

RASSEGNA STAMPA martedì 29 luglio 2014

Assicurazione medica nel caos
ITALIA OGGI

La grande fuga delle assicurazioni
IL SOLE 24 ORE SANITA'

L'intramoenia regge alla crisi
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Libera professione allo specchio
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Col SSN lavorano in 716mila
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Ci salveranno i controlli
Patto/ Il sistema di valutazione previsto dall'intesa ne può garantire l'operabilità
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Emendamenti a valanga al decreto sulla Pa
IL MESSAGGERO

Decreto P.A. al via l'iter alla Camera, critici i sindacati
IL MANIFESTO

Con i bersagli 10 Regioni in gioco
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Sotto monitoraggio 160 indicatori
Sintetizzati in 33 voci di sintesi
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Ingegneri e medici, sogno finito

ITALIA OGGI

La “grande fuga” del made in Italy dagli ospedali

IL SOLE 24 ORE SANITA'

Nuovo Consiglio Superiore di sanità, Anaa: poco SSN molta università

DOCTORNEWS

Protesta 2.0 giovani medici a Bianco: tematiche formazione da non trascurare

DOCTORNEWS

Dopo due anni di attesa, del regolamento ministeriale non c'è traccia. È l'ora del fai-da-te

Assicurazione medica nel caos

Il 15/8 scatta l'obbligo. Compagnie in fuga dal settore

La fotografia del settore

I premi per gli ospedali	288 milioni, in diminuzione del 4,3%
I premi per i medici	543 milioni, in crescita +3,6%
La medicina difensiva	10/13 miliardi annui, l'11% della spesa sanitaria
I sinistri denunciati nel 2012	31.200, -0,8% rispetto all'anno precedente

DI **BENEDETTA PACELLI**

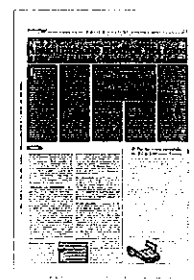
L'assicurazione dei medici nel caos. A partire dal 15 agosto, infatti, tutti i camici bianchi saranno obbligati per legge a dotarsi di una copertura assicurativa, ma lo dovranno fare senza alcun riferimento normativo. Secondo quanto appreso da *ItaliaOggi* da ambienti vicini al ministero, sembra ormai certo che per Ferragosto non arriverà quel regolamento ad hoc, atteso da anni dai medici, che avrebbe dovuto agevolare la copertura assicurativa per le specialità a rischio, circoscrivere le responsabilità dei camici bianchi e limitare i costi dei risarcimenti. Il risultato? La protezione assicurativa dal rischio di un contenzioso per presunta malpractice in un parto continuerà, per ora, a costare oltre 10 mila euro l'anno a un ginecologo, con un massimale di 500 mila euro. Tariffa simile per un chirurgo generale o un ortopedico che abbia appena concluso la specializzazione o ancor più dopo 20 anni di esperienza alle spalle. E per molti camici bianchi il costo diventerà così insostenibile da pensare alla cessione dell'attività. E saranno proprio i liberi professionisti a trovarsi in maggiore difficoltà visto che i colleghi del settore pubblico non solo sono esonerati dall'obbligo ma possono almeno usufruire della copertura della propria Asl o dal modello di autoassicurazione messo in campo recentemente dalle regioni. Dunque, a partire dal 15 agosto tutti i

camici bianchi sono obbligati a stipulare l'assicurazione, senza alcuna proroga (sarebbe la terza) sottostando a quelle regole da Far West che ormai sono diventate prassi: premi alle stelle e polizze elevatissime. Con un'ulteriore complicazione, come si legge nel dossier dell'Ania «Malpractice, il grande caos»: l'abbandono del mercato da parte delle compagnie italiane, in fuga non solo per la continua crescita di risarcimenti, ma anche per la progressiva impossibilità di valutare il rischio da coprire. E quindi se trovare una compagnia disposta ad assicurare sarà complicato, scovarne una che assicuri a prezzi vantaggiosi praticamente impossibile.

L'autoassicurazione. Le assicurazioni italiane assicurano sempre meno i rischi di malpractice degli ospedali italiani e quindi nella sanità, dice l'Associazione nazionale tra le imprese assicuratrici, «è l'ora del fai da te». La maggior parte delle regioni, infatti, gestisce in autoassicurazione i rischi di rc causati dal personale sanitario. E l'intervento di un assicuratore è richiesto solo per gestire i sinistri più gravi, normalmente da 250-500 mila euro in su. Non è un caso, infatti, che per la prima volta si assista a un decremento dei premi nelle coperture di ospedali e strutture sanitarie (288 milioni nel 2012, -4,3%), ma a un incremento di quelle sottoscritte direttamente dai singoli professionisti (255 milioni, +14%). Un

dato in totale controtendenza considerando che nel 2012, il 72,3% delle aziende sanitarie risultava coperto con una polizza. Ma al crescere dei premi assicurativi infatti le regioni si sono organizzate gestendo direttamente la copertura dei propri dipendenti con fondi ad hoc. Questo, dice ancora l'Ania, «spiega il ritiro delle imprese assicuratrici da un mercato dove soltanto pochi operatori esteri, sono rimasti in attività». Con maggiori difficoltà per i professionisti.

I numeri delle polizze. La stima dei premi per il 2012 è stata pari a 543 milioni di euro, di cui il 53% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante dai professionisti. Rispetto all'anno precedente i premi sono stati incrementati del 3,6%, essenzialmente con l'aumento di oltre il 14% del volume premi relativi alle polizze dei professionisti. Il tasso annuo di crescita del periodo 2002-12 è cresciuto di oltre il 10% sempre per i professionisti. A questo si aggiunge un altro dato: le denunce di sinistri relativi alla rc professionale per il 60% dei casi non dà seguito a un risarcimento.



Dossier dell'Ania sul caos malpractice: dalle incognite sul giusto premio ai rischi del «fai da te» regionale

La grande fuga delle assicurazioni

Tra le priorità: risk manager in ogni struttura e un tetto ai danni non patrimoniali

Sempre più fuga dalle corsie della sanità pubblica; sempre più caos sotto il cielo della Rc medica.

L'ultimo allarme lo ha lanciato l'associazione nazionale delle imprese assicuratrici, Ania, con la presentazione del dossier «Malpractice, il grande caos»: nel mirino degli assicuratori il ritardo più che decennale rispetto alle riforme strutturali intraprese nell'ultimo decennio in Paesi come Stati Uniti, Francia, Gran Bretagna, Irlanda.

A elencare le priorità, il presidente, Aldo Minucci: «Circoscrivere la responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie, rendere obbligatoria la nomina di un risk manager in ogni ospedale, porre un tetto al riconoscimento dei danni non patrimoniali, definire linee guida mediche validate anche per contrastare il fenomeno della medicina difensiva che pesa per oltre l'11% sulla spesa sanitaria».

A PAG. 2-6

DOSSIER ANIA/ I dati aggiornati sulle coperture in campo sanitario

Sos Rc medica: rischio caos sul pianeta della malpractice

Sempre più fuga dalle corsie della sanità pubblica; sempre più caos sotto il firmamento della Rc medica.

L'ultimo allarme lo ha lanciato l'associazione nazionale delle imprese assicuratrici, Ania, con la presentazione del dossier «Malpractice, il grande caos»: nel mirino degli assicuratori il ritardo più che decennale rispetto alle riforme strutturali intraprese nell'ultimo decennio in Paesi come Stati Uniti, Francia, Gran Bretagna, Irlanda.

A elencare le modifiche indispensabili all'impianto normativo vigente nel nostro Paese è stato il presidente, Aldo Minucci: «È necessario circoscrivere la responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie, rendere obbligatoria la nomina di un risk manager in tutti gli ospedali, porre un tetto al riconoscimento dei danni non patrimoniali con l'approvazione delle tabelle di risarcimento dei danni biologici, definire linee guida mediche validate anche per contrastare il fenomeno della medicina difensiva che pesa per oltre l'11% sulla spesa sanitaria».

Obiettivo dichiarato, rimuovere le cause che hanno reso ingovernabile il fenomeno della malpractice, con uno scopo preciso: riappropriarsi di un mercato oggi impossibile da gestire in uno scenario in cui sono anche i «clienti» a prendere la fuga. Il dossier mette a fuoco con chiarezza la tendenza ormai prevalente al fai da te regionale in materia: appena due anni fa - ricorda Ania - il 72,2%

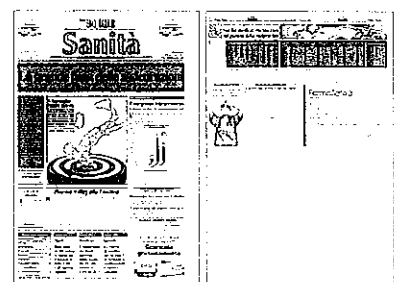
delle Asl italiane risultava ancora coperto da una polizza; oggi gran parte delle Regioni ha intrapreso la strada dell'autoassicurazione.

Ormai solo Valle d'Aosta e Bolzano si affidano ancora interamente al mercato assicurativo: per il resto gli enti locali gestiscono autonomamente le richieste di risarcimento, rivolgendosi al mercato assicurativo solo per la copertura dei grandi sinistri (oltre 250-500 mila euro). Ultima in ordine di tempo la Sicilia, dove la polizza in essere è stata disdettata a fine 2013 ed è scaduta dal primo luglio senza il passaggio ai promessi strumenti alternativi (fondo-rischi regionale).

Tutte scelte che - avverte Ania - espongono i governi locali a un nuovo «caso derivati». Alcune (Friuli, Puglia, Piemonte, Emilia Romagna, Umbria) hanno previsto gli accantonamenti, altre, come la Toscana, si limitano a indicare in bilancio le uscite per risarcimenti dell'anno e a stimare (nel bilancio preventivo) quelle dei dodici mesi successivi. A regime la situazione rischia di diventare esplosiva, con uscite di cassa difficilmente sostenibili.

Gli effetti di queste scelte trapascono dall'ultima relazione annuale Ania: a fine 2012 (ultimo anno disponibile) la stima dei premi nelle coperture assicurative di ospedali e strutture sanitarie per la prima volta ha mostrato un decremento (-4,3% a 288 milioni) nonostante i presumibili significativi aumenti tariffari resi necessari per fron-

teggere le continue perdite del ramo. Includendo anche le polizze sottoscritte direttamente dai medici (255 milioni, +14%) nel 2012 sono stati incassati premi per complessivi 543 milioni (+3,6% rispetto all'anno precedente). La stima dei sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2012 è risultata pari a 31.200 (di cui 19.500 relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie), con una lieve riduzione (0,7%) rispetto all'anno precedente. Il rapporto tra sinistri e premi (loss ratio) per le varie generazioni di sinistri si attesta al 173 per cento. Per ogni 100 euro di premi incassati, cioè, le compagnie ne hanno pagati (o stimato di pagarne) 173 sotto forma di risarcimenti. Tuttavia, mentre fino al 2005 il disavanzo tecnico aveva assunto valori particolarmente elevati, con un rapporto tra sinistri e premi giunto a superare il 310 per cento, negli ultimi anni lo squilibrio è risultato più contenuto. In particolare per il 2012, secondo le valutazioni preliminari, il loss ratio si è attestato al 122 per cento.



«Gli assicuratori italiani vogliono tornare a svolgere pienamente il proprio ruolo nella copertura dei rischi medici», ha garantito Minucci, all'indomani dell'approvazione in commissione Bilancio, a Montecitorio, di un emendamento al decreto Pa che prevede l'obbligo per qualsiasi struttura sanitaria di dotarsi di polizze o di «analoghe misure» per la copertura del rischio (v. articolo a pag. 11).

A smorzare l'allerta lanciata da Ania è intervenuto **Francesco Ripa di Meana**, presidente Fiaso (Federazione di Asl e ospedali): «Anche se prive di polizza, Asl e ospedali italiani garantiscono ai cittadini il risarcimento di eventuali danni da malpractice sanitaria con opportuni accantonamenti». Il problema vero per Fiaso è «l'aumento insostenibile delle polizze», una scelta «incomprensibile, proprio quando le aziende stanno moltiplicando gli sforzi per implementare le aree del risk management».

Da **Roberto Simioni**, presidente di Obiettivo Risarcimento - società composta di medici, legali e tecnici, che si occupa di tutoring dei danni alla persona - la proposta di dare l'opportunità di azione diretta verso l'ente assicurativo per ridurre la litigiosità del settore.

pagine a cura di
Barbara Gobbi
Rosanna Magnano
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Evoluzione del costo medio dei sinistri (Totale Rc medica)

Anno	AI 31/12/2005	AI 31/12/2006	AI 31/12/2007	AI 31/12/2008	AI 31/12/2009	AI 31/12/2010	AI 31/12/2011	AI 31/12/2012
1998	22.474	30.152	29.966	34.271	33.924	33.184	33.049	32.495
1999	28.556	32.063	32.571	37.281	36.511	36.584	36.157	36.106
2000	33.887	37.600	37.634	38.968	40.605	40.134	38.929	39.689
2001	33.152	36.757	35.974	40.042	40.159	37.457	45.855	47.214
2002	35.258	39.903	38.490	42.732	43.196	42.371	46.835	47.111
2003	34.379	39.475	39.080	44.521	47.241	46.169	50.577	49.492
2004	29.755	36.545	38.349	44.083	43.304	43.653	49.951	50.504
2005	26.670	33.174	35.741	42.383	42.245	41.277	46.330	46.473
2006		30.659	33.408	41.476	42.019	41.779	50.330	53.385
2007			26.670	38.266	38.816	39.537	47.798	51.466
2008				29.505	34.067	39.427	49.581	52.176
2009					25.083	33.225	43.852	44.244
2010						27.689	38.538	41.313
2011							30.789	35.576
2012								29.422

Numero dei sinistri denunciati senza seguito

Anno	Numero sinistri senza seguito Rc struttura sanitaria	Incidenza % sinistri senza seguito sul totale sinistri Rc struttura sanitaria	Numero sinistri senza seguito Rc professionisti medici	Incidenza % sinistri senza seguito sul totale sinistri Rc professionisti medici	Numero sinistri senza seguito totale Rc medica	Incidenza % sinistri senza seguito sul totale sinistri Rc medica
2000	15.571	67,0	6.442	63,9	20.013	66,1
2001	15.591	71,2	6.530	58,2	22.122	66,0
2002	12.383	65,1	6.838	59,8	19.221	63,1
2003	10.369	62,7	6.291	57,9	16.660	60,0
2004	10.139	62,0	6.798	56,7	16.937	59,8
2005	10.139	62,0	7.071	57,1	17.210	59,9
2006	9.492	57,8	6.695	56,0	16.187	57,0
2007	9.419	58,4	7.172	55,0	16.591	56,6
2008	9.762	55,1	5.921	50,0	15.683	53,1
2009	10.355	49,1	5.837	46,4	16.192	48,1
2010	9.166	42,9	4.535	36,9	13.701	40,7
2011	6.667	30,8	3.942	28,8	10.609	29,0
2012	3.721	19,1	1.643	14,0	5.364	17,2

Rapporto sinistri/premi (Tot. Rc medica) - %

Anno	AI 31/12/2008	AI 31/12/2012
2000	233	210
2001	215	260
2002	207	296
2003	173	225
2004	144	180
2005	133	125
2006	150	150
2007	130	123
2008	111	151
2009		163
2010		153
2011		151
2012		122

I casi di malpractice pendenti presso le Corti civili

Pendenti all'1/1/10	Casi risolti
4.263.961	2.834.879
Nuovi casi	Pendenti al 31/12/10
2.399.530	3.828.612

RELAZIONE 2012

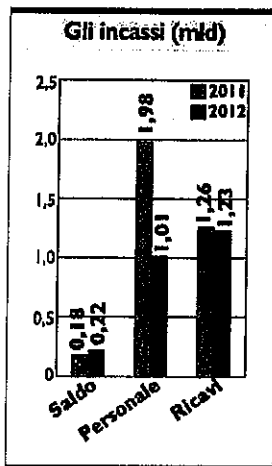
Evergreen intramoenia

La domanda non frena - Ma i medici guadagnano meno

L'intramoenia non perde terreno. Malgrado la crisi, e forse proprio a causa della crisi, la libera professione mantiene il suo appeal. E quanto emerge dai dati 2012 pubblicati dall'Osservatorio nazionale sull'intramuraria: la spesa è a quota 1,228 miliardi (lieve calo rispetto all'anno prima), mentre per i cittadini - complici liste d'attesa che non accennano a diminuire - l'esborso medio nazionale è la fotocopia di quello 2011 (20,7 euro l'anno), pure con le solite differenze regionali.

Se il dato sulla spesa privata resta stabile, in altalena vanno

invece gli incassi dei medici - il cui guadagno scende in media dai 17.766 euro del 2011 ai 17.109 del 2012 - e quelli delle aziende, che ricevono 42 milioni in più: dai 176.904 milioni del 2011 ai 218.199 dell'anno successivo. La media italiana dei medici che svolgono la libera professione è del 52% (come nel 2011). In aumento è l'intramoenia per visite specialistiche (62,6% nel 2011, 65,5% nel 2012), mentre cala quella in ospedale (da 24,9% a 21,1%).



aziende, che ricevono 42 milioni in più: dai 176.904 milioni del 2011 ai 218.199 dell'anno successivo.

La media italiana dei medici che svolgono la libera professione è del 52% (come nel 2011). In aumento è l'intramoenia per visite specialistiche (62,6% nel 2011, 65,5% nel 2012), mentre cala quella in ospedale (da 24,9% a 21,1%).

A PAG 7-9

OSSERVATORIO NAZIONALE/ Nel 2012 spesa solo in lieve flessione a quota 1,2 miliardi

L'intramoenia regge alla crisi

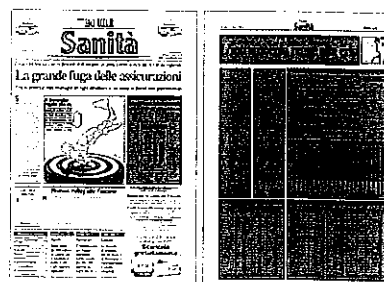
Più incassi per il Ssn e meno per i medici - Regioni in ordine sparso

La spesa complessiva è a quota 1,228 miliardi: solo un lieve calo rispetto all'anno precedente. Il quadro 2012 dell'attività libero professionale dei medici pubblici, tracciato dall'Osservatorio nazionale al netto delle novità introdotte dalla legge Balduzzi, mostra una sostanziale tenuta. A dimostrazione che pure in tempi di crisi, e forse anche a causa della crisi, il ricorso a prestazioni al di fuori dell'attività strettamente istituzionale del Ssn mantiene un forte appeal. Per i cittadini infatti - complici liste d'attesa che non accennano a diminuire - la spesa media nazionale è la fotocopia di quella 2011 (20,7 euro l'anno), pure con le solite differenze regionali che registrano picchi di aumenti in realtà piccole come il Molise ma anche "medie" come la Liguria, mentre a calare di più su questo fronte è la Toscana. Se il dato sulla spesa privata resta stabile, in altalena vanno invece gli incassi dei medici - il cui guadagno scende in media da 17.766 euro del 2011 a 17.109 euro del

2012 - e quelli delle aziende, che ricevono 42 milioni in più: dai 176.904 milioni del 2011 ai 218.199 dell'anno successivo.

Non di solo dati: il monitoraggio delle performance, delle liste d'attesa e degli adempimenti cui le aziende sono chiamate dalla legge 120/2007 - e che per la prima volta è stato realizzato attraverso una piattaforma informativa dedicata - rinvia al lettore la fotografia della classica "macchia di leopardo", pur in presenza di una serie di miglioramenti. «La rilevazione - si legge nelle Conclusioni al I dei tre volumi in cui è articolata l'indagine 2012 - conferma la sussistenza di un quadro nazionale alquanto diversificato». I maggiori gap si notano soprattutto a livello aziendale: se per alcune voci il miglioramento è tangibile - dalla riscossione degli onorari relativi alle prestazioni erogate sotto la responsabilità dell'azienda all'attivazione sempre più diffusa di un sistema di prenotazione delle prestazioni eseguito in sedi e tempi diversi rispetto a quelli istituzionali è

evidente l'affanno nel cercare e nel trovare un equilibrato rapporto tra attività istituzionale e libero-professionale. Sono ancora poche, ad esempio (e in calo dalle 9 del 2011 alle 8 del 2012) le aziende che hanno attivato un organismo paritetico di verifica e controllo del corretto ed equilibrato rapporto tra attività "pura" e libero-professionale. E ancora: solo in 3 Regioni/Province autonome (erano 4 nel 2011) più del 90% delle aziende ha determinato i volumi di attività libero-professionale complessivamente erogabile. Il tema caldo del conflitto d'interessi e della concorren-



za sleale stenta a uscire dall'ombra: pienamente adempienti, con l'adozione di misure concrete e dirette di prevenzione, risultano appena 13 Regioni (nel 2011 erano 10).

C'è infine da segnalare il nodo degli spazi aziendali necessari a garantire l'esercizio della libera professione in azienda: sono stati ammessi al finanziamento 427 interventi corrispondenti a 755,86 milioni, cioè al 91,5% delle risorse disponibili. Nel complesso, però, sono soltanto dieci le Regioni e P.a. che hanno chiesto e ottenuto l'intero finanziamento. Di queste (Trento, Valle d'Aosta, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata e Sardegna), l'unica ad aver concluso il collaudo dell'intero pacchetto di interventi di ristrutturazione ammesso al finanziamento è stata l'Umbria. Eppure proprio il tema della ricognizione degli spazi, insieme a quello della predisposizione di infrastrutture di rete e di un programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero professionale presso gli studi dei professionisti, è al centro degli interventi richiesti dalla legge Balduzzi. Che per il momento resta lettera morta.

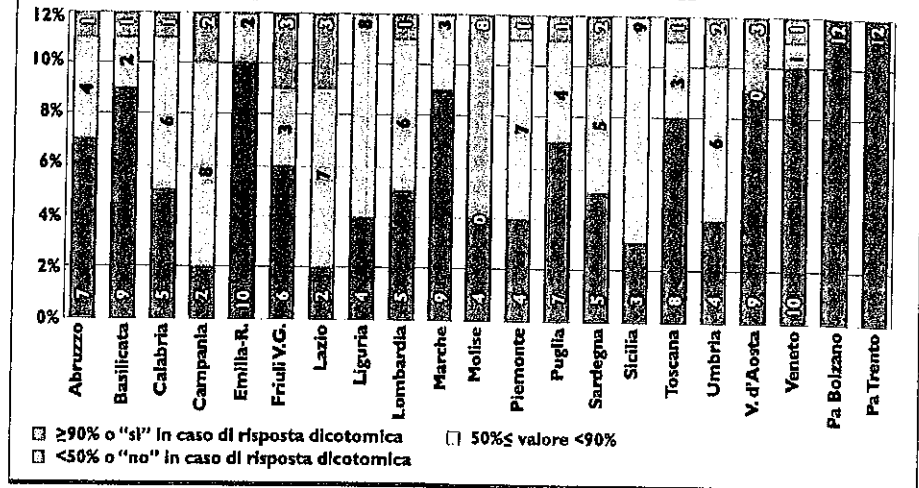
pagine a cura di
Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le aziende adempienti sugli indicatori di verifica della legge 120/2007

Item/Indicatori	Strutture adempienti/ Tot. Strutture esaminate
È stato attivato il servizio di prenotazione delle prestazioni affidato a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato ed eseguito in sede o tempi diversi rispetto a quelli istituzionali	211/253
È garantita la riscossione degli onorari relativi alle prestazioni erogate sotto la responsabilità dell'Azienda	239/253
È stato deliberato un tariffario, in accordo con i professionisti e idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari	220/253
Si effettua la rilevazione oraria dell'attività libero-professionale	218/253
Vengono svolte attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni in ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione	185/253
Sono stati definiti annualmente, in sede di contrattazione del budget o di specifica negoziazione con le strutture aziendali, i volumi di attività istituzionale dovuti, tenuto conto delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche effettivamente assegnate, anche con riferimento ai carichi di lavoro misurati	186/253
Sono stati determinati, con i singoli dirigenti e con le équipes, i volumi di attività libero-professionale complessivamente erogabili che, ai sensi delle leggi e contratti vigenti, non possono superare quelli istituzionali, né prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto	153/253
È stato costituito apposito organismo paritetico di verifica del corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie interessate	201/253
Sono state adottate misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale	213/253

I risultati regionali di adeguamento alle previsioni della legge 120/2007



La spesa pro capite per l'intramoenia nel 2012 (euro)

Regioni	Incasso complessivo	Incasso aziende	Incasso personale
Abruzzo	13,29	1,41	11,87
Basilicata	8,80	1,55	7,25
Calabria	5,35	0,74	4,60
Campania	9,16	1,00	8,16
Emilia R.	31,59	6,92	24,67
Friuli V.G.	23,05	3,43	19,62
Lazio	25,97	4,83	21,14
Liguria	28,44	4,71	23,72
Lombardia	26,39	4,52	21,88
Marche	23,36	4,06	19,31
Molise	12,90	5,03	7,87
P.A. Bolzano	3,41	1,00	2,41
P.A. Trento	18,46	3,05	15,41
Piemonte	28,66	4,41	24,25
Puglia	10,52	1,51	9,02
Sardegna	10,65	1,02	9,63
Sicilia	9,39	0,85	8,54
Toscana	32,07	8,89	23,18
Umbria	15,78	3,06	12,72
Valle d'Aosta	26,14	2,10	24,04
Veneto	23,89	4,02	19,87
ITALIA	20,68	3,67	17,01

La situazione del finanziamento per la realizzazione delle strutture per l'intramoenia (euro)

Regione	Dm 8/06/01 (riparto)	Totale autorizzato al 31/12/2012	Totale interventi autorizzati	Risorse non ancora richieste
Piemonte	60.428.733,60	53.816.875,79	39	6.611.857,81
V. d'Aosta	1.418.336,70	1.418.336,70	1	0,00
Lombardia	132.471.194,62	127.960.480,00	37	4.510.714,62
Pa Bolzano	0,00	0,00	0	0,00
Pa Trento	8.404.575,81	8.404.575,81	11	0,00
Veneto	61.974.827,89	61.974.827,87	42	0,02
Friuli V.G.	0,00	0,00	0	0,00
Liguria	39.210.377,38	39.210.377,36	24	0,02
Emilia R.	87.214.076,55	87.214.076,55	69	0,00
Toscana	76.107.154,48	76.107.154,48	27	0,00
Umbria	25.677.941,61	25.673.431,65	9	4.509,96
Marche	42.332.939,10	40.888.395,90	39	1.444.543,20
Lazio	102.661.209,05	102.661.088,21	49	120,84
Abruzzo	18.942.089,69	8.104.464,04	14	10.837.625,65
Molise	0,00	0,00	0	0,00
Campania	79.253.874,72	34.001.032,86	11	45.252.841,86
Puglia	53.948.571,22	52.333.571,22	37	1.615.000,00
Basilicata	27.613.917,48	27.613.917,48	7	0,00
Calabria	0,00	0,00	0	0,00
Sicilia	0,00	0,00	0	0,00
Sardegna	8.483.321,00	8.483.321,02	11	0,00
TOTALE	826.143.140,92	755.865.926,94	427	70.277.213,98

OSSERVATORIO NAZIONALE/ Sette Regioni rispettano (quasi) tutti gli indicatori della legge 120/2007

Libera professione allo specchio

Tac e Rnm meno richieste e con attese più brevi - Pochi accordi sui tariffari

Chi ha fatto intramoenia ha incassato un po' meno nel 2012: il guadagno medio nazionale dei professionisti era di 17.766 euro l'anno nel 2011 e l'anno successivo è sceso a 17.109 euro. Ma non è così in tutte le Regioni, secondo la relazione. In Lombardia, a esempio, il guadagno medio 2011 era di 29.378 euro, nel 2012 scende a 24.155, mentre nel Lazio da 18.133 euro si va a 20.327. Diminuiscono Valle d'Aosta, Toscana, Umbria, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia. Le altre aumentano.

Quella che di fatto non cambia è la spesa generale dei cittadini che nel 2012 hanno speso in media come nel 2011: 20,7 euro l'anno. Ma anche in questa Regione che vai, spesa che trovi e mentre spende un po' di più chi vive in Piemonte, Lombardia, Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna, nelle altre i cittadini "risparmiano" rispetto alla media. I picchi sono: Molise (spendevano 10,5 euro medi nel 2011 e nel 2012 12,9 euro) e Valle d'Aosta (spendevano 32,4 euro nel 2011 e 26,1 euro medi nel 2012). Tra le Regioni più grandi invece, aumenta di più la Liguria (da 26,9 euro a 28,4 euro), mentre cala di più la Toscana (da 33,6 a 32,1).

Quali prestazioni. In aumento secondo la relazione è l'intramoenia per visite specialistiche (62,6% nel 2011, 65,5% nel 2012) mentre cala quella in ospedale (da 24,9% a 21,1%). In aumento anche l'intramoenia per "altro" (sanità pubblica, consulenze ecc.) che passa da 12,5% a 13,4%. Il maggior numero di prestazioni in intramoenia è per visite ginecologiche (17,8%) seguite dalle visite ortopediche (13,5%) e cardiologiche (12,9%), mentre quelle a cui si ricorre meno sono le indagini strumentali, Tac, Rnm soprattutto con percentuali dallo 0,01% allo 0,3%.

I tempi di attesa. Come nel 2011 le attese più brevi (0-7 giorni) per una prestazione in intramoenia sono quasi tutte per gli esami diagnostici strumentali, mentre quelle più lunghe sono per mammografie (le percentuali di attesa vanno in oltre il 40% dei casi dai 15 a oltre 60 giorni), visite gastroenterologiche, ginecologiche ed endocrinologiche (con percentuali alte tra 7 e 30 giorni).

Quanti medici. La media italiana dei medici che svolgono libera professione è del 52% (come nel 2011). Superano il 60% Lazio, Valle d'Aosta, Liguria e Piemonte e toccano i valori minimi Sardegna (36%) e Bolzano (13%). In generale, al di sotto della media nazionale sono gran parte delle Regioni meridionali e insulari. In tutto si tratta di circa 59.000

medici a livello nazionale.

Diminuiscono poi i medici che esercitano la libera professione solo all'esterno dell'azienda passando dal 26,2% del 2011 al 24,3% del 2012. Le percentuali maggiori di attività intramoenia solo esterna sono in Campania (66%), Calabria (49%), Basilicata (41%), Lazio e Abruzzo (40%) e in generale nelle Regioni meridionali, mentre manca quasi del tutto in Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Valle d'Aosta (tutte con percentuali non superiori al 5%) ed è nulla a Trento e Bolzano.

In assoluto la maggioranza dei medici (59,4%) svolge l'intramoenia solo all'interno delle aziende, mentre solo il 16,3% la fa sia all'esterno che all'interno.

Gli indicatori di applicazione della legge 120/2007. La Relazione analizza poi l'applicazione nelle Regioni di una serie di indicatori che indicano il livello di applicazione della legge 120/2007.

Nella classifica delle Regioni adempienti rispetto agli indicatori esaminati (sono 12) le migliori sette sono nell'ordine Bolzano e Trento (pari merito), Emilia Romagna, Marche, Veneto, Basilicata e Toscana, le peggiori sono invece Molise (peggio di tutti) Lazio, Campania (tutte con punteggi molto bassi) e tra quelle con il punteggio più basso tra i punteggi medi c'è l'Umbria.

Gli indicatori su cui le Regioni vanno meglio sono il monitoraggio e controllo (tutte le Regioni) e l'individuazione di misure, d'accordo coi sindacati, per passare al regime ordinario di intramoenia (tutte le Regioni tranne Lazio, Molise, Puglia e Umbria). L'indicatore "peggiore", invece, è quello sulla determinazione dei volumi di attività libero-professionale (sono al massimo solo Veneto, Trento e Bolzano).

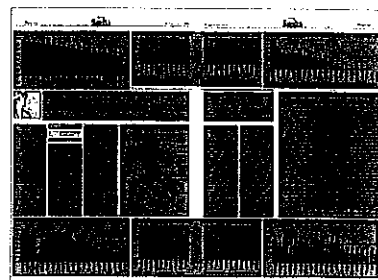
Il servizio di prenotazione. Un argomento rafforzato nella legge Balduzzi è quello relativo al servizio di prenotazione delle prestazioni affidato a personale aziendale, o comunque designato dall'azienda ed eseguito in sedi o tempi diversi rispetto a quelli istituzionali. Il servizio era stato attivato nel 2012 in tutte le aziende di 7 Regioni, con una lieve flessione del dato rispetto al 2011 (8). Nelle altre l'attivazione del servizio di prenotazione è assicurata in modo diverso: in 4 Regioni è garantita in un numero di aziende compreso tra il 90% e il 99%; in 8 Regioni è garantita in un numero di aziende compreso tra il 51% e l'89%; in una Regione è garantita in un numero di aziende compreso tra l'1% e il 50%; in una Regione l'unica azienda non ha attivato il predetto servizio di prenotazione.

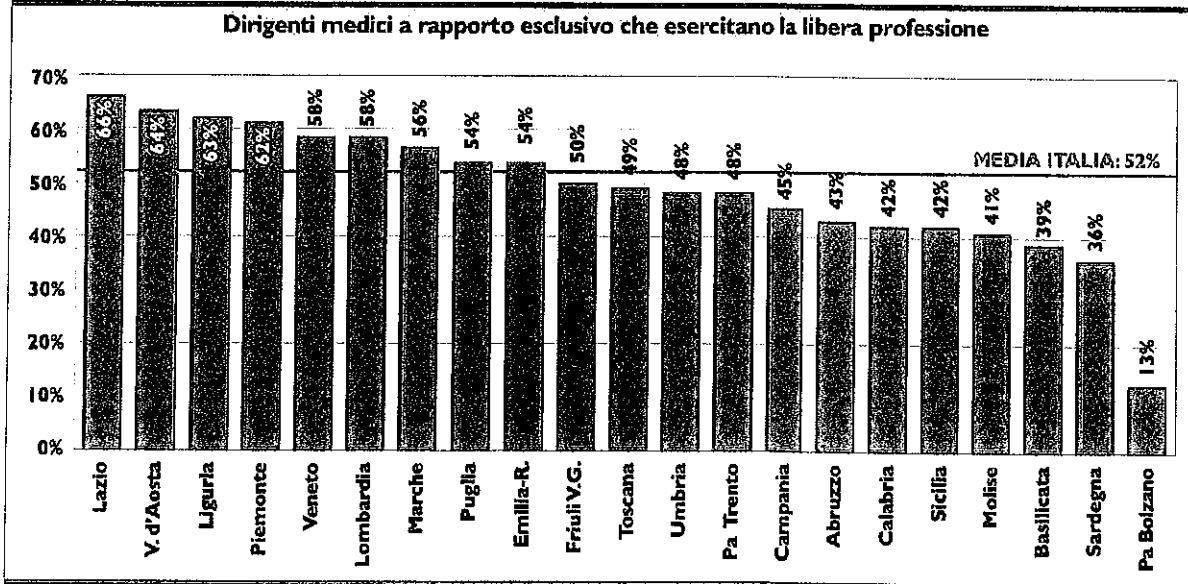
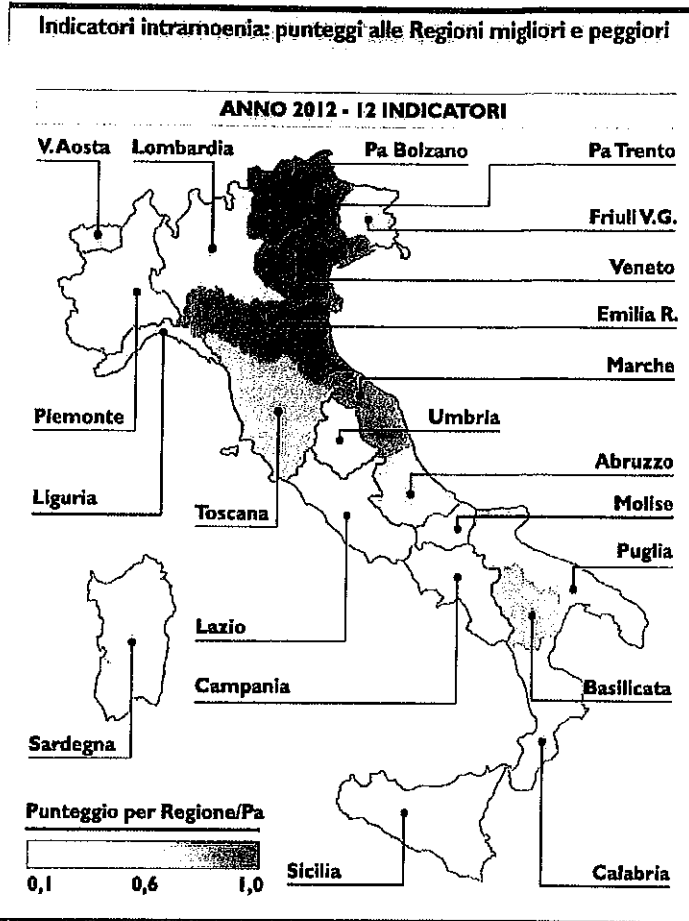
La riscossione degli onorari. Altro argomento considerato anche nella legge Balduzzi è quello della riscossione degli onorari che deve essere del tutto sotto controllo dell'azienda. Nel 2012 "pre-Balduzzi" è in aumento il numero delle Regioni in cui tutte le aziende assicurano la riscossione degli onorari delle prestazioni erogate in libera professione: da 12 Regioni nel 2011 a 13 nel 2012. Nelle altre solo parte delle aziende riesce ad assicurarle: in 3 Regioni tra il 90% e il 99% delle aziende; in 5 Regioni tra il 51% e l'89% per cento.

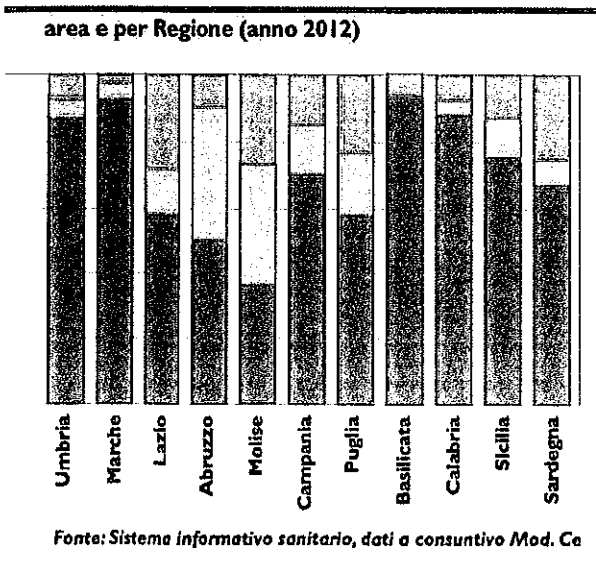
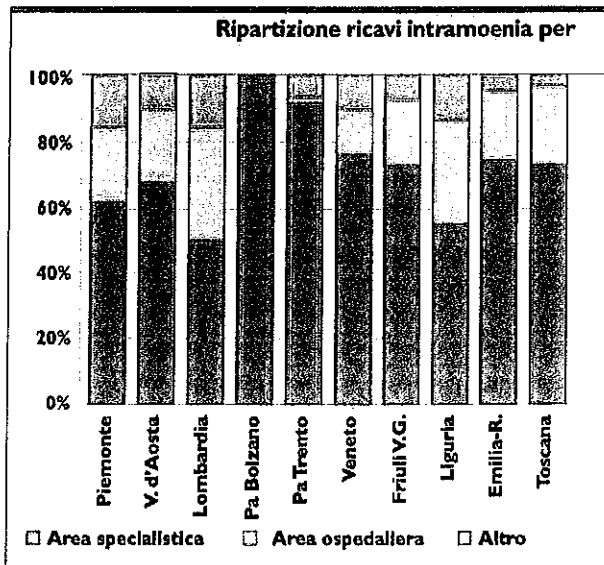
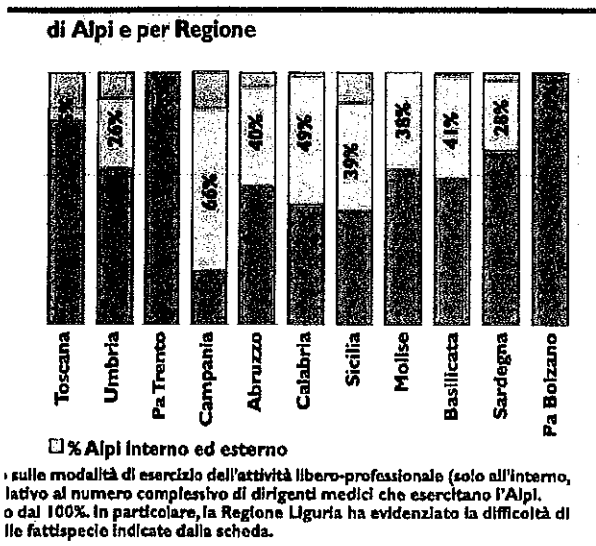
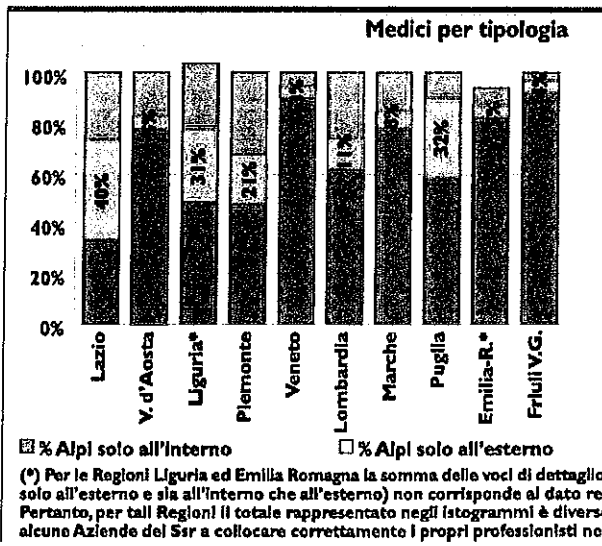
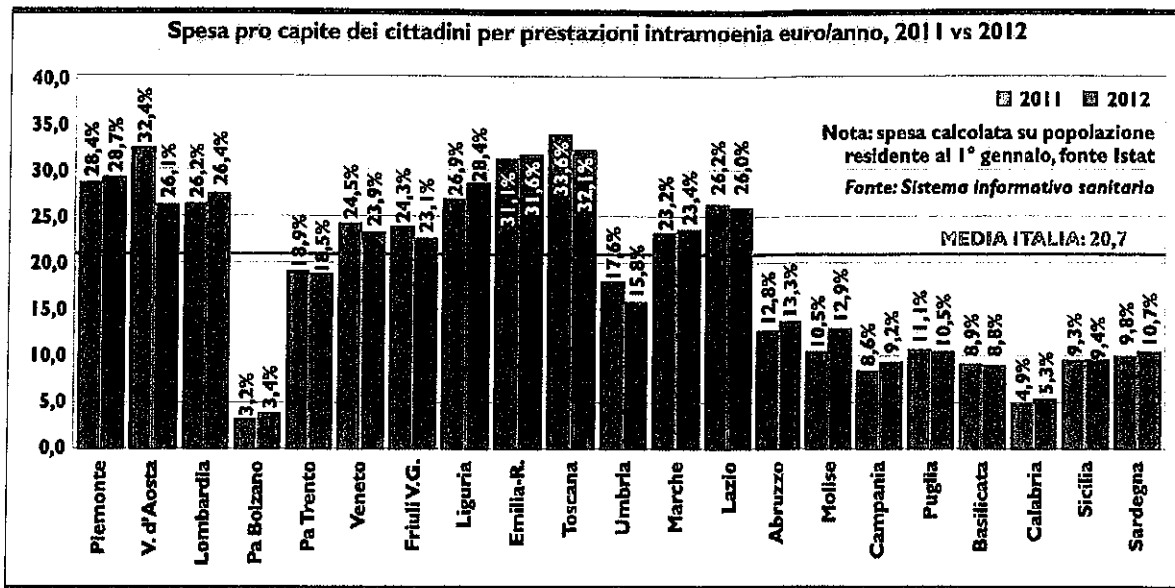
Il tariffario. È la parte più "calda" per i cittadini: le prestazioni possono diminuire, ma se le tariffe aumentano la spesa non cala. E sono solo 8 le Regioni nel 2012 in cui tutte le aziende hanno deliberato il tariffario, in accordo con i professionisti e per assicurare la copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente legati alla gestione della libera professione intramoenia, compresi quelli legati alle attività di prenotazione e riscossione degli onorari. Va peggio che nel 2011 quando le Regioni in regola erano 10, ma la relazione osserva un andamento variabile, «considerando le modifiche che i tariffari possono subire nel corso degli anni e della definizione dell'iter di approvazione». In una Regione il tariffario è stato deliberato tra il 90 e il 99% delle aziende, mentre in 10 Regioni oscilla tra il 51% e l'89%. In una Regione l'unica azienda presente non ha ancora provveduto alla deliberazione del tariffario.

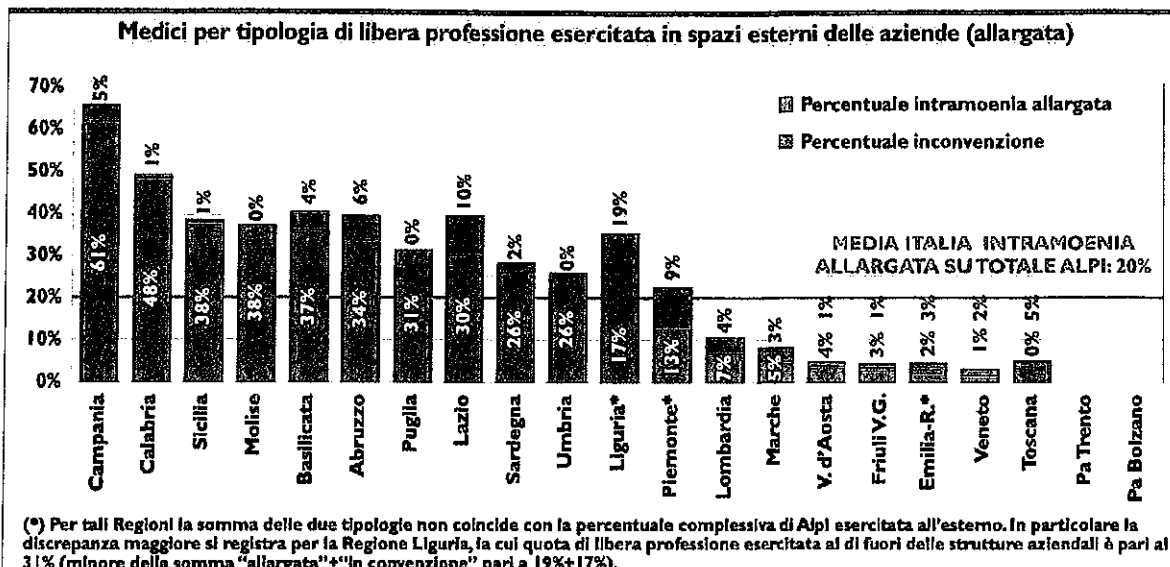
Sistema di contabilità analitica. Distinguere nelle tariffe le voci che determinano: serve un sistema di contabilità analitica che in 4 Regioni è stato adottato da tutte le aziende: meno che nel 2011 (le Regioni erano sette). Colpa del decremento, secondo la relazione, può essere «una interpretazione non propriamente corretta del quesito nel corso della precedente indagine e, di conseguenza, un diverso riscontro da parte di alcune aziende». Nelle altre Regioni la percentuale di aziende che hanno implementato il summenzionato sistema di contabilità analitica varia tra il 51% e l'89% delle aziende in 11 Regioni; l'1% e il 50% delle aziende in 2 Regioni. Il sistema non è stato ancora attivato in nessuna azienda di 4 Regioni.

REPRODUZIONE RISERVATA

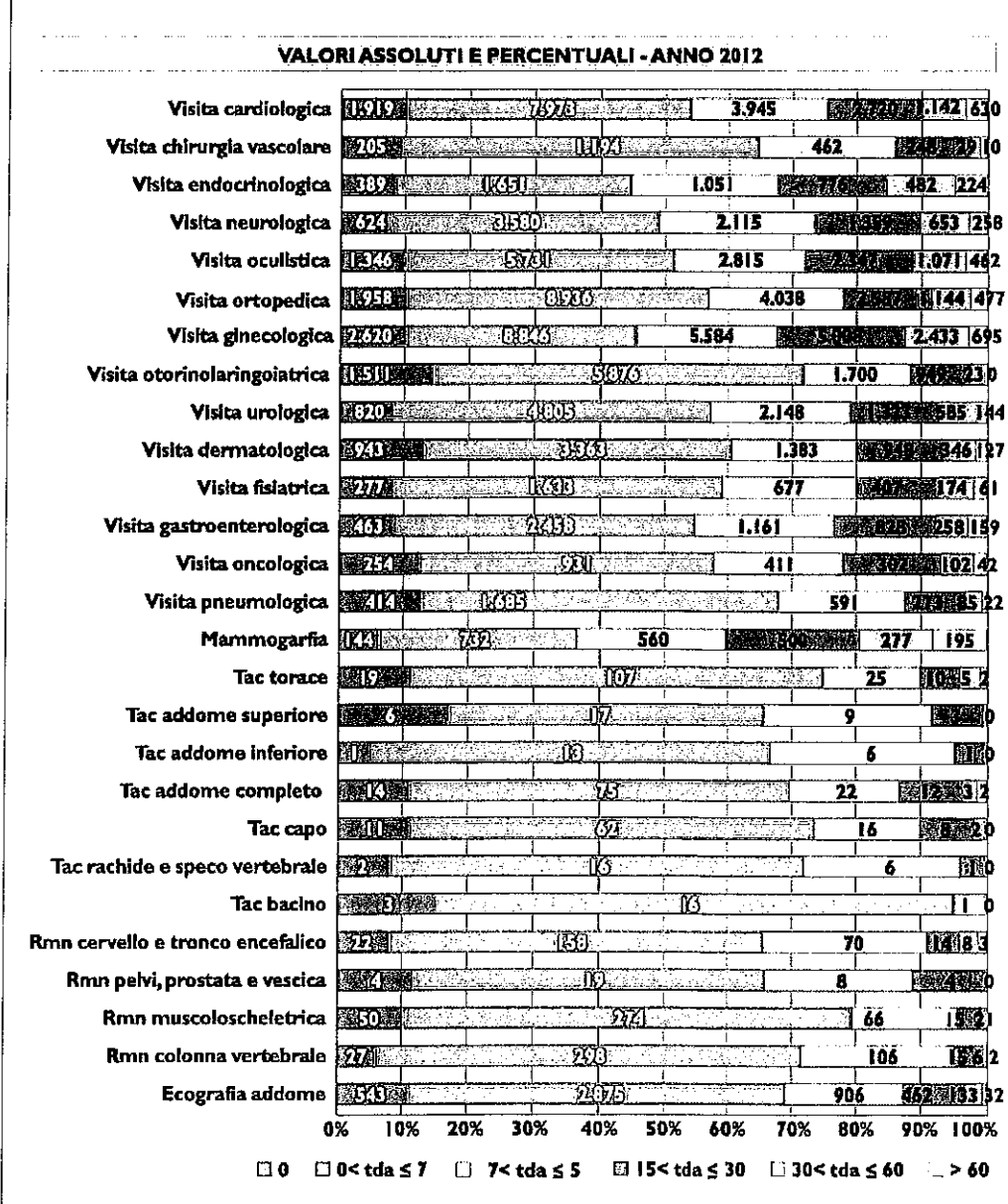


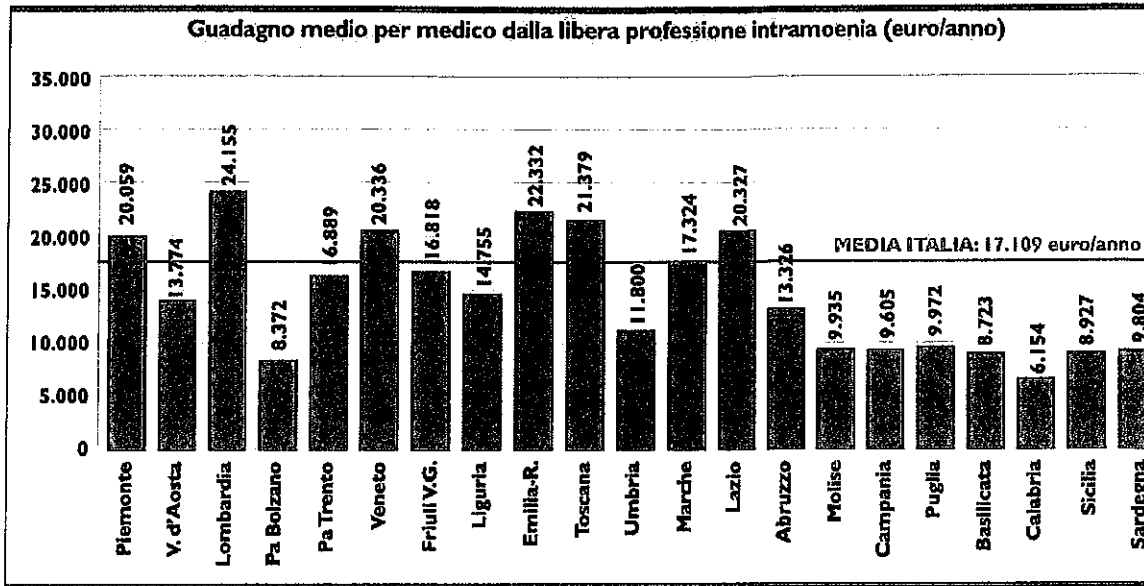






Distribuzione delle prenotazioni in categorie di attesa (Valori assoluti e percentuali 2012)





<h1>59.000</h1> <p>I medici che nel 2012 hanno svolto la libera professione intramoenia all'interno e all'esterno delle strutture</p>	<h1>20,7</h1> <p>Gli euro medi annui spesi da ogni cittadino per le prestazioni richieste in intramoenia sia nel 2011 che nel 2012</p>
---	--

Personale, la carica dei 716mila

Oltre ai dipendenti Ssn, la Salute censisce anche privati e convenzionati: in tutto 716mila operatori. (Servizio a pag. 10)

Censimento del ministero della Salute di tutti gli operatori - I medici sono 244mila

Col Ssn lavorano in 716mila

Dipendenti 665mila - Privati, convenzionati e accreditati oltre 51 mila

Accanto ai 109mila medici già censiti e analizzati assieme a tutto il personale dipendente del Ssn dal Conto annuale 2012 ce ne sono altri 134.685 che lavorano in convenzione (7.718 pediatri, 46.061 Mmg, 11.921 guardie mediche, 15.609 specialisti ambulatoriali), 4.564 medici di istituti e centri di riabilitazione pubblici, 7.072 medici a tempo determinato, 7.536 medici universitari, 10.205 medici che lavorano in strutture equiparate al pubblico, 21.656 medici delle case di cura convenzionate e 2.345 medici delle case di cura non convenzionate.

A illustrare le forze degli organici del Ssn, non solo "dirette", ma anche "indirette" è il rapporto sul «personale del sistema sanitario italiano 2011» del ministero della Salute.

Sotto la lente ovviamente non sono solo i medici, ma anche le professioni non mediche: infermieri, personale con funzioni riabilitative, tecnici sanitari, personale di vigilanza e ispezione. In tutto, l'assistenza sanitaria italiana può contare su 243.855 medici, 332.857 unità di personale infermieristico, 49.555 unità di personale con funzioni riabilitative, 45.285 unità di personale tecnico-sanitario e 10.894 unità di personale con funzioni di vigilanza e ispezione che operano nei vari livelli di assistenza: medicina primaria, riabilitazione, ospedaliera, ambulatoriale.

Il personale totale che opera in tutte le strutture sanitarie è pari a 715.992 unità di cui 665.031 a tempo indeterminato, 34.125 unità con rapporto di lavoro flessibile e 16.836 personale universitario.

Il rapporto tra personale con rapporto di lavoro flessibile e personale a tempo indeterminato risulta pari a 13,9% nel comparto dirigenti del ruolo tecnico, a 15,5% nei profili del ruolo professionale, a 6% nei profili del ruolo tecnico, a 4,1% nel personale con funzioni riabilitative, a 6,5% per i medici, a 4,1% per il personale infermieristico e solo all'1,9% per i veterinari.

I medici a tempo indeterminato a fine 2011 erano 109.170 cioè 1,84 medici per mille abitanti. E operavano nell'area funzionale dei servizi

con 30.367 unità, di cui il 68% nelle specialità di anestesia e rianimazione, radiodiagnostica, igiene e medicina preventiva; nell'area di chirurgia con 25.435 unità di cui il 64% nelle specialità di chirurgia generale, ginecologia e ostetricia, ortopedia e traumatologia; nell'area di medicina con 42.210 unità di cui il 54% in medicina interna, cardiologia, psichiatria e pediatria.

L'età media dei medici del Ssn è pari a 50,3 anni e si rileva una crescente femminilizzazione della professione con una maggiore presenza di donne nelle classi più giovani. Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe di età compresa tra 50 e 59 anni sia la più numerosa e come a quella di età compresa tra 30 e 34 anni corrisponda, invece, la percentuale minore.

La quota di donne medico sul totale è superiore a quella degli uomini nelle fasce di età inferiori ai 40 anni. Inoltre, il 30% dei medici di famiglia e il 64% tra i pediatri di libera scelta è di sesso femminile. Dall'analisi della distribuzione per aree geografiche emerge che i medici che operano nelle strutture pubbliche ed equiparate al pubblico (133.983 unità) sono presenti al Nord con una percentuale di oltre il 43%, al Centro di circa 22%, al Sud e isole rispettivamente 22% e 13 per cento.

I geriatri presenti nelle strutture del Ssn erano nel 2011 pari a 1.422 unità, 0,12 per 1.000 residenti over 65, mentre la medicina interna è presente con un numero di medici pari a 0,63 per 1.000 abitanti ultra 65-enni.

Nell'area funzionale di chirurgia c'erano 0,14 chirurghi generali e dell'apparato digerente ogni 1.000 residenti adulti (età superiore o uguale a 18 anni).

Nell'area chirurgica di ostetricia e ginecologia c'erano 0,26 medici ginecologi/ostetrici ogni 1.000 donne in età compresa tra 14 e 64 anni.

Gli specialisti convenzionati sono invece 15.609 con 17.338.044 ore remunerate. Per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta le percentuali si attestano a oltre il 43% al Nord, 21% al Centro, 24,2% al Sud e 12,3% nelle

Isole.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, ci sono 276.862 unità, di cui 260.092 infermieri, 6.594 infermieri pediatrici e 10.176 ostetriche. Il rapporto rispetto ai residenti è di 4,46 per mille che sale al 4,77 se consideriamo anche gli ospedali equiparati al pubblico; la media nazionale del rapporto tra il personale infermieristico e quello medico è pari a 2,43.

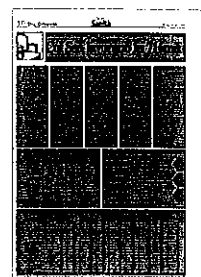
Nell'area della riabilitazione ci sono 20.378 unità, di cui il 63% fisioterapisti, 18% educatori professionali e 12% logopedisti. L'età media è pari a 46,7 anni con anzianità di servizio di 17 anni. Il rapporto tra personale dell'area di riabilitazione e popolazione residente è 0,32; con riferimento anche all'equiparato pubblico è pari a 0,36 per mille abitanti.

Il personale dell'area diagnostica costituito in maggior numero da tecnici di laboratorio e di radiologia medica è in tutto di 34.547 unità, quello dell'area assistenziale ammonta a 2.251 unità e quello dell'area della prevenzione ammonta a 11.043 unità con il 67% di tecnici della prevenzione. L'età media del personale dell'area tecnica è di 45,9 anni e l'anzianità di servizio pari a 17,5 anni di servizio.

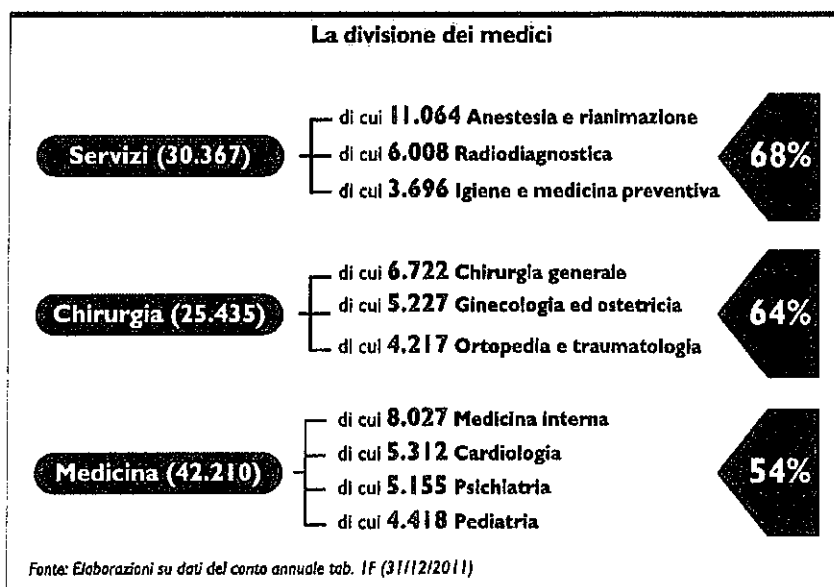
Il rapporto con la popolazione residente oscilla tra 0,59 e 0,64 per mille abitanti a seconda che ci si riferisca o meno anche alle strutture equiparate al pubblico. L'età media del personale dell'area della prevenzione (personale addetto alla vigilanza e all'ispezione) è di 48,9 anni ed il rapporto sulla popolazione residente è pari a 0,19 ogni 1.000 abitanti.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tutto il personale pubblico e privato					
Tipologia di lavoro	Medici	Personale			
		Infermieristico	Funzioni riabilitative	Tecnico sanitario	Vigilanza e ispezione
A tempo indeterminato	109.170	273.267	20.260	35.185	10.230
A tempo determinato	7.072	9.588	1.046	1.300	315
Universitari	7.536	2.800	76	1.114	6
Strutture equiparate al pubblico	10.205	20.182	2.423	3.601	181
Case di cura convenzionate	21.656	25.477	5.498	3.851	154
Case di cura non convenzionate	2.345	1.543	88	234	8
Ria ex art. 26	4.564	--	20.134	--	--
Pediatr. di libera scelta	7.716	--	--	--	--
Mmg	46.061	--	--	--	--
Guardia medica	11.921	--	--	--	--
Specialisti ambulatoriali	15.609	--	--	--	--
Totale	243.855	332.857	49.525	45.285	10.894



Dove lavorano i dipendenti del Ssn									
Professioni	Ao	%	Anu	%	Ircs pubblica	%	Asl (con osp. gestione diretta)	%	Totale
Medici	24824	22,7	10510	9,6	3710	3,4	70126	64,2	109.170
Veterinari	--	0,0	1	0,0	5	0,1	5180	99,9	5.186
Odontoiatri	32	20,8	3	1,9	15	9,7	104	67,5	154
Farmacisti	411	15,7	200	7,6	81	3,1	1932	73,6	2.624
Biologi	955	23,8	569	14,2	466	12,1	2004	49,9	4.014
Chimici	48	12,6	29	7,6	20	5,3	283	74,5	380
Fisici	153	27,8	114	20,7	71	12,9	213	38,7	551
Psicologi	339	5,9	59	1,0	47	0,8	5345	92,3	5.790
Dir. professioni sanitarie	68	18,6	38	10,4	20	5,5	240	65,6	366
Pers. infermieristico	64.584	23,6	30.078	11,0	9.019	3,3	169.586	62,1	273.267
Pers. tecnico sanitario	9.145	26,0	4.789	13,6	1.747	5	19.504	55,4	35.185
Pers. vigilanza e ispezione	256	2,5	85	0,8	37	0,4	9.852	96,3	10.230
Pers. Funz. riabilitative	3.045	19,0	952	4,7	301	1,5	15.162	74,8	20.260
Profilo ruolo professionale	76	20,7	38	10,4	22	6,0	231	62,9	367
Dir. ruolo professionale	222	17,9	114	9,2	53	4,3	850	68,6	1.239
Profilo ruolo tecnico	27.078	22,7	13.716	11,5	4.125	3,5	74.197	62,3	119.116
Dir. ruolo tecnico	78	7,5	52	5,0	48	4,6	860	82,9	1.038
Profilo ruolo amministrativo	12.854	17,8	5.785	8,0	2.355	3,3	51.234	70,9	72.228
Dir. ruolo amministrativo	473	18,0	205	7,8	103	3,9	1.852	70,3	2.633
Altro personale	171	13,9	73	5,9	55	4,5	924	75,8	1.233
Totale	145.612	21,9	67.410	10,1	22.320	3,4	429.689	64,6	665.031

**Quei controlli
salva-Patto**

Il Patto della salute appena siglato non lascia più spazio ad alibi e rimandi. Le parole-chiave della sanità del futuro sono scritte a chiare lettere nell'accordo, la cui concreta operabilità è garantita dal sistema di valutazione previsto.

COLLICELLI A PAG. 12

PATTO/ Il sistema di valutazione previsto dall'intesa ne può garantire l'operabilità

«Ci salveranno i controlli»

Sostenibilità ed equità sono possibili solo attivando check stringenti

La sfida è centrare i target in tempi ragionevoli e in tutto il Paese

Il Patto della salute appena siglato non lascia più spazio ad alibi e rimandi. Le parole chiave della sanità del futuro sono scritte a chiare lettere nell'accordo tra il ministero e le Regioni, e sono: sostenibilità, equità, qualità, appropriatezza e innovazione. Si apre una nuova fase nella sanità italiana, nella quale la centralità della persona e la qualità finale in termini di risultati dell'azione svolta, si sostituiscono, come elementi costitutivi del paradigma strategico dominante, all'efficienza gestionale e alla correttezza formale delle procedure, centrali in un recente passato.

È difficile immaginare un documento più esplicito in termini di obiettivi da perseguire, nell'ambito del Ssn, sia a voler guardare ai documenti del passato, sia se si fa riferimento a quelli comunemente in circolazione in altri contesti nazionali dell'Europa e del mondo, dove pure molte delle stesse questioni qui sollevate sono all'ordine del giorno. In più il documento italiano ha il pregio di essere il frutto di un accordo raggiunto nel confronto tra 20 realtà territoriali e istituzionali, suffi-

cientemente diverse l'una dall'altra da far temere più di una divergenza sostanziale, che è stata però superata.

Ma quali i punti qualificanti del Patto? Sono chiare e consistenti le premesse istituzionali, che pongono quali principi inalienabili alla base del sistema la sostenibilità, l'equità, l'universalismo e l'investimento in salute. Sono chiari i punti nodali alla base delle strategie migliorative indicate per i vari ambiti di riferimento. La certezza delle risorse disponibili, la dinamica positiva degli investimenti e il rispetto dei costi standard, per quanto riguarda il finanziamento del sistema. La revisione del regime di compartecipazione alla spesa, la definizione delle tariffe e quella dei criteri di remunerazione delle prestazioni in situazione di mobilità territoriale, nazionale e internazionale, per gli altri aspetti economici. L'equità, l'appropriatezza e l'innovazione, per la determinazione del plafond di offerta e dei Lea. La continuità assistenziale, gli standard da rispettare e il rafforzamento dell'area della riabilitazione, per quanto attiene alle funzioni da svolgere in regime di ricovero. La revisione delle modalità di intervento nelle Regioni con difficoltà di bilancio, in termini di riqualificazione, riorganizzazione e rafforzamento, e non più di mera austerità e spending review, con un ruolo tendenzialmente ridimensionato del Mef, in tema di Piani di ricen-

tro. La sanità digitale per quanto riguarda il coordinamento e la comunicazione. Il rilancio dell'edilizia sanitaria. Il rilancio dell'Hta a tutti i livelli. E molto altro ancora.

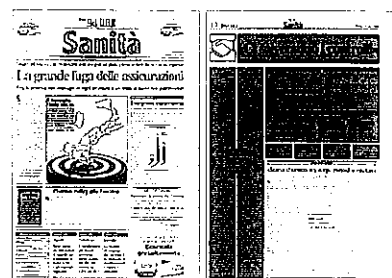
La sensazione che si ha, scorrendo i punti del Patto, è che quanto di più sensato e propositivo è stato indicato negli ultimi anni per indirizzare il sistema verso il rispetto dei diritti e delle garanzie costituzionali, in termini di maggiore equità, appropriatezza e qualità, sia stato completamente recepito. Ed è così in particolare, da questo punto di vista, all'articolo 5, quando si parla della riorganizzazione della medicina del territorio attraverso le unità complesse di cure primarie e le aggregazioni funzionali del territorio; si assegna un nuovo ruolo ai medici di medicina del territorio, ai pediatri e alle farmacie, dal punto di vista dell'iniziativa, specie nei confronti dei soggetti più fragili, dell'umanizzazione, e della continuità delle cure; si defini-

sce l'urgenza e si pongono limiti temporali per il varo del Piano nazionale

per le cronicità e per la natura degli ospedali di comunità.

Ed è così anche all'art. 6, in cui si chiariscono gli aspetti della assistenza socio-sanitaria, dei Punti unici di accesso e delle unità di valutazione.

La positività e la lungimiranza degli obiettivi indicati, sia a livello generale che per i singoli punti, non possono al tempo stesso prescindere dalla preoccupazione che emerge rispetto alla applicazione di quei principi nei diversi territori e in tutte le aree per le quali il rinnovamento viene evocato, che sono davvero numerose. In altre parole viene da chiedersi: si riuscirà a dare seguito a quegli obiettivi in tempi ragionevoli e in maniera progressivamente uniforme nel Paese, o non sussiste il rischio di una astrattezza che non riesce a prendere corpo nella realtà? La numerosità dei gruppi di lavoro e delle commissioni, cui viene demandata la attuazione delle necessarie innovazioni, per di più in tempi prefissati stringenti (in gran parte entro la fine del 2014) rafforza una simile preoccupazione: avrà il sistema



la forza di dare seguito ovunque e presto a ciò che il Piano indica?

Un aspetto, tra quelli contenuti nel Patto, rassicura da questo punto di vista: l'attenzione dedicata a forme rinnovate e moderne di valutazione del sistema, sia in termini di qualità erogata che di qualità percepita. La prima prevista tra le misure dell'art. 1 per la garanzia della sostenibilità del sistema, la seconda tra quelle dell'articolo 4 per la salvaguardia dell'umanizzazione. Tutto di nuovo da mettere in campo in tempi rapidissimi nei prossimi mesi. Sembra di poter dire, in sostanza, che quella indicata sia davvero la strada giusta da percorrere per far sì che il Piano non resti lettera morta, ma seguiti un passaggio reale a una fase più avanzata: la utilizzazione di strumenti di monitoraggio e valutazione, tarati sugli obiettivi del sistema, e messi al servizio della salute del Paese.

Carla Collicelli
vice-direttore Censis

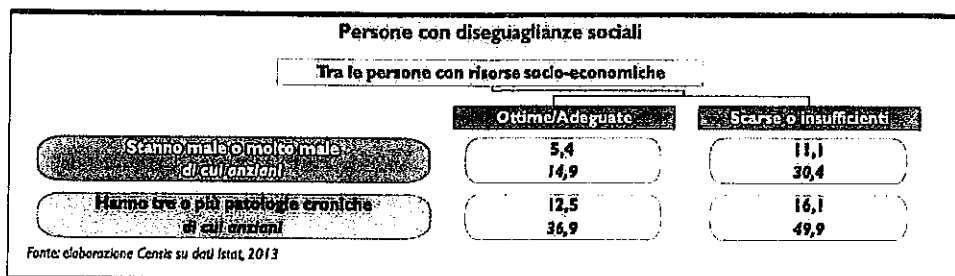
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Sanità vista dagli italiani			
Cresco ulteriormente la percezione di una erosione della qualità dell'offerta del Servizio sanitario regionale			
In generale, secondo Lei, il Servizio sanitario della sua Regione negli ultimi due anni è:	2011	2014	Diff. 2014-2011
Migliorato	11,0	5,5	-5,5
Peggiorato	28,9	38,5	+9,6
Rimasto uguale	60,1	56,0	-4,1
Totale	100,0	100,0	100,0

N.B.: nella Regione in Piano di rientro il 46,8% dei cittadini pensa che la sanità regionale sia peggiorata di contro al 29,3% nelle altre Regioni.
Fonte: indagine Censis, 2014

Accertamenti/analisi sangue per pagamento				
	Non ha pagato nulla	Ticket	Pagamento intero	Totale
Accertamenti specialistici strumentali *	43,1	22,0	24,9	100,0
Diff. % 2005-2012	-3,3	-0,7	+3,9	
Analisi del sangue	54,8	31,1	14,1	100,0
Diff. % 2005-2012	+0,6	-6,6	+6,0	

* Comprendono: radiografie, ecografie, risonanza magnetica, Tac, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap-test o altri accertamenti
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, 2013



Emendamenti a valanga al decreto sulla Pa

IL DECRETO

ROMA Valanga di emendamenti alla Camera al decreto legge di riforma della pubblica amministrazione. È sempre più probabile quindi che sul provvedimento, che ieri ha visto l'avvio della discussione generale nell'Aula di Montecitorio (la settimana scorsa ha avuto l'ok dal Senato), il governo deciderà di porre la questione di fiducia. Già oggi potrebbe essere ufficializzata la decisione. «Dipenderà anche dal fatto se c'è la volontà di tutti i gruppi di continuare un dibattito costruttivo, come si è fatto in Commissione» ha detto il ministro per la Pubblica amministrazione, Marianna Madia.

Il ministro in aula ha voluto spiegare la novità più saliente del decreto, come rivisto dalla commissione Affari costituzionali della Camera, ovvero quella modifica che dà «facoltà», entro determinati «paletti», a mandare a riposo i dipendenti più in là con l'età e prendere al posto loro dei giovani: le eccellenze, le risorse «indispensabili non saranno sostituite»; per gli altri pensionabili d'ufficio a decidere sarà la singola amministrazione. Non c'è insomma «nessun problema di lesa maestà».

Il pensionamento d'ufficio, riscritto da un emendamento, si può attivare dopo il raggiungimento dell'anzianità e dei 62 anni, che diventano 65 per docenti universitari e medici. Non si applica, invece, ai magistrati. Sono uscite anticipate che aggiornano uno strumento già previsto, senza deroghe alla Fornero. Ora il decreto offre una ricetta precisa alle amministrazioni che vogliono svecchiare il loro organico. Ma per i fiori all'occhiello non c'è nulla da temere, dato che, evidenzia il ministro, il dl stabilisce come il pensionamento "obbligato" debba essere anche «motivato» e non possa pregiudicare i servizi. Spiegando il meccanismo della nuova norma Madia risponde anche alle critiche secondo cui «mandare in pensione a 65 anni tutto il personale medico universitario non è frutto di una buona logica».

Ha spiegato la Madia: con il dl «responsabilizziamo molto le amministrazioni», sarà il singolo ente a dover capire se un suo dipendente, inclusi dirigenti, professori o primari, sia «un'eccellenza che serve o se invece ha senso dare opportunità alle nuove generazioni». Dato però che, secondo Madia, quella passata è una generazione di «cattivi maestri» qualche spazio per i giovani potrebbe aprirsi. Di certo, Madia assicura il suo «impegno» ad «alzare le percentuali di turnover, quanto più possibile, nei settori della ricerca».

RIFORME • Ansia per l'emendamento sugli «esodati» della scuola «Quota 96», modificata l'abilitazione all'università

Decreto P.A., al via l'iter alla Camera, critici i sindacati

Ieri alla Camera è iniziato l'esame sul decreto legge che riformerà la pubblica amministrazione. Dopo l'approvazione della commissione Affari costituzionali il provvedimento verrà con ogni probabilità approvato dall'aula con un nuovo voto di fiducia e poi passerà al Senato per la seconda lettura. Il testo dovrà essere ratificato dalle camere entro il 24 agosto, pena la sua «scadenza». Ad oggi sono stati presentati 700 emendamenti, ma il conteggio definitivo si avrà solo a partire da oggi. Tra i numerosi provvedimenti, c'è lo sblocco della questione «quota 96» del personale scolastico. Quattro mila «esodati» tra docenti e amministrativi, bloccati dalla riforma Fornero, potranno andare in pensione a partire dal 1

settembre con i vecchi requisiti. Queste persone non riceveranno tuttavia il trattamento di fine servizio, ma solo al momento della pensione con le nuove regole. La misura costerebbe 416 milioni per i prossimi cinque anni e dovrebbe essere finanziata attraverso la spending review. Prima del via libera definitivo, è tuttavia consigliabile attendere il parere positivo del ministero dell'Economia sulla fattibilità economica di questa previsione.

Restando nel mondo dell'istruzione, il governo ha compiuto un passo verso la riforma dell'abilitazione scientifica nazionale (Asn) che ha provocato negli ultimi due anni una serie di polemiche a proposito dei criteri («mediane») scelte per selezionare i can-

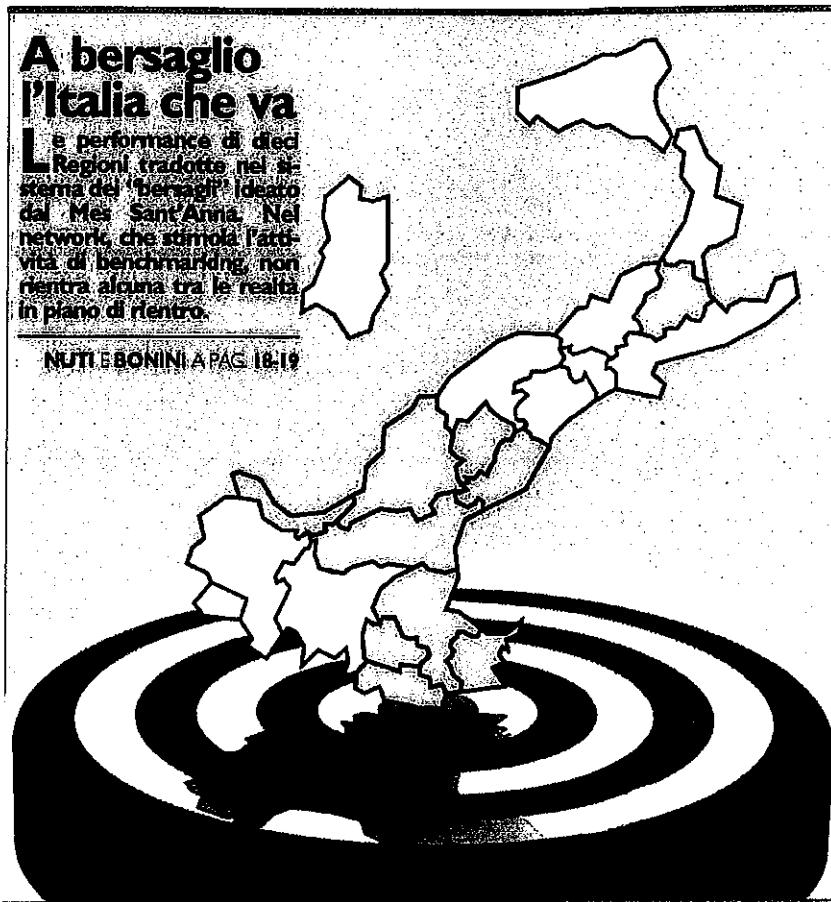
didati a professori associati o ordinari («in pectore». Scenderà da 12 a 10 il numero minimo di pubblicazioni necessarie per presentare la candidature, mentre le procedure non saranno più legate all'emissione di un bando nazionale. Promessa anche la revisione dei criteri di valutazione, mentre l'abilitazione durerà per sei e non più per quattro anni. La rivista online Roars segnala che questa riforma modifica l'identità del professore universitario. Verrà selezionato solo in base alle ricerche effettuate, e non più anche in base alla sua esperienza didattica.

Nel provvedimento all'esame ci sono novità per il pensionamento dei dirigenti della P.A. Potranno essere collocati d'ufficio in

quiescenza una volta raggiunti i 62 anni d'età, a condizione che abbiano raggiunto i 42 anni e tre mesi di contributi. Da questa regola sono stati esentati, per il momento, magistrati e militari. I magistrati potranno arrivare fino ai 70 anni, ma questa regola resterà in vigore fino al 31 dicembre 2015. Il capitolo più spinoso è quello della mobilità dei funzionari pubblici entro i 50 km dal luogo di residenza. Al momento è stato stabilito che lo spostamento non avverrà senza il consenso degli interessati. E i sindacati potranno collaborare sui criteri degli spostamenti dei lavoratori da un ente all'altro. Una soluzione che non ha convinto Michele Gentile, responsabile settore pubblico della Cgil: «La norma sulla mobilità è discrezio-

nale e discrimina dipendenti pubblici e privati». Dovrebbe crescere lo spazio per le assunzioni, anche attraverso l'uso discrezionale dei contratti a termine. Già a partire dal 2014 gli enti locali e quelli di ricerca potranno destinare il 50% dei risparmi ottenuti dalle cessazioni dell'anno precedente per fare assunzioni. Ampliata la possibilità di affidare incarichi all'esterno. Gli enti locali che rispettano i vincoli generali di spesa potranno stipulare liberamente contratti a termine. Non sembra questo il modo ideale per arrestare il ricorso al precariato nella pubblica amministrazione.

Il ministro della Pa, Marianna Madia, ieri ha annunciato il suo «impegno» ad «alzare le percentuali di turnover, quanto più possibile, nei settori della ricerca, dell'università. Ci sono generazioni a cui si deve qualcosa». Critica la Cisl sull'idea di «staffetta generazionale». Sarebbe limitata ai soli dirigenti, un campione limitato. E non aprirebbe invece le porte a quei «400 mila dipendenti persi dalla P.A. negli ultimi dieci anni».



Per il network creato dalle amministrazioni locali e

dal Mes-SAnna la sfida di misurare qualità e risultati

Con i bersagli 10

La scommessa: dare obiettivi alle aziende

Perché questi "bersagli" regionali e aziendali sono importanti? Quale contributo aggiuntivo possono dare al nostro sistema sanitario nazionale? Dietro queste belle figure colorate piene di pallini c'è in realtà un enorme lavoro fatto dalle tecnostutture di dieci Regioni che, con professionalità, tempestività, rigore e direi anche grande lealtà, si sono messe in gioco per calcolare con modalità condivise ben 160 indicatori, e sono state capaci di definire insieme fasce di valutazione stringenti e sfidanti. Non solo. Hanno fatto tutto questo con grande ritmo e rapidità perché il confronto dei dati scaricabile dalla piattaforma si riferisce al 2013 e questa tempestività della valutazione permette ai policy makers regionali di utilizzare i risultati per guidare i processi di miglioramento dei sistemi regionali già di quest'anno.

Rispetto alle indicazioni del nuovo patto per la salute, che si ripromette di misurare la

qualità e l'appropriatezza e che ancora una volta si pone "buoni propositi" nel volere in futuro legare maggiormente il finanziamento ai risultati, alla qualità prodotta, al valore creato per il cittadino, questo sistema si pone quale una concreta realizzazione dei "buoni propositi", voluta in primo luogo dalle Regioni stesse che volontariamente hanno inteso dotarsi di un sistema di accountability trasparente del loro operato, in cui lo stato centrale più che svolgere un ruolo di "controllore" sia di supporto e guida alle realtà locali.

In un periodo in cui spesso le Regioni sono messe in discussione, la scelta di queste dieci Regioni, al di là del loro colore politico, di aderire al network, di mettersi in gioco per calcolare con modalità condivise ben 160 indicatori, di essere capaci di definire insieme obiettivi stringenti e sfidanti e di pubblicare i dati su web,

ci dimostra che queste istituzioni possono essere d'esempio e best practice rispetto a molte altre amministrazioni pubbliche in Italia che ancora non sono in grado di render conto del loro operato ai cittadini.

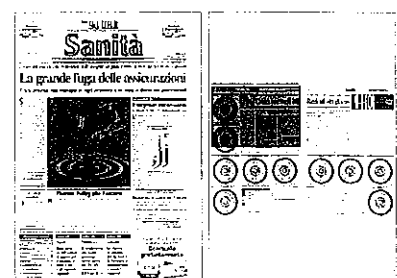
Certo il sistema di valutazione della performance è utile nella misura in cui non solo permette di informare operatori e cittadini ma viene utilizzato da Regioni e aziende per orientare l'azione futura.

È da sottolineare in merito che la maggior parte delle Regioni che aderiscono

al network utilizza gli indicatori e i risultati del sistema per definire gli obiettivi delle aziende e delle relative direzioni generali, anche integrando la programmazione con il sistema di incentivazione. La coerenza e la forza dell'azione regionale determinata dalla sinergia dei meccanismi di governance, dalla presenza di obiettivi quantitativi che tengono conto del punto di partenza di ciascun soggetto operante nel sistema, ha permesso di registrare miglioramenti significativi sulla maggior parte dei pa-

Regioni «in gioco»

e migliorare la programmazione dei servizi



rametri. Un miglioramento ottenuto non solo grazie allo sforzo di alcuni, ma anzi riducendo il gap tra le performance e le problematiche di equità tra i cittadini.

Tramite il confronto, si possono appunto spingere gli "ultimi" a innalzare la propria performance e riportarli su valori medi regionali, così da ridurre le differenze.

Dal 2012 al 2013 la variabilità tra le Regioni si è ridotta del 9,22%, in particolare in indicatori quali i tassi di ospedalizzazione

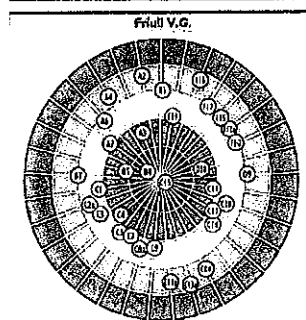
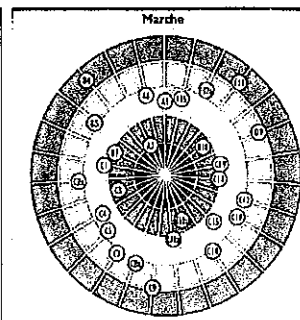
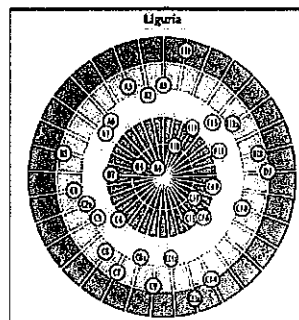
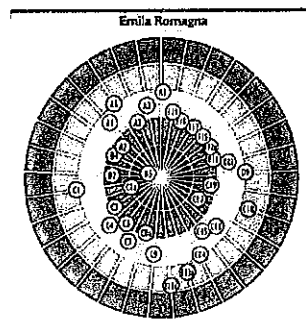
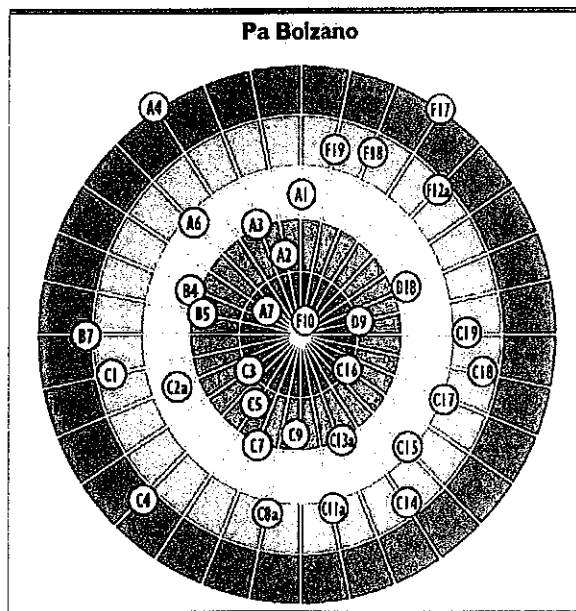
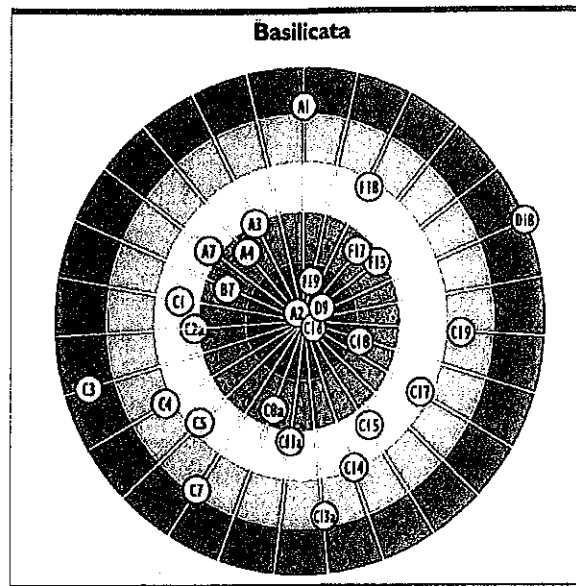
pediatrici per asma e gastroenterite, la percentuale di Drg medici da reparti chirurgici, diversi indicatori di appropriatezza medica, alcuni relativi alla qualità clinica, come la tempestività di intervento di frattura del femore e la percentuale di prostatectomie transuretrali.

Una ultima riflessione merita il fatto che al network hanno fino a oggi aderito 10 Regioni e che tra queste nessuna sia in piano di rientro. Queste ultime in realtà sarebbero le realtà regionali che più di altre avrebbero bisogno di dotarsi di strumenti gestionali di valutazione della performance, che avrebbero necessità di pubblicare i loro dati per condividere con i propri cittadini le priorità di intervento, che avrebbero bisogno sempre più di supportare i processi di programmazione sanitaria con indicatori e obiettivi quantitativi.

L'auspicio è che anche queste Regioni decidano di confrontarsi con le altre e che siano sempre più supportate ad affrontare in primo luogo le problematiche di qualità e di appropriatezza quali uniche e vere condizioni necessarie per garantire la sostenibilità finanziaria e un adeguato rapporto tra risorse spese e valore aggiunto prodotto per il cittadino, evitando scelte semplicistiche basate sui tagli lineari.

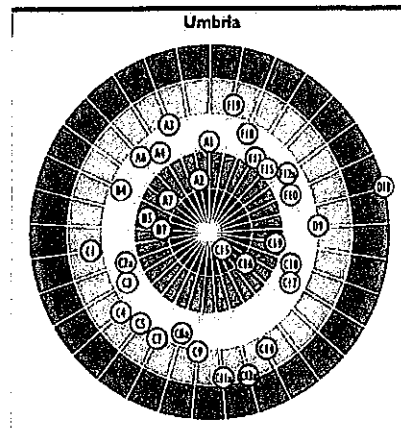
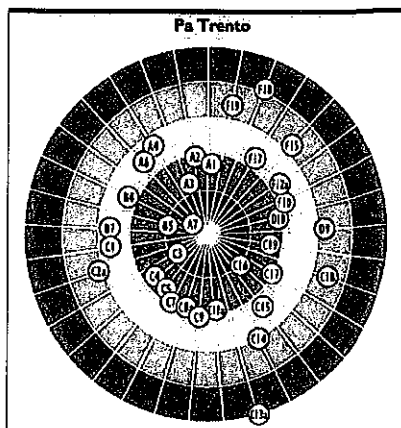
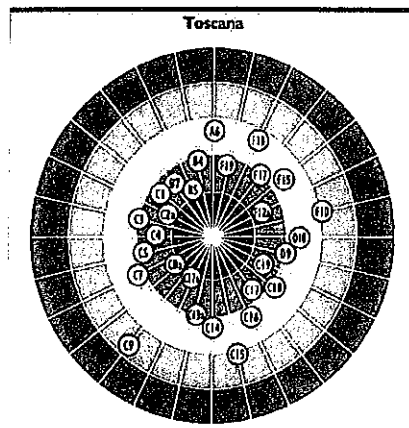
Sabina Nuti
direttrice Laboratorio
Management e Sanità
professore associato
Scuola Superiore Sant'Anna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Legenda		Indicatori
Performance ottima, punto di forza (punteggio 4-5)	A2	Mortalità per tumori
Performance buona (punteggio 3-4)	A3	Mortalità per patologia circolatoria
Performance media (punteggio 2-3)	A4	Mortalità per suicidi
Performance scarsa (punteggio 1-2)	A6	Siti di vita
Performance molto scarsa, punto di debolezza (0-1)	A7	Speranza di vita
B - Capacità perseguimento orientamenti regionali		B - Capacità perseguimento orientamenti regionali
B4		Controllo ed. salute
B5		Screening oncologici
B7		Capacità vaccinate
C - Valutazione socio-sanitaria		C - Valutazione socio-sanitaria
C1		Governo della domanda
C1a		Efficienza erogazione ospedaliera
C3		Efficienza operatori
A - Stato di salute della popolazione		
A1		Mortalità infantile

Il "piano" è l'insieme dei target rappresentati nel grafico con la stessa punteggiatura di selezione.

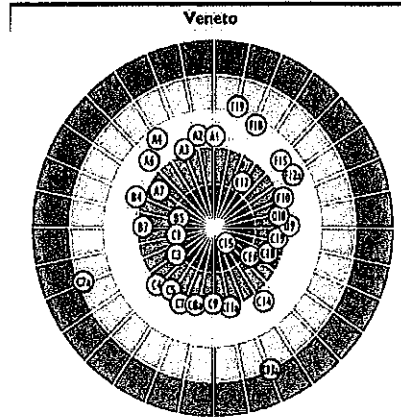


bersaglio 2013

- C14 Appropriatezza medica
- C4 Appropriatezza chirurgia
- C5 Qualità clinica
- C7 Percorso materno-infantile
- C8a Integrazione ospedale-territorio
- C9 Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
- C10 Percorso oncologico
- C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche
- C13a Appropriatezza risonanza magnetica muscolo-scheletriche negli anziani
- C15 Salute mentale
- C16 Pronto soccorso
- C17 Volume erogati

- C18 Appropriatezza chirurgia elettiva
- C19 Esiti
- D - Valutazione esterna**
- D9 % abbandoni dal pronto soccorso
- D18 % dimissioni ospedaliere volontarie
- F - Valutazione economico-finanziaria ed efficienza operativa**
- F10 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
- F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica
- F17 Costo sanitario pro-capite
- F18 Costo medio per punto Drg
- F19 Costo medio diagnostica strumentale e per immagini ponderato per tipologia di prestazione

N.B.: il dato dell'indicatore C2a (Efficienza degenza ospedaliera) è in fase di rivisitazione



Sotto monitoraggio 160 indicatori

Il 23 luglio in Commissione Salute a Roma, il network delle Regioni composto da Basilicata, Liguria, Marche, Pa Bolzano, Pa Trento, Toscana, Umbria, Veneto, Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia insieme al Laboratorio Mes, Management e Sanità, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha comunicato che sulla piattaforma web sono disponibili i risultati della valutazione della performance dei sistemi sanitari per l'anno 2013, mettendo a confronto le performance regionali e delle strutture aziendali sanitarie che operano in queste Regioni. La condivisione di un sistema di valutazione tra Regioni, su base volontaria, nasce nel 2008, sulla base di quanto già progettato dal Laboratorio Mes e implementato in Regione Toscana dal 2004. L'obiettivo è fornire un quadro dell'andamento del sistema sanitario regionale e delle aziende operanti nelle diverse Regioni attraverso il confronto di un set di indicatori condivisi.

In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie delle Regioni sono stati analizzati secondo sei dimensioni di analisi: la valutazione dello stato di salute della popolazione (dimensione A) presenta indicatori di mortalità e degli stili di vita; la capacità di perseguimento delle strategie regionali (B) vede indicatori quali la gestione del dolore, gli screening oncologici e le coperture vaccinali; la valutazione socio-sanitaria (C) comprende indicatori di governo della domanda, appropriatezza, efficienza e qualità sia per le attività ospedaliere che territoriali, nonché relativi ad alcuni percorsi assistenziali; nella valutazione esterna (D) si trovano il tasso di abbandono dal pronto soccorso e le dimissioni ospedaliere volontarie; la valutazione interna (E) considera il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie; infine, la valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa (F) monitora la spesa e l'efficienza farmaceutica, e alcuni indicatori economici relativi ai costi.

Complessivamente, gli indicatori monitorati sono circa 160, di cui 105 di valutazione, mentre i restanti 55 di osservazione sono di aiuto per l'interpretazione degli altri risultati. Gli indicatori vengono poi raggruppati, tramite struttura ad albero, in 33 indicatori di sintesi, rappresentati in forma grafica tramite il "bersaglio", con 5 fasce di valutazione a seconda della performance conseguita: al centro i punti di forza, corrispondenti alle fasce verdi, mentre nelle aree rosse e arancioni i punti di debolezza.

Il Laboratorio Mes dell'Istituto di Mana-

sintetizzati in 33 voci di sintesi

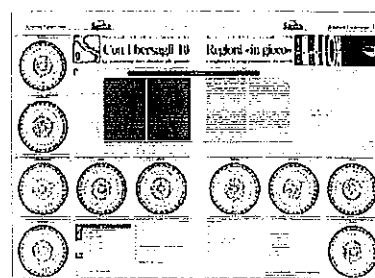
gement della Scuola Superiore Sant'Anna, sotto la supervisione scientifica di Sabina Nuti, svolge il ruolo di agenzia di benchmarking, supportando le Regioni nella definizione degli indicatori, nella verifica metodologica della congruenza dei risultati e nell'utilizzo del sistema di valutazione nei meccanismi di governance regionale. Le Regioni del network, oltre alla condivisione degli indicatori e del metodo di calcolo, definiscono congiuntamente le fasce di valutazione e sono responsabili dell'elaborazione e caricamento dei dati sulla piattaforma messa a disposizione dal Laboratorio Mes. La definizione degli standard da parte delle Regioni, infatti, diventa un punto di partenza per orientare la programmazione sanitaria, così come il confronto permette di prendere spunti da altri che hanno performance migliori determinati in molti casi da differenti modalità organizzative di erogazione dei servizi sanitari. I responsabili regionali del sistema di valutazione delle Regioni del network si incontrano periodicamente per discutere i risultati emersi, le best practice e le strategie adottate dalle diverse Regioni. Ogni anno, inoltre, vengono costituiti gruppi di lavoro che si focalizzano su specifiche tematiche di interesse per analizzare le diverse politiche adottate o identificare nuovi indicatori da aggiungere nel sistema. Negli anni passati sono stati oggetto di approfondimento gli indicatori di valutazione per i servizi della prevenzione, nonché l'identificazione di indicatori relativi alla dimensione economico-finanziaria, coinvolgendo i referenti dei settori interessati.

Il portale web <http://performance.ssup.it/> network, utilizzato per la gestione, condivisione e visualizzazione dei dati, dal 23 luglio è aperto alle Regioni e aziende partecipanti al network, nonché a tutti i cittadini. Come ogni anno, a ottobre i risultati saranno disponibili in forma cartacea tramite la stampa del Report 2013.

Anna Bonini

Laboratorio Management e Sanità

OPERAZIONE SANITÀ



La crisi colpisce duramente anche i settori della manifattura e delle costruzioni

Ingegneri e medici, sogno finito

Professioni in passato ad alto tasso di occupazione

DI EMANUELA MICUCCI

Scedono le prospettive di impiego, dopo la laurea, per medici e ingegneri. La crisi, rivela l'Istat nel Rapporto annuale 2014, ha colpito duro anche due indirizzi tradizionalmente caratterizzati da tassi di occupazione elevati: -17,1% le opportunità per i laureati in ingegneria e -16,8% per quelli del gruppo medico. Solo nel 2008 questi settori presentavano il maggiore rendimento occupazionale, superiore all'80%. Mentre il peggiore, se si esclude il gruppo giuridico, si registrava per l'indirizzo sociale e umanistico con un tasso di occupazione inferiore al 70%: una penalizzazione che la crisi ha aumentato facendo scenderne gli occupati oltre il 18%.

A resistere alla perdita di

posti di lavoro negli ultimi 5 anni sono i laureati in materie scientifiche ed economico-statistiche, con un peso rilevante per informatica, biotecnologie farmaceutiche e biologia. Consistente, tra le professioni qualificate, il calo di dirigenti e di piccoli e medi imprenditori: -42%, pari a -442mila persone. Significativo anche quello dei tecnici: -9,6%, pari a -423mila. Al contrario, aumentano di poco le professioni intellettuali e di elevata specializzazione con 26 mila unità in più tra il 2008 e il 2013 e un'intensificazione nell'ultimo anno. Tra le professioni le più colpite sono quelle operaie, che in questo quinquennio subiscono una contrazione del 15,1% segnando -958 mila occupati. In forte crescita, invece, le professioni non qualificate e quelle esecutive nel commercio, nei servizi

e nel lavoro d'ufficio, rispettivamente aumentate di 350 mila (di cui 319 mila stranieri) e 467mila unità. Un incremento che riguarda sia uomini che donne, i primi in crescita in tutti i settori specie nei servizi alle imprese, i trasporti, il commercio e gli alberghi, le seconde in aumento soprattutto nei servizi alle imprese (+123mila) e quelli alle famiglie (+126 mila). E mentre le lavoratrici italiane si concentrano nel commercio, nella sanità e negli alberghi e ristorazione, quelle straniere nell'assistenza personale in famiglia. La crisi ha poi colpito fortemente la manifattura e le costruzioni, settori che hanno assorbito complessivamente circa l'89% della diminuzione totale degli occupati, rispettivamente con 482mila e 396mila occupati in meno. Più contenute le riduzioni in agricoltura e nei servizi.

Tuttavia, osserva l'Istat, «se si guarda soltanto all'ultimo anno, il calo dell'occupazione, che continua a persistere nelle costruzioni e nell'industria, è divenuto più consistente anche nel terziario, con una riduzione di occupazione (-191 mila unità) concentrata soprattutto nei servizi generali della pubblica amministrazione e nel commercio». Perdite nel terziario nel quinquennio tutte dovute al Mezzogiorno, dove toccano -5,0%. In quest'area è particolarmente importante la contrazione nei servizi generali della pubblica amministrazione, nell'istruzione e nel commercio, mentre rimane invariata l'occupazione negli alberghi e ristorazione, che invece mostrano una leggera crescita nel Centro-Nord. Dove il terziario segna +1,7% di occupati nel Nord e +1,3% nel Centro.

© Riproduzione riservata

IL TREND TRA IMPRESE NOSTRANE E STRANIERE

La «grande fuga» del made in Italy dagli ospedali

Ma ora anche le compagnie estere «nicchiano»

Parlano di «cacofonia risarcitoria», gli assicuratori, per sintetizzare la crescente complessità tecnica nel definire il giusto premio. Ma non solo questo elemento - che ha come conseguenza per cittadini danneggiati e affetti dalla stessa invalidità di «poter veder riconoscere importi diversi a seconda del tribunale competente» - ha provocato negli ultimi anni una vera e propria grande fuga delle assicurazioni dal pianeta sanità. L'espressione forte, utilizzata nel dossier Ania, è quella di una «miscela esplosiva» che ha incrementato nel tempo il costo dei risarcimenti e «quando il conto è arrivato agli uffici sinistri delle compagnie imponendo vistosi ritocchi alle riserve assicurative costituite originariamente - si legge nel rapporto - le imprese sono corse ai ripari chiudendo le saracinesche a nuovi contratti».

Per la precisione, la coperta ormai cortissima offerta dalle compagnie riguarda soprattutto la Rc sanitaria, cioè la copertura della responsabilità civile per le strutture ospedaliere, mentre le polizze di protezione dei medici (Rc medica) sono «normalmente reperibili senza particolari problemi». Certo, ammettono gli assicuratori, i prezzi per le specialità più a rischio e quelle al di fuori del Servizio sanitario nazionale «possono raggiungere importi elevati». Ma «le polizze si trovano».

Il combinato disposto dell'emergenza malpractice e della «cacofonia» negli ultimi anni ha decisamente spaventato il comparto. Gli ultimi dati Ania mettono in luce un vero e proprio exploit, avvertono dall'Associazione nazionale imprese assicuratrici: se per i sinistri protocollati nel 2002 le imprese di assicurazione avevano stimato mediamente di pagare circa 20.157 euro alla fine dell'anno di protocollazione, a quattro anni di distanza la valutazione era già raddoppiata (intorno ai 40mila euro) per poi continuare a crescere e arrivare, a fine 2010, a un costo medio stimato di circa 47mila euro. «Una dinamica - è la considerazione tranchante - che è costata cara alle compagnie, non soltanto a quelle italiane». E qui scattano le citazioni: dal noto «caso Faro», astro prima nascente e poi decisamente calante (posto in liquidazione straordinaria) sorto dal mondo delle piccole compagnie locali, al dissesto di un sindacato dei Lloyd's, Marketform, rispetto al quale la cassa centrale è dovuta intervenire nel non lontano 2012 per coprire le insolvenze effetto dei «disastrosi effetti della malpractice italiana». Per non parlare di «City Insurance», operante in Italia in libera prestazione di servizi e bloccata dall'Isvap, che sempre due anni fa dispose il divieto per la compagnia rumena, di fatto controllata da un azionista italiano, di assumere nuovi affari «al fine di impedire che siano compromes-

si gli interessi degli assicurati italiani».

I motivi che hanno spinto le compagnie italiane ad allontanarsi dal mercato sono riportati - si ricorda ancora nel dossier Ania - nell'indagine condotta dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori medici, conclusa all'inizio del 2013. Tra i motivi della diaspora: l'andamento negativo della polizza (48% dei casi), il recesso o la disdetta a causa di un sinistro (22%) o la decisione dell'impresa assicurativa di uscire dal mercato della Rc sanitaria. Ma tra i motivi, indicati questa volta dall'Avcp, c'è anche la scarsa «qualità» dei bandi di gara. «Di regola - è la considerazione espressa dall'Authority in uno studio sulle problematiche dei bandi assicurativi - i bandi di gara non contengono le informazioni necessarie per un corretto pricing». Una «patologia su cui concordano anche le aziende sanitarie», ricordano gli assicuratori. Per Fiaso il fenomeno delle gare deserte «sembra anche riconducibile a un difetto informativo da parte delle stazioni appaltanti circa il proprio profilo di rischio e a una difficoltà comunicativa con le poche compagnie straniere che a oggi sono le uniche interessate al rischio sanità». Dall'altra parte, proprio in relazione alle vicende fallimentari, la Fiaso ha aggiunto la richiesta di «maggiori e più stringenti requisiti di partecipazione» in modo che alle gare prendano parte soltanto compagnie «solide finanziariamente e come tali riconosciute da un rating affidabile o garantite da società altrettanto solide».

Oggi, come detto, la situazione è ben lontana da questi auspici: commissione d'inchiesta sugli errori medici segnalava che una compagnia su tre aveva rifiutato alla scadenza il rinnovo delle polizze di copertura. Un vuoto ricoperto solo a metà da compagnie straniere specializzate nel ramo della med-mal e operanti in libera prestazione di servizi o libertà di stabilimento. Tra queste, le principali sono Amtrust, Qbe e Newline. Quest'ultimo, «unico sindacato dei Lloyd's londinesi ancora attivo in Italia rispetto ai quattro presenti fino a qualche anno fa, ha comunque dimezzato la sua operatività». Mentre l'unica compagnia in controtendenza è Amtrust, definita «padrone del mercato», con un trend di crescita del 28% l'anno nel periodo 2009-2013. Ma rispetto a questo come agli altri casi, il suggerimento di Ania all'Ivass, il regulator del settore, è di attivare la collaborazione con le altre authority europee per ottenere informazioni puntuali sulla raccolta, il pagamento dei sinistri e il contenzioso delle compagnie straniere presenti in Italia.

di FEDERICA DI SPINATA



Nuovo Consiglio superiore di sanità, Anaa: poco Ssn molta università

 L'unica novità positiva? «La larga presenza femminile». Così una nota Anaa Assomed liquida il nuovo Consiglio superiore di Sanità ufficializzato nel fine settimana con il decreto di nomina firmato dal ministro Lorenzin, una nomina che per Anaa «tradisce una coazione a ripetere del ministro Lorenzin». La nomina, ai sensi dell'articolo 27 del decreto legge n. 90, prevede una riduzione dei componenti non di diritto da 40 a 30 e una massiccia presenza femminile con 14 donne su 30 membri. «Un segno concreto di rinnovamento» secondo Lorenzin che aggiunge come i «componenti siano stati individuati e nominati in base alla loro altissima professionalità e alle competenze specifiche, riconosciute anche a livello internazionale, nelle diverse discipline di interesse per la sanità pubblica italiana». Di diverso avviso Anaa che sottolinea come «la composizione del Css continua a rimanere un monocolore universitario, come a dire che tra i 100.000 medici dipendenti del Ssn, di cui 40.000 donne, quasi nessuno può vantare il "profilo illustre e l'alta competenza" che il ministro cercava. Tali requisiti sono considerati tratto genetico dell'Università e specie rara tra quel personale del Ssn che pure il Ministro dovrebbe difendere e valorizzare per compito istituzionale, letteralmente sommerso dalla marea delle "altissime professionalità" così facili da rinvenire nel mondo accademico». Di seguito la nuova composizione del Consiglio superiore di sanità: Maria Pia Amato, professore associato in neurologia; Rocco Bellantone, preside della facoltà di Medicina e chirurgia dell'università Cattolica del Sacro cuore di Roma; Placido Bramanti, professore ordinario di Scienze tecniche mediche applicate; Adelfio Elio Cardinale, professore emerito di Radiologia presso l'università degli studi di Palermo; Luciano Cavallo, professore ordinario di Pediatria; Anna Clerico, professore associato di Pediatria; Antonio Colombo, attending cardiologist, Stamford medical hospital; Bruno Dalla Piccola, direttore scientifico dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù- Irccs di Roma; Ornella Della Casa Alberighi, farmacologo clinico per il Centro studi della Società italiana di reumatologia (Sir); Elisabetta Deiana, professore ordinario di Patologia generale presso il Dipartimento di scienze biomolecolari e biotecnologie dell'università degli studi di Milano; Gabriella Fabbrocini, professore associato di malattie veneree e cutanee del Dipartimento di medicina clinica e chirurgia dell'università degli studi di Napoli Federico II; Napoleone Ferrara, distinguished professor of Pathology, University of California (San Diego); Silvio Garattini, direttore

dell'istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri". Milano: Adriana Ianieri, professore ordinario in Ispezione ed igiene degli alimenti di origine animale; Andrea Lenzi, professore ordinario di Endocrinologia; Antonio Mantovani, professore ordinario di Patologia generale; Mauro Marchionni, professore emerito di Ginecologia ed ostetricia presso l'università degli studi di Firenze; Giuseppe Novelli, preside della facoltà di Medicina e chirurgia dell'università di Roma "Tor Vergata"; Anna Teresa Palamara, professore ordinario di Microbiologia presso la facoltà di Farmacia e medicina; Gloria Pelizzo, direttore della sc Chirurgia pediatrica; Eleonora Porcu, responsabile Centro sterilità procreazione medica assistita presso l'università di Bologna; Manuela Roncella, direttore del Centro clinico di senologia dell'Azienda ospedaliera universitaria pisana; Anna Sapino, professore ordinario di Anatomia patologica presso l'università degli studi di Torino; Giovanni Scambia, professore ordinario presso l'università Cattolica del Sacro cuore policlinico Gemelli di Roma; Giuseppe Segreto, medico di medicina generale; Roberta Siliquini, direttore della Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva dell'università di Torino; Mario Stirpe, presidente Irccs "Fondazione G.B. Bietti" di Roma; Marcella Trombetta, professore ordinario di Fondamenti chimici delle tecnologie; Raffaele Tuccillo, referendario del Tar Calabria, sede di Catanzaro; Vittorina Zagonel, direttore del Dipartimento di oncologia clinica sperimentale, Iov, Irccs, Padova. I trenta nominati si aggiungono ai 26 componenti di diritto del Consiglio superiore di sanità. I componenti non di diritto durano in carica tre anni a decorrere dalla data di insediamento.

Marco Malagutti

Protesta 2.0, giovani medici a Bianco: tematiche formazione da non trascurare

Un impegno per una forte presenza dei giovani medici nelle commissioni degli Ordini periferici e, come parlamentare, a seguire le tematiche legate alla formazione, sia per quel che riguarda le specialità sia per quel che riguarda la Medicina generale. A chiederlo al presidente Fnomceo **Amedeo Bianco**, intervenuto telefonicamente, i giovani medici che ieri hanno occupato simbolicamente gli ordini di Roma, Napoli e Modena. Lo riferisce il Vice Segretario Nazionale Generale Fimmg **Silvestro Scotti**, che sottolinea il successo dell'iniziativa, ribattezzata protesta 2.0, «una sorta di occupazione virtuale, che si è svolta in collegamento streaming, e che ha esaurito i 1.000 contatti messi a disposizione». I temi all'ordine del giorno sono stati quelli di interesse dei giovani professionisti: dalla mancata programmazione dei posti disponibili alla Facoltà di medicina e chirurgia, alla scarsa programmazione delle borse di studio in Mg e dei contratti di scuola di specializzazione rispetto al numero dei laureati ogni anno, fino alla riduzione dei tempi morti tra la fine della formazione e l'inserimento nel mondo del lavoro e, infine l'abolizione del comma 14 dall'art.5 del Patto per la Salute sulle attività professionalizzanti dei medici in formazione per la medicina generale e il blocco del turn over per i neo-specialisti. «La manifestazione ha toccato in modo trasversale le tematiche della formazione sia per le specialistiche sia per la medicina generale, al di là delle rappresentanze» conferma Scotti. «Perché le difficoltà per l'accesso al mondo del lavoro sono condivise». La protesta, comunque, non finisce. «Per appuntamenti ufficiali se ne riparerà a settembre» conclude il numero due di Fimmg. «Ma il sito creato per l'occasione (<http://noiceneoccupiamoetu.ordinemedicinapoli.it/>) continuerà ad essere aggiornato con i contributi dei giovani medici.

Marco Malagutti