

RASSEGNA STAMPA Martedì 25 marzo 2014

Medici e dirigenti sanitari al Governo: difendete il SSN
DOCTORNEWS

Sigm, medici in pensione ma consulenti
ITALIA OGGI

Lauree: ecco i posti secondo la Salute
IL SOLE 24 ORE SANITA'

I dieci anni 15mila specialisti in meno
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Colpa lieve con le linee guida
Cassazione/Responsabilità penale del medico esclusa solo se osserva le indicazioni
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Intramoenia, meno guadagni
IL SOLE 24 ORE SANITA'

SSN, spending soft nel Patto
IL SOLE 24 ORE SANITA'

"Risorse intoccabili e subito il nuovo Titolo V"
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Ecco il salvagente per il SSN
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Asl, consigli per gli acquisti
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Agenas, vertice nella bufera
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Decreto Balduzzi, rilevante condotta corretta e virtuosa del medico
DOCTOR NEWS

Ecm, ispettori in campo: occhio alle verifiche di apprendimento
DOCTORNEWS

Medici e dirigenti sanitari al Governo: difendete il Ssn

Responsabilità professionale, rinnovo del contratto di lavoro, riconoscimento delle peculiarità di medici e dirigenti sanitari, precariato e contratti di formazione specialistica. Sono questi i cinque temi al centro delle richieste che le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, sanitaria, tecnica e professionale hanno elencato in una lettera inviata al Presidente Renzi, ai Ministri Lorenzin e Madia, al Presidente Errani e al coordinatore degli Assessori alla salute Coletto che si conclude con la richiesta di un incontro per cercare soluzioni esaustive. «Si tratta di temi prioritari per la tenuta del Sistema Sanitario» si legge nella lettera allegata che auspica «un inequivocabile riconoscimento della centralità del Ssn pubblico come strumento imprescindibile del diritto alla salute, il solo che la Costituzione definisce fondamentale. Da un tale dibattito» continua la lettera «non possono, comunque, essere esclusi i professionisti, sul lavoro dei quali si basano tale centralità e tale diritto. Condannare la sanità pubblica a non reggere l'onda d'urto della crisi e ad essere spazzata via, come in Grecia e in Spagna, significa incidere sullo stesso grado di civiltà di un Paese, come la vicenda greca dimostra. Ma si tutela il sistema delle cure se si tutela chi quelle cure è chiamato ad erogare. Non sarà possibile» conclude l'intersindacale «mantenere un Sistema Sanitario equo, solidale e universalistico, se i professionisti del Servizio Sanitario vengono sconfitti nei propri valori etici e deontologici, ridotti a ingranaggi di un apparato che continua a scaricare su di loro l'insostenibile obbligo di continuare a colmare il vuoto tra le attese dei cittadini e le risorse a disposizione».

Marco Malagutti

ItaliaOggiData 25-03-2014
Pagina 29
Foglio 1

Sigm, medici in pensione ma consulenti

Medici in pensione, ma con incarichi di consulenza nel Servizio sanitario nazionale. E i giovani camici bianchi per accedere alla specialistica convenzionata sono costretti ad aspettare anni in graduatoria. La denuncia arriva dal Segretariato italiano giovani medici (Sigm) che chiede l'intervento del ministero della salute, delle regioni e degli ordini affinché sollecitino le aziende sanitarie al rispetto dell'incompatibilità tra l'attività di medico convenzionato con il Ssn e i medici in quiescenza già dipendenti dello stesso. E invita a disporre che le convenzioni vengano attribuite esclusivamente secondo il punteggio maturato in base alle norme. Secondo il sindacato sono spesso attribuiti incarichi di studio e di consulenza o addirittura incarichi di medicina specialistica convenzionata a soggetti, già appartenenti a ruoli del Ssn, che vanno in pensione per aver raggiunto

l'anzianità contributiva necessaria, per poi ricoprire nuovi ruoli nei diversi Servizi sanitari regionali. Si tratta, dice il Sigm «di una ingiustificabile forma di penalizzazione a scapito dei giovani medici, che quei ruoli potrebbero ricoprirli utilmente, maturando esperienza e anzianità di servizio». Tra l'altro a supporto di questa tesi si aggiunge anche una nota del ministero dell'economia (Prot. 104123/18), secondo la quale «le pubbliche amministrazioni hanno il divieto di conferire incarichi di studio o consulenza al personale già dipendente e collocato in quiescenza». Su queste basi, il Sigm chiede «di richiamare il rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa, e di regolamentare chiaramente, laddove ve ne fosse necessità, l'incompatibilità tra l'attività di medico convenzionato con il Ssn e i medici in quiescenza già dipendenti dello stesso».

Benedetta Pacelli

Quelle lauree del desiderio

Per la Salute nel 2014-2015 i posti a bando in medicina sono 9.500, a metà tra i 7mila chiesti dalla Fnom e i 10.748 proposti dalle Regioni. Ma il rischio carenza è dietro l'angolo.

A PAG. 19

AREA MEDICA/ Il ministero propone alle Regioni il fabbisogno formativo per l'anno accademico 2014-2015

Lauree: ecco i posti secondo la Salute

Previsti 9.500 bandi a medicina contro i 7mila della Fnom e i 10.748 dei governatori

Il ministero della Salute "media": per l'anno accademico 2014-2015 ci vogliono almeno 9.500 medici, 844 odontoiatri e 657 veterinari. Una posizione intermedia tra la richiesta di 10.748 posti per medici delle Regioni (che sulle altre professioni sono in linea con la Salute) e di 7mila posti proposti dalla FnomCeo, 491 dalla Federazione dei veterinari e lo zero assoluto per gli odontoiatri che il settore specifico della Fnom ha prospettato per far fronte al rischio di disoccupazione.

La proposta arriva in tutta fretta sul tavolo delle Regioni e la riunione tecnica per definire l'accordo è già fissata per il 25 marzo: bisogna far presto, sottolinea la stessa nota del ministero, perché già ad aprile queste professioni avranno le prove di ammissione, basate però su una dotazione "provvisoria" decisa dall'Università di 7.918 posti per medicina, 787 per odontoiatria e 632 per veterinaria e c'è bisogno quin-

di del dato certo e concordato.

Che una contrazione nei posti a bando debba esserci va bene, sottolinea la Salute, anche perché sia le Regioni che gli Ordini la prevedono e la richiedono (anche per ragioni occupazionali), ma il rischio di esagerare si ripercuoterebbe nei prossimi anni con una carenza di medici che se fosse accettata la richiesta FnomCeo sarebbe di 54.700 unità fino al 2018, mentre basandosi sul dato regionale ci si assisterebbe su un saldo negativo neo-laureati-pensionamenti di 27.400 medici. Ma, spiega il ministero, l'attesa "gobba pensionistica" dal 2015 sarebbe già esaurita in parte per gli effetti della legge Fornero. In più c'è l'aumento degli studenti ammessi per il 2013-2014 in sovrannumero per effetto del "recupero" del bonus maturità che aumenta gli iscritti di 1.800 unità, di cui 900 si sono già iscritti e altrettanti potranno farlo il prossimo anno e

andranno "assorbiti" nel numero da programmare.

Per questo - e per il fatto anche che le linee guida internazionali suggeriscono di evitare un approccio "yo-yo" variando drasticamente i numeri da un anno all'altro senza stabilire un trend a medio-lungo termine - il ministero si ferma a 9.500 posti. Dato questo che tiene conto secondo la nota sia delle richieste professionali che regionali.

E ritiene anche che per quanto riguarda i veterinari, visto che a fronte di un fabbisogno regionale di 716 unità i posti disponibili per il 2013-2014 sono stati 832 e l'Università ne ha messi a disposizione già 632, sia il caso di rispettare la richiesta delle Regioni. Mentre per gli odontoiatri non ritiene possibile una ulteriore diminuzione delle unità da formare.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il fabbisogno per Regione proposto dalla Salute

Regioni	Medico chirurgo	Veterinario	Odontoiatra	Regioni	Medico chirurgo	Veterinario	Odontoiatra
Piemonte	700	10	45	Marche	160	20	25
V. Aosta	0	0	0	Lazio	1.500	40	50
Lombardia	1.350	70	180	Abruzzo	240	10	24
Pa. Bolzano	60	15	15	Molise	75	0	0
Pa. Trento	70	3	5	Campania	1.250	200	150
Veneto	850	30	30	Puglia	450	50	40
Friuli	200	3	25	Basilicata	225	6	0
Liguria	250	10	25	Calabria	240	0	15
Emilia R.	750	15	40	Sicilia	1.000	60	70
Toscana	870	40	50	Sardegna	328	50	40
Umbria	180	25	15	Italia	10.748	657	840
				Proposta ministero	9.500	657	844

Il dottore che scompare

Tra il 2014 e il 2023 ci sarà un vuoto di oltre 15mila specialisti per colpa dei contratti di formazione all'osso. Il calcolo è in uno studio dell'Anaa Assomed che indica quattro soluzioni possibili.

A PAG. 19

STUDIO ANAAO ASSOMED

In dieci anni 15mila specialisti in meno

Tra il 2014 e il 2023 ci sarà un vuoto di oltre 3mila pediatri, 1.800 internisti, più di 900 chirurghi generali, 833 psichiatri e così via per moltissime specialità che subiranno una cura dimagrante perché i contratti di formazione specialistica non copriranno gli effetti dei pensionamenti. In tutto nei prossimi 10 anni ci saranno 15mila specialisti in meno nel Ssn, secondo un'indagine Anaa Assomed (firmata da Carlo Palermo, coordinatore dei segretari regionali, Domenico Montemurro e Fabio Ragazzo del Settore Anaa Giovani) elaborata in base ai dati FnomCeo, Enpam, Miur, Ragioneria generale dello Stato (conto annuale).

Unica via d'uscita: mettere mano a una nuova programmazione sanitaria passando per la soluzione di due urgenze. Al primo posto è da colmare la differenza tra numero chiuso, offerta formativa post-laurea e precariato medico, generato sia dal blocco del turnover che da riforme pensionistiche «sempre in itinere che procrastinano l'uscita dal sistema».

Poi si deve «rivedere la formazione, oggi affidata solo alle Università, ripensando gli ospedali come occasione professionalizzante per i medici neo-laureati e di sviluppo di expertise per i medici a fine specialità. Occorre mettere in discussione le caratteristiche di un sistema autoreferenziale che si interpreta e si comporta come privo di limiti e di obblighi sociali, rendendo sempre più evidente come l'attuale sistema formativo medico post-laurea, che esclude le competenze e le prerogative del Ssn, necessiti di un profondo ripensamento e di un vero e proprio cambio di paradigma».

Queste le soluzioni che l'Anaa Assomed propone per superare le criticità:

- 50% della durata della spe-

cialità con contratto di formazione specialistica nell'Università;

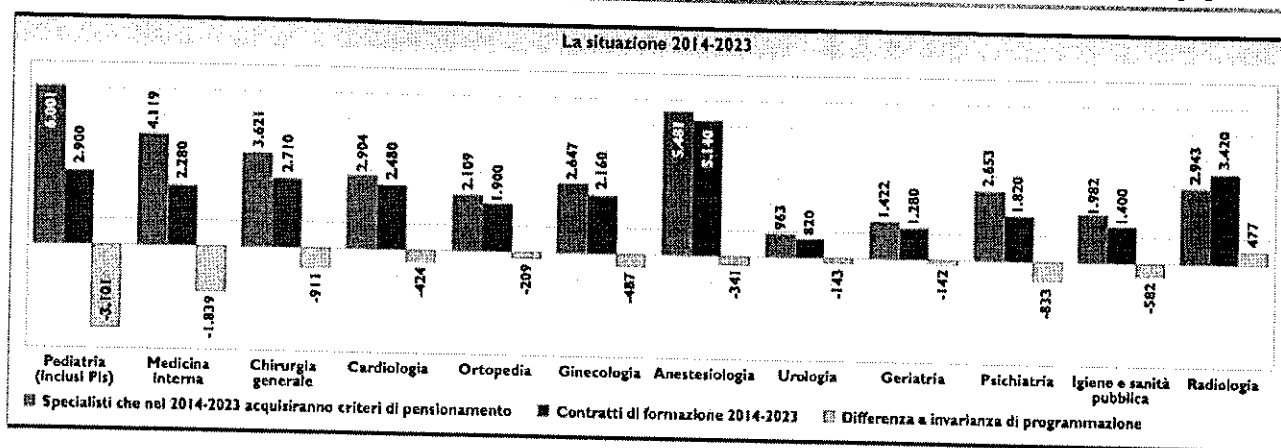
- 50% in ambiente extra-universitario senza obbligo di aver già conseguito il titolo di specialista. Questo permetterebbe anche di liberare risorse per colmare il gap fabbisogni/contratti;

- frequenza finale di 6 mesi nella sede ospedaliera di preferenza, oppure facoltà di svolgere il praticantato presso la stessa sede universitaria, se lo specializzando decidesse di concorrere per il dottorato di ricerca;
- abolizione dei dottorati di ricerca senza borsa.

«In concreto - conclude Anaa - pensiamo che aumentare il numero degli studenti ai corsi di laurea non risolve il problema della prossima mancanza di specialisti perché i primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della pleora medica. La strozzatura è data dall'imposizione della specializzazione come requisito di accesso al sistema. Occorre consentire ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale e al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche». E questo si fa secondo lo studio trasformando il contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali e accessori a carico delle Regioni e l'inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





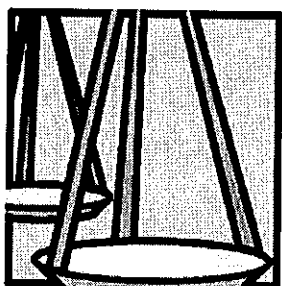
A PAG. 23**Cassazione**

**Responsabilità
penale del
dottore esclusa
se osserva
le linee guida
e i segnali
di pericolo**

CASSAZIONE/ Responsabilità penale del medico esclusa solo se osserva le indicazioni

Colpa lieve con le linee guida

Il caso di una ginecologa accusata del reato di procurato aborto



È esclusa la responsabilità penale del medico solo nel caso in cui questi abbia osservato effettivamente le indicazioni metodologiche elaborate dalla comunità scientifica. Non può, al contrario, considerarsi corretta, virtuosa, o conforme alle linee guida la condotta del medico che nell'espletamento della propria attività non tenga in considerazione chiari segnali di pericolo per la salute del proprio paziente, a maggior ragione se evidenziati dagli accertamenti; in presenza di tali elementi, qualora il medico non ne percepisca l'effettiva gravità con conseguente danno per il paziente, non si può mai parlare di colpa lieve. Sono queste le conclusioni a cui giungono gli ermellini della V sezione penale della Corte di Cassazione, nella sentenza n. 11804 dell'11 marzo scorso, riaffermando il proprio orientamento interpretativo in tema di

responsabilità medica alla luce della riforma introdotta dal D.L. 158/2012 (Decreto Balduzzi).

Ancora una volta sul banco degli imputati vi è una ginecologa accusata del reato di procurato aborto di cui all'articolo 17 della legge 194/1978.

I fatti. La gestante presentava una gravidanza a rischio a causa del suo stato di ipertensione. Secondo le risultanze evidenziate nelle sentenze delle Corti di merito, la ginecologa non aveva per tempo individuato lo stato ipossico cronico del feto, nonostante ciò fosse evidente dai tracciati Cgt e dagli accertamenti strumentali effettuati (flussimetria) che documentavano una sofferenza fetale.

Inoltre, sempre secondo le corti di merito, l'imputata non consigliava immediatamente alla paziente il parto cesareo, così causando la morte intrauterina del feto per insufficienza placentare acuta e conseguente anossia intrauterina.

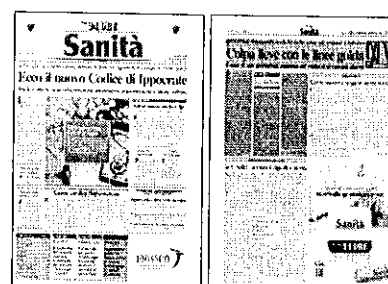
L'imputata, tra i propri motivi di ricorso, segnalava di essersi attenuta compiutamente agli schemi diagnostici e terapeutici previsti dall'arte medica, affermando in particolare che le proprie diagnosi si erano sempre rivelate corrette, di aver fatto sottoporre a numerosi accertamenti la paziente e che, se errore c'era stato, esso atteneva

esclusivamente «all'adattamento delle direttive di massima alle evenienze del caso concreto». Pertanto la propria condotta non assumeva alcuna rilevanza penale ai sensi dell'articolo 3 della legge 189/2012 (legge di conversione del Decreto Balduzzi).

Sul punto la Corte di Cassazione specificava che, sì, l'articolo 3 della legge 189/2012 «esclude la rilevanza della colpa lieve con riferimento a quelle condotte che abbiano osservato linee guida o pratiche terapeutiche mediche virtuose, purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica» (sulla scia dell'orientamento giurisprudenziale tracciato dalla sentenza n. 16237/2013), ma che nel caso di specie, alla luce delle emergenze processuali valutate dalle Corti di merito, tale norma non poteva trovare applicazione e, quindi, esplicitare i propri effetti.

Andrea Palumbo

CONTRIBUENTE REGISTRATO



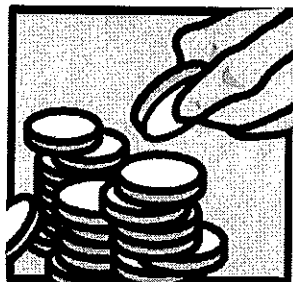
CHECK 2012**Intramoenia perde colpi***Incassi totali -2,2% e i medici perdono 119 milioni*

Per la prima volta i medici, dopo anni di incassi in aumento per la libera professione intramoenia, nel 2012 invertono il trend e le compartecipazioni scendono da 1,054 miliardi a 935,5 milioni. Chi invece raddoppia i guadagni sono le aziende del Ssn che passano da poco più di 81 a oltre 176 milioni. In tutto anche l'incasso generale flette di poco più di 24 milioni: i cittadini - probabilmente per colpa della crisi - chiedono alle aziende meno prestazioni "private". Sono questi alcuni dati contenuti nella Relazione sulla situazione economica del Paese 2012 che il ministero dell'Economia ha da poco pubblicato sul suo sito.

DEL BUFALO A PAG. 2-3

Relazione situazione economica 2012/ Libera professione: incassi e compartecipazioni in calo

Intramoenia, meno guadagni

Ai medici 935 mln ma ne perdono 119 - Però il Ssn ne guadagna 94,5

La "prima volta" dei medici: dopo anni di incassi in aumento per la libera professione intramoenia, nel 2012 il trend si inverte, le compartecipazioni scendono da 1,054 miliardi a 935,5 milioni. E chi invece raddoppia i "guadagni" sono le aziende del Ssn che passano da poco più di 81 a oltre 176 milioni. In tutto anche l'incasso generale flette di poco più di 24 milioni: i cittadini - probabilmente per colpa della crisi - chiedono alle aziende meno prestazioni "private".

Sono questi alcuni dati contenuti nella Relazione sulla situazione economica del Paese 2012 che il ministero dell'Economia ha da poco pubblicato sul suo sito.

Che conferma in generale un disavanzo in calo del 17,3% nel 2012 rispetto al 2011 con l'astice, come anticipato già dalla Corte dei conti, a quota -1,043 miliardi (senza manovre locali). Di questi oltre 880 milioni sono nelle sole Lazio, Molise, Campa-

nia, Calabria e Sicilia, mentre tra le Regioni in piano di rientro Piemonte, Abruzzo e Puglia sono in attivo.

L'intramoenia. Per la prima volta c'è un'inversione di tendenza e le compartecipazioni al personale sanitario calano. In parole povere ai medici e, in piccola parte alle équipe che li supportano nella libera professione, vanno 119,141 milioni in meno dell'anno precedente (-11,3%). Il calo maggiore si ha in Lombardia dove la riduzione nel 2012 rispetto al 2011 è di -26,16%, quello minore in Sicilia con il -0,02%. Ma ci sono anche cinque Regioni in cui il guadagno in salita del personale tiene duro: Bolzano +4,58%, Friuli +1,32%, Abruzzo +4,10% e Sardegna +5,54 per cento.

In generale poi gli incassi per l'intramoenia si riducono del -2,17% (24,6 milioni in meno), ma confermando l'andamento in controtendenza rispetto agli anni precedenti, il "guadagno" per le aziende del Ssn è più che raddoppiato rispetto al 2011, aumentando di ben 94,5 milioni rispetto al guadagno 2011 di 81,44 milioni (+116,06%).

Il saldo negativo - quello cioè che rappresenta il guadagno delle Regioni/aziende - ce l'hanno nel 2012 otto Regioni, anche se in realtà la Lombardia riduce gli incassi, ma il calo frena rispetto alla riduzione dell'anno precedente e,

quindi, il saldo è paradossalmente positivo e, anzi, porta la Regione al top degli incassi con una differenza positiva di oltre 60 milioni.

Le cause? Non sicuramente cambiamenti nell'organizzazione della libera professione, visto che la legge Balduzzi è entrata in vigore proprio alla fine del 2012 e che in molte Regioni, soprattutto del Sud, deve ancora essere applicata. Sicuramente la minor spesa è legata alla crisi economica che ha portato i cittadini a cercare di spendere meno di tasca propria. E il guadagno maggiore delle Regioni potrebbe essere collegato anche con una minore richiesta di intramoenia d'azienda, la cui spesa è tutta a carico delle strutture Ssn.

Le voci di spesa. Nel 2012 a ridursi di più è quella riferita a "costi straordinari e rimanenze", legata a ricavi di esercizi precedenti come le fatture, che crolla del -28,9% anche per la forte razionalizzazione di spesa del sistema. A seguire c'è con -8,6% la farmaceutica convenzionata, seguita dall'assistenza integrativa e protesica (-4,9%), dalla riabilitativa (-2,9%) e dalla spesa per il personale (-1,4%).

Sul versante opposto l'aumento

maggiore (+4%) è quello per "altra assistenza" (assistenza integrativa e protesica, termale, psichiatrica residenziale e semiresidenziale ecc.), ma è una voce di spesa che comunque nel 2012 ha assorbito circa 6,6 miliardi. Mentre al secondo posto c'è il +1,7% dei beni e servizi che di miliardi nel 2012 ne valgono oltre 36. E che con aumenti più o meno contenuti negli anni non hanno mai frenato la loro crescita (si veda articolo a pagina 3).

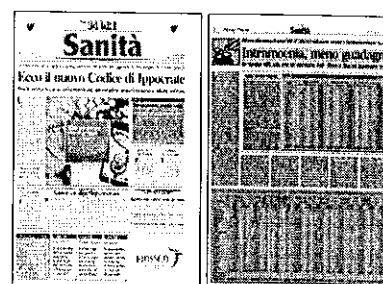
In genere comunque la spesa 2012 diminuisce. E quella per le voci di spesa definite scende del -0,8% con il picco massimo del -3,9% in Liguria, ma anche qualche aumento: a Bolzano la spesa cresce del +2,5 per cento.

Aumenti di spesa, ma al massimo dello 0,4%, si registrano anche in Valle d'Aosta, Trento, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Sardegna.

Seconda spesa per entità complessiva (dopo beni e servizi) è quella per il personale che però è in calo del -1,4%. Chi "taglia" di più è la Campania (-4,3%), seguita dalla Puglia (-3,2%). Al contrario spendono più del 2011 Bolzano (+4,2%) e Trento (+2,3%).

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Italia senza regole

Situazione abbastanza diversificata per l'intramoenia, senza che i guadagni delle aziende seguano una logica geografica. Ci sono in tutte le aree, infatti, Regioni che chiudono il 2012 con un guadagno più o meno consistente e altre invece in perdita rispetto alle compartecipazioni erogate. Una ragione, questa, legata perlopiù all'utilizzo dell'intramoenia come strumento aziendale per la copertura di carenze di organico.

I maggiori incassi rispetto all'anno precedente sono quasi tutti concentrati in Regioni in piano di rientro, che quindi, per il blocco del turn over, hanno un contingente sempre più ridotto di personale e, quindi, attese più lunghe che portano spesso il paziente a ricorrere alla libera professione.

Non va allo stesso modo però per il personale che, in alcune di queste Regioni dove gli incassi sono più elevati dell'anno precedente, perde risorse. È il caso di Liguria, Campania e Calabria, dove l'incasso totale cresce tra lo 0,11 e lo 0,81%, ma le compartecipazioni calano tra l'1,07 e l'1,76%.

L'andamento dell'intramoenia nel 2012 e confronto con il 2011 (milioni di euro)

Regioni	La situazione 2012			Differenza 2011-2012			Differenza percentuale		
	Incassi	Compart.	Saldo	Incassi	Compart.	Saldo	Incassi	Compart.	Saldo
Piemonte	110,762	95,655	15,107	-2,923	-10,916	7,993	-2,57	-10,24	112,36
V. Aosta	3,165	2,599	0,566	-0,737	-0,701	-0,036	-18,89	-21,24	-5,98
Lombardia	223,846	174,902	48,944	-1,46	-61,974	60,514	-0,65	-26,16	-523,03
Pa Bolzano	1,76	1,302	0,458	0,117	0,057	0,06	7,12	4,58	15,08
Pa Trento	9,32	7,409	1,911	-0,265	-1,391	1,126	-2,76	-15,81	143,44
Veneto	107,317	87,158	20,159	-3,247	-13,798	10,551	-2,94	-13,67	109,81
Friuli	28,448	24,036	4,412	2,015	0,312	1,703	7,62	1,32	62,86
Liguria	40,723	34,19	6,533	0,249	-1,508	1,757	0,62	-4,22	36,79
Emilia R.	133,277	106,718	26,559	-7,095	-5,283	-1,812	-5,05	-4,72	-6,39
Toscana	114,404	85,785	28,619	-8,255	-9,895	1,64	-6,73	-10,34	6,08
Umbria	13,948	11,858	2,09	-2,001	-1,626	-0,375	-12,55	-12,06	-15,21
Marche	34,782	29,947	4,835	-1,222	-0,826	-0,396	-3,39	-2,68	-7,57
Lazio	110,442	111,047	-0,605	-2,513	-5,048	2,535	-2,22	-4,35	-80,73
Abruzzo	16,864	16,05	0,814	1,048	0,632	0,416	6,63	4,10	104,52
Molise	2,868	2,235	0,633	0,979	0,431	0,548	51,83	23,89	644,71
Campania	46,045	44,845	1,2	0,11	-1,078	1,188	0,24	-2,35	9,900,00
Puglia	42,011	33,828	8,183	-1,333	-5,227	3,894	-3,08	-13,38	90,79
Basilicata	4,792	3,89	0,902	-0,301	-0,934	0,633	-5,91	-19,36	235,32
Calabria	8,797	7,635	1,162	0,807	-1,068	1,875	10,10	-12,27	-264,97
Sicilia	43,207	40,884	2,323	1,726	-0,007	1,733	4,16	-0,02	293,73
Sardegna	14,619	13,465	1,154	-0,321	0,707	-1,028	-2,15	5,54	-47,11
Totale	1.111,40	935,438	175,959	-24,622	-119,141	94,519	-2,17	-11,30	116,06

Come è andata per le singole voci di spesa (milioni di euro)

Regioni	Personale		Beni e servizi		Costi straordinari e rimanenze		Medicina generale		Farmaceutica		Riabilitativa		Integrativa e protesica		Altra
	Valore assoluto	Diff. % con 2011	Valore assoluto	Diff. % con 2011	Valore assoluto	Diff. % con 2011	Valore assoluto	Diff. % con 2011	Valore assoluto	Diff. % con 2011	Valore assoluto	Diff. % con 2011	Valore assoluto	Diff. % con 2011	
Piemonte	2.886,43	-1,5	2.745,55	0,8	20,31	-19,8	475.685,00	0,1	642.184,00	-8	173.616,00	-2,1	144.411,00	-12,9	571.466,00
Valle d'Aosta	113.155,00	0,3	110.012,00	-1,4	0,00	-100,0	15.655,00	2,5	19.022,00	-3,1	5.475,00	4,2	3.552,00	27,3	7.567,00
Lombardia	5.085,71	0,6	5.584,21	2,3	35,40	32,4	910.364,00	1,1	1.379,51	-4,0	241.607,00	-0,6	236.951,00	-3,6	1.768,63
Pa Bolzano	572.219,00	4,2	316.021,00	-0,2	15,43	27,7	54.448,00	0,3	46.346,00	-16,3	6.085,00	-0,9	40.387,00	3,9	62.542,00
Pa Trento	413.311,00	2,3	331.809,00	-2,4	4,70	-40,1	59.750,00	1,4	71.780,00	-4,7	1.150,00	-90,7	22.250,00	-1,5	173.675,00
Veneto	2.747,28	0,1	3.104,99	1,9	82,28	-7,8	547.998,00	0,2	590.318,00	-12,0	31.609,00	-1,4	132.492,00	-1,7	846.754,00
Friuli	948.676,00	0,2	991.213,00	3,4	8,97	-21,9	130.375,00	-1,9	196.809,00	-9,0	62.437,00	-0,3	44.575,00	-1,1	54.914,00
Liguria	1.119,95	-2,9	1.027,09	-3,9	8,12	-66,1	161.732,00	0,2	246.828,00	-12,9	91.617,00	-4,3	44.666,00	18,5	177.718,00
Emilia Romagna	2.996,80	-0,8	3.020,05	3,8	28,24	-39,7	525.828,00	1,8	568.142,00	-12,1	7.293,00	0,1	118.927,00	-0,2	618.335,00
Toscana	2.564,67	-1,7	2.700,42	-0,5	35,02	-83,1	414.317,00	0,3	503.219,00	-8,8	82.895,00	-5,5	80.284,00	2,8	385.710,00
Umbria	614.390,00	0,6	619.642,00	-0,3	1,08	-77,2	92.858,00	1,8	140.168,00	-4,4	7.811,00	-5,5	38.624,00	-2,2	82.628,00
Marche	1.009,31	-1,7	969.040,00	-0,6	18,30	-80,3	174.341,00	1,2	235.734,00	-7,5	71.720,00	2,9	37.292,00	-8,7	125.790,00
Lazio	2.901,54	-2,8	1.709,87	12	139,10	17,7	614.626,00	0,2	934.007,00	-14,1	211.119,00	-0,7	241.390,00	-3,9	551.881,00
Abruzzo	765.550,00	-0,9	832.760,00	4,2	16,92	-35,2	152.613,00	-0,3	223.474,00	-10,0	73.935,00	2,7	24.631,00	-5	94.189,00
Molise	204.247,00	-2,4	183.876,00	-4,0	6,41	-32,6	51.329,00	-0,8	48.706,00	-11,5	11.934,00	-19,3	7.240,00	4,8	22.782,00
Campania	2.940,01	4,3	3.036,20	1,7	90,57	-0,8	651.008,00	0,9	895.258,00	-5,9	284.348,00	4,5	145.065,00	-13,2	181.181,00
Puglia	2.045,19	-3,2	2.214,75	3,4	100,98	-14,8	512.879,00	1,1	637.955,00	-11,4	181.371,00	-25,2	105.316,00	8,8	269.021,00
Basilicata	381.122,00	-1,1	325.895,00	-4,4	17,15	-9,0	90.547,00	-3,7	82.276,00	-13,8	46.239,00	1,1	27.170,00	-0,4	33.278,00
Calabria	1.221,14	-3,7	970.158,00	5,6	19,07	-19,0	247.899,00	0,1	340.283,00	-6,0	64.705,00	5,9	76.923,00	-5,1	127.961,00
Sicilia	2.902,46	0,6	2.225,81	0,5	44,26	50,2	588.958,00	0,4	879.842,00	-7,6	177.174,00	6,6	198.924,00	1,2	366.196,00
Sardegna	1.172,64	0,7	1.063,73	0,6	22,56	-20,3	198.955,00	0,7	328.955,00	-1,1	61.974,00	7,8	70.496,00	-1,4	105.315,00
Italia	35.606,10	-1,4	36.094,32	1,7	709,85	-28,9	6.664,17	0,6	9.011,15	-8,6	1.697,72	-2,9	1.840,87	-4,9	6.627,47
Bambino Gesù	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ordine di Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale costi	35.606,10	-1,4	36.094,32	1,7	709,85	-28,9	6.664,17	0,6	9.011,15	-8,6	1.697,72	-2,9	1.840,87	-4,9	6.627,47

assist.	Ospedaliera accreditata		Totale		
2012	Anno 2012		Anno 2012		
	Diff. % con 2011	Valore assoluto	Diff. % con 2011	Valore assoluto	Diff. % con 2011
	1,2	539.663,00	2,7	8.477,28	-1,2
	-4,5	6.332,00	36,1	283,11	0,2
	3,6	2.214,48	-0,9	18.460,74	0,4
	3,3	23.151,00	0,0	1.144,60	2,5
	18,5	57.338,00	1,8	1.163,75	1,1
	0,8	496.282,00	-5,1	8.944,56	-0,4
	14,4	66.934,00	3,5	2.557,25	0,7
	-3,4	187.385,00	2,0	3.181,28	-3,9
	1,0	624.247,00	0,0	8.704,45	0,2
	0,4	261.688,00	9,7	7.203,49	-3,1
	1,8	43.412,00	3,2	1.657,85	-0,3
	19,4	104.630,00	-2,4	2.793,31	-3,3
	11,7	1.303,88	2,4	11.121,80	-0,3
	3,9	124.026,00	-2,1	2.361,46	-0,4
	5,6	69.975,00	-2,0	649,58	-2,9
	0,5	811.327,00	-1,4	9.790,57	-1,6
	12,1	704.169,00	-1,2	7.037,89	-1,7
	2,3	17.993,00	3,9	1.042,62	-3,3
	-2,4	188.467,00	-1,0	3.375,38	-0,6
	8,5	720.325,00	1,9	8.624,52	-0,1
	2,2	92.859,00	2,5	3.235,35	0,5
	4,0	8.658,56	0,2	111.810,83	-0,8
	-	-	-	166.739	-
	-	-	-	35,259	-
	4,0	8.658,56	0,2	112.012,828	-

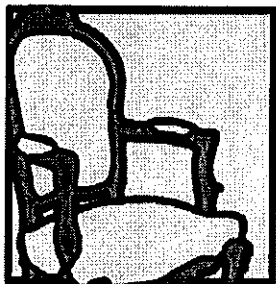
IN VETRINA

▼ **Regioni: spending tutta nel Patto. Subito il Titolo V**
Spending soft di Cottarelli per il Ssn. Incontro Regioni-Renzi: «Tutto nel Patto e subito le riforme». (Servizio a pag. 4)

La ricetta di Carlo Cottarelli per i risparmi da ottenere nella pubblica amministrazione

Ssn, spending soft nel Patto

Lorenzin punta più alto: possibili razionalizzazioni da 10 mld in 3 anni



La spending review si occuperà di sanità - e Matteo Renzi nell'incontro della scorsa settimana con i governatori (vedi pezzo in questa pagina) ha promesso alle Regioni di fare un ulteriore approfondimento in materia - ma lo farà senza maniere forti.

Carlo Cottarelli, nel suo rapporto in progress, ha cifrato risparmi per la sanità pubblica di 300 milioni quest'anno, 800 l'anno prossimo, 2 miliardi nel 2016. In tutto 3,1 miliardi in tre anni, ma al netto dei tagli a beni e servizi che nei tre anni dovrebbero alleggerire i conti dell'intera Pa - sanità compresa - di oltre 7 miliardi. Il tutto contro i 10 miliardi ipotizzati da Beatrice Lorenzin di risparmi possibili con il Patto sulla salute.

E tutto - su questo la sintonia è totale - va comunque deciso nel Patto, cioè con i governatori. Con l'obiettivo di trattenere interamente quei risparmi per il rilancio/riqualificazione del sistema e gli investimenti fermi ormai da troppo tempo. Ipotesi tutta da confermare, sebbene Matteo Renzi si sia detto la settimana scorsa pronto a farsi carico di questo impegno. Sempreché i conti tornino e che gli obblighi con l'Europa e le coperture della sua cura shock lo permettano.

Il rapporto di Cottarelli poi rilancia la panacea dei

costi standard. E il commissario ha affermato in una audizione al Senato che «il sistema sanitario nazionale è sostenibile». «Non credo - ha detto - sia necessario alcun cambiamento radicale sulla sanità, in percentuale i risparmi del mio piano sono abbastanza contenuti. Non c'è da rivedere il sistema».

Il menu della spending. Il risparmio che ci sarà per la sanità - su 7 miliardi in cantiere per il 2014, 18,1 per il 2015 e 33,9 per il 2016 - è tutto nel Patto sulla salute ed è di 300 milioni nel 2014; 800 milioni nel 2015 e 2 miliardi nel 2016. Esclusa la spesa per beni e servizi però, sulla quale le razionalizzazioni seguiranno un'altra strada.

Eccolo il menu di Cottarelli per quanto riguarda le schede sulla sanità. Risparmi considerati, spiega esplicitamente la scheda, «nell'ambito delle discussioni per il Patto per la salute». Con una puntualizzazione in più: «È necessaria una piena applicazione dei costi standard nella sanità», aggiunge la scheda.

Per quanto riguarda invece i beni e servizi il calcolo della spending è unico, sanità compresa, e parla di 800 milioni per il 2014, 2,3 miliardi per il 2015 e 7,2 miliardi per il 2016. E la strada per realizzarli parla di acquisti effettuati su convenzioni Consip - che finora hanno portato a una media di risparmio del 24% - o altre centrali di acquisto che però dovranno tendere a restare non più di una per Regione se sarà possibile.

Anche i nuovi contratti dovranno cambiare, con una drastica riduzione del numero centrali appaltanti (da

32.000 a 30-40 e poi ancora Consip, Regioni, città metropolitane) per acquisti «sopra soglia». E su quelli in essere al 31 luglio 2014 dovranno subito scattare controlli.

Da ridurre «drasticamente» anche i tempi di pagamento della Pa (oltre a eliminare il debito): con questa soluzione i risparmi potrebbero essere più significativi, vista la riduzione che si otterrebbe per i minori interessi di mora.

E ancora sulla sanità la scheda specifica: «I risparmi per la sanità verrebbero mantenuti a livello regionale col fine di ridurre la tassazione regionale», sottolineando che tutto il Patto dovrà essere coerente con questi obiettivi.

Per quanto riguarda l'andamento della spesa la nota spiega che quella sanitaria sul Pil potenziale è al 7,05% nel 2014 superiore al «benchmark»: quella in area euro (Belgio, Germania, Irlanda, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Austria e Finlandia) è al 7,28% e il benchmark è del 5,25%. Il benchmark è costituito dalla spesa europea corretta per tenere conto del vincolo per l'Italia dovuto alla maggiore spesa per interessi e al diverso «medium term objective» (Mto) e della riduzione della spesa prevista per gli altri Paesi necessaria per raggiungere il proprio Mto.

Lorenzin: oltre 10 miliardi di risparmi in tre anni. Niente tagli lineari e collaborazione assoluta con le Regioni è la ricetta del ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Che punta a «un'operazione di risparmio che viene dalla programmazione della pianificazione razionale della sanità», così da ri-

sparmiare «dieci miliardi in 3 anni da reinvestire nel sistema sanitario».

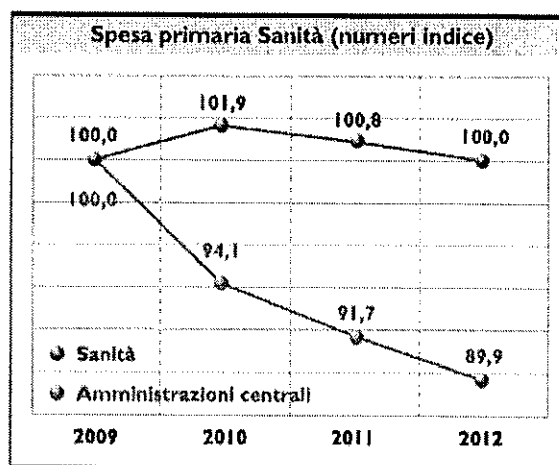
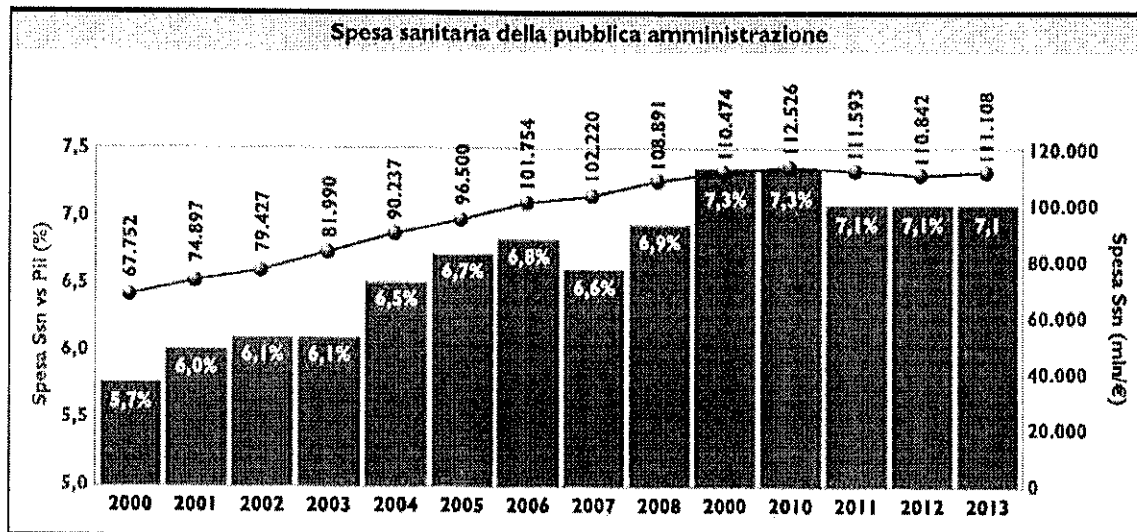
«La sanità - ha aggiunto - ha dato 25 miliardi di tagli negli ultimi 5 anni, di cui ancora 10 sono in atto nel 2013-2016». Ma «a budget invariato» si può ancora fare molto. «Se ci lasciano fare il Patto della salute con un meccanismo di Spending interna - ha detto - non solo non avrà conseguenze su cittadini, ma ci consentirà di mettere in sicurezza il Ssn, che in questo momento non lo è».

In questo modo si possono ricavare fondi da reinvestire in sanità. Ad esempio «il prossimo anno arriverà in Italia un nuovo farmaco che sconfigge completamente l'Epatite C, un farmaco che costa 50.000 euro a persona e appena arriva costa 3 miliardi. Queste sono le scelte che dovremo fare nei prossimi anni».

E il ministro ha annunciato anche un intervento sul management sanitario in team con il ministro Madia per un nuovo metodo di selezione. «Abbiamo la necessità di rimettere in piedi il sistema sanitario in due o tre anni. Quantomeno dare regole per tutti, e questo ci permetterà poi di intervenire sui territori. Ma tutti devono accettare diversi modelli di controllo. Il vero problema della sanità italiana sono la governance e i manager», ha detto. «Dove ci sono dei buoni manager, in pochi mesi si rimette in piedi un'azienda che ha perso milioni di euro» - continua Lorenzin -. Perché purtroppo non è prevalsa la ricerca della performance».

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INCONTRO GOVERNATORI-MATTEO RENZI

«Risorse intoccabili e subito il nuovo Titolo V»

«È necessario confermare quanto già concordato al Tavolo sul Patto della Salute». Sono andati subito al sodo i governatori nell'incontro della scorsa settimana con il presidente del Consiglio Matteo Renzi per quanto riguarda la sanità.

E come primo gradino hanno formalizzato in un loro documento i punti chiave del rapporto Governo-Regioni.

Al primo posto il Fondo sanitario nazionale. «Sono state definite le risorse per il Ssn e ciò permetterà un'adeguata pianificazione del budget per assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l'universalità del sistema e i Livelli essenziali di assistenza (Lea) in modo appropriato e uniforme».

Si evidenzia pertanto la necessità di assicurare i finanziamenti così definiti:

- 109,902 miliardi per l'anno 2014;
- 113,452 miliardi per l'anno 2015;
- 117,563 miliardi euro per l'anno 2016».

Ovviamente l'entità dei fondi è la chiave di volta del Patto, ma c'è anche un punto che fa da fulcro della discussione: «È stato altresì concordato - scrivono le Regioni nel documento - che i risparmi derivanti da azioni di razionalizzazione della spesa sanitaria debbano rimanere nella disponibilità dei bilanci sanitari».

Poi gli aspetti su cui già si era aperto un confronto con il Governo Letta. Sul riparto dei fondi tra le Regioni i governatori ribadiscono che «dovrà avvenire attraverso nuove modalità di pesature, secondo i criteri già indicati dall'articolo 1, comma 34, della legge 662/1996, sulla base dell'Accordo già intervenuto in Conferenza delle Regioni».

E ricordano a questo proposito che si sono svolti diversi incontri per l'elaborazione del Patto salute, in particolare sui temi dell'adeguamento dei Lea, con l'impegno di un Dpcm entro il 30 giugno 2014; della revisione

delle misure di compartecipazione ed esenzione; della gestione delle risorse umane; dell'assistenza ospedaliera.

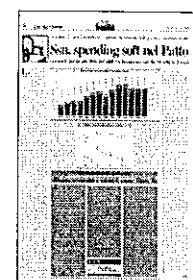
Per quanto riguarda le criticità, le Regioni sottolineano quelle nel settore dell'edilizia sanitaria - ex articolo 20 della legge 67/1968 - e negli investimenti che sono praticamente fermi. E nelle Politiche sociali aggiungono che è necessario far confluire in un Fondo unico le risorse frammentate.

La riforma costituzionale. Il Senato delle Regioni dovrà essere formato con elezione di secondo grado e senza indennità. E andranno ben definite le competenze. Nell'incontro con Renzi le Regioni hanno anche fatto il punto, in un documento dedicato, sulla riforma del Titolo V.

E oltre a illustrare i loro punti di vista sull'applicazione, hanno anche chiarito che nella fase di transizione «una riforma di così forte impatto presuppone che siano anche coerentemente tracciate le linee di una transizione capaci di guidare il sistema verso il nuovo assetto, tanto per quanto concerne le funzioni (come le leggi bicamerali sulle funzioni cui si è fatto cenno) tanto per quanto concerne l'entrata a regime dei nuovi organi. A livello territoriale, sono già in atto processi di riorganizzazione per il governo delle Aree vaste (provinciali o metropolitane) che richiedono anch'essi il forte presidio di meccanismi transitori».

«Le Regioni - conclude il documento - si riservano, comunque, di presentare specifiche proposte di modifica del testo governativo, anche al fine di completare il proprio contributo in ordine ad aspetti di notevole rilevanza, come il sistema generale di finanziamento delle funzioni, il coordinamento della finanza locale, il ruolo e la collocazione nel testo costituzionale delle città metropolitane, la disciplina fondamentale per garantire il funzionamento dell'Assemblea, le prerogative dei componenti gli organi legislativi statali e regionali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sostenibilità secondo Gimbe

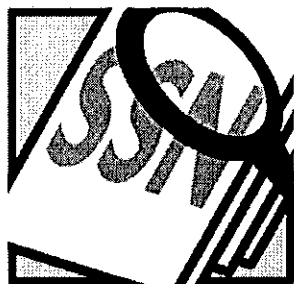
Per salvare il Ssn servono innovazioni di rotura e volontà politica, un management rigenerato e la riduzione delle aspettative dei cittadini nei confronti di una medicina «mitica». In esclusiva l'anteprima del Rapporto Gimbe.

CARTABELLOTTA PAG. 12-13

L'anteprima esclusiva del Rapporto Gimbe che sarà presentato il prossimo 5 maggio

Ecco il salvagente per il Ssn

Stop a frammentazione delle competenze, iniquità e disuguaglianze



Qualche ora dopo la conclusione della 9ª Conferenza nazionale Gimbe, dal salotto di "Porta a Porta" Matteo Renzi comunicava agli italiani che «i risparmi della spending review in sanità saranno reinvestiti nella sanità». Nei giorni successivi Cottarelli conferma quanto la Fondazione Gimbe sostiene da oltre due anni, ovvero che «il sistema sanitario nazionale è ancora sostenibile» e il ministro Lorenzin afferma che «ci sono ancora margini di recupero molto alti che vanno però fatti insieme alle Regioni». Indubbiamente la strada è ancora lunga, ma dopo l'inquietante, prolungato silenzio del Presidente del Consiglio sul tema Sanità, queste affermazioni rassicurano, seppur a parole, sulla volontà della politica di voler salvare il nostro Ssn.

Sarà vera gloria? Ai posteri l'ardua sentenza. E proprio il 5 maggio la Fondazione Gimbe presenterà la versione integrale del Rapporto Gimbe sul Ssn, di cui questo speciale fornisce un'anteprima esclusiva.

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce «universalità ed equità di accesso a tutte le persone» e della legge 833/1978 che conferma la «globalità di co-

pertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini», oggi i dati smentiscono di continuo l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali su cui si basa il Ssn. Infatti, inaccettabili disuguaglianze regionali e locali fanno apparire come un lontano miraggio l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale, la reciprocità di assistenza tra le Regioni. Per risolvere questa inaccettabile situazione, due le azioni proposte dal Rapporto Gimbe: da un lato, il riordino della ripartizione delle competenze legislative concorrenti tra Stato e Regioni come individuate nel titolo V della Costituzione, articolo 117, per porre fine all'eccessiva frammentazione che rappresenta un fattore di grave complicazione istituzionale; dall'altro lato, il potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sui 21 servizi sanitari regionali, attraverso quattro interventi fondamentali per minimizzare iniquità e disuguaglianze in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza di processi clinici e organizzativi e di esiti di salute:

- (ri)definizione a livello nazionale dei requisiti minimi di accreditamento per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private e conseguente verifica;
- (ri)definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza dettagliando, oltre ai livelli e sottolivelli, anche i servizi, le prestazioni e le procedure, al fine di identificare standard univoci di appropriatezza;

- definizione di un set multidimensionale di indicatori condiviso con le Regioni, per valutare le performance sanitarie in tutto il territorio nazionale utilizzando le stesse "unità di misura";

- produzione e continuo aggiornamento di standard nazionali (linee guida, Hta reports, strumenti decisionali per i pazienti) che sintetizzino con adeguato rigore metodologico le migliori evidenze disponibili al fine di guidare pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari, pratica clinica e informazione dei cittadini.

Se queste azioni non saranno rapidamente programmate e attuate, è necessario che la politica si interroghi sull'opportunità di riformulare l'articolo 32 sostituendo la frase «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo» con «La Repubblica contribuisce a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo». Rispetto alla pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari il Rapporto Gimbe richiama i principi dell'Health care needs assessment, secondo i quali a guidare la programmazione sanitaria devono essere sostanzialmente tre elementi (figura 1): l'epidemiologia di malattie e condizioni, il *value* degli interventi

sanitari e i servizi esistenti, una elementare "triangolazione" mai applicata nel Ssn per varie ragioni. Innanzitutto, l'epidemiologia delle malattie/condizioni è influenzata sia dalla estrema medicalizzazione della società che, fomentata da continue campagne di sensibilizzazione, aumenta la domanda di servizi e prestazioni non necessarie, sia dalla scarsa rilevanza assegnata ad alcune condizioni (prevenzione non medicalizzata, non autosufficienza, malattie terminali). In secondo luogo, il *value* di servizi e prestazioni sanitarie non viene quasi mai valutato per decidere la loro introduzione/soppressione; infine, i servizi esistenti condizionano la riorganizzazione dell'offerta con meccanismi a volte competitivi, a volte finalizzati a proteggere interessi politici, industriali o di corporazioni professionali. In questo scenario completamente sregolato, figlio legittimo di una programmazione sanitaria inesistente, oggi risulta particolarmente complessa qualunque forma di riorganizzazione dei servizi sanitari, come testimoniano la mancata attuazione della riforma delle cure primarie e lo stallo in Conferenza Stato-Regioni della bozza di riordino della rete ospedaliera.



Tra le innovazioni di rottura del Rapporto Gimbe, la proposta di (ri)programmare l'assistenza secondo le necessità assistenziali della persona, abbandonando definitivamente la dicotomia ospedale-territorio (figura 2) e quella di ripensare alla governance dei rapporti tra fornitori e committenti, in particolare attraverso strumenti efficaci a ridurre le prestazioni inappropriate. Uno dei capisaldi del Rapporto Gimbe è che, nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile, a patto di identificare ed eliminare gli sprechi che si annidano a tutti i livelli con la collaborazione di tutti gli stakeholders. A tal proposito il riferimento è alla tassonomia di Don Berwick (Jama 2012) che identifica sei categorie di sprechi, il cui impatto sul nostro Ssn potrebbe superare i 20 mld di euro/anno (vedi tabella). Illusorio, invece, affidarsi esclusivamente al lean management: le evidenze disponibili documentano infatti che questa strategia aumenta la produttività, senza alcun impatto sugli esiti assistenziali, perché l'incremento non riguarda esclusivamente servizi e prestazioni sanitarie efficaci o appropriate e rischia di generare esclusivamente un "efficientismo produttivo".

La revisione dei livelli essenziali di assistenza, ormai indifferibile, deve essere in grado di ripartire dai tre fondamentali principi

di *evidence-based policymaking* enunciati dal Dm 29 novembre 2001 e mai attuati: ovvero i Lea devono includere quanto è di provata efficacia-appropriatezza, escludere quanto di provata inefficacia-inappropriatezza e prevedere la sperimentazione per interventi, servizi e prestazioni sanitarie di dubbia efficacia e appropriatezza (figura 3). A tal proposito una delle azioni proposte è che almeno l'1% della quota di risorse destinata alle singole Regioni venga investita in ricerca sui servizi sanitari per fornire risposte al Ssn su priorità di salute che mancano di evidenze.

È inaccettabile che un Paese che spende 110 mld/anno per la Sanità investa in ricerca poco più dell'uno per mille (130 mln), fondi peraltro destinati prevalentemente alla ricerca di base e senza alcuna definizione delle priorità del Ssn. Altra proposta, relativa alle modalità di finanziamento, riguarda i fondi integrativi che devono essere utilizzati esclusivamente per prestazioni non essenziali: il "salvadanaio unico" dove confluiscono denaro pubblico, spesa *out-of-pocket* e fondi integrativi di assicurazioni private rischia infatti di aumentare iniquità e disuguaglianze.

Cruciale il ruolo dei professionisti sanitari, chiamati a collaborare con le Istituzioni e con le organizzazioni sanitarie a tutti i livelli

per identificare interventi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal *low-value* che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di risorse, impossibile da identificare dalla politica. Questo da un lato presuppone la consapevolezza che in sanità l'imperativo dominante deve essere *less is more*, dall'altro richiede una nuova stagione di collaborazione, mettendo da parte tutte le lotte fratricide che, nella strenua difesa di interessi corporativi, hanno frammentato le professioni sanitarie rendendole incapaci di essere propositive e consentito alla politica di svuotare di contenuti professionali la programmazione sanitaria grazie all'antica strategia del divi et impera.

Cittadini e pazienti, dal canto loro, devono ridurre le aspettative nei confronti di una "medicina mitica", ma al tempo stesso meritano di essere adeguatamente informati dalle Istituzioni sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, sia per ridurre le asimmetrie informative, sia per facilitare il processo decisionale condiviso.

Last not but least, è indispensabile riconoscere che una quota degli sprechi è alimentata dai conflitti di interessi che minano l'integrità del sistema a tutti i livelli, favorendo la diffusione di servizi in-

terventi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate, alimentando comportamenti opportunistici, se non addirittura abusi e comportamenti illeciti di cui emerge solo la punta dell'iceberg. In assenza di un'adeguata integrità e trasparenza della politica, dei manager, dei professionisti sanitari e degli stessi pazienti, tutte le azioni proposte per salvare il Ssn rischiano di essere vanificate.

Se un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico è una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini, metterlo in discussione significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, costituiscono il vero ritorno degli investimenti in Sanità. Ma questo ritorno, indispensabile per la ripresa economica del Paese, può essere avvistato solo da un esecutivo in grado di "volare alto" innanzitutto nel pensiero politico, poi nell'idea di welfare e finalmente nella (ri)programmazione socio-sanitaria coinvolgendo a carte scoperte tutte le categorie di stakeholders, uscendo dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Nino Cartabellotta
presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un evento gratuito e senza sponsor per oltre 500 partecipanti provenienti da tutte le Regioni italiane e rappresentanti di tutte le professioni sanitarie. Questo il Dna della 9ª Conferenza nazionale Gimbe, a Bologna lo scorso 14 marzo, che ha puntato i riflettori sulla più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

Silvio Garattini, Gavino Maciocco, Fausto Nicolini e Tonino Aceti, ospiti del Forum "Perché vogliono smantellare il Servizio sanitario nazio-

nale?", hanno risposto alle provocazioni del presidente Nino Cartabellotta e alle domande del giornalista Guglielmo Pepe, concordando all'unisono che la Sanità pubblica è al tempo stesso una conquista sociale, ma anche fonte di sprechi che devono essere identificati ed eliminati con "sane" politiche di *spending review*.

I progetti di eccellenza del Laboratorio Italia, realizzati nelle Aziende sanitarie utilizzando le migliori evidenze disponibili sotto il segno della collaborazione multiprofessionale, hanno dimo-

strato che salvare il Ssn è una missione possibile. Il Premio Evidence è stato assegnato a Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e il Premio "Salviamo il Nostro Ssn" alla Regione Toscana. I Gimbe Awards Individuale e 4Young sono andati rispettivamente ad Alda Cosola e Marika Giacometti dell'Asl To3. L'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna si è aggiudicato il Gimbe Award aziendale. Per il report integrale: www.gimbe.org/conferenza2014-report

A un anno dal lancio del progetto Salviamo il nostro Servizio sanitario nazionale, la Fondazione presenta un'anticipazione del Rapporto Gimbe sul Ssn, la cui versione integrale sarà pubblicata il 5 maggio 2014.

Punto di partenza del progetto è stata la prima stesura dei principi guida che configurano la visione della Fondazione Gimbe sulla sanità pubblica: definiti tenendo conto della legislazione vigente, del contesto politico, economico e sociale, oltre che di evidenze ed esperienze maturate da sistemi sanitari internazionali, tali principi sono stati sottoposti a valutazione pubblica per approvazione, modifiche e integrazioni.

La versione 2.0 dei principi guida ha generato la "Carta Gimbe per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani", una vera e propria declinazione dell'articolo 32 che costituisce la struttura portante del Rapporto Gimbe sul Ssn.

Le cinque premesse che tutti devono conoscere

- La Sanità è un mercato e rappresenta una delle principali fonti di consumi

Una «ricetta» in cinque mosse tra mercato e innovazione

simo da parte dei cittadini attorno alla quale ruotano gli interessi di numerose categorie di stakeholder. Per questo il Ssn è caratterizzato da un inestricabile mix di complessità, incertezze, asimmetria informativa, qualità difficilmente misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. La differente combinazione di questi fattori permette ai diversi stakeholder un livello di opportunismo tale da rendere il sistema poco controllabile. L'unica possibilità per mantenere un Ssn equo e universalistico è riallineare gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei diversi stakeholder, rimettendo al centro l'obiettivo assegnato al Ssn dalla legge 833/1978 che lo ha istituito, ovvero: «Promuovere, mantenere e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione».

- Nell'ultimo ventennio numerosi fattori hanno silenziosamente contribuito alla progressiva crisi di sostenibilità del

Ssn: il mutamento delle condizioni demografiche, economiche e sociali, la crescente introduzione sul mercato di false innovazioni, le conseguenze della modifica del Titolo V della Costituzione, il perpetuarsi delle ingerenze della politica partitica nella programmazione sanitaria, la "grande incompiuta" del Lea, la gestione delle aziende sanitarie come "silos" in continua competizione, l'evoluzione del rapporto paziente-medico e l'involutione del cittadino in consumatore.

- Alcuni problemi dei sistemi sanitari del XXI secolo prescindono dalla disponibilità di risorse, anzi spesso conducono a una eccessiva medicalizzazione della società: le inaccettabili variabilità di processi ed esiti assistenziali, l'aumento dei rischi per i pazienti, gli sprechi e l'incapacità del sistema a massimizzare il valore, le disuguaglianze e le iniquità, l'incapacità a prevenire le malattie.

- Conoscenze. La sostenibilità di un sistema sanitario, indipendentemente dal

la sua natura (pubblico, privato, misto) e dalla quota di Pil destinata alla Sanità, non può più prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze (knowledge generation), il loro utilizzo da parte dei professionisti (knowledge management) e la governance dell'intero processo per trasferire le conoscenze all'assistenza sanitaria (knowledge translation). Le conoscenze, i cittadini e internet rappresentano di fatto i driver della Sanità del XXI secolo.

- Innovazioni. In ambito sanitario l'innovazione riguarda solitamente un processo o un prodotto che dovrebbe garantire benefici maggiori per la salute e il benessere delle persone. In realtà, negli ultimi 10 anni il mercato della salute è stato invaso da innumerevoli false innovazioni: diagnostico-terapeutiche, in particolare farmacologiche, secondo logiche di marketing che nulla hanno a che fare con il miglioramento degli esiti di salute. Quello che occorre al Ssn e, più in generale, al nostro Paese, sono vere e proprie disruptive innovations, innovazioni di rottura che, secondo Clayton Christensen, segnano una svolta rispetto al passato.

di Roberto Napoletano

Capo I. Diritto costituzionale alla tutela della Salute

Art. 1. L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute dei cittadini italiani, ma non garantisce loro un accesso illimitato e indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie.

Art. 2. Il diritto costituzionale alla salute o la responsabilità pubblica della sua tutela devono essere il frutto di una leale collaborazione Stato-Regioni.

Art. 3. Lo Stato deve preservare i cittadini da tutte le disuguaglianze, in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza dei processi clinico-organizzativi e di costi di salute.

Capo II. Finanziamento del Ssn

Art. 4. La riduzione degli investimenti pubblici in Sanità, oltre alla salute, compromette la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che costituiscono il vero ritorno di questi investimenti.

Art. 5. Nel rispetto dell'uguaglianza dei cittadini, l'eventuale acquisizione di risorse aggiuntive da privati non deve compromettere il modello di un Ssn pubblico e universalistico.

Art. 6. Le risorse acquisite dall'intermediazione assicurativa dei privati devono essere indirizzate su prestazioni non essenziali.

Art. 7. Le modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini devono rispettare il principio costituzionale di equità contributiva ed evitare disuguaglianze nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza.

Capo III. Sostenibilità del Ssn

Art. 8. In un Ssn sostenibile le migliori evidenze scientifiche devono guidare tutte le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone (evidence for health).

Art. 9. Nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile perché una percentuale consistente della spesa sanitaria può essere recuperata richiedendo sprechi non più tollerabili.

Art. 10. Per garantire la sostenibilità del Ssn il denaro pubblico deve finanziare solo servizi, prestazioni e interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'high value.

Capo IV. Politica e Sanità

Art. 11. Il ruolo della politica partitica (politics) deve essere nettamente separato da quello delle politiche sanitarie (policies).

Art. 12. La salute dei cittadini deve orientare tutte le politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali (Health in All Policies).

Art. 13. Le politiche sanitarie non possono essere ostaggio di interessi industriali, solo perché il mercato della salute genera occupazione o perché l'introduzione di specifiche misure di prevenzione può ridurre posti di lavoro.

Art. 14. Le politiche sanitarie volte a preservare il Ssn richiedono un'adeguata pianificazione che coinvolga tutte le categorie di stakeholders e devono uscire dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Capo V. Programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

Art. 15. La (ri)programmazione sanitaria deve essere guidata dall'epidemiologia di malattie e condizioni, dal valore degli interventi sanitari e dai servizi esistenti.

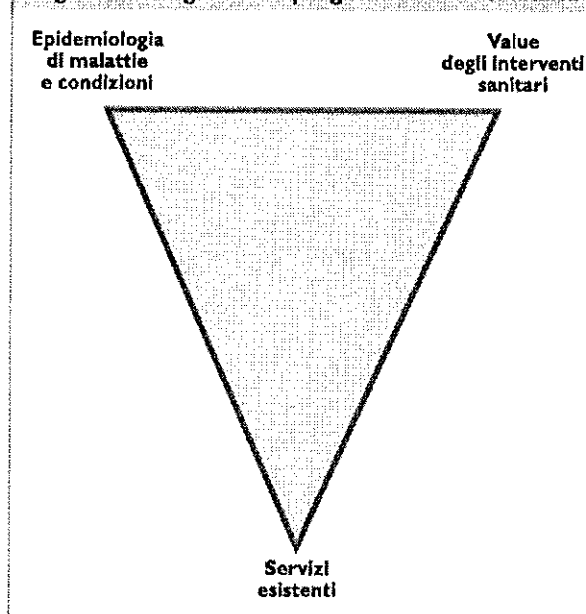
Art. 16. La riorganizzazione dei servizi sanitari deve prevedere modelli organizzativi sovrazionali per condividere percorsi assistenziali, tecnologia e competenze professionali.

Art. 17. La dicotomia ospedale-territorio deve essere superata sia con una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sia con modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.

Art. 18. Tutte le aziende sanitarie devono monitorare sistematicamente e rendicontare pubblicamente le proprie performance.

Art. 19. Il management delle aziende sanitarie deve essere guidato dall'approprietate dei processi e dagli esiti di salute e non dalla produzione di servizi e prestazioni.

Fig. 1 - Il triangolo della programmazione sanitaria

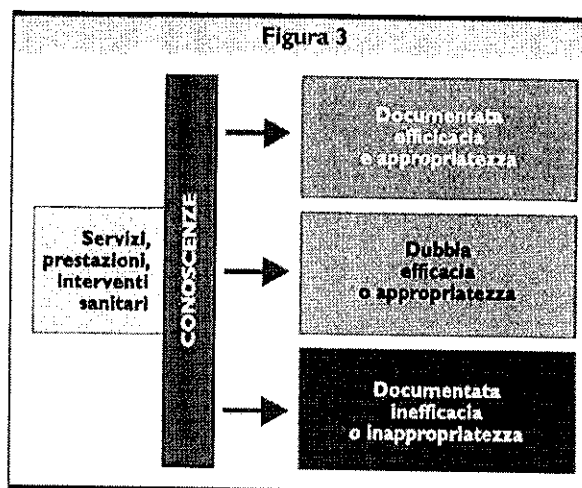
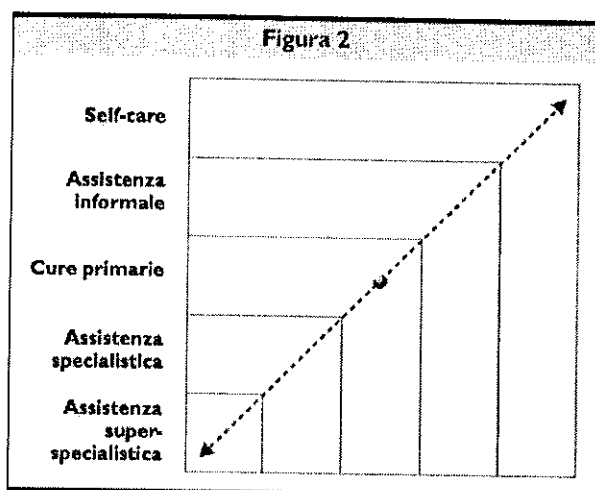


Il Manifesto della sostenibilità

La Fondazione Gimbe invita tutti i cittadini a sottoscrivere il Manifesto della Sostenibilità

- Un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per l'uguaglianza e la dignità di tutti i cittadini italiani.
- Le scelte politiche e le modalità di pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari hanno messo progressivamente in discussione l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali del Ssn.
- Il protrarsi di questo status ha determinato inaccettabili disuguaglianze, sta danneggiando la salute dei cittadini e rischia di compromettere la dignità delle persone e la loro capacità di realizzare le proprie ambizioni.
- Lamentare un finanziamento inadeguato, senza essere propositivi, fornisce un alibi per smantellare il Ssn, spiana la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati e aumenta le disuguaglianze sociali.

Il Tuo contributo è indispensabile per Salvare il Nostro Servizio sanitario nazionale
www.salviamo-SSN.it



Le principali fonti di spreco in sanità

	Categoria sprechi	Mld di euro
1	Sovra-utilizzo interventi sanitari inefficaci/inappropriati	5,72
2	Frodi e abusi	4,62
3	Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi	4,18
4	Sottoutilizzo interventi sanitari efficaci/appropriati	2,64
5	Complessità amministrative	2,64
6	Inadeguato coordinamento dell'assistenza	2,20

Art. 20. Le aziende sanitarie devono valorizzare il capitale umano con sistemi incentrati orientati a ridurre gli sprechi, premiando l'erogazione di un'assistenza sanitaria a high value.

Capo VI. Professionisti sanitari

Art. 21. Tutte le forme di aggregazione e associazione dei professionisti sanitari devono mantenere al centro la salute dei cittadini italiani, trasformando le limitate e frammentarie competenze nei nodi di un network collaborativo.

Art. 22. Le competenze e le responsabilità di tutti i professionisti sanitari devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centati sul paziente.

Art. 23. Tutte le categorie professionali devono contribuire a riformulare l'imperativo socio-culturale more is better in less is more, promuovendo una medicina sobria e parsimoniosa e identificando gli sprechi conseguenti alla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low value.

Art. 24. I professionisti sanitari hanno il dovere etico di negare al paziente prestazioni inefficaci e inappropriate, nella consapevolezza che la minima preterizione può generare insoddisfazione.

Art. 25. La pratica della medicina clinica deve essere contrastata con informazioni e azioni a tutti i livelli nella consapevolezza sociale dei danni e dei costi che produce.

Capo VII. Cittadini e pazienti

Art. 26. Il San deve informare cittadini e pazienti sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, oltre che coinvolgerli attivamente nell'organizzazione e valutazione dei servizi sanitari.

Art. 27. Pazienti e professionisti sanitari devono sempre convivere in una mutua relazione di reciproco-asistenza, sociale ed economica, senza rivendicare alcuna posizione di centralità.

Art. 28. L'assistenza centrata sul paziente deve considerare aspettative, preferenze e valori e promuovere coinvolgimento ed empowerment insieme a familiari e caregivers, quali componenti di un unico team clinico assistenziale.

Art. 29. I cittadini contribuenti, in qualità di "azionisti" del San, devono essere resi consapevoli che la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie contribuisce agli sprechi, con pesanti ricadute in forma di imposte locali e minorate dotazioni.

Capo VIII. Ricerca

Art. 30. Gli investimenti destinati alla ricerca devono tradursi nel massimo beneficio per la salute e il benessere delle persone, evitando ogni forma di spreco.

Art. 31. Il principale requisito etico della ricerca è rappresentato dalla sua rilevanza clinica o sociale.

Art. 32. La definizione dell'agenda della ricerca deve essere indirizzata dallo arco grigio, previa revisione sistematica della letteratura.

Art. 33. La definizione dell'agenda della ricerca deve prevedere il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti, per identificare quali interventi sanitari valutarne e quali outcomes misurare.

Capo IX. Formazione continua

Art. 34. Il fine ultimo della formazione continua dei professionisti sanitari non coincide con la mera acquisizione di conoscenza e skills, ma si identifica con la modifica del comportamento professionale.

Art. 35. La formazione continua e il miglioramento della competenza professionale rappresentano determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Art. 36. I curricula formativi dei professionisti sanitari e del management devono includere conoscenze e skills per pianificare ed erogare un'assistenza sanitaria centrata sul paziente, basata sulle evidenze, consapevole dei costi e ad high value.

Capo X. Integrità e trasparenza

Art. 37. La sopravvivenza della Sanità pubblica è indissolubilmente legata all'integrità morale e alla professionalità di tutti gli attori coinvolti.

Art. 38. Un San equo e sostenibile deve mettere in atto azioni concrete per un'adeguata governance dei conflitti di interesse di tutti gli stakeholders.

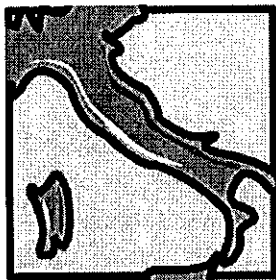
OASI 2013. Le strategie delle aziende per "vendere" le prestazioni

A PAG. **16**

OASI 2013/ Anche le aziende sanitarie mettono in campo strategie di "vendita al dettaglio"

Asl, consigli per gli acquisti

Obiettivo delle strutture pubbliche è attrarre e fidelizzare "clienti"



Dopo i marchi della moda, i brand di telefonia e le banche, anche le aziende sanitarie si stanno "retailizzando". Il Centro Medico Sant'Agostino a Milano, la Asl di Bologna, Welfare Italia Amplifon, per non parlare poi dei network odontoiatrici, sono solo alcuni dei casi di soggetti del mondo della salute che hanno scelto, pur con forme e intensità diverse, di utilizzare logiche retail. E sempre più frequente incontrare nelle principali strade cittadine punti di contatto di centri sanitari che sembrano, per tipo di scelte di ergonomia e di comunicazione, negozi. Lo studio medico tradizionale collocato all'interno dei palazzi viene progressivamente sostituito da centri con la vetrina sulla strada, oppure capita che in ambulatorio si distribuiscano ai pazienti carte fedeltà come al supermercato o che in farmacia di fianco ai farmaci di marca appaiano farmaci equivalenti con il marchio dell'insegna del network cui tale farmacia aderisce. Alla proposta di servizi per la salute sempre più spesso si associa la vendita di prodotti, alla comunicazione tradizionale si affianca il merchandising e così via.

Nel Rapporto Oasi 2013, l'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità ha esplorato le motivazioni che portano attori pubblici e privati della sanità italiana a intraprendere questo processo di innovazione nel modo di proporsi ai cittadini e le modalità con cui ciò avviene.

Accessibilità, fruibilità e convenienza della prestazioni sanitarie sono elementi sempre più rilevanti nei processi di selezione della struttura in cui farsi curare, ma non solo, incidono ormai anche sulla scelta di usufruire o meno di una prestazione, anche se necessaria.

Il paziente si rivela sempre più attore protagonista nelle proprie scelte di salute, ma in parte fatica a identificare e muoversi tra le diverse risposte possibili, talvolta perché non ne è a conoscenza oppure, paradossalmente, perché il proliferare di soggetti che offrono soluzioni di cura diversificate genera varietà, ma anche e soprattutto confusione. In questa confusione le leve tradizionali chiamate a trasformare la vision aziendale in un posizionamento chiaramente percepito dalla domanda, si rivelano spesso inefficaci.

In altri settori - abbigliamento, elettronica di consumo, arredamento, alimentari, servizi bancari e finanziari, solo per citare qualche esempio - la crescente competizione e altri elementi hanno contribuito a spostare progressivamente, ma rapidamente, la fedeltà del consumatore dai brand delle aziende di produzione ai brand dei retailer. Ciò ha spinto i produttori a ricercare e

creare dei punti di contatto con il cliente finale: veri e propri flagship store oppure temporary shop all'interno dei quali hanno attivato tutte le leve di retailing mix per scambiare messaggi verbali e non verbali con il cliente, funzionali a rendere il brand aziendale il top of mind per il consumatore.

L'accessibilità propria del retailer, che si traduce per il cliente nella possibilità di avere un contatto "fisico" con l'azienda insieme alla numerosità e completezza delle leve di marketing a sua disposizione - location, lay out, assortimento, display, persone, servizi aggiuntivi, servizi commerciali, procedure, promozioni, eventi, new e social media, comunicazione, merchandising e visual merchandising -, rafforzano l'efficacia dei messaggi. L'effetto non è solo la facile comprensibilità del posizionamento aziendale, ma anche un impatto sull'engagement, ovvero sull'attaccamento razionale ed emotivo del consumatore verso l'azienda. Tale engagement implica l'attivazione di inerzie cognitive che determinano: (1) che il retailer risulti per il cliente il punto di riferimento rispetto all'esigenza verso la quale si posiziona, (2) che il cliente non sia stimolato a sperimentare competitor del retailer, ma tenda a mantenere un rapporto fidelizzato, (3) che aumenti la sistematicità degli acquisti di prodotti e servizi da parte del consumatore presso il retailer (4) che sia facilitato il cross selling, ovvero la vendita anche di altri prodotti o servizi proposti dall'insegna, anche

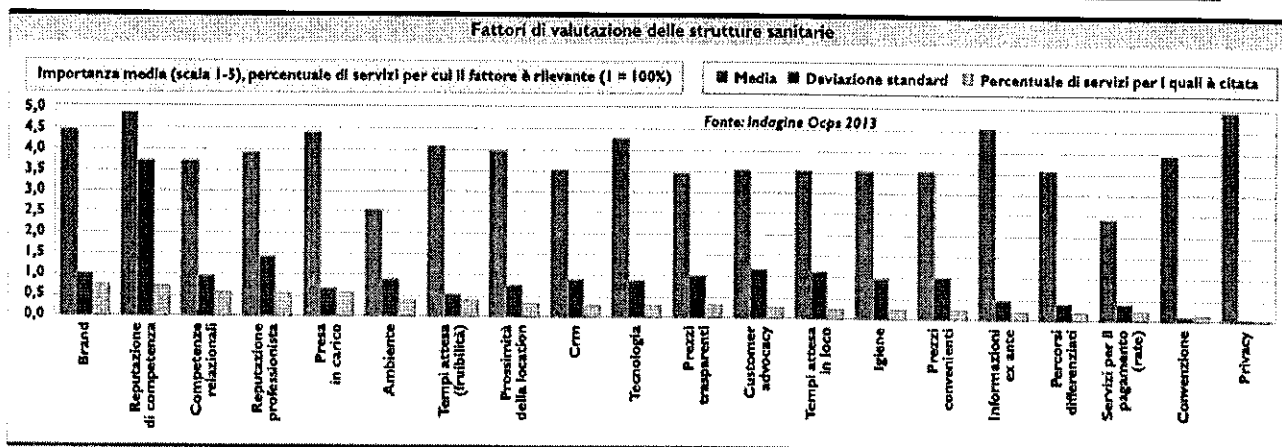
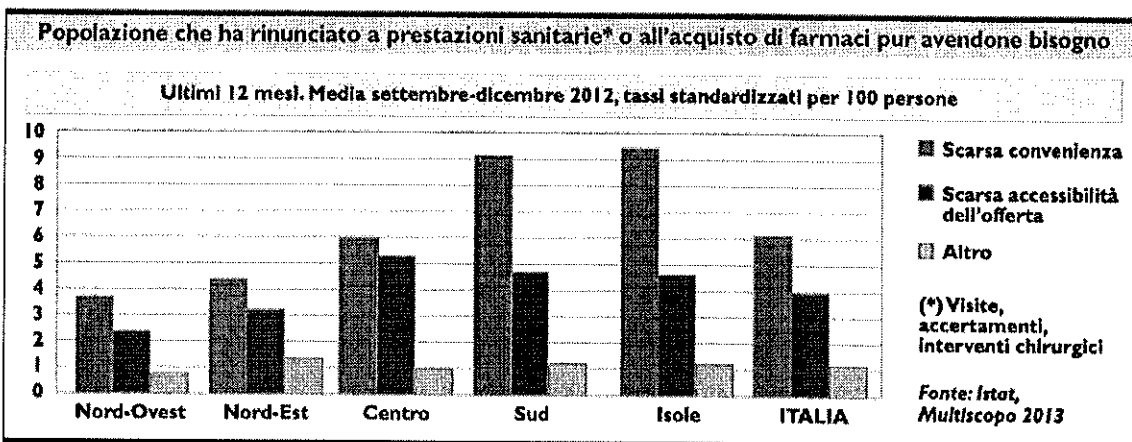
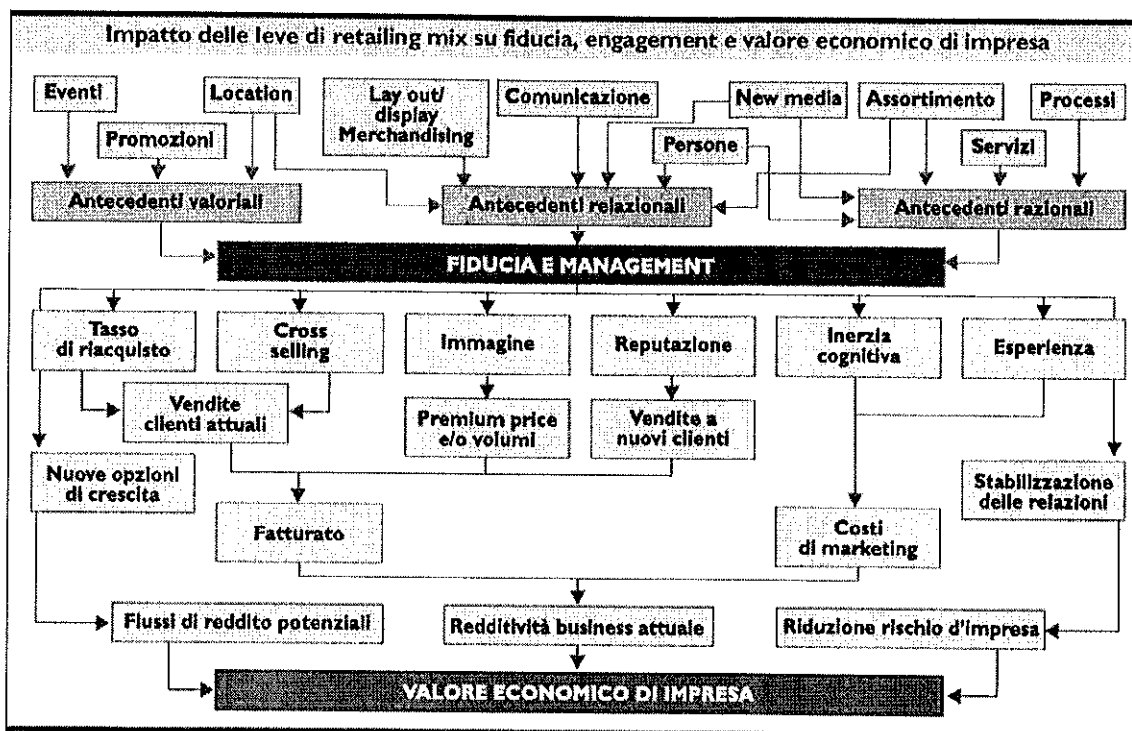
quando riferiti a esigenze differenti da quelle su cui il posizionamento aziendale si fonda.

Se sono evidenti le ragioni che possono spingere le imprese private operanti nella sanità a preoccuparsi del proprio posizionamento nella percezione dei clienti e dell'engagement che questi sviluppano, anche per le aziende sanitarie pubbliche diventa sempre più importante avvalersi delle leve di retailing mix per comunicare il valore del proprio marchio e della propria offerta anche per poter "farsi sentire" dal paziente, presupposto fondamentale per acquisire la fiducia ed essere nelle condizioni di poter espletare la propria mission sociale di prevenzione e cura.

Retailizzare l'azienda sanitaria vuol dire passare da una prospettiva focalizzata sulla prestazione e sul prodotto a una prospettiva focalizzata sul paziente, concetto che non implica "commercializzare", "banalizzare" la sanità, ma realizzare un reale percorso di empowerment del cittadino. E nel frattempo, mentre le aziende sanitarie lentamente si retailizzano, i retailer rapidamente si "sanitarizzano", erogando sempre più di frequente prestazioni sanitarie o a asse assimilabili, portando interdipendenze settoriali finora rimaste sconosciute a un settore chiuso come quello sanitario. Fino a oggi...

Mario Del Vecchio
Erika Mallarini
Valeria Rappini
Sda Bocconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



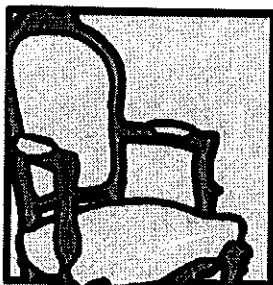
IN VETRINA**Agenas nella bufera: vertici da rifare**

Niente riconferma per il Dg Fulvio Moirano. Il presidente Giovanni Bissoni si dimette e spiega perché in un'intervista. (Servizio a pag. 6)

Ricambio a sorpresa alla direzione generale e dimissioni immediate del presidente

Agenas, vertici nella bufera

Niente riconferma per Fulvio Moirano - Francesco Bevere papabile Dg



La notizia era nell'aria già da alcune settimane, ma martedì scorso - giorno della scadenza del mandato - è divenuta reale: Fulvio Moirano non è stato rinnovato nella carica di direttore generale dell'Agenas.

Immediata conseguenza per la scelta, il presidente Giovanni Bissoni, in carica da maggio 2012, ha inviato la sua lettera di dimissioni al ministro della Salute Beatrice Lorenzin perché così possa «affrontare congiuntamente e proficuamente la fase di rinnovo dei vertici dell'Agenas».

Ora il ministro dovrà correre in tutta fretta ai ripari, specie in una fase così delicata come quella della predisposizione del nuovo Patto per la salute: una situazione che sicuramente non piacerà alle Regioni.

Il nome che circola per sostituire Fulvio Moirano è quello di Francesco Bevere, direttore generale della programmazione sanitaria al ministero della Salute e membro del Cda Agenas che già nei prossimi giorni potrebbe ricevere la nomina. Per ora l'incarico di supplenza nella direzione è stato affidato a un dirigente anziano, Achille Iachino.

Per la carica di presidente, invece, si parla di un ex assessore alla sanità di una Regione del Centro-Sud di area centrosinistra. Fulvio Moirano, Dg Agenas dal 19 marzo 2009, è già tornato - dal giorno successivo alla scadenza del mandato - alla Asl di Asti, dove è dirigente medico presso la direzione sanitaria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Decreto “Balduzzi”, rilevante condotta corretta e virtuosa del medico

Il fatto

La Corte d'appello di Roma ha confermato la pronuncia di primo grado con la quale una ginecologa era stata condannata per il reato previsto dalla legge sulla Ivig in quanto per colpa aveva cagionato l'aborto del feto.

Secondo i giudici di merito, l'imputata non aveva per tempo individuato lo stato ipossico cronico pur documentato dai tracciati cgt eseguiti. Gli accertamenti strumentali infatti evidenziavano una sofferenza fetale. Nonostante ciò la professionista ometteva di intervenire tempestivamente, e quindi non operava, né disponeva, nei tempi necessari, parto cesareo elettivo e cagionava, in tal modo, la morte intrauterina del feto sopravvenuta per insufficienza placentare acuta e conseguente anossia intrauterina.

Profili giuridici

L'imputata ha impugnato il provvedimento d'appello evidenziando anche l'intervenuta innovativa disciplina introdotta dall'art. 3 del cosiddetto “Decreto Balduzzi”.

In tema di responsabilità medica, la norma esclude la rilevanza della colpa lieve con riferimento a quelle condotte che abbiano osservato linee guida o pratiche terapeutiche mediche virtuose, purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica.

Nel caso specifico si è osservato che non può considerarsi corretta o virtuosa una condotta che non abbia tenuto in nessun conto gli allarmanti segnali di pericolo che, anche in seguito ad accertamenti strumentali, si andavano addensando sul capo della gestante, segnali che il medico ignorò o comunque non percepì nella loro effettiva gravità, tanto che, anche immediatamente prima dell'inutile taglio cesareo, la stessa non rappresentò nemmeno alla diretta interessata l'assoluta urgenza del suo ricovero e del conseguente intervento tanto che la donna una volta fatto ingresso nella clinica, si adattò a seguire la normale trafila burocratica, quando ormai, inconsapevolmente, portava in grembo un feto in irreversibile stato preagonico.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

Ecm, ispettori in campo: occhio alle verifiche di apprendimento

Sono già partiti, e si annunciano severi, i controlli sugli eventi di formazione continua per medici e altri sanitari. È operativa da tempo una prima schiera di valutatori a livello nazionale delle cui verifiche i provider (enti che erogano la formazione) sono avvertiti. Intanto hanno appena seguito un percorso altri circa 80 “ispettori sul campo”: questi, nelle prossime settimane, verranno ai corsi senza che i provider siano avvertiti. Oltre che ai conflitti d’interesse, gli erogatori di formazione dovranno evitare di essere “troppo buoni”. Tra gli snodi critici, **Corrado Ruozipresidente** dell’Osservatorio nazionale sulla formazione continua dell’Agenas (Onfocs), sottolinea la valutazione di apprendimento finale. «I valutatori possono presenziare anche solo all’ultimo giorno di un corso residenziale per assistere alla verifica di apprendimento e se questa si riduce, come a volte avviene, a una “assemblea collettiva”, non è rispettato lo spirito dell’Ecm, che chiede rigore proprio in questo passaggio». Tra gli altri possibili punti critici, la registrazione di entrata e di uscita, o la corretta compilazione dei questionari di gradimento. Il provider con poco rigore potrebbe vedersi ritirata la possibilità di organizzare eventi che danno a medici & co crediti Ecm. In realtà il meccanismo più che “punitivo” è “migliorativo”. Ruozipresidente sottolinea che i gruppi formati dall’Onfocs sono due. «Gli “ottanta” (ma il numero dovrebbe crescere), appartenenti a tutte le professioni sanitarie, utilizzano una check list “intuitiva” per verificare se le condizioni dichiarate nei progetti di formazione sono davvero realizzate nel corso, ad esempio controllando i partecipanti, l’identità dei docenti, la corrispondenza dei contenuti presentati a quelli annunciati; i loro blitz saranno quasi sempre entro i confini della regione dove lavorano». Alle loro spalle, a un livello più sofisticato di conoscenza, ci sono i “diciannove” «che hanno seguito un training di sei giorni, e con check list complesse verificano l’efficacia dei processi formativi, per ricavare una tassonomia dell’offerta formativa media dei provider». «Potremmo dire – conclude Ruozipresidente - che si tende a classificare la qualità della formazione continua con una logica da “Tripadvisor”, nella quale ogni produttore è verificato sulla base di requisiti “alti”: puntiamo a far finalmente decollare in Italia un vero sistema di valutazione».