



FEDERAZIONE REGIONALE DELLA FIMMG

BOLLETTINO DELLA  
EMILIA ROMAGNA

DOCUMENTO DI PROGRAMMA

## LA FORMAZIONE SPECIFICA IN EMILIA ROMAGNA

Nel mesto clima di torpore che avvolge la giornata di avvio di uno dei corsi regionali di formazione specifica, dobbiamo registrare e diffondere un documento a firma di una parte consistente dei membri del consiglio didattico (\*), l'organo di governo preposto al buon funzionamento (si fa per dire) della specializzazione in medicina generale. Il brivido questa volta ce lo procura la lettura del testo che qui riportiamo nella sua interezza: pur evitando di intervenire su temi ancor più scottanti come la poca trasparenza in tema di finanziamento o la mancata applicazione degli accordi regionali sottoscritti e non rispettati, il documento descrive con freddezza e distacco il pessimo stato di salute della formazione specifica. Inesorabilmente il cartellone ci ripropone "La bella Cecilia" che da *soap opera* diventa *serial* e affronta il pubblico invecchiata e ancor più sciatta dell'anno precedente. Ma preparare il Medico Generale del prossimo futuro è ben altra cosa.

16/11/2007

**La Formazione Specifica in Medicina  
Generale nella Regione Emilia Romagna  
Documento di programma**

### Premessa

A partire dal 1993 in Italia esiste una formazione professionale specificatamente indirizzata a chi vuole diventare Medico Generalista. Tale processo di formazione è stato definito da una serie di norme di indirizzo, la massima parte dei quali, tuttavia, non è stata seguita dai relativi Decreti Attuativi.

In questi primi anni di attuazione della Formazione Specifica in Medicina Generale è stata sviluppata ed attuata una grande quantità di sistemi organizzativi e di programmi, in relazione all'autonomia amministrativa regionale o provinciale e delle singole interpretazioni dettate dalle varie situazioni locali; a tale proposito occorre ricordare che in qualche caso si è provveduto da tempo a deliberare la nascita di apposite strutture dedicate. Questa ampia variabilità di programmi e di strutture potrebbe rappresenta-

re una ricchezza ma rischia di far perdere di vista i cardini fondamentali per cui si è reso necessario prevedere un apposito processo di Formazione Specifica in Medicina Generale, ovvero la necessità di adeguamento alle normative europee con particolare riferimento alle direttive che regolano la circolazione delle persone e delle merci, ma soprattutto la necessità di rendere uniforme e coerente il processo formativo, in sintonia con i programmi di politica sanitaria dei paesi dell'Unione Europea.

Gli esiti di un percorso didattico che si riflette direttamente sulla dinamica dei processi sanitari locali non possono sfuggire all'attenzione di chi si occupa istituzionalmente della salute dei cittadini: i provvedimenti in materia sin qui presi risultano insufficienti e soprattutto sembrano non coglierne l'importanza. In tal senso, nell'ampio contesto di riferimento normativo, assume particolare rilievo il decreto legislativo 368/99 di attuazione della Direttiva 93/16 CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati ed altri titoli, così come modificato dal decreto legislativo 277/03 di recepimento della Direttiva 2001/19 UE, Titolo IV Capo I; tale provvedi-

mento indica tra l'altro i principi generali per la realizzazione e lo svolgimento del corso di formazione in Medicina Generale in termini di

1. numero di ore da dedicare alle attività teoriche e pratiche,
2. macro aree di attività ed ambiti professionali relativamente ai quali acquisire specifiche competenze e conoscenze,
3. strutture presso cui effettuare la formazione,
4. durata dei periodi di formazione.

Peraltro, l'articolo 26, al comma 1 del citato Dig.vo, demanda ad un decreto del Ministro della Salute - sentito il Consiglio superiore di Sanità, la Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e la FNOMCeO - la definizione degli obiettivi didattici, delle metodologie di insegnamento e di apprendimento, dei programmi delle attività teoriche e pratiche e dell'articolazione del corso. Tale decreto non è mai stato emanato e nel frattempo i corsi regionali di formazione specifica hanno fatto riferimento alla normativa che risale al 1991 (DLgs. 256/91) estrapolando i principi presenti su quel testo e adattandone

Segue a pag. 4

EDITORIALE DEL NEW YORK TIMES

## COSTI DELLA SANITA'

TRADUZIONE E COMMENTO DI ENRICO DELFINI

L'alto costo delle cure sanitarie: questo il titolo dell'editoriale del New York Times del 25 Novembre. Lo proponiamo all'attenzione di tutti i colleghi, e non solo, per le problematiche che affronta, ma soprattutto per le strategie che ritiene utili e praticabili. L'editoriale NON è stato scritto da un M.G. italiano, anche se potrebbe sembrare così. Ringraziamo invece Enrico Delfini che si è anche sobbarcato l'onere di tradurre il testo e di condensarlo con ottimi risultati.

<<La continua decennale ascesa dei costi

dell'assistenza sanitaria ha lasciato molti Americani in difficoltà nel pagare i conti medici.

I lavoratori non riescono ad affrontare i costi assicurativi, i pazienti evitano le cure raccomandate per non dover pagare di tasca propria alcune spese; i datori di lavoro riducono o eliminano i benefits sanitari, spingendo milioni di persone nei ranghi dei non assicurati. Gli stati e il governo federale

Segue a pag. 3

**D.D.L. COLLEGATO ALLA FINANZIARIA 2008****INTERVENTI PER LA QUALITA'  
E LA SICUREZZA DEL S.S.N.**

**Pubblichiamo il solo articolo 6 del DDL del 18 Novembre 2008, collegato alla Legge Finanziaria. Il testo completo è consultabile sul sito Web della FRER Fimmg, all'indirizzo <http://bologna.fimmg.org>**

**Art. 6****Delega al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale e definizione del ruolo delle farmacie**

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e nei limiti delle disponibilità previste nell'ambito dell'unità previsionale di base " Fondo speciale" di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute, uno o più decreti legislativi in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) la istituzione dell'Area omogenea di medicina generale, cui afferiscono i medici appartenenti ai settori dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale e della medicina dei servizi, da qualificare come liberi professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, cui sono affidati compiti di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, sia individuale che collettiva, nonché di organizzazione, insegnamento, formazione e ricerca;

b) la previsione che gli accordi collettivi nazionali, di cui all'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni:

1) regolino l'accesso all'Area omogenea di medicina generale riservato ai medici con attestato di formazione rilasciato ai sensi del decreto legislativo 17 agosto 1999 n. 368 e successive modificazioni e ai medici aventi diritto a esercitare l'attività di medicina generale di cui al decreto ministeriale 15 dicembre 1994 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre 1994, n. 303, attraverso graduatorie uniche regionali; 2) disciplinino le procedure finalizzate alla copertura delle posizioni vacanti rese note attraverso la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, per le quali possono concorrere i medici iscritti nelle graduatorie delle altre Regioni; 3) disciplinino l'accesso all'Area della pediatria di libera scelta;

c) la previsione, per i medici chirurghi che non sono in possesso di titoli di specializzazione e che hanno maturato un'esperienza professionale di almeno tre anni, anche non continuativi, nell'ambito delle attività previste dall'accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di poter essere ammessi in soprannumero ai corsi di formazione in medicina generale senza diritto alla corresponsione della borsa di studio, nei limiti del fabbisogno regionale annuale e in base a criteri e modalità da stabilirsi in sede di accordo collettivo nazionale, e poter svolgere contestualmente attività libero professionale purché compatibile con il regolare svolgimento dell'attività didattica;

d) le modalità di istituzione - d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sentite le organizzazioni professionali di categoria - delle Unità di medicina generale e delle Unità di pediatria, quali modalità organizzative per l'erogazione delle prestazioni di medicina generale e di pediatria, nell'ambito del distretto sanitario;

e) la previsione che le Unità di medicina generale, nel rispetto della diffusione capillare dei punti di erogazione dell'assistenza, siano composte da medici di medicina generale e da medici della continuità assistenziale, a cui siano affidati i tirocinanti di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e successive modificazioni e ai quali siano attribuite funzioni individuate negli accordi collettivi nazionali; che tali Unità si avvalgano di personale infermieristico e di supporto amministrativo, e siano dotate di una sede di riferimento, tra quelle esistenti, che costituisca luogo di aggregazione dei servizi comuni e di erogazione delle prestazioni;

f) la previsione che in ogni Unità di medicina generale la funzione di coordinamento sia affidata a un medico della Unità di medicina generale medesima, per assicurare la realizzazione di specifici progetti, il raccordo e il collegamento con il distretto, il dipartimento, i presidi ospedalieri e le altre strutture aziendali, nonché per garantire la continuità e l'accompagnamento della persona all'interno del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale;

g) le Unità di medicina generale siano formate da un congruo numero di medici in relazione all'ambito territoriale e demografico di riferimento, comunque pari ad almeno quindici per un numero di assistiti uguale o superiore a quindici mila, al fine di assicurare, mediante idonea turnazione e complementarietà degli orari, l'assistenza ambulatoriale in tutti i

giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne e l'assistenza domiciliare continua, diurna e notturna;

h) le Unità di pediatria siano formate sia da medici pediatri di libera scelta incaricati, sia da medici pediatri privi di incarico, iscritti negli elenchi della Regione, nonché da specialisti in pediatria iscritti al quarto e quinto anno di corso di laurea in medicina per un periodo di tirocinio minimo di otto mesi l'anno, con affidamento, in ogni Unità di pediatria, della funzione di coordinamento ad un medico pediatra di libera scelta della Unità di pediatria medesima, al fine di garantire l'assistenza tutti i giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne, assicurando altresì l'assistenza notturna, prefestiva e festiva delle Unità di pediatria in collaborazione con le Unità di medicina generale con modalità disciplinate dagli accordi decentrati, fermo restando lo svolgimento della attività professionale nei propri studi e nelle rispettive Unità;

i) la previsione che la disciplina del trattamento economico, degli ambiti e delle modalità per l'esercizio dell'attività professionale all'interno delle Unità e della corresponsione dei compensi al personale sia demandata agli accordi collettivi nazionali;

l) la previsione della integrazione delle funzioni multidisciplinari della medicina specialistica ambulatoriale con le Unità di cui alla lettera d) al fine di garantire la continuità clinica dell'assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare, assicurando la presenza di un rappresentante dei medici specialisti nelle modalità organizzative di cui alla predetta lettera d) nel consiglio delle professioni sanitarie e nel collegio di direzione aziendale.

2. Il Governo è delegato ad emanare, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi finalizzati alla definizione del ruolo delle farmacie pubbliche e private per il perseguimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) assicurare il supporto all'assistenza domiciliare integrata per i pazienti residenti nell'ambito della sede farmaceutica di rispettiva pertinenza, nonché all'attività del medico di medicina generale ai fini del monitoraggio dell'utilizzazione dei farmaci prescritti, mediante accordi con i farmacisti e contestuali accordi con medici di medicina generale;

b) svolgere attività di educazione sanitaria al pubblico sulla base della programmazione regionale o di accordi con le competenti autorità comunali;

c) effettuare analisi di laboratorio di prima istanza nei limiti e alle condizioni stabilite con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attività di prelievo di sangue o plasma mediante siringhe. Al fine di consentire lo svolgimento delle relative funzioni l'aggiornamento del sistema di remunerazione delle farmacie non dovrà comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

3. I decreti legislativi di cui ai commi 1 e 2 sono emanati su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari e della Conferenza per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome. I pareri sono espressi, rispettivamente, entro quaranta ed entro trenta giorni dalla data di trasmissione degli schemi di decreti legislativi; decorsi tali termini, i decreti sono emanati anche in assenza dei pareri.

4. Le Regioni ai fini dell'accesso nei ruoli della dirigenza medica operante nel Dipartimento di emergenza e urgenza possono, in alternativa al requisito della specializzazione, considerare valida, quale requisito di accesso, l'esperienza maturata nei servizi dell'emergenza territoriale per un periodo di almeno cinque anni, maturata in rapporto convenzionale.

F.I.M.M.G. - FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE  
**BOLLETTINO DELL' EMILIA ROMAGNA**  
**ORGANO UFFICIALE DELLA F.R.E.R.**

Direttore: MARIO STELLA Direttore responsabile: RENZO LE PERA  
Comitato di redazione: ARGENTI, CASAROLI, DAYA, GRASSI, PARODI,  
RAGAZZINI, SACCHETTI, SUBINI, ZINGONI.

Sede, Amministrazione e Pubblicità: Via Todaro, 8  
40126 Bologna - Tel. 051247337 - Fax 051247338

**e-mail [emiliaromagna@fimmg.org](mailto:emiliaromagna@fimmg.org)**

STAMPA : Tipografia Alfa Beta Bologna

## PREVIDENZA ENPAM

# RISCATTI 2007 : LE SCADENZE

I medici di medicina generale che sono interessati ai riscatti, anche al fine di poter fruire del beneficio della totale deducibilità dall'imponibile determinato ai fini fiscali (art. 13, punto 1, lettera a, del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n° 47), possono effettuare il relativo versamento all'Enpam tramite bonifico bancario, con le seguenti modalità:

1) I medici di medicina generale che **hanno già presentato la domanda di riscatto al Fondo Speciale Generici** e non hanno ancora ricevuto la proposta ufficiale dall'ENPAM ma sono interessati al versamento di un acconto entro il 31 Dicembre 2007, devono effettuare un Bonifico bancario alla:

Banca Popolare di Sondrio

CODICE IBAN: IT06 K 05696 03200 000017500X50

Specificare nella causale: Codice ENPAM

tipologia del riscatto:  Laurea  Militare  Allineamento

indicazione del Fondo: Fondo Speciale Generici

Dopo aver effettuato il Bonifico Bancario, bisogna inviare all'Enpam un fax al numero 0648294978 allegando copia del Bonifico effettuato e nel foglio di accompagnamento i seguenti dati:

Nome, Cognome, codice Enpam, indirizzo e recapito telefonico. (per chiedere se il fax è arrivato leggibile sig. Adele Di Felice 0648-294748)

2) I medici di medicina generale che, **non hanno ancora presentato la domanda di riscatto al Fondo Speciale Generici** e vogliono aderire ai riscatti e sono interessati al versamento di un acconto entro il 31 Dicembre 2007

Prima di effettuare il Bonifico bancario, bisogna presentare all'Enpam la domanda di riscatto (allegando una fotocopia di documento) ed inviarla per Raccomandata oppure per fax 0648294725 (per chiedere se il fax è arrivato leggibile sig. Lia Cacchioni 064829467-8) (è possibile scaricare il modulo dal sito Enpam <http://www.enpam.it> (modulistica), dal sito Fimmg <http://www.fimmg.org/prassis> (Enpam/riscatti), richiederlo all'Ordine dei Medici o alla propria Sezione provinciale FIMMG.

Bonifico bancario:

Banca Popolare di Sondrio

Tutto come al punto 1)

3) I medici di medicina generale che, **hanno già aderito** al riscatto al Fondo Speciale Generici, stanno già versando tramite MAV (devono effettuare il pagamento del MAV di dicembre) e se sono interessati ad un **versamento aggiuntivo** entro il 31 Dicembre 2007 possono effettuare un Bonifico bancario alla:

Banca Popolare di Sondrio

Tutto come al punto 1)

## COSTI DELLA SANITA'

Segue da pag.1

devono affrontare i costi crescenti dei programmi Medicare e Medicaid .....

Si tratta della peggior crisi monetaria che si prospetta per gli anni a venire, e richiede una soluzione. Ma trovarne una non sarà facile e non sarà palatabile.

### Le cause

Contrariamente a certe credenze popolari, la causa principale non è nell'invecchiamento delle generazioni nate negli anni del baby-boom, né nell'alto costo dei farmaci, né nella litigiosità per malpractice. Questi argomenti spesso dominano i dibattiti politici, ma hanno un ruolo secondario nella crescita della spesa sanitaria. Le cause maggiori sono molto più profonde e molto più difficili da sradicare.

Quasi tutti gli economisti concordano che il motivo principale è il nostro (*degli americani n.d.t*) benessere economico. Siamo più ricchi di altre nazioni e siamo disposti a pagare di più. Ma da analisi, si è trovato che spendiamo ben di più di quanto sarebbe prevedibile valutando i livelli di benessere economico.

E ciò accade particolarmente perché paghiamo ospedali e dottori più di altri paesi; ci affidiamo a costosi specialisti, che usano eccessivamente (*overuse*) tecnologie avanzate come TAC e RM. E che ricorrono a procedure chirurgiche e mediche molto più (*a lot more*) di quanto fanno i medici in altri paesi.....

E il nostro sistema frammentato di assicurazioni e di fornitori (*providers*) si mangia un sacco di denaro in costi amministrativi, spese di marketing e profitti; spese che non affliggono i sistemi a conduzione governativa che esistono all'estero.

### Qual è il problema?

Se i cittadini di una nazione ricca, vogliono spendere in cure sanitarie, piuttosto che in altri campi, che c'è di sbagliato? Si è dimostrato che i soldi spesi in tecnologie sanitarie, cure neonatali, farmaci, chirurgia eccetera, sono stati soldi ben spesi, allungando la vita media e migliorando la qualità della stessa.

Ma se il trend di crescita continua, gli USA arriveranno ad un punto in cui ogni centesimo del PIL dovrà andare alle cure sanitarie, e ci sarà sempre meno denaro per altre cose, come istruzione, ambiente, sicurezza ....

La domanda è: cosa possiamo fare per abbassare sia l'alto livello della spesa sanitaria, sia l'alto tasso della sua crescita ?

### Le soluzioni

**Geografia** - Si è visto che esistono enormi disparità nelle spese sanitarie da una regione all'altra senza differenze apprezzabili (*discernible*) negli outcomes di salute. I dottori nelle aree ad alto costo usano ospedali, tecnologie costose e plotoni di consulenti specialisti un sacco più spesso dei dottori nelle aree a basso costo; ma i loro pazienti, in media, non stanno meglio. Ci sono addirittura sospetti che possano stare peggio, a causa di infezioni ospedaliere e perché avere un'orda di dottori può significare che nessuno comanda davvero (*having a horde of doctors can mean no one is on charge*).

Se tutta la nazione portasse i suoi costi al livello delle regioni low-cost, il paese potrebbe forse tagliare la sua bolletta sanitaria del 20 o 30 per cento, un risparmio enorme.

Ciò richiederebbe cambiare pratiche inveterate (*long-ingrained*) della professione medica. Gli assicuratori pubblici e privati dovrebbero rifiutare la copertura di cure ad alto costo che portano un piccolo valore aggiunto.

**Solo ciò che funziona** - La triste verità è che meno della metà delle cure negli USA è supportata da buone evidenze.....

Occorrerebbero decine di anni per condurre studi comparativi di efficacia, modificare le leggi, e le abitudini dei medici.

**Managed care** - Negli anni '90 si è cercato di gestire le cure con sistemi di controllo rigidi; per qualche anno ciò contribuì a ridurre i costi. Ma il problema era che il sistema era odiato dai medici e



## LA FORMAZIONE SPECIFICA

Segue da pag.1

i contenuti alle normative che nel tempo si sono succedute.

Per i motivi suddetti sono sopravvissuti gli strumenti applicativi propri del 1991 e il relativo regolamento regionale del 1994, nonostante i radicali cambiamenti che si sono succeduti nel campo della didattica (caratteristiche e metodologia) e l'evoluzione intrinseca della disciplina oggetto di insegnamento. In particolare, per quel che riguarda la regione Emilia Romagna, appare inadeguato per obiettivi e per ambito di competenza il Consiglio Didattico Regionale, in origine governo tecnico paritetico di tutte le fasi del processo educativo (ex Comitato Tecnico-Scientifico che vedeva al suo vertice il presidente dell'Ordine provinciale capoluogo di regione) ma ormai ridotto a trascurabile organo consultivo di natura residuale. Tutte le fasi del corso di formazione prevedevano un percorso coerente - per obiettivi e per struttura organizzativa - ma lo stanco esercizio di atti amministrativi dovuti ha smarrito la visione complessiva del processo educativo e con essa - inevitabilmente - gli obiettivi strategici ovvero la formazione dei futuri professionisti del SSR.

Attualmente l'organo preposto al funzionamento dei corsi triennali si limita alla manutenzione ordinaria, la sostituzione dei suoi componenti non è preceduta dai dovuti atti amministrativi di nomina, si riunisce poco e delibera persino in assenza di numero legale (alcuni membri non hanno mai partecipato); inoltre la dirigenza regionale dedicata alla funzionalità dei corsi, sia per *timing* di ricambio (in media 3 anni) sia per discontinuità rispetto ai temi della formazione, contribuisce alla parziale incoerenza dell'offerta didattica.

Nel 2003 c'era stato un timido quanto teorico rilancio della formazione dei Medici Generalisti con l'affidamento all'Agenzia Regionale di un "Centro per la Formazione in MG", ma purtroppo abbiamo ancora davanti agli occhi la sorte che ha avuto: non gradito all'establishment regionale, abbandonato a se stesso e senza ipotesi di lavoro, si è collassato dopo l'unico incontro collegiale di direzione, quello iniziale di lancio. Mentre la ripartizione dei settori allora individuati non è più proponibile per la progressiva attribuzione dei primi due comparti alle ASL, alla luce dei fatti esposti è giunto viceversa il momento di restituire alla Formazione Specifica l'attenzione che aveva ricevuto inizialmente, anche attraverso provvedimenti che siano in grado di conferire un'adeguata connotazione strutturale di stabilità.

### Proposta

Fermo restando la recente conferma che le Regioni dovranno ancora occuparsi di questo settore e senza entrare nel merito delle modalità con cui verrà perseguito questo obiettivo in Emilia Romagna perché naturale oggetto di trattativa, si rende peraltro necessario soffermarsi su tutto ciò che sia in grado di rilanciare l'intera istituzione didattica.

Gli interventi dovranno riguardare:

- Le caratteristiche della disciplina
- L'ambito, ovvero le funzioni, le attività e i compiti definiti da conoscenze, abilità e capacità relazionali peculiari e specifiche.
- Le competenze, individuate in base alle caratteristiche della disciplina.
- Gli obiettivi educativi generali e quelli specifici.
- Le caratteristiche e la metodologia della didattica.
- L'introduzione del sistema dei Crediti Formativi e delle Attività Professionalizzanti.
- Gli strumenti della didattica.
- La formazione dei docenti e dei tutor.

Tutto ciò, per essere realizzato, comporta necessariamente la costituzione di un Istituto per la Formazione Specifica che abbia soprattutto caratteristiche di stabilità strutturale (aule, segreteria, strumenti didattici, direzione, ecc) e funzionale (nomine, regolamenti, delibere, attribuzioni, ecc).

Risulta evidente che le differenze col passato dovranno essere nette e che la revisione dovrà riguardare l'intero modello; il livello dei risultati non potrà comunque prescindere dalla creazione di un'istituzione didattica stabile e analoga per molti versi alle scuole di specializzazione universitaria.

(\*) Lina Bianconi, Angelo Campanili, Ghassan Daya, Marco Paterno, Alberto Serio

## COSTI DELLA SANITA'

Segue da pag.4

dai pazienti. Le tecniche di managed care fanno ancora capolino in qualche piano sanitario, specie per servizi a rischio di abuso, ma una mano troppo pesante può rivelarsi controproducente.

**Tecnologie informatiche** - Ci sono pochi dubbi che una computerizzazione generalizzata ridurrebbe grandemente le scartoffie e il carico burocratico, frenerebbe gli errori medici, la ripetizione di test costosi e gli spostamenti.....Senza infusione di capitali, la transizione dalla carta non potrà avvenire rapidamente.

**Prevenzione** .....

**Disease management** - Tutti auspicano maggior attenzione e coordinamento nella gestione dei pazienti cronici, che determinano la gran parte della spesa sanitaria di uno Stato. Anche se ciò può migliorare la qualità dell'assistenza, il coordinamento potrebbe non comportare taglio di costi nella misura che la gente si aspetta. In alcuni studi iniziali il taglio delle spese c'è stato, in altri no.

**Prezzo dei farmaci** - Rispetto ad altri paesi, negli USA si pagano di più per i farmaci di marca, meno per i generici, e più o meno lo stesso per i prodotti biologici. Crediamo che sarebbe utile consentire a Medicare di negoziare con le Aziende per una riduzione dei prezzi, e consentire l'importazione di farmaci a basso costo dall'estero. Ma ci sono dubbi sull'entità dei possibili risparmi.

### Possibili strategie

**Pagare meno** - Con i medici decisamente non felici di lavorare sotto la mano pesante delle assicurazioni, appare miope renderli ancora più infelici tagliando i loro compensi. Molti esperti pensano però che sia possibile agire sul vasto flusso di denaro che gronda (sluicing) attraverso ospedali, case di cura, e altre strutture, per trovare qualche risparmio.

**Enfatizzare le cure primarie** - In un sistema sanitario incoordinato come il nostro, molti esperti credono che si avrebbero migliori risultati in termini di salute, possibilmente a costi minori, se si cambiasse le formule di rimborso e i programmi di studi medici, per gratificare e produrre più medici di primary-care e meno specialisti, inclini a generare (*proliferate*) servizi ad alto costo. Sarebbe un progetto a lungo termine.

**Toccare il portafoglio** - La soluzione preferita da molti conservatori è costringere i consumatori a metter mano al portafoglio quando richiedono cure mediche; così penserebbero più attentamente se si tratta di cose davvero necessarie. Il movimento per un "sistema sanitario consumer-directed" ipotizza di fornire al pubblico abbastanza informazioni circa i medici e i trattamenti in modo di consentire una decisione saggia.....

I sistemi consumer-driven hanno limiti. Una grossa fetta delle spese è in carico ad una piccola percentuale di individui, per i quali i costi sarebbero in ogni caso troppo alti; ..... Ancora, solo pochi utenti hanno la competenza e le conoscenze per controbattere le raccomandazioni di un medico.

**Pagatore unico** - Nel profondo del loro cuore, molti liberals custodiscono un sistema a pagatore unico, talvolta chiamato Medicare-for-all, in cui il governo federale paga per tutti e detta i prezzi. Ciò darebbe al governo il potere di concordare i prezzi da una posizione di forza verso le industrie, eliminerebbe gli sprechi dovuti alla molteplicità di piani assicurativi privati, e taglierebbe di molto i costi amministrativi.

Ma non sarebbe una panacea per i problemi di costi (basta guardare Medicare e i suoi problemi) e questo approccio ha un limitato supporto politico .....

Dovrebbe essere chiaro che non esiste la pallottola d'argento in grado di risolvere i problemi dei costi sanitari.

Un ampio range di fattori deve essere affrontato simultaneamente, senza garanzie di un esito consistente a breve termine.

Su molti aspetti non abbiamo informazioni solide per sapere come tagliare i costi senza indebolire la qualità.....

La cascata di conoscenza che deriverà dal Progetto Genoma, dalle nuove nanotecnologie e dall'avvento di trattamenti "su misura" per i singoli pazienti, potrebbero accelerare, e non mitigare, l'ascesa delle spese mediche. Se ne vogliamo i benefici, avremo bisogno di renderle abordabili >>