sono disponibili ad un lavoro congiunto per coniugare al meglio iniziative legislative proprie delle Regioni con le proposte di legge al vaglio del Parlamento”.

Nutrizione. Tutta la verità sulle "false" diete. Arriva il Libro Bianco dell'Associazione nazionale dietisti

Il settore va regolamentato perché la dietistica e la nutrizione umana sono una cosa seria, non un gioco per far dimagrire o stendere un menù. A lanciare l’allarme l’Associazione Nazionale Dietisti che ha presentato ieri al Ministero della Salute il Libro Bianco “troppi master incoerenti con i titoli di laurea”

Una giungla selvaggia di corsi di specializzazione che nulla hanno a che fare con il mondo della nutrizione e dall’area sanitaria. “Titoli” che promettono competenze nell’elaborazione e prescrizione di diete anche per malati e pazienti, ma che portano solo ad un uso indiscriminato del termine “nutrizionista”. Tutte competenze non previste dal ministero della Salute o comunque non congrue rispetto alle lauree di origine.

Uno scenario inquietante, anche perché la dietistica e l’applicazione della dietetica e della

nutrizione umana all'individuo sono una cosa seria, non un gioco per far dimagrire o stendere un menù.

A lanciare l'allarme, ma è un'emergenza denunciata da anni, è l'Associazione Nazionale Dietisti (Andid.it) che nel volume "L'offerta formativa universitaria in nutrizione umana" ha messo nero su bianco le criticità e le problematiche di un mondo che negli ultimi vent'anni ha avuto uno sviluppo enorme ma senza alcuna regolamentazione precisa.

Per questo i professionisti auspicano l'istituzione di Master professionalizzanti e l'implementazione di un confronto collaborativo tra associazioni rappresentative delle professioni e mondo accademico, per elevare la qualità formativa e professionale, presupposto indispensabile per rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute della popolazione.

Il libro è stato presentato oggi al Ministero della Salute al convegno "Formazione e bisogni di salute", in collaborazione con il Coordinamento Nazionale delle Professioni Sanitarie (Conaps.it).

"Organizzare il libro bianco è stato molto complesso – spiega la presidente Andid, Giovanna Cecchetto – ma anche interessante. È un'opera importante soprattutto per le Istituzioni, perché cerca di offrire una dettagliata e strutturata lettura di un panorama molto frammentato che rende difficile identificare punti di convergenza e di sinergia tra le logiche del mondo accademico, orientate a fornire cultura, conoscenze e competenze, ma fortemente condizionate dalla scarsità delle risorse economiche e inserite in un contesto di piena autonomia, e le logiche del mondo sanitario, orientate alla promozione e tutela della salute e alla sicurezza dei cittadini. Il nostro auspicio è che il Libro Bianco possa dare un contributo positivo per il futuro".

Ma quello che accade nel 'pianeta dieta' è in realtà il denominatore comune di tutto il mondo delle professioni sanitarie. "Un problema – spiega Antonio Bortone che presiede il Coordinamento Nazionale delle Professioni Sanitarie (Conaps) – che non riguarda solo il lavoro e chi lo svolge legalmente con i titoli ufficiali e corretti, ma soprattutto la salute delle persone. Questo Libro Bianco dei dietisti italiani è non solo benvenuto, ma apre la strada ad iniziative analoghe di altre associazioni impegnate a far valere il proprio valore e la propria qualità professionale a garanzia del cittadino utente".

Il Libro bianco in pillole.

Boom di accessi ai master, senza "selezione". Dal libro bianco emerge l'eterogeneità e l'enormità degli accessi ai master, aperti contemporaneamente a laureati con provenienze formative e ambiti professionali molto diversi tra loro e molti dei quali senza alcuna competenza di base in ambito nutrizionale e sanitario. Ad esempio, lauree in Biotecnologie, Scienze biologiche, Scienze motorie, Chimica, Agraria, Scienze forestali, Scienze della comunicazione, Scienze dell'educazione, Scienze farmacologiche, cui sono anche associate, in vari corsi, contemporaneamente ed indifferentemente, tutte o alcune delle Professioni sanitarie. Da tale eterogeneità discende presumibilmente il gran numero di obiettivi formativi, spesso accorpati in modo disomogeneo all'interno di uno stesso corso, in relazione alla disomogeneità della tipologia di laureati iscritti.

Competenze “incompetenti”. Paradossalmente inoltre, l’accesso alle Professioni Sanitarie sembra determinare, all’interno degli obiettivi formativi comuni a tutti gli iscritti, l’inserimento di competenze di natura clinico/assistenziale inerenti la nutrizione, non sostenute da pertinenti competenze di base dei discenti e spesso sovrapposte al profilo professionale del dietista stesso. Queste carenze formative di base, peraltro, non possono essere colmate dall’esiguo numero di crediti formativi universitari (CFU) attribuiti dai piani formativi ai relativi insegnamenti, e quanto alle sovrapposizioni al profilo del Dietista, sottolineiamo che esiste una fondamentale differenza tra i corsi analizzati e i corsi di laurea in Dietistica, relativamente a ordinamento, insegnamenti, numero di CFU ed attività pratiche e di tirocinio, in quanto questi ultimi hanno finalità professionalizzanti, tant’è che l’esame finale consiste in un esame abilitante alla professione, mentre le altre tipologie di corsi non hanno alcuna valenza abilitante.

“L’impressione complessiva che se ne ricava – ha aggiunto Cecchetto – è che la scelta che sottende all’insieme di offerte presenti nel panorama formativo italiano di ambito nutrizionale sia poco orientata a rispondere in modo selettivo e mirato ai bisogni formativi dei vari professionisti, differenziandone i livelli di approfondimento e di specificità. La carenza più significativa in questo senso riguarda le opzioni rivolte alle professioni sanitarie e in particolare ai laureati in dietistica, specialmente per quanto riguarda i Master di 2° livello”.

I rischi della carenza selettiva secondo l’Andid:

- va a scapito della qualità e dell’efficienza formativa raccomandata dal Consiglio di Europa (Documento “On a strategic framework for European cooperation in education and training” 12 maggio 2009);
- rischia di fornire messaggi confondenti (specie nei confronti di chi esercita la propria attività fuori dall’area sanitaria), circa le potenzialità e i limiti dei corsi universitari post-base (in particolare Master di 1° e 2° Livello), facilmente interpretabili come opportunità di acquisizione di nuove competenze – che non vi sono – rispetto ai profili di base;
- rischia di trasmettere ed alimentare una visione, purtroppo ancora molto diffusa, di stampo semplicistico e scientificamente inappropriato, dell’approccio applicativo della dietetica nelle situazioni fisiologiche e nella prevenzione e trattamento nutrizionale delle principali patologie connesse all’alimentazione;
- non favorisce l’implementazione della cultura dell’interdisciplinarietà e della gestione della complessità delle connessioni tra nutrizione e salute;
- favorisce il proliferare di qualifiche e titoli impropri, affatto rispondenti agli ordinamenti vigenti, dall’utilizzo indifferenziato del termine “nutrizionista”, ad altri esempi compresi nel Libro Bianco (Esperto AES, Master in Alimentazione e Educazione alla Salute, Bologna; Educatore alimentare eco consapevole, Master per educatore alimentare eco-consapevole di Bari; Laureato ECOCAL, economia e cultura dell’alimentazione, Perugia).
- crea rischi per la sicurezza dei cittadini contravvenendo in taluni casi al diritto alla trasparenza e alla correttezza delle informazioni.

Manconi (Pd): "Legalizzare uso terapeutico della cannabis e facilitare accesso a farmaci derivati". Presentato un ddl

Il presidente della Commissione Diritti Umani a Palazzo Madama ha spiegato che l'uso terapeutico della cannabis "può ridurre il dolore nei pazienti". Per Manconi il tema rimane

un "solidissimo tabù culturale" nel nostro Paese, "troppo superficialmente attribuito al pensiero religioso". IL TESTO DEL DDL.

"Il [ddl sull'uso terapeutico della cannabis](#), depositato al Senato, semplifica e rende accessibile ai pazienti il ricorso di quei farmaci su base cannabinoide, che l'esperienza scientifica ha mostrato avere una notevole efficacia". E' quanto affermato dal senatore del Partito democratico **Luigi Manconi**, presidente della Commissione Diritti Umani a Palazzo Madama, durante la conferenza stampa convocata per presentare il suo ddl sulla cannabis terapeutica, che segue di una settimana un precedente disegno di legge (sempre a firma Manconi) che interviene sulle norme della legge Fini-Giovanardi, in merito alla tossicodipendenza.

"L'uso terapeutico della cannabis - sottolinea Manconi - può ridurre il dolore. Può servire per ridurre l'incidenza della malattia sul paziente. Nel nostro Paese c'è un carattere deficitario della ricerca scientifica sul tema della cannabis a uso terapeutico. "Comunque lo si voglia definire, rimane un solidissimo tabù culturale, che troppo superficialmente viene attribuito al pensiero religioso - conclude l'esponente Pd - ma in realtà ha una base culturale più ampia".

Nel Ddl viene innanzitutto spiegato che il Ministro della salute può autorizzare enti, persone giuridiche private, istituti universitari e laboratori pubblici alla coltivazione di piante per scopi commerciali, scientifici, sperimentali, didattici o comunque terapeutici. Su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro delle politiche agricole, vengono disciplinate le modalità di individuazione di aree idonee e le modalità di effettiva coltivazione di piante di cannabis indica, la cui produzione dovrà essere finalizzata esclusivamente a soddisfare il fabbisogno nazionale di preparati medicinali.

Legalizzare coltivazione privata a fini terapeutici. Per quanto riguarda le sanzioni, si specifica che queste non si applicano a chi coltivi piante di cannabis per farne uso terapeutico, in relazione a patologie da cui è affetto egli stesso, un prossimo congiunto o persona con la quale conviva. Riguardo poi il trasporto di tali sostanze, chiunque è autorizzato purché munito di dichiarazione medica per l'effettuazione di terapie domiciliari.

Si segnala, invece, che chiunque induca un minorenni o un incapace a fare uso di sostanze stupefacenti o psicotrope è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da euro 1.032 a euro 5.164. Il medico chirurgo o veterinario che rilascia prescrizioni di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso non terapeutico viene punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Nel caso, però, in cui la prescrizione riguardi farmaci contenenti principi naturali o sintetici derivati dalla pianta cannabis indica, si applica la pena della multa da 500 a 5.000 euro.

Infine, entro due mesi dalla data di entrata in vigore della legge si precisa che il Ministro della salute dovrà istituire una commissione composta da medici italiani e stranieri con il compito di stilare un rapporto in cui vengono descritte le evidenze scientifiche acquisite e i possibili sviluppi della ricerca sugli utilizzi in campo medico o comunque terapeutico dei cannabinoidi naturali e sintetici. Il rapporto dovrà essere trasmesso entro sei mesi al Ministero della salute che provvederà alla sua pubblicazione.



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584