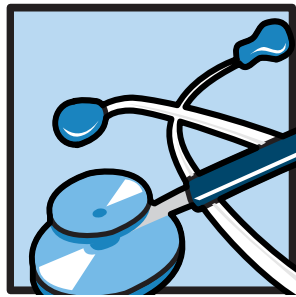


La proposta dell'Associazione nazionale per consentire l'uso appropriato delle tecnologie

Ingegneri clinici, manager Ssn

Inquadramento a livello sanitario in staff con la direzione generale



Ingegneri in camice bianco per far quadrare il cerchio dell'innovazione in Sanità. Gli ingegneri clinici riuniti nell'Aiic (Associazione italiana ingegneria clinica), hanno fatto il punto al decimo convegno nazionale che si è tenuto a Roma nei giorni scorsi. E il ministro della Salute Ferruccio Fazio ha ricevuto dall'Aiic un documento che spiega quale dovrebbe essere il ruolo dell'ingegnere clinico nel Ssn.

Oggi i Sic, servizi di ingegneria clinica, sono una realtà a macchia di leopardo: abbondante nel Nord (57,3%), media nel Centro (25,4%) e scarsa al Sud con appena il 16,7% dei servizi. Ma soprattutto non godono di una regolamentazione normativa univoca. In totale sono 116 i presidi con un servizio tecnologico dedicato, mentre il fabbisogno nazionale stimato sarebbe di almeno 600 ingegneri clinici. In questo senso, sostiene l'Aiic, non si vuole "spingere" una categoria professionale che si va affermando in tutto il mondo con sempre maggiore incisività, ma resta il fatto che per rispondere all'esigenza di appropriatezza delle cure e di efficienza negli aggiornamenti tecnologici, senza far sballare ulteriormente i conti della Sanità bisogna necessariamente affidarsi a chi della tecnologia e della sicurezza del paziente ha fatto mestiere.

Gli ingegneri clinici sono oggi spesso identificati come tali per le funzioni

LA PROPOSTA DI MODIFICA LEGISLATIVA

- 1 Le Regioni e la Pa di Trento e di Bolzano, con il coordinamento della Conferenza Stato-Regioni, assicurano in ogni struttura sanitaria pubblica o privata l'attivazione e il corretto funzionamento di un servizio di Ingegneria clinica.
- 2 Il Servizio di cui al comma 1 garantisce l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti, le procedure di accettazione, compresi collaudo, manutenzione preventiva e correttiva, verifiche periodiche di sicurezza, funzionalità e qualità secondo lo stato dell'arte.
- 3 Il Servizio di cui al comma 1 contribuisce alla programmazione delle nuove acquisizioni, alla valutazione dei dispositivi medici con le metodologie dell'Health technology assessment e alla formazione del personale sull'uso delle tecnologie fornendo anche il proprio contributo specialistico sul versante del

rischio tecnologico alle funzioni aziendali preposte al Risk management. Il Servizio dovrà essere adeguatamente dimensionato in funzione della complessità delle strutture in gestione.

4 I dirigenti del Servizio devono possedere una specializzazione in Ingegneria clinica o esperienza professionale equivalente.

5 Il responsabile del servizio deve essere un dirigente ingegnere con adeguata esperienza e curriculum professionale.

6 Per definire i criteri minimi di dimensionamento, uniformare la strutturazione di tale servizio su tutto il territorio nazionale e declinare il percorso professionale degli addetti (operatori) al servizio di cui al comma 1, nell'ambito dei profili sanitari, al fine di raggiungere gli obiettivi di cui ai commi 2 e 3, è prevista l'istituzione di un tavolo tecnico nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni di cui al Dlgs n. 281/1997.

svolte, ma nel Ssn sono inquadrati attraverso la qualifica del posto a concorso, che nella maggior parte dei casi è quella di "ingegnere elettronico" o "ingegnere meccanico" e solo recentemente, grazie alla maggiore flessibilità a livello di qualifica per i concorsi pubblici, come "ingegnere biomedico".

«Attualmente - spiega Pietro Derrico, past president Aiic e responsabile Ingegneria clinica dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù - in assenza di una figura professionale riconosciuta dal Ssn, è possibile che l'ingegnere biomedico sia assunto dal Ssn a livello di area comparto o a livello di area dirigenza:

fatto che rende equipollente la sua figura alle altre dell'area amministrativa, professionale e tecnica ma anche all'area delle professioni sanitarie (infermieri, ostetriche, tecnici della prevenzione). In realtà le figure di riferimento all'interno del Ssn per l'ingegnere clinico sono quelle del "ruolo sanitario" (fisici sanitari, biologi, farmacisti). Per queste infatti l'ingresso nel Ssn è solo a livello dirigenziale e vincolato alla laurea magistrale e al successivo diploma di specializzazione».

Per questo gli ingegneri chiedono (e hanno presentato al ministro la proposta per una norma in tale senso: v. box)

anche l'introduzione della figura del direttore delle tecnologie - una posizione unanime espressa nel corso del Congresso - che può rappresentare un elemento di qualificazione per garantire la qualità delle soluzioni di supporto alle attività diagnostiche e terapeutiche creando la sintesi tra l'offerta del mercato e le reali esigenze assistenziali. Se le esigenze di sicurezza del paziente da una parte si sommano alle esigenze di appropriatezza, non basta più - sostengono - fare gli equilibri tra le entrate e le uscite delle aziende, occorre che tra direttore generale e direttore amministrativo si interponga una direzione tecnica, come

già avviene in molti ospedali, soprattutto privati. Il direttore aziendale è responsabile della gestione e organizzazione del personale e delle risorse economiche e strumentali assegnate; di elaborare e promuovere l'adozione di modelli operativi nello specifico campo di competenza; di promuovere progetti di innovazione tecnologica e infine di dare legittimità agli atti del Dg in relazione alle materie di competenza.

È un fatto che l'innovazione tecnologica in medicina rappresenta una voce di spesa a livello europeo pari a circa 3,8 miliardi in ricerca e sviluppo con 8mila brevetti all'anno nel settore dei dispositivi medici. Un fronte significativo anche dal punto di vista del governo della spesa e dell'ottimizzazione delle risorse dedicate alle cure di avanguardia. Per questo Derrico ha sottolineato che «l'inappropriatezza a livello di tecnologia biomedica si riflette in una spesa sociale sbagliata. Gli ospedali che si sono affidati a un servizio Sic hanno ottimizzato le spese tecnologiche di almeno il 20-30% nel breve periodo. Perché gli ingegneri clinici non fanno solo un lavoro tecnico, ma anche organizzativo e di logistica portando un valore aggiunto che fa della verificabilità, della misurabilità, il proprio punto di forza».

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MEDICINA GENERALE/ I

Utap&Co., guida alle incompatibilità

La convenzione per la medicina generale rinnovata nell'Acn 29 luglio 2009 promuove prioritariamente le forme associative tra medici per ampliare l'offerta di servizi socio-sanitari agli assistiti sul territorio e ridurre i più costosi accessi impropri negli ospedali, come afferma la nuova norma finale n. 17 dell'Accordo sulla destinazione dei finanziamenti per il settore.

La partecipazione di tutti i medici operanti nei servizi territoriali del Ssn alle équipe territoriali o Utap (unità territoriali di assistenza primaria) già previste in via sperimentale dall'art. 26 dell'Acn 2005 è stata ridefinita. L'art. 26-bis afferma infatti che per i medici è obbligatoria la partecipazione alle aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale definite dalle Regioni, costituite in ambito di scelta o comunque intradistrettuali con un numero di medici di norma non inferiore a 20, coordinati da un loro collega delegato, per assistere una popolazione non superiore a 30.000 utenti 24 ore su 24 per 7 giorni alla settimana.

L'art. 26-ter delega alle Regioni la riallocazione di incentivi e indennità per la costituzione delle Unità complesse delle cure primarie in ambito distrettuale, la definizione dei requisiti minimi per la loro costituzione, differenziabili in base alle necessità locali, le dotazioni minime organizzative, strutturali e di personale. Esse sono composte da medici convenzionati e altro personale amministrativo, sanitario e sociale.

Il principio che garantisce l'equità di accesso ai servizi per tutti gli assistiti del Ssn dovrebbe assicurare anche una distribuzione delle risorse equa per tutti gli studi di medicina generale associati in proporzione al numero di utenti assistiti piuttosto che in rapporto al numero di medici richiedenti le indennità.

Le forme associative incentivate proprie dell'assistenza primaria sono regolamentate dall'art. 54 dell'Acn 2005, immutato nell'Acn 2009:

1) associazioni incentivate e facoltative con lo scopo di condividere tra medici l'organizzazione del lavoro: medicina in associazione, medicina in rete e medicina di gruppo;

2) associazioni tra medici non incentivate per

l'esclusiva fornitura di beni e servizi e non di prestazioni sanitarie (norma finale n. 19): cooperative, società di servizi.

Va rilevato che l'art. 54, comma 5, vieta la partecipazione alle forme associative incentivate ai medici di medicina generale che svolgono attività libero-professionale strutturata per oltre 5 ore settimanali, per cui la mancata comunicazione all'azienda sanitaria di questa condizione nel certificato dichiarante le eventuali incompatibilità di cui all'allegato L e il conseguente percepimento di una indennità senza i requisiti prescritti può configurare l'ipotesi di reato di falso ideologico e truffa. Le aziende sanitarie non hanno il potere per la verifica effettiva della predetta incompatibilità che tuttavia può essere compiuta dalla Guardia di finanza mediante accertamenti sull'attività libero-professionale, in particolare quando essa appaia strutturata come nel caso di titolarità contemporanea alla convenzione di studi odontoiatrici. L'accertata incompatibilità fa decadere la partecipazione e l'indennità per l'associativismo, poiché l'Acn tende a incentivare prioritariamente i medici che operano a tempo pieno nel servizio pubblico.

Fino all'entrata in vigore dei nuovi accordi regionali, vengono confermate le forme associative autorizzate da accordi precedentemente sottoscritti. Comunque, le disponibilità economiche effettive saranno determinanti per garantire la costituzione e il funzionamento di queste forme associative e la gestione telematica dei dati sanitari, attraverso una pubblica rete regionale o aziendale come previsto dall'art. 59-bis, senza oneri a carico dei medici. L'invio telematico dei dati sanitari comporterà per le Regioni la possibilità di rilevare in dettaglio i carichi di lavoro del medico e di un controllo crociato tra terapie prescritte e diagnosi poste per la verifica dell'appropriatezza di spesa e dell'applicazione di una buona pratica clinica che è un obiettivo dichiarato per le attività delle associazioni mediche.

Mauro Marin
Medico di famiglia
Pordenone

MEDICINA GENERALE/ 2

Obiettivi, ruoli e regole vanno riscritte

Primo presidio della salute, supporto di chi è in difficoltà, punto di riferimento, compila ricette, burocrate. Quanti sono i nomi e le responsabilità con cui oggi noi, medici di famiglia, ci vediamo chiamati in causa? Tanti per una categoria a rischio estinzione. Il perché potrebbe avvenire vorrei spiegarlo a partire dai numeri della mia realtà, di chi lavora "sul campo" in Lombardia.

L'attività dei medici di medicina generale della Regione, circa 7.000 con una media di 1.200 persone assistite ciascuno, può essere sinteticamente così suddivisa (dati Fimmg Pavia 2009): 10% prevenzione (attività e accertamenti su individui sani); 40% piccola patologia acuta occasionale; 50% patologia cronica (terapia e controllo di ipertesi, diabetici, artrosici ecc.).

La grande patologia acuta (infarti, ictus, tumori e grandi traumi) arriva direttamente alla rete ospedaliera, viene presa in carico dal Mmg alla dimissione come cronicizzata ed è in costante e inarrestabile aumento. L'attività clinica occupa però solo il 50% del tempo del medico di famiglia, sovraccaricato da attività di tipo burocratico-istituzionale per le quali non è disponibile personale delegato a sufficienza, con una media di contatti quotidiani medico-paziente che, in Lombardia, sfiora i 350.000.

Fino a oggi la necessità del documento autorizzativo (ricetta) per accedere gratuitamente alle prestazioni (farmaci ed esami) costringeva il paziente al passaggio dal Mmg che si trovava così a svolgere insieme a quella del curante anche la funzione di guardiano del sistema (gatekeeper). Ora però, il potente sistema informativo della Regione Lombardia, Crs-Siss, quasi completamente a regime, è in grado di registrare qualunque prestazione sanitaria riceva il cittadino individuandone anche il prescrittore. Da un punto di vista amministrativo questo fatto rende superfluo il "passaggio" dal Mmg per ottenere la ricetta per accertamenti (dal 2010 anche per i farmaci) che quindi possono-devono essere prescritti da qualsiasi medico del sistema sanitario che è tenuto a seguire le medesime regole di appropriatezza.

Se è comprensibile, in un simile quadro, la soddisfazione di molti medici di medicina generale che si

vedono in teoria sollevati dal compito spesso mortificante di trascrittore di ricette, e dei pazienti che evitano un passaggio burocratico, esiste un evidente rischio, specie per chi è affetto da più patologie, di dover rimbalzare tra diversi specialisti senza coordinamento tra di loro. Quindi se apparentemente questo nuovo sistema di controllo di gestione e della spesa potrebbe funzionare, le esperienze anglosassoni ci dicono che la mancanza di una regia che segua nella sua complessità e, soprattutto nel tempo, la salute di una persona, comporta un aumento dei costi e un calo di soddisfazione del cittadino il quale non deve solo seguire il percorso giusto, ma in molti casi vuole anche esservi accompagnato da una figura di fiducia.

Certo non servono misure protezionistiche, ma lo stimolo a una riflessione della politica sulla centralità della persona, che ha certamente bisogno delle strutture di eccellenza nel momento delle grandi malattie acute, ma che per due milioni e mezzo di malati cronici (tanti sono nella nostra Regione) necessita di un continuo e puntiglioso impegno di monitoraggio, di modifica degli stili di vita, di aggiustamenti di terapia.

Se non si vuole rischiare una parcellizzazione di interventi e una

moltiplicazione della spesa, pubblica e privata, occorre quindi ridefinire ruoli, funzioni, compiti e strumenti per questa figura di regia e di sintesi, che non può essere soltanto auspicata, ma deve essere resa possibile da regole operative e da tecnologie conseguenti. In altri termini è urgente ridefinire gli obiettivi clinici della medicina generale, riscrivere regole che non ne ostacolino il raggiungimento, riformulare indicatori di risultato misurabili, che comprendano la soddisfazione del paziente, nonché costruire ex novo una struttura della remunerazione correttamente rapportata alle performance specifiche del medico di famiglia. Senza questi passaggi allora si possiamo solo cominciare a chiederci quando scomparirà il medico di famiglia. Come avverrà, lo stiamo già intuendo.

Sergio Pellegrino
Medico di famiglia
Pavia

Una categoria a rischio estinzione

Libera professione ostacolo ai gruppi