

RASSEGNA STAMPA Martedì 30 Luglio 2013

L'Omnibus Lorenzin in 28 mosse. Ordini e trial clinici, si cambia
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Ecco le professioni a rischio esuberi
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Primari, ecco l'elenco nazionale
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Patto: Lorenzin apparecchia otto tavoli
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Costi standard. Ecco le 5 migliori regioni di riferimento. Sono Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto
QUOTIDIANO SANITA'

Sostenibilità SSN: Farmindustria, Assogenerici e Assobiotec in audizione alla Camera. Le richieste: "Certezza delle regole e meno burocrazia"
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Debiti Pa: arrivano alle Regioni i primi 2,3 mld per Asl e Ospedali
IL SOLE 24 ORE SANITA'

L'Ambiguità di cura degli ospedali di comunità
IL SOLE 24 ORE SANITA'

L'Italia delle diseguaglianze
IL SOLE 24 ORE SANITA'

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

Via libera di palazzo Chigi al Ddl del ministro: professioni, abusivismo, fumo, farmaci, veterinaria

L'omnibus Lorenzin in 28 mosse

Tre Ordini per i Collegi - Delega sui trial - Epidurale nei Lea - Alimenti, più controlli

Gli Ordini e le professioni, la stretta sul fumo, la vigilanza con controlli più severi sugli alimenti, gli stili di vita, l'abusivismo. E ancora: i trial clinici, il parto epidurale che entra nei Lea, la guerra agli ospizi lager. E un grappolo di deleghe da attuare. Il Consiglio dei ministri, non senza qualche discussione e con aggiustamenti in corso d'opera, ha concesso venerdì scorso il disco verde al Ddl presentato dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Un provvedimento che anche le Regioni dovranno soppesare. E che per tanti aspetti - a cominciare dalla trasformazione degli Albi in tre Ordini - ricalca misure già all'esame del Senato. Dove il provvedimento è destinato ad approdare. Ma in tempi più lunghi: se ne riparerà in settembre.

A PAG. 4-5

Ecco il Ddl del ministro della Salute che si affianca ai progetti all'esame del Senato

Ordini e trial clinici, si cambia

Fritto misto e sventagliata di deleghe - Novità sul fumo e sui controlli

Animali e alimenti, Farmacie aperte più verifiche alle professioni

Sperhennazione clinica, riforma degli Ordini, epidurale nei Lea, sicurezza alimentare e corretti stili di vita. E poi cani, gatti, fumo. E un po' di impigliorabilità, che non giusta mai.

Con un Ddl "omnibus" approvato venerdì scorso in Consiglio dei ministri, Beatrice Lorenzin va all'attacco delle grandi incompiute del Ssn, rispolverando tentativi di riforma, ereditate da hen due predecessori - Ferruccio Fazio e Renato Baldazzi e rimaste ferme al Senato nella passata legislatura.

E imbarca temi che nel frattempo hanno assunto i caratteri dell'emergenza. Così tra le pieghe del disegno di legge spuntano vere e proprie new entry, come la lotta alle strutture "lager" elemento clou delle cronache sanitarie estive o l'inedito apparato normativo in tema di e-smoke.

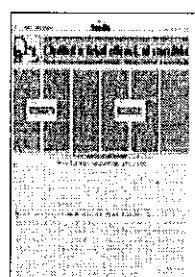
Ecco in estrema sintesi i contenuti del testo d'ingresso a Palazzo Chigi.

Riforma degli Ordini. Ariva la riforma degli Ordini professionali sotto forma di riserrata di parte (capi I, II e III) del Dlgs del Capo provvisorio dello Stato 233/1946. Il Ddl conferma ovviamente gli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari e dei

farmacisti. Pone poi sotto il controllo del ministero della Salute - introducendoli nel relativo articolo - gli Ordini di biologi e psicologi. E prevede la costituzione degli Ordini degli infermieri, delle ostetriche, dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (in questo Ordine riuniscono anche gli assistenti sanitari, oggi con un albo a sé). I tre Ordini delle professioni, in somma, presenti già in tutti i Ddl all'esame del Senato. Tra le novità c'è la definizione de-

gli Ordini come organi sussidiari dello Stato, dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, ai quali, tuttavia, non si estendono le norme di contenimento della spesa pubblica. Tutti sono sottoposti alla vigilanza del ministero della Salute.

All'interno degli Ordini è



prevista la creazione di Albi per le singole professioni e gli Ordini stanno rappresentati a livello nazionale dalle relative Federazioni, sia regionali che nazionali, queste ultime con sede a Roma e compiti di indirizzo e coordinamento e supporto amministrativo degli Ordini e delle Federazioni regionali. Le Federazioni nazionali provvedono rancio anche all'aggiornamento dei codici deontologici, in particolare per quanto riguarda le attività di &quipe multiprofessionale.

Specializzandi. Affidato a un accordo Stato-Regioni il compito di definire le modalità per l'inserimento degli specializzandi del biennio conclusivo nelle aziende Ssn con graduale assunzione di responsabilità assistenziali fino alla completa autonomia nell'ultimo anno di corso.

Farmacisti e farmacie. Modificato l'articolo 102 del Testo unico delle leggi sanitarie (Dl n. 1265 del 1934) spianando la strada alle possibili declinazioni della farmacia dei servizi: previsto l'esercizio cumulato delle professioni o arti sanitarie e la loro compresenza in farmacia esclusi solo (e come sempre) i prescrittori di medicinali che - in caso di accordi di partecipazione all'utile della farmacia saranno puniti con una multa da 10mila a 50mila euro. Affrontato anche il nodo del pensionamento dei titolari di farmacia, nato con le liberalizzazioni di Monti: chi ha raggiunto il regolito potrà essere temporaneamente sostituito da un farmacista iscritto all'albo.

Sperimentazioni cliniche. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi, uno o più decreti legislativi per il riassetto delle norme vigenti in materia di sperimentazioni cliniche dei farmaci per uso umano. I decreti delegati dovranno, tra l'altro, individuare una serie di elementi: i requisiti dei centri autorizzati ai trial interventistici dalla fase 0 alla fase IV; le modalità per attivare e ottimizzare i centri dedicati agli studi di fase I, sia sui pazienti sia sui volontari sani (pazienti e volontari, ma comandati il Dl - dovranno essere «egualmente ripartiti tra i due generi, ove applicabili»); la semplificazione della domanda per il parere del comitato etico e la conduzione degli studi; la ridefinizione delle sanzioni per chi viola la legge.

Lotta all'abusivismo e alle strutture slager. Il testo introduce varie modifiche al Codice penale per inserire le pene a carico di chi esercita abusivamente la professione sanitaria. In particolare si prevede l'aumento della pena ex articolo 348 Cp da un terzo alla metà e la confisca dei beni usati per commettere il reato. È inoltre prevista l'aggravante per i reati contro la persona commessi in danno degli ospiti di strutture sanitarie o centri socio-sanitari residenziali o semiresidenziali.

Stop al dolore nel parto. La ministra Lorenzin ha ricevuto anche le proposte di aggiormare i livelli essenziali di assistenza inserendo le prestazioni di controllo del dolore nel travaglio-parto con «tecniche di anestesia locoregionale».

Fumo e sigarette elettroniche. Nel provvedimento sono poi previste disposizioni che confermano il divieto di utilizzo di sigarette elettroniche per i minorenni (con sanzioni da 1.500 a 9mila euro per chi le vende agli under 18) e il divieto di fumo in tutti i locali delle scuole, anche aperti. Sempre su questa linea ci sono nuove norme sulle etichette delle confezioni di sigarette elettroniche con presenza di nicotina, sulle cartucce e sulle ricariche che dovranno riportare chiaramente la composizione dei liquidi e la concentrazione di mentina nonché specifiche avvertenze sui rischi per la salute. Sarà invece compito di un decreto apposito, adottato di concerto con il ministro dello Sviluppo economico, fissare modalità e criteri per regolamentare la pubblicità delle e-cig.

Durante l'esame in Cdri è scomparso dal testo proposto dalla Lorenzin il divieto di fumo in auto in presenza di minori o donne in gravidanza.

Sicurezza alimentare e veterinaria. Il testo prevede un'altra delega, stavolta per il riassetto delle norme in materia di sicurezza degli alimenti e dei mangimi. Il presupposto è che il ministero della Salute sia il punto di contatto con gli organi europei, fate salve le competenze del ministero delle Politiche agricole. I decreti delegati dovranno effettuare una ricognizione delle disposizioni esistenti, riordinarle e rivedere l'apparato sanzionatorio per armonizzarlo con i principi comunitari. Tra le ulteriori novità, la nasci-

ta di un sistema informativo nazionale veterinario per la sicurezza alimentare (Sivsa), la creazione di una «anagrafe» degli stabilimenti degli operatori del settore alimentare che intendono esportare verso i Paesi terzi e il potenziamento dei controlli, anche sulle navi offerte e sulle navi frigo. Il Dl prosegue infine l'uso del sale fondato per favorire la prevenzione del gozzo. In posta anche l'anagrafe degli equidi e le sanzioni per chi viola le disposizioni sul benessere degli animali.

Cani: corsi per proprietari e alti ai bocconi avvelenati. Nel Dl si delega il Governo ad adottare una disciplina organica in materia di tutela dell'incolumità delle persone relativamente all'aggressione dei cani e il divieto di utilizzo e detenzione di esche e bocconi avvelenati.

In particolare, l'Esecutivo dovrà definire i criteri per avere un cane e i comportamenti cui i «padroni» devono astenersi per essere rispettosi verso gli altri, con tanto di percorsi formativi ad hoc avviati dai Comuni Sprint, infine, ai controlli per evitare l'uso improprio di sostanze tossiche e nocive e a specifici obblighi per i responsabili degli animali che intonati per aver ingerito veleno. Più tutele anche per i cavalli: ogni manifestazione in cui vengono utilizzati, a eccezione di stilate e cortei e di quelle negli impianti e nei percorsi autorizzati dalla Federazione sport equestri, deve garantire i requisiti di sicurezza, salute e benessere, pure per i fantini, verificati dalla commissione comunale o provinciale competente, integrata con un veterinario della Asl.

Enti vigilati e dirigenza della Salute. Delega al Governo ad adottare un testo unico della normativa vigente sugli enti vigilati dal ministero della Salute (Iss, Agenas, Izs e Lega italiana per la lotta contro i tumori). Entrà in posta l'equiparazione della dirigenza sanitaria del ministero della Salute con quella del Ssn: avremo ruolo unico, purezza di trattamento economico e di percorso di carriera.

Impignorabilità. L'impignorabilità rientra dalla finestrata, ma stavolta soltanto per i fondi assegnati agli enti destinatari dei finanziamenti per la ricerca: sequestro e pignoramento, se effettuati, sono da ritenere nulli.

Manuela Perrone
Sara Todaro

Quelle carriere senza futuro

Esuberi per 5 professioni con il calo di disponibilità di posti di lavoro.

A PAG. 23

L'eccesso di offerta formativa in alcuni Atenei crea difficoltà d'ingresso nel mondo del lavoro

Ecco le professioni a rischio esuberi

Nel Lazio la situazione più pesante: le Università non cedono, intervenga la Regione

Tecnici di laboratorio, di radiologia, della prevenzione, ortopedici e di neurofisiopatologia a rischio esubero per l'eccesso di posti a bando previsto in alcune Università. Con effetti che a macchia d'olio si allargheranno sull'occupazione delle categorie. Così, non si placano ancora la delusione e la contestazione delle professioni sanitarie tecniche contro l'eccessiva offerta formativa di alcune Università per l'anno accademico 2013-14. Secondo le rispettive categorie dei tecnici di laboratorio, di radiologia e di neurofisiopatologia, tecnici ortopedici e della prevenzione la colpa maggiore è quasi esclusiva degli esuberi sui posti a bando e da ascrivere alla Regione Lazio.

I valori del fabbisogno formativo che sono raddoppiati rispetto agli scorsi anni incidono pesantemente anche sul bilancio nazionale, determinando quindi un esubero che risulta ingiustificato e preoccupante.

Anche se dopo la consultazione che il ministero della Salute ha fatto il 25 marzo con Regioni e categorie, la Regione Lazio aveva fatto una correzione, questa è risultata davvero un'inezia e non significativa e utile per un effettivo riequilibrio rispetto allo standard nazionale e ai valori della stessa Regione sull'anno precedente quando erano la metà.

È risultato quindi vano il tentativo fatto verso la Regione Lazio dal ministero della Salute che anche per questa ragione ha deciso di dare indicazione alla conferenza Stato-Regioni per una riduzione di 100 posti rispetto a 1.164 su tecnico di laboratorio, di 90 su 1.309 per tecnico di radiologia e di 60 su 888 per tecnico della prevenzione.

Proprio su queste tre professioni l'Osservatorio professioni sanitarie del Miur il 20 marzo e il 21 giugno, aveva dato indicazione di non superare i 1.000 posti per radiologia e laboratorio e i 750 per la prevenzione. Su questa posizione di evitare l'esubero si è

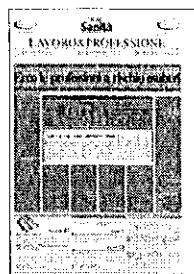
espresso anche l'Anvur (l'Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca) nell'apposito parere del 19 giugno collegato al decreto Miur del 2 luglio sulla definizione dei posti, raccomandando di «rimanere al di sotto delle 1.000 unità per tecnici di laboratorio e tecnici di radiologia e delle 750 per i tecnici della prevenzione, come ripetutamente indicato dal suddetto Osservatorio».

Ma di tutto questo la Regione Lazio non ha tenuto conto e anzi si rifiuta anche di consultare le categorie, al contrario di quanto fa la maggioranza delle altre Regioni nel periodo di dicembre-gennaio di ogni anno allo scopo di favorire una analisi coerente e proporzionata. È solo così che nella maggioranza delle Regioni emerge una indicazione condivisa sia con le categorie che con gli Atenei.

A livello nazionale, se negli anni scorsi la migliore stima veniva fatta dalla Lombardia, oltre che da Piemonte, Emilia Romagna, Liguria e Toscana, quest'anno invece si è distinta la Sicilia che è passata dall'esubero del 165% del 2012-13 all'attuale -1%. Ma alla parità di stima congiunta del fabbisogno formativo su 2.000 posti non corrisponde l'offerta formativa delle Università che si fermano a 1.272 posti messi a bando. In Sicilia, la carenza di circa 730 posti (-36%) riguarda soprattutto Infermieristica che con 639 posti a bando copre la metà dei 1.200 chiesti da Regione e Federazione Ipsasi.

Altre carenze dell'Università, di Palermo in particolare, riguardano dietista, igienista dentale e assistente sanitario, con 12 posti ciascuno, che dopo essere stati deliberati a fine marzo dall'Università, sono stati poi cancellati a fine maggio. Pare senza alcuna comunicazione alla Regione.

Ma più della carente offerta formativa della Sicilia, a preoccupare a livello nazionale le professioni tecniche resta l'esubero della Regione Lazio che nel caso dei tecnici di radiologia era stato formal-



mente segnalato anche dal **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, con l'evidenza che si tratta del terzo anno consecutivo di esubero che viene decretato in netto contrasto con i dati della occupazione a un anno dalla laurea, che rilevano un crollo dal 93% del 2007 al 48% del 2011, circa la metà.

Va detto che in questo caso l'esubero non è solo del Lazio ma riguarda anche altre due Regioni: il Veneto con 200 invece dei 90 posti chiesti della Federazione TsrM e della Basilicata con 58 invece dei 10 chiesti dalla Federazione. Il paradosso in questi due casi è che l'offerta formativa delle Università risulta simile alla richiesta della Federazione, rispettivamente con 103 posti per il Veneto e 10 per la Basilicata, sotto Roma Cattolica.

Succede così che l'esubero di fabbisogno stimato da queste Regioni per 160 posti va a sommarsi al fabbisogno nazionale portando squilibri anche in altre Regioni, in esubero. E la Basilicata incide come esubero anche su tecnico di laboratorio con 33 invece di 15 della categoria e 15 messi a bando dall'Università, sempre Roma Cattolica. A causare questo è la mancata consultazione da parte della Basilicata con le categorie, con un comportamento che è quindi simile a quello della Regione Lazio.

Sperare che il ministero dell'Università corregga l'offerta formativa - riducendola - è impossibile. Ma chiedere che alcune Regioni, tra cui Lazio e Basilicata, prendano atto fin da ora di questi esuberi è ora un atto dovuto in prospettiva della definizione del fabbisogno formativo per il successivo anno accademico. Tocca quindi al nuovo governatore del Lazio, Nicola Zingaretti, correggere la vecchia gestione.

Peraltra, la procedura sul fabbisogno non è affatto lontana: il **ministero della Salute** avvia la consultazione a fine settembre, tra un paio di mesi quindi.

Angelo Mastrillo
Segretario della Conferenza
dei corsi di laurea
delle professioni sanitarie
e membro dell'Osservatorio
sulle professioni sanitarie

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli effetti della programmazione posti nazionale nelle professioni con esuberi

Tecnici di	AA 2012-13 A bando Università	AA 2013-2014							Differenza						
		Categoria	Regione	Ministero Salute	Con- Stato Regioni	Osservatorio	A bando Università	Regione vs Categoria	Università vs Categoria	Università vs Osservat.	Università 2013 vs 2012				
Laboratorio	1.177	766	1.164	-100	1.064	1.000	1.064	398	52%	298	39%	64	6%	-113	-10%
Radiologia	1.232	821	1.309	-90	1.219	1.000	1.140	488	59%	319	39%	140	14%	-92	-7%
Prevenzione	823	615	880	-60	628	750	800	273	44%	185	30%	50	7%	-23	-3%

ELENCO NAZIONALE

Dove ti pesco il primario

La lista nascerà alla Salute con l'accordo dei governatori

Epronto per la Stato-Regioni l'accordo sull'elenco unico nazionale per la scelta dei direttori di struttura complessa, in cui confluiranno gli elenchi regionali e dal quale pescherà i primari la commissione nazionale prevista dalla legge 189/2012.

A PAG. 6

Pronto lo schema di accordo Stato-Regioni per la creazione dell'albo al ministero della Salute

Primari, ecco l'elenco nazionale

Ne fanno parte tutte le liste regionali - Aggiornamenti semestrali

L'elenco nazionale dei direttori di struttura complessa è istituito presso il ministero della Salute. È costituito dagli elenchi regionali, deve essere aggiornato entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno ed è alimentato secondo un preciso disciplinare tecnico.

Sono questi i paletti che fissa lo schema di accordo Stato-Regioni, pronto per l'esame della conferenza, per la costituzione dell'elenco nazionale dei primari secondo le indicazioni e le richieste avanzate dai governatori in occasione della elaborazione del documento «Linee guida recenti criteri generali per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica sanitaria nelle aziende del Ssn», approvato a marzo. Una previsione fortemente voluta dalle Regioni anche per rendere utile la previsione della legge 189/2012 (legge Baldazzi) che demanda la nomina dei primari a una Commissione nazionale composta da 3 direttori di struttura complessa (della stessa disciplina dell'incarico oggetto della nomina), i cui componenti devono essere sorteggiati da un elenco nazionale costituito dall'insieme degli elenchi regionali.

L'elenco nazionale dovrà trovare spazio in una sezione dedicata del sito internet del ministero della Salute e i dati contenuti negli elenchi regionali dovranno prevedere i dati anagrafici del direttore di struttura complessa, l'azienda sanitaria (Asl, Ao, Ircs, aziende ospedaliero universitarie e Poli clinici) di cui questo fa parte, l'incarico affidato al primario con relativa disciplina e periodo di validità.

Più complessi e complessi i dati che Regioni e Province autonome devono trasmettere al ministero. E che non devono necessariamente (o non possono per ragioni di privacy) essere pubblicati nell'elenco nazionale sul sito della Salute.

Oltre al codice identificativo della Regione devono indicare mese e anno oltre il quale i dati trasmessi non possono essere pubblicati nell'elenco nazionale, il codice fiscale, i dati

anagrafici del primario e il codice che identifica l'azienda sanitaria (come nel precedente elenco per il sito) e poi anche il codice della professione relativo alla disciplina, quello della disciplina oggetto dell'incarico, la data di inizio del periodo di validità di questo e la data di fine attività lavorativa del direttore o di fine rapporto con l'azienda sanitaria.

La trasmissione dei dati avverrà solo in modalità elettronica secondo le specifiche tecniche indicate dalla Salute sul formato on line delle trasmissioni, le procedure di controllo dei dati, le modalità di segnalazione delle anomalie ai soggetti interessati e quelle per le eventuali notifiche.

Il disciplinare tecnico si completa con l'elenco dei codici delle professioni e delle discipline.

Si tratta di 64 discipline per i medici chirurghi (di specialità più la direzione medica di presidio ospedaliero, l'organizzazione dei servizi sanitari di base e altre discipline a carattere manageriale), una per i medici abilitati alla professione di odontoiatra, una per gli odontoiatrici, sei per i farmacisti, quattro per i veterinari, tre per gli psicologi, sette per i biologi, cinque per i chimici e una per i fisici.

P.D.B.

GIGA 2013



*Il Patto di Beatrice
si fa in 8 (tavoli)*

A PAG. 4

AL VIA IL CONFRONTO GOVERNO-REGIONI

Patto: Lorenzin apparecchia otto tavoli

Patto per la salute 2013-2018 (quindi triennale quindi e non più biennale): il 1° agosto partono i lavori della Commissione salute delle Regioni, poi entro il 10 agosto si riunirà il tavolo con il Governo che, la scorsa settimana ha aperto ufficialmente i suoi lavori. E in quell'occasione il ministro Beatrice Lorenzin ha consegnato ai governatori una scaletta degli argomenti e degli otto gruppi di lavoro che ne discuteranno.

«Sono molto soddisfatta», ha detto Lorenzin a *Il Sole 24 Ore*: «è stato rispettato l'impegno per fare del Patto per la salute il "piano regolatore" della Sanità. È un occasione per riportarci in linea con le Regioni l'assistenza, dai Lea alla spesa, ma senza tagli lineari, con uno spending review all'inglese».

Mu all'Economia, presente ai lavori, non è piaciuta l'idea che l'organizzazione dei tavoli proposta dal ministro Lorenzin non sia stata concertata prima tra i due ministeri e per questo il tavolo è stato rinviato a dopo la verifica Salute-Economia, al 10 agosto appunto.

«Parte in maniera concreta la discussione sul nuovo Patto per la salute», ha commentato il ministro degli Affari regionali, **Graziano Delrio**, che ha annunciato anche la definizione a breve delle tre Regioni benchmark da prendere come parametri per il riparto e il finanziamento, tra le cinque scelte dal Governo (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche e Umbria).

Quello che intanto chiedono le Regioni per il nuovo Patto «è ristabilire le regole del gioco e avere una certezza

sulla copertura economica», come ha spiegato il presidente della Regione Campania, **Stefano Cicaloro**. «Quindi - ha proseguito il governatore - aspettiamo la legge di stabilità. Ma ciò che è certo è che c'è la volontà comune di trovare queste risorse».

Questi gli argomenti dei tavoli di lavoro per il Patto per la salute 2013-2018:

1. Fabbisogno del Ssn e costi standard. Aggiornamento dei Lea.

2. Sistema di monitoraggio e verifica degli adempimenti regionali e organismi di monitoraggio. Rivisitazione dei piani di rientro. Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica.

3. Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

4. Mobilità interregionale e transfrontaliera. Tariffe.

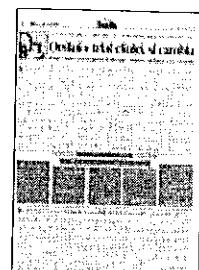
5. Edilizia sanitaria. Fondi strutturali e politiche di coesione.

6. Attività intramuraria. Professioni sanitarie. Accordi collettivi nazionali per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta, per gli specialisti ambulatoriali. Formazione specifica in medicina generale. Personale del Ssn. Assistenza primaria-continuità assistenziale.

7. Assistenza farmaceutica e dispositivi medici.

8. Altri temi: Nuovo sistema informativo; Piano nazionale prevenzione; ricerca sanitaria; attuazione del ricondizionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali.

www.24ore.it



quotidianosanità.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Anteprima. Costi standard. Ecco le 5 migliori regioni di riferimento.

Sono Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto

Lorenzin ha deciso. Da queste cinque saranno individuate le tre regioni "benchmark" per costi e fabbisogni standard per il riparto del prossimo fondo sanitario. Un passaggio fondamentale anche in vista del nuovo Patto per la Salute. Andrà all'esame della Stato Regioni il 1 agosto.

Il documento del ministero della Salute.

29 LUG - Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto. Ecco le magnifiche "cinque" selezionate dal Governo (Ministero Salute, di concerto con l'Economia e con il parere degli Affari Regionali) dalle quali dovranno essere selezionate d'intesa con le Regioni le tre "benchmark" che saranno di riferimento per l'individuazione dei costi e del fabbisogni sanitari standard in base al D.lgs n. 68 del 2011. Un passaggio fondamentale per il prossimo riparto del Fondo sanitario ma anche per il nuovo Patto per la salute. Le coordinate dell'indicatore per la qualità e l'efficienza (IQE), che ha consentito la selezione delle migliori regioni è contenuto nel provvedimento all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Stato Regioni del 1 agosto (presumibilmente l'ultima prima della pausa estiva) che presentiamo in anteprima esclusiva. Sulla base dei risultati di esercizio valutati dal tavolo degli adempimenti del 2011 solo quattro regioni avevano superato l'esame per accedere alla rosa delle "magnifiche" cinque: Umbria, Marche, Lombardia e Veneto. Regioni che avevano garantito il rispetto della condizione di equilibrio di bilancio. È stata però inserita anche l'Emilia Romagna, in quanto unica regione con minor disavanzo rispetto al finanziamento effettivo. Alla fine la graduatoria complessiva tra le cinque vede al primo posto l'Umbria, seguita nell'ordine da Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto.

Nessuna regione del Sud Non si è invece tenuto conto dell'indicazione geografica contenuta nel D.lgs 68 (che prevede che vi siano una regione del Nord, una del Centro e una del Sud) privilegiando i soli aspetti economici e di qualità ed efficienza del servizio. Il calcolo dell'IQE per ciascuna delle regioni individuate è stato effettuato utilizzando i valori registrati di una serie di indicatori che vanno dall'incidenza percentuale dell'avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario risultante dai dati Ce consolidati del consuntivo 2011 alla degenza media pre operatoria; dalla percentuale di interventi per frattura di femore operati entro le 48 ore a quella di ricoveri con Drg chirurgici. Ma anche dallo scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per l'assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera sul totale della spesa. Considerate inoltre la spesa pro-capite per farmaceutica e quella per l'assistenza sanitaria di base.

Allegati:

■ [Il decreto sui costi standard \(Dlgs 68/2011\)](#)

■ [Il documento del ministero della Salute sulle regioni benchmark per i costi standard](#)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sostenibilità Ssn: Farmindustria, Assogenerici e Assobiotec in audizione alla Camera. Le richieste: «Certezza delle regole e meno burocrazia»

Ha cominciato con un paragone, il presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi: «Nel 2010-2012 in Italia sono stati immessi sul mercato 14 nuovi farmaci, contro i 46 della Germania, i 39 dell'Inghilterra e i 21 della Spagna. Il tutto con prezzi medi più bassi». Davanti ai deputati della commissione Affari sociali della Camera, che lo ascoltavano nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla «sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema e obiettivi di finanza pubblica», Scaccabarozzi ha ricordato che il sistema farmaceutico «investe, innova ed è competitivo» ma l'accesso all'innovazione è un percorso a ostacoli: «Servono due anni perché i cittadini italiani abbiano a disposizione un farmaco approvato dall'Agenzia europea dei medicinali (Ema)». Colpa - per Farmindustria - della negoziazione del prezzo all'Aifa e poi delle «21 pratiche diverse» necessarie per l'inserimento del nuovo prodotto nei prontuari regionali. Bene, dunque, la misura inserita nel DI Fare che impone all'Aifa di sbrigare le pratiche in cento giorni. Ma non basta: Scaccabarozzi ha invocato la certezza delle regole, «perché non possiamo avere norme che cambiano ogni due mesi e ci costringono a modificare i piani industriali»; una cabina di regia con i ministeri della Salute, dell'Economia e del Lavoro; l'ottimizzazione della spesa sanitaria nel suo insieme, valutando l'opportunità dei Fondi sanitari integrativi. Se l'è presa con la burocrazia anche il direttore generale di Assogenerici, Michele Uda, stigmatizzando sia i tempi di approvazione dei nuovi farmaci sia quelli relativi alla produzione, legati cioè all'apertura degli stabilimenti e all'avvio delle linee produttive. Ma Uda si è scagliato soprattutto contro il payback: «Una tassa assurda e difficilmente sostenibile. Se non si riesce ad abolirla, sarebbe meglio almeno prevedere la compensazione da parte delle Regioni tra questa e i pagamenti». Un balzello tanto più ingiusto - ha spiegato Antonio Tosco di Assobiotec - se si considera che le aziende devono versarlo prima di essere pagate. «Siamo in ritardo nel portare il prodotto ai pazienti ma anche le sperimentazioni risentono della troppa burocrazia: negli ultimi tre anni gli studi clinici sono diminuiti del 25%». I deputati hanno sentito anche Francesco De Lorenzo, presidente di Favo, la federazione delle associazioni di volontariato in oncologia. De Lorenzo si è detto preoccupato per «l'andamento crescente dei tagli lineari, che rischia di penalizzare di più proprio i malati oncologici. Noi siamo d'accordo piuttosto - ha precisato - nel rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse». Qualche esempio: potenziare l'assistenza a domicilio, specie per i malati terminali (il 30% continua a morire nei reparti ospedalieri per acuti), e la riabilitazione oncologica. Ma anche ridurre le disparità regionali per la disponibilità di hospice e di radioterapie. Preoccupazione per il futuro del Ssn è stata espressa da Gavino Macciocco dell'Osservatorio italiano salute globale, soprattutto per l'aumento previsto dell'incidenza delle malattie croniche. «Per il momento siamo ai livelli degli altri Paesi - ha spiegato - ma ad esempio sull'obesità infantile siamo secondi solo agli Usa, e questo comporterà un maggior tasso di malattie croniche in futuro».

Debiti Pa 2,3 mld in cassa

Primi ac crediti dall'Economia alle Regioni per circa metà dei fondi 2013.

A PAG. 5

ACCREDITATE LE SOMME

Debiti Pa: arrivano alle Regioni i primi 2,3 mld per Asl e ospedali

Il ministero dell'Economia ha accreditato lunedì 22 luglio i primi 2,3 miliardi dei 5 stanziati per il 2013 dal Dl 35/2013 e dal Dl 72/2013 per il pagamento dei debiti pregressi della pubblica amministrazione in campo sanitario. Destinatari degli importi Campania, Piemonte, Lazio e Puglia: termine individuato per i pagamenti ai creditori il prossimo 21 agosto.

Il dato è stato reso noto nel corso della conferenza stampa del ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni, convocata per illustrare lo stato di attuazione dei pagamenti della pubblica amministrazione nei confronti delle imprese: «Rispetto all'impegno di erogare in totale 20 miliardi nel 2013, al 22 luglio la cifra che abbiamo messo materialmente a disposizione degli enti che devono rimborsare i crediti ammonta a 15,7 miliardi» - ha spiegato - «Di questi, 6,2 sono le erogazioni finanziarie e 9,4 miliardi sono gli spazi di disponibilità finanziaria sul patto di stabilità interno e rimborsi fiscali».

Saccomanni ha inoltre definito «possibile» un anticipo al 2013 dell'intera somma stanziata per il pagamento dei debiti della Pa, pari a 40 miliardi: «Non ci sono ostacoli di natura politica ma di natura tecnico-operativa» - ha spiegato Saccomanni - «Credo che una accelerazione significativa sia possibile nell'ultimo trimestre dell'anno ma non voglio dare cifre. Prima, ha concluso, serve una mappatura precisa dei debiti, che stiamo effettuando e che sarà completata a settembre».

Intanto buone notizie in arrivo per le aziende che vantano crediti nei confronti dei servizi sanitari regionali di Lazio, Piemonte, Campania e Puglia, destinatarie dei primi 2,3 miliardi destinati all'operazione debiti sanitari: gli importi accreditati alle quattro Regioni ammontano rispettivamente a 842, 803, 541 e 185 milioni di euro. Mentre risulta in corso di emanazione anche l'accordo di 51 milioni riconosciuti al livello di monitoraggio alla Regione Liguria. E sono in via di definizione e approvazione anche le coperture richieste da altre 5 Regioni: Calabria, Molise, Sicilia, Umbria e Veneto. Sul versante delle riassegnazioni delle somme non richieste, invece, i destinatari dei 280 milioni residui sono Lazio, Emilia Romagna, Puglia e Piemonte.



L'ambiguità di cura degli ospedali di comunità

Alcune Regioni hanno approvato in questi mesi programmi di riduzione di posti letto ospedalieri. In alcuni casi l'offerta è eccessiva, in altri la riduzione si giustifica come conseguenza di progetti sull'appropriatezza dei ricoveri, in altri ancora il motivo (anche se non ufficiale) è economico.

Il punto cruciale è capire se la chiusura è un evento senza contropartita o se porta come conseguenza una certa disponibilità di finanziamenti per le strutture territoriali. In alcuni casi, infatti, si è progettato un incremento di posti letto in strutture chiamate «ospedali di comunità» (o simili), sostenendo che devono svolgere una funzione importante dopo la chiusura dei letti negli ospedali.

Purtroppo su questi temi vi è una certa confusione: i letti che vengono chiusi ospitano le stesse persone (dal punto di vista della gravità/complessità clinica) che dopo il cambiamento possono essere ospitati nelle strutture territoriali? Se così fosse la partita sarebbe ampiamente positiva; contro i circa 600 e più euro al giorno degli ospedali, si passa ai 150. Ma il punto centrale è che non dovrebbe essere così. Gli ospiti degli ospedali di comunità sono cittadini che hanno bisogno di prolungare per un certo periodo (20 giorni) la permanenza in un ambiente clinicamente protetto, per completare i cicli di terapia e per la stabilizzazione delle condizioni cliniche; si tratta per lo più di pazienti fragili, affetti da più malattie, con compromissione delle funzioni cognitive e motorie.

È quindi corretto che ricevano nell'ospedale di comunità trattamenti prolungati, che con l'attuale organizzazione della medicina territoriale non possono avere a casa loro. Il calcolo del risparmio si fonda quindi sull'assunzione che questi cittadini siano indebitamente ospiti nelle corsie ospedaliere, perché bisognosi di cure post acute; per loro l'ospedale di comunità è la soluzione più adeguata.

Diverso è il problema se la chiusura di posti letto avviene in territori dove da tempo si è seguita una politica per l'appropriatezza dei ricoveri, che quindi sono rivolti solo a persone con rilevanti patologie acute.

In questi casi il trasferimento comporterebbe una pesante riduzione della qualità/quantità delle cure, con conseguenze negative per l'ammalato,

che ha diritto di ricevere interventi di alto livello per le patologie acute.

In conclusione si può affermare che la chiusura di posti letto negli ospedali è un'operazione positiva se sono chiare le alternative, evitando di confondere i bisogni dei cittadini.

La problematica nel suo insieme si presta anche ad altre considerazioni. La cifra allocata per il funzionamento degli ospedali di comunità non permette l'esecuzione di indagini strumentali, ma solo quelle routinarie di laboratorio. Quindi le possibilità diagnostiche sono limitate, adeguate al bisogno di persone stabilizzate, ma non certo di chi avesse l'esigenza di impostare terapie per una condizione clinica ancora instabile.

Un altro aspetto delicato riguarda il personale di assistenza. Il sistema della medicina di famiglia può garantire una cura post acuta, ma difficilmente può sostenere le esigenze di persone fragili e instabili, che provengono da un ospedale o dal territorio (il pronto soccorso dovrebbe compiere una valutazione per indirizzare i pazienti all'ospedale per acuti o a quello di comunità).

Occorre quindi prevedere un medico specialista delle fragilità (internista o geriatra), in grado di seguire pazienti altamente instabili, portatori di svariate patologie e che quindi ricevono molti farmaci, a rischio di perdita dell'autosufficienza e di mortalità precoce.

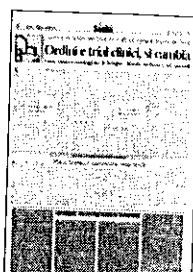
Anche il personale infermieristico deve essere adeguato quantitativamente e nella preparazione specifica, anche per guidare gli altri componenti dell'équipe.

Questi interrogativi esigono risposte prima di passare alla costruzione di nuovi posti letto; infatti oggi assistiamo - sotto la denominazione «ospedali di comunità» (o simili) - a interventi caratterizzati da grandi differenze. Alcuni sono case di riposo mascherate, altri ambienti dove si praticano cure di alto livello (sebbene senza dotazioni tecnologiche), con esiti positivi per le persone fragili.

È un'ambiguità che la politica deve affrontare se davvero vuole lo sviluppo omogeneo e a costi controllati di un settore di grande rilievo umano e clinico.

Marco Trabucchi
Dipartimento di Medicina dei sistemi
Università di Roma Tor Vergata

© RIPRODUZIONE RISERVATA



EQUITÀ

Uno spezzatino all'italiana

I dati Cnel-Censis sulle prestazioni nelle Regioni Ue

Italia spezzatino nella classifica della omogeneità di trattamento equo nei servizi sanitari. Lo spiegano le ultime rilevazioni del Cnel-Censis presentate a Roma il 25 luglio. E che precipitano al 170° di 172 posizioni la qualità della Sanità calabrese.

COLLICELLI A PAG. 15

CNEL/ Nella rilevazione del Censis luci e ombre del Sistema sanitario nazionale

L'Italia delle diseguaglianze

Agli ultimi posti in Europa per "trattamento equo" sul territorio

Il consueto briefing annuale del Cnel sulla qualità dei servizi offerti dalle pubbliche amministrazioni, svolto a Roma il 25 luglio, consente, per quanto riguarda la Sanità, di porre all'attenzione alcuni dati di sicuro interesse. Innanzitutto, se da un lato i classici indicatori elaborati dall'Oese confermano la buona tenuta del Servizio sanitario italiano per quanto riguarda il rapporto spesa pubblica-speranza di vita, altri indicatori mettono in discussione quell'assunto. La speranza di vita al 2011 è salita a 82,7 anni, e la spesa pubblica pro capite si mantiene stabile e vicina alla media europea.

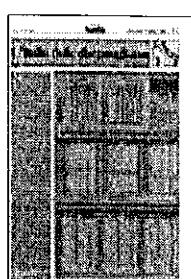
Le recenti analisi del 2012 della Università di Göteborg (tab. 3 e 4) confermano la posizione intermedia italiana per qualità generale, ma ci colloca in 13° posizione su 18 per "trattamento equo" degli utenti del sistema. La scomposizione del dato per le 20 Regioni (tab. 4) indica con chiarezza i forti scarti tra Regioni virtuose e Regioni con punteggi molto bassi (tutte meridionali). Le risultanze dello studio svedese, che si basano su indagini condotte su campioni regionali di cittadini, risentono sicuramente delle difficoltà di simili confronti, ma attirano ulteriormente l'attenzione sui due aspetti: da un lato l'opacità delle misurazioni che si basano su dati medi nazionali in coerenza così articolati come quello delle Regioni italiane; dall'altro, l'importanza dei fattori qualitativi e degli indicatori soggettivi, a fronte di quelli quantitativi e oggettivi, per individuare i problemi da affrontare. Per parlare chiaro, la ricerca di Göteborg indica (anche per altri dati qui non riportati sulla inappropriatezza e gli illeciti) quanto sia importante e necessario agire sui comportamenti e sulle scelte di dirigenti e operatori nel lavoro quotidiano, e non solo sui valori economici della produzione o sulle formule organizzative astrattamente intese. Altrimenti non si spiegherebbe perché gli indici di performance sanitaria a livello regio-

nale, elaborati Censis (tab. 1), non mostrino segnali di miglioramento nelle Regioni nelle quali interventi di controllo della spesa e di riorganizzazione sono stati attuati, anche recentemente con i Piani di rientro e la spending review.

L'analisi condotta dal Cnel permette però di sottolineare anche l'importanza di fattori in qualche modo esogeni rispetto al sistema sanitario in senso stretto. Il primo di questi è l'epidemiologia, con i suoi determinanti in termini di stili di vita e qualità dell'ambiente. Sempre nella tabella 1 sono riportati alcuni dati regionali davvero impressionanti sullo stato di salute e sulla diffusione delle malattie croniche al 2012, che vedono penalizzate le Regioni meridionali. Calabria, Basilicata e Sardegna, ma anche Puglia e Abruzzo, mostrano indici inferiori di diversi punti a quelli nazionali. Così le malattie croniche appaiono assai più presenti in tutto il Mezzogiorno rispetto al resto del Paese. Ciò va ricondotto certamente ai limiti dell'offerta di servizi pubblici in quelle aree, ma anche e per molti aspetti soprattutto al peggioramento degli stili di vita e alla crescita dell'inquinamento (industriali e industriale).

L'altro aspetto esogeno è quello della continua utilizzazione delle risorse private in gioco in Sanità. La intermediazione finanziaria del la spesa sanitaria privata diminuisce addirittura fra 2006 e 2011 (tab. 2), il che significa carico pesante dell'out of pocket sulle famiglie, e dunque discriminazione di quelle più deboli, e iniziale avanzamento di quel nuovo modello di welfare di cui si teorizza, nel quale le risorse private possano venire indirizzate su prestazioni scoperse e su fasce deboli, anche grazie alla intermediazione mutualistica, e al cosiddetto welfare contrattuale.

Carla Collicelli
vice direttore Fondazione Censis



Tab. 1 - Performance sanitarie a livello regionale (anni dal 2010 al 2012)

	Indice di							Indice di					
	Stato di salute	Assenza di cronicità	Attrazione	Soddisfazione dei cittadini	Offerta x disab. e cronici	Modernizzazione		Stato di salute	Assenza di cronicità	Attrazione	Soddisfazione dei cittadini	Offerta x disab. e cronici	Modernizzazione
Piemonte	99	98	118	109	129	92	Marche	100	101	114	103	69	92
V. d'Aosta	105	103	121	133	56	151	Lazio	102	102	136	86	78	94
Lombardia	100	100	145	115	152	86	Abruzzo	97	95	96	73	80	107
Liguria	103	101	121	93	116	140	Molise	100	100	140	99	92	186
Trentino A.A.	111	109	120	153	-	-	Campania	104	101	64	71	66	103
Veneto	102	103	165	113	150	110	Puglia	97	97	88	78	72	76
Friuli V.G.	102	104	140	119	-	-	Basilicata	93	94	82	89	62	131
Emilia R.	101	100	117	143	-	-	Calabria	89	93	55	53	-	94
Toscana	101	101	96	105	103	130	Sicilia	100	99	74	66	58	108
Umbria	95	96	99	119	94	122	Sardegna	93	97	112	88	55	118
Italia	100	100	100	100	100	100	Italia	100	100	100	100	100	100

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, ministero della Salute

Tab. 2 - Intermediazione

Spesa sanitaria privata a carico dei pazienti nel mondo - Anno 2011
(valori per centuale sul totale spese sanitaria privata)

	Pazienti (*)	Diff. 2011-2006
Usa	23,3	22,2
Francia	31,0	32,1
Germania	58,1	56,1
Italia	84,9	81,2

(*) Spesa out of pocket, che comprende la spesa "over the counter" e la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ticket ecc.)

Fonte: elaborazione Censis su dati Oecd-Health Data, 2013

Tab. 3 - Indicatori europei di qualità del governo locale in relazione alla Sanità pubblica (Paesi Nuts2), 2012 (*)

Qualità della Sanità pubblica		Attribuzione di un trattamento equo nella sanità pubblica		Attribuzione di un trattamento equo nella sanità pubblica	
Paesi/Regioni	Rank	Paesi/Regioni	Rank	Paesi/Regioni	Rank
DK Danimarca	1	ES Spagna	1	UK Regno Unito	1
BE Belgio	2	DK Danimarca	2	SE Svezia	2
SE Svezia	3	SE Svezia	3	DK Danimarca	3
UK Regno Unito	4	AT Austria	4	ES Spagna	4
NL Olanda	5	UK Regno Unito	5	NL Olanda	5
AT Austria	6	NL Olanda	6	AT Austria	6
RO Romania	7	DE Germania	7	BE Belgio	7
FR Francia	8	RO Romania	8	CZ Rep. Ceca	8
CZ Rep. Ceca	9	CZ Rep. Ceca	9	PT Portogallo	9
IT Italia	10	BE Belgio	10	DE Germania	10
DE Germania	11	IT Italia	11	RO Romania	11
PT Portogallo	12	GR Grecia	12	FR Francia	12
BG Bulgaria	13	FR Francia	13	IT Italia	13
ES Spagna	14	BG Bulgaria	14	GR Grecia	14
GR Grecia	15	PT Portogallo	15	HU Ungheria	15
PL Polonia	16	HU Ungheria	16	BG Bulgaria	16
HU Ungheria	17	PL Polonia	17	PL Polonia	17
SK Slovacchia	18	SK Slovacchia	18	SK Slovacchia	18

(*) Rank dal migliore = 1 al peggiore = 18. Stima dei dati medi nazionali attraverso la media dei dati regionali riportati a varianza unitaria in ogni Stato per omogeneità nel confronto, per gli indicatori relativi ai 18 Paesi per i quali sono state fornite le informazioni per NUTS2 (Regioni).

Fonte: elaborazione Censis su Indagine Qog "The Quality of Government Institute" University of Gothenburg

Tab. 4 - Indicatori europei di qualità del governo locale nelle Regioni italiane in relazione alla Sanità pubblica, 2012 (*)

Paesi/Regioni	Indice	Rank sulle 172 Regioni europee	Paesi/Regioni	Indice	Rank sulle 172 Regioni europee	Paesi/Regioni	Indice	Rank sulle 172 Regioni europee
Bolzano	1,4	9	Bolzano	1,2	22	Bolzano	0,5	50
Trento	1,3	16	V. Aosta	0,5	46	V. Aosta	0,3	54
V. Aosta	1,2	22	Friuli V.G.	0,5	48	Trento	0,2	69
Friuli V.G.	0,5	65	Trento	0,5	51	Piemonte	0,0	79
Emilia R.	0,4	68	Piemonte	0,2	66	Friuli V.G.	0,0	81
Veneto	0,4	74	Emilia R.	-0,1	80	Emilia R.	-0,2	91
Umbria	0,4	75	Lombardia	-0,3	98	Lombardia	-0,3	103
Lombardia	0,3	76	Veneto	-0,4	107	Toscana	-0,4	109
Piemonte	0,2	79	Toscana	-0,5	110	Umbria	-0,5	110
Toscana	0,1	88	Umbria	-0,6	117	Veneto	-0,5	118
Liguria	-0,1	96	Liguria	-0,6	120	Marche	-0,6	122
Marche	-0,4	111	Sardegna	-0,8	133	Liguria	-0,8	130
Sardegna	-0,5	122	Marche	-0,8	136	Sardegna	-0,8	133
Abruzzo	-0,8	131	Basilicata	-1,0	147	Basilicata	-0,9	136
Basilicata	-0,9	137	Abruzzo	-1,0	149	Lazio	-1,1	147
Lazio	-1,1	143	Lazio	-1,2	155	Abruzzo	-1,1	151
Molise	-1,2	150	Campania	-1,2	156	Campania	-1,3	157
Puglia	-1,4	155	Puglia	-1,5	164	Puglia	-1,3	157
Sicilia	-1,5	159	Sicilia	-1,5	164	Sicilia	-1,3	159
Campania	-1,6	160	Molise	-1,5	167	Molise	-1,3	160
Calabria	-2,4	170	Calabria	-2,0	172	Calabria	-1,8	170

(*) Indici e rank dal migliore = 1 al peggiore = 172. Regioni estratte dalla graduatoria costruita rispetto alle 172 Regioni di 18 Paesi europei, escludendo i 9 Paesi che non hanno fornito informazioni anche a livello regionale (Cipro, Estonia, Finlandia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Slovenia).

Fonte: elaborazione Censis su Indagine Qog "The Quality of Government Institute" University of Gothenburg