

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
18 FEBBRAIO 2014

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Arriva fascicolo sanitario elettronico ma il patient summary è arduo da compilare

Alla faccia del patient summary “minimalista”. Così penserà chi guarda per la prima volta il format del profilo sintetico del paziente contenuto nell'allegato al decreto sul fascicolo sanitario elettronico appena licenziato dal consiglio dei ministri e ora in conferenza stato-regioni; il format infatti si presenta come una scheda assistito “ristrutturata”, a occhio e croce ci vogliono minuti e ore per compilarlo. «Sicuramente il profilo sanitario sintetico a cura di mmg o pediatra non è una scheda sintetica, come invece dovrebbe essere», ammette il segretario della società italiana di telemedicina **Giancarmine Russo**. «Credo che su questo aspetto le organizzazioni sindacali della medicina generale dovranno lavorare parecchio». La notizia buona però è che la sanità italiana è (quasi) pronta al salto di qualità normativo per dotarsi di un fascicolo sanitario online. La scheda sanitaria del paziente tenuta nei database regionali dovrà contenere i dati clinici e identificativi, i verbali di pronto soccorso, le lettere di dimissione, il dossier sui farmaci assunti. Le regioni potranno aggiungere l'elenco di ricette e impegnative, le cartelle cliniche. E c'è una terza parte compilabile dal paziente, un “taccuino” sul quale riportare i dati di visite effettuate nel privato i cui esiti non entrano nel circuito delle cure Ssn. Sportellisti Asl e amministrativi non potranno accedere ai dati sulla salute; il paziente potrà chiedere al medico di non riportare certi dati o li potrà oscurare e il suo atto di “oscuramento” non sarà evidente al professionista non autorizzato a sapere l'informazione. I dati utilizzati a fini di governo della spesa dovranno essere privi di elementi identificativi. Oltre al patient summary, per Russo ci sono margini di miglioramento in altri campi. Sit aveva chiesto che le informazioni di rapida obsolescenza fossero trattate in un sistema d'accoglienza a parte ma non ve n'è traccia. «Credo nel complesso che occorra migliorare la funzionalità professionale, clinica, del Fse; a breve, Sit pubblicherà un documento di riflessione elaborato dal Gruppo di studio congiunto Sit-Lavse del Cnr annunciato nello scorso autunno». Infine, malgrado oggi il paziente possa negare in qualsiasi momento il consenso a inserire certe informazioni su di sé, all'atto di licenziare il testo definitivo le regioni potrebbero stravolgere le norme di tutela. «Noi confidiamo sull'operato del Garante Privacy, in ogni caso – conclude Russo - la Società italiana di telemedicina viglierà».

Chiamenti: Fimp ha per Sisac un piano su pediatria del territorio

Giampietro Chiamenti, 67 anni, pediatra di famiglia fin dalla prima convenzione del 1981, è il nuovo presidente della FIMP Federazione Italiana medici pediatri, massimo sindacato di

categoria ammesso alle trattative per la convenzione con 5800 mila iscritti su oltre 7500 convenzionati. Chiamenti eletto l'altro ieri succede ad Alessandro Ballestrazzi, sfiduciato lo scorso autunno dalla segreteria del sindacato dopo soli sette mesi di presidenza. La lista di Chiamenti - Insieme per il futuro della pediatria di famiglia- ha ottenuto il 79% dei voti contro il 21% della lista Rinnovamento Fimp guidata da Antonio Fasolino e nella quale si riconosceva il presidente Ballestrazzi. Per Chiamenti, che ha partecipato attivamente alle trattative nazionali fino al 2000 e poi ha seguito le contrattazioni successive come segretario Fimp Veneto, «ora occorre ristabilire i contatti con Sisac e presentare alle Regioni un piano organico per la pediatria di libera scelta. Un progetto che Fimp ha già disegnato». Chiamenti considera un passo avanti l'aver tolto dall'atto d'indirizzo il riferimento ad aggregazioni obbligatorie di pediatri di famiglia e pediatri ospedalieri sul territorio. Ora il testo indica l'esigenza di semplici «modalità di lavoro e percorsi di integrazione» per garantire una reale continuità dell'assistenza in particolare per i soggetti più giovani e fragili. Sulla rimozione dell'obbligo dall'atto aveva espresso sollievo anche il leader uscente Ballestrazzi; Chiamenti oggi spiega che però molto lavoro è ancora da fare sulla bozza. «Le modalità di concertazione con la parte pubblica non sono ancora state definite, c'è il rischio che la parte pubblica possa far passare decisioni attraverso le volontà di singole regioni anziché da regole condivise a livello nazionale. Inoltre fin qui la bozza sembra modellata più sulle esigenze della medicina generale e delle cronicità che per rispondere a bisogni della pediatria di libera scelta. Abbiamo definito controproposte per un modello operativo che intendiamo discutere con serenità». Tra i punti di discontinuità con la presidenza Ballestrazzi c'è l'organizzazione interna. E' in agenda un cambiamento di statuto del sindacato, alcune parti invocano l'esigenza di dar più voce alle minoranze. Chiamenti anticipa: «Le novità nello statuto devono impedire il ripetersi di situazioni come quella vissuta nell'ultimo periodo. Ci vuole una soluzione per contemperare i diritti di tutte le «voci» e, insieme, l'esigenza di governabilità».

Choosing wisely, cinque errori che i radiologi non dovrebbero commettere

In radiologia vi sono procedure inutili, costose e non di rado pericolose: l'American college of radiology (Acr), aderendo all'iniziativa «Choosing wisely», ne ha individuate 5 di maggiore rilievo. 1) No all'imaging per cefalee non complicate. Senza specifici fattori di rischio per alterazioni strutturali è improbabile un cambio di gestione o un miglioramento dell'outcome. Inoltre, reperti incidentali portano a procedure supplementari e costi inutili che non danno benefici al paziente. Chi richiede attenzione immediata è individuabile con esami clinici ampiamente validati. 2) Niente indagini per sospetta embolia polmonare (Ep) in assenza di moderata o alta probabilità pre-test. La trombosi venosa profonda e l'Ep sono abbastanza comuni in clinica, ma sono rare in assenza di alti livelli di D-dimero e altri fattori di rischio. Anche l'angioTc polmonare è rapida e precisa, ma ha un ruolo limitato in chi ha bassa probabilità pre-test in base a criteri sierici e clinici. L'imaging è utile per confermare o escludere un'EP solo nei pazienti ad alta probabilità pre-test. 3) Evitare Rx torace all'ammissione o preoperatorie in pazienti ambulatoriali con anamnesi o esame fisico non rilevanti. Solo il 2% di tali scansioni comporta cambi di gestione. L'esame è giustificato se si sospetta una malattia cardiopolmonare acuta o se c'è positività anamnesticca per malattia cardiopolmonare cronica stabile in pazienti sopra i 70 anni senza Rx torace da sei mesi. 4) Non usare la Tc per valutare una sospetta appendicite nei bambini senza considerare l'ecografia come prima opzione. Qualora i risultati ecografici fossero dubbi, si

può effettuare una Tc. Questo approccio è costo/efficace, riduce i rischi potenziali delle radiazioni ed è molto accurato, con sensibilità e specificità al 94%. 5) Non consigliare imaging di follow-up per cisti annessiali clinicamente irrilevanti (semplici ed emorragiche in età riproduttiva, o piccole e semplici in postmenopausa). Il cancro ovarico, tipicamente cistico, non insorge da queste cisti di aspetto benigno. In postmenopausa usare 1 cm come soglia per cisti semplici.

DIRITTO SANITARIO Caduta paziente: prova liberatoria della struttura sanitaria

Il fatto

Una signora ottantenne, sottoposta a intervento chirurgico di coxartrosi, per la rimozione di una patologia degenerativa della cartilagine dell'anca, mediante il posizionamento di arto protesi coxo-femorale, è stata successivamente ricoverata presso una Casa di Cura per effettuare un trattamento riabilitativo. Nel corso del periodo di permanenza presso la struttura sanitaria, dopo essere stata accompagnata in bagno dal personale infermieristico, è stata lasciata da sola e, nel tentativo di rialzarsi, è caduta a terra procurandosi una lussazione protesica.

Profili giuridici

La paziente ha citato in giudizio la Casa di Cura asserendo che il personale ha omesso di esercitare la vigilanza e il controllo richiesti dal suo stato clinico, non adempiendo correttamente ai doveri derivanti dal contratto di ospitalità. Secondo la difesa della struttura sanitaria la responsabilità è imputabile esclusivamente alla donna, che non si è attenuta alla prescrizione di non alzarsi autonomamente e di richiedere l'assistenza del personale, suonando il campanello di allarme situato all'interno del bagno. Il giudice ha ritenuto che tale circostanza, anche se provata, non sarebbe comunque da sola sufficiente ad integrare la prova liberatoria da responsabilità e a dimostrare il corretto adempimento dell'obbligazione di cura, assistenza e sorveglianza, in quanto è necessario dimostrare di aver adottato misure precauzionali adeguate all'età, alle condizioni psico-fisiche e allo stato di salute della paziente, nonché idonee a prevenire la caduta, anche solo accidentale, di una persona con conclamate difficoltà di deambulazione.

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

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Lorenzin: “Chiunque mi sostituisca porti avanti Patto per la salute e costi standard”

Il ministro uscente della Salute ha affidato il suo testamento politico a un tweet, aggiungendo di avere svolto il suo mandato “con spirito di servizio”. Ospite del programma tv Omnibus ha espresso la necessità che la nuova coalizione di governo abbia “un programma chiaro, credibile e ben definito nei tempi”.

“Ho fatto il ministro con spirito di servizio. Chiunque mi sostituisca porti avanti il

programma: Patto per la salute e costi standard”. È questo il testamento politico che il ministro della Salute “per adesso uscente” (come si è definita lei stessa), **Beatrice Lorenzin**, lascia al suo successore.

Lo ha fatto attraverso twitter, dopo essere stata ospite stamani alla trasmissione Omnibus su La7, dove aveva già dichiarato che “questo è un momento importante anche per rendere attuativi quei decreti che sono fermi nei cassetti e a fare le spolette tra ministero e Conferenza delle Regioni”.

In particolare, Lorenzin è stata chiamata a spiegare cosa il Nuovo Centro Destra chiede al Governo Renzi. “Abbiamo chiesto a Renzi e al presidente della Repubblica – ha affermato - di costruire le condizioni perché ci possa essere un Governo di coalizione che dia certezze italiani”. Il che significa, per Lorenzin, che “ci deve essere chiarezza sulla squadra -, non intesa come ministri, ma sulla squadra politica, cioè sulla composizione politica del governo, su quale sia maggioranza - e soprattutto ci deve essere un programma, che non è un esercizio di retorica come spesso accade in Italia, ma è un elemento che permetterebbe al Governo di avere una vita non solo serena, ma anche chiara nei confronti delle camera e dei cittadini”. Un programma “chiaro” e “credibile”, anche nei tempi. È questa la parola d’ordine per Lorenzin: “Se si vuole fare una stagione veramente di riforme, allora questo va codificato dettagliatamente”, ha dichiarato ad Omnibus. Una necessità che per il ministro della Salute preserverebbe il Governo anche da “veti e controveti di maggioranze parallele, maggioranze trasversali e opposizioni che si ricostruiscono; cose che fanno perdere tempo e non fanno bene a una maggioranza”.

Le condizioni per il voto, del resto, non ci sono “perché non abbiamo ancora una riforma elettorale che ci permetterebbe di uscire dalle elezioni con un vincitore”, ma anche perché “non abbiamo una situazione di sicurezza dei conti che ci permetterebbe di affrontare nuova fase fibrillazione dei mercati”. Dunque, l’unico Governo possibile al momento è, per Lorenzin, “un Governo che nasce con spirito di servizio tra forze politiche che domani saranno antagoniste. Quindi – ha ribadito il ministro della Salute - bisogna trovare il modo di fare un patto di legislatura che dia dei punti fermi e di mettere in campo un progetto credibile e che abbia un tempo definito”.

Pediatri. Giampietro Chiamenti è il nuovo presidente Fimp

L’elezione è avvenuta con il 79% dei consensi e chiude una tormentata fase per la Federazione che, dopo il naturale fine mandato di Giuseppe Mele, aveva visto l’elezione di Alessandro Ballestrazzi, sfiduciato dopo 7 mesi perché “non ha rispettato il programma politico con il quale era stato eletto”.

Con il 79% dei consensi, in un voto espresso dal 93% delle Sezioni Provinciali, **Giampietro Chiamenti** è il nuovo Presidente della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP). Il neo eletto alla guida della FIMP, Pediatra di famiglia veronese, succede ad **Alessandro Ballestrazzi**, presidente per soli 7 mesi a causa di divergenze in seno alla segretaria nazionale che ne ha portato alle dimissioni.

“Cercherò di utilizzare la mia esperienza trentennale al servizio di una Federazione che deve valorizzare la mission sindacale nell’ottica del perseguimento delle legittime prerogative di tutti gli iscritti. Occorre superare al più presto i contrasti interni che negli ultimi mesi hanno frenato l’azione della FIMP, e ritrovare quell’unitarietà che deve essere alla base delle nostre scelte” commenta il neo presidente Chiamenti. All’orizzonte si profilano sfide complesse e cruciali per il futuro della Pediatria di Famiglia, già preannunciate dall’approvazione da

parte del Comitato di Settore Regioni-Sanità dell'Atto di Indirizzo per la medicina convenzionata. “A breve - avverte Chiamenti – ci troveremo di fronte ad una difficile trattativa contrattuale, prefigurata dai contenuti dell'‘Atto di Indirizzo’ di parte pubblica, che potrebbe condizionare il nostro prossimo decennio professionale e l'organizzazione dell'assistenza pediatrica. Tutto ciò - conclude Chiamenti - richiede l'impellente necessità per la FIMP di riattivarsi nei confronti delle istituzioni, di tutto il comparto delle cure primarie e della categoria, richiamando il senso di responsabilità e di appartenenza”.

Nella nuova Segreteria Nazionale della FIMP entrano: **Paolo Biasci, Luigi Nigri, Adolfo Francesco Porto, Giuseppe Di Mauro, Giovanni Semprimi, Giovanni Cerimoniale, Costantino Gobbi, Domenico Careddu.**

Scaccabarozzi (Farmindustria): “Da Renzi ci aspettiamo stabilità e non tagli. Sì a conferma Lorenzin”

Il presidente degli industriali del farmaco auspica che “il nuovo Governo Renzi proceda sulla strada della stabilità data al settore dall' esecutivo Letta, senza i tagli fatti da Monti”. E poi su Lorenzin: “Penso che se verrà riconfermata alla guida del ministero della Salute, sarà una cosa positiva per tutti e in generale per la sanità del Paese”.

Farmindustria chiede al nuovo Governo di proseguire nella politica della stabilità e del 'no ai tagli' avviata dal Governo Letta e guarda con favore alla conferma di Beatrice Lorenzin alla guida del Dicastero di Lungotevere a Ripa.

“Ci aspettiamo continuità nella stabilità - ha spiegato il presidente **Massimo Scaccabarozzi** - perché il nostro settore era stato fortemente messo sotto controllo, negli ultimi 10 anni abbiamo avuto più di 44 manovre, di cui le ultime 4 nel giro di soli 8 mesi. Abbiamo sostenuto il 30% dei tagli in sanità, pur rappresentando solo il 15% della spesa totale”.

Per questo il presidente di Farmindustria riconosce al governo Letta di aver “compreso per la prima volta che la farmaceutica è governata bene e ci ha garantito stabilità, anche grazie al lavoro e alla tenacia di un ministro molto preparato come Beatrice Lorenzin. Penso che se verrà riconfermata alla guida del ministero della Salute, sarà una cosa positiva per tutti e in generale per la sanità del Paese”.

“L'Aifa controlla tutto, negozia i prezzi, gli sconti - ha aggiunto Scaccabarozzi -. Noi rappresentiamo il 15% di tutta la spesa sanitaria, non l' 85% e tutte le altre spese crescono anche in doppia cifra perché non c'è un controllo come lo abbiamo noi. Siamo consci del fatto che la spesa farmaceutica e' abbondantemente sotto controllo perché è l'unica voce della sanità che ha un tetto stabilito e il governo sa bene quanto spenderà in un anno. Se spende di più noi l' eccedenza la restituiamo”.

Farmindustria si augura che “il nuovo governo proceda con la stabilità data al settore dall' esecutivo Letta, senza i tagli fatti da Monti" perché “per migliorare l' efficienza della sanità bisogna intervenire in altri settori, nei servizi e nei beni, dove non ci sono i tetti e i controlli che ha la spesa farmaceutica”.

SOLE24ORE/SANITA'

Incarico di governo a Renzi. La Salute torna ministero di serie B

inglobato nel Welfare?

È durato più di un'ora l'incontro al Quirinale tra il presidente Napolitano e **Matteo Renzi**, che ha ricevuto formalmente l'incarico di formare il nuovo Governo. Per la Salute è rebus sopravvivenza: resterà ministero a sé o finirà di nuovo "mangiato" dal Welfare?

I giochi sono tutti aperti. «L'impegno è per l'allungamento di prospettiva di questa legislatura, che si colloca nell'orizzonte naturale», ha detto Renzi, confermando la volontà di arrivare fino al 2018. «Pertanto prima di qualsiasi discussione è fondamentale che le forze politiche di maggioranza e tutto l'arco costituzionale siano ben consapevoli dei prossimi passaggi». Un commento che suona come un nuovo avvertimento («Non accetto birglie», aveva detto Renzi alludendo alle proteste di **Angelino Alfano**) a chi ha già cominciato a rendere difficile la vita del nuovo premier, costretto ad allungare i tempi per la formazione dell'Esecutivo.

Per la Salute la riconferma di **Beatrice Lorenzin** è appesa a due incognite: la prima è proprio l'esito del confronto Renzi-Alfano (il faccia a faccia doveva esserci ieri ma è saltato); la seconda è la via che il ministero imboccherà. Perché non è affatto escluso che torni a essere inglobato (e risucchiato) dal grande ministero del Welfare. Curioso, se fosse, che l'"omicidio" arrivi dal Pd.

Stamane Lorenzin, ospite di Omnibus di La7, ha rimarcato le urgenze della sanità con una frase che il suo staff ha rilanciato su twitter: «Ho fatto il ministro con spirito di servizio, chiunque mi sostituisca porti avanti il programma: Patto per la salute e costi standard». A chi le ha chiesto se fosse un addio (oggi, nella ridda di nomi, è spuntato persino quello di **Gino Strada**, il fondatore di Emergency) ha spiegato che no, è soltanto un modo per rimarcare di non essere assolutamente attaccata alla poltrona e di avere a cuore le sorti del Ssn. Certo è che se si decidesse davvero di cancellare il ministero della Salute sul Patto bisognerebbe ripartire da zero. Tabula rasa, per giunta con un dicastero depotenziato.

La salute secondo Matteo

Da Enrico a Matteo, passando per Beatrice. Sfrattato dal suo stesso partito con una coda di veleni che è solo agli inizi in un drammatico giovedì 13 febbraio, Letta ha lasciato al caro nemico Renzi la poltrona di palazzo Chigi il giorno dopo, venerdì 14 febbraio. E come spesso capita nei romanzi noire, anche stavolta San Valentino non ha fatto sbocciare l'amore mai nato tra i due toscani-contro. Del resto, come poteva il santino dei cioccolatini favorire amorosi sensi tra Firenze e Pisa? Ben altri santi sarebbero serviti.

E allora eccoci al nuovo, un premier a soli 39 anni che si gioca la partita della vita. E quella dell'Italia, come dice lui stesso e come speriamo in tanti. Anche se tutto dipende da cosa vorrà fare con quel programma choc che ha annunciato in due soli mesi. Vedremo. Di sicuro la drammaticità della situazione (politica ed economica) che si apre ora, ci presenterà col nuovo Governo un conto non esattamente dolce, almeno nell'immediato, sperando che davvero stavolta si riesca a costruire l'ormai mitico «futuro»: occupazione, fisco leggero, spesa pubblica qualificata. E riforme, riforme, riforme...

Già, le riforme. Dove la sanità e il welfare, al di là di ciò che accadrà con la formazione della squadra di Governo e [del destino della Salute ministero di serie A o di serie B](#), non saranno una partita minuscola. Anzi. Con quel «Patto» atteso alla prova da troppo tempo che ora, con la conferma (per la quale rema) della ministra Lorenzin, è da considerare sempre in pista. Matteo Renzi permettendo, che in ogni caso potrà intestarselo. E (nuovo) ministero

dell'Economia concedendo. Che tutto procederà liscio, è presto per dirlo. Anche perché l'incognita su quanto il neo-premier imporrà, è grande come una casa. Insomma: qual è il Renzi pensiero sui destini della Sanità pubblica?

Domanda lecita, se solo si guarda al suo programma «Cambiare verso» in occasione delle primarie Pd di dicembre. Sarà per quell'eccesso di sintesi e di comunicazione efficace e così sbrigativamente twitteriana che lo anima, certo è che il premier-sindaco in quel librettino per gli elettori sulla Sanità ha preferito non dilungarsi. Salvo dire che «l'espansione dei diritti alla persona non può essere un'operazione a somma zero, in cui qualcuno vince e qualcuno perde: dev'essere al contrario un modo per far crescere l'intero Paese. L'altra faccia della medaglia dello sviluppo economico è infatti rappresentata da quello civile». E per questo «l'Italia deve costruire una cultura dell'inclusione». Chi ci capisce? E poi? E come? E che ne facciamo del Ssn e dei suoi guai, delle fughe da casa per curarsi, dei debiti, degli sprechi, della corruzione, del Sud che affonda, del personale senza contratto e di quello fannullone e di chi lavora troppo, della filiera industriale. E del federalismo sanitario, che se ne fa? Che ne pensa e che vuol fare Matteo?

Sicuramente Lorenzin vorrà mandare un appunto al suo nuovo premier che ha a lungo combattuto quando era "solo" sindaco e segretario del Pd. Qualcosa più di un tweet o di un sms arriverà a Renzi da Lungotevere Ripa. E le Regioni, poi, proprio quelle Regioni che Renzi, anima da sindaco, non si può dire che adori, che faranno? Le spine non mancheranno. Dopo che Enrico Letta, lasciando in eredità il suo "Impegno Italia" prima di dare l'addio, non ha scordato alcune notarelle su ciò che avrebbe fatto: il Patto da incassare entro marzo, la lotta al gioco d'azzardo patologico, la digitalizzazione, il completamento dei pagamenti della Pa alle imprese fornitrici soffocate dai crediti insoluti.

E così ora Matteo, forse affiancato da Beatrice, ma anche dal fido **Davide Faraone** delegato al Welfare per il Pd, dovrà rivelarci il suo pensiero sanitario. Sul Patto, per dire, si va allo stop agli ospedali sotto i 60 letti, ma al Sud non va giù. Si pensa di mettere mano ai dipartimenti e ai primariati. Farmaci e dispositivi sono nel mirino. Sul riparto dei fondi, ecco dalla Campania la pregiudiziale che per riconoscere la deprivazione e dare un peso maggiore alla popolazione giovane. Col resto del Sud che concorda e le altre Regioni che non ci stanno esattamente.

Belle grane. Senza dimenticare la spending review, che sembrava in rampa di lancio con **Carlo Cottarelli**, con l'aggiunta del fatto che il commissario alla spending con Saccomanni erano in urto (eufemismo) con Lorenzin che pretendeva di fare lei (e le Regioni) col «Patto» i risparmi, trattenendoli nel Ssn «per rilanciarlo e investire», col di più di un aumento dei fondi per 7,6 mld nel 2015-2016.

Cosa dirà adesso il Vangelo secondo Matteo?

Oasi 2013: vizi e virtù di un Ssn risparmioso. Il nostro sistema è tra quelli che spendono meno e meglio di Patrizio Armeni, Francesca Ferré e Silvia Sommariva (Cergas Bocconi) *

La spesa sanitaria mostra andamenti differenti nel panorama internazionale. Gran parte di questa variabilità è riconducibile alla tipologia di sistema sanitario adottato dai diversi Paesi (servizio sanitario nazionale, assicurazione obbligatoria o sistema di mercato). Il sistema sanitario italiano si conferma in linea con gli altri Paesi con Ssn (crescita della spesa in rallentamento e peso su Pil inferiore rispetto a quanto avviene nei Paesi con assicurazione obbligatoria o nei sistemi di mercato). È quanto emerge dal Rapporto Oasi 2013 del Cergas

Bocconi.

Nel 2012, in Italia, si registra una spesa sanitaria pubblica pro-capite media di \$PPA 2.418 (Figura 1), inferiore rispetto ad altri Paesi europei come Francia (\$PPA 3.135), Germania (\$PPA 3.316) o Regno Unito (\$PPA 2.747). La spesa sanitaria pro-capite complessiva ha registrato un tasso di crescita medio annuale tra i più bassi della zona EU-15 e pari, in termini reali, allo 0,3% nell'ultimo biennio (2009-2011) e all'1,7% nel periodo 2000-2011. Il nostro Ssn si conferma, quindi, come un sistema parsimonioso.

Tale evidenza è ulteriormente avvalorata dall'elevato grado di appropriatezza, misurato in termini di ospedalizzazioni evitabili. Ad esempio, prendendo in considerazione alcune patologie tipicamente trattabili al di fuori dei contesti ospedalieri (asma, Bpco, diabete), i ricoveri evitabili per 100.000 abitanti nel 2009 in Italia sono stati 155, contro i 318 del Regno Unito e i 236 della Germania.

Spesa contenuta e consumi appropriati identificano un sistema efficiente non solo in senso tecnico, ma anche in senso allocativo. A tal proposito, va anche notato che il nostro Ssn ha una dotazione di posti letto ospedalieri inferiore a quella dei grandi Paesi Eu (3,4 ogni 1.000 abitanti, contro 6,4 della Francia e 8,3 della Germania), dimostrandosi all'avanguardia nella gestione dei servizi di cura in continuità tra ospedale e territorio.

È, tuttavia, da rilevare che in alcuni ambiti l'uso delle risorse sanitarie non è sempre in linea con la pratica internazionale, ad esempio per gli elevati consumi di antibiotici e la prevalenza di parti cesarei. Inoltre, un quinto della spesa totale è out-of-pocket (Figura 1), valore non elevato in sé, ma mediamente superiore a quello di altri Paesi europei e che potrebbe rappresentare la contropartita dell'efficienza in termini di equità del sistema.

Spesa sanitaria pubblica e privata

Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica e privata) nel 2012 è rimasta costante rispetto al 2011, con un valore poco superiore ai 140 miliardi di euro, pari al 9% del PIL. La componente pubblica, quasi 113,7 miliardi, è cresciuta dell'0,8% rispetto al 2011, un aumento contenuto come avvenuto anche l'anno precedente (+0,9%) a conferma di un deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni. Anche la spesa sanitaria privata ha registrato un tasso di crescita contenuto.

Nell'ultimo anno, secondo quanto riportato nell'indagine sui consumi dei cittadini Istat, la spesa sanitaria privata è diminuita del 2,8%, a fronte di un trend opposto registrato tra il 2010 e il 2011, anni in cui essa era cresciuta dell'1,9% e 2,2% rispettivamente, ovvero circa il doppio rispetto alla spesa pubblica corrente (dati definitivi Eurostat). Per quanto riguarda la componente pubblica, al fine di evidenziarne il legame con scelte di politica sanitaria e gestionali, è interessante analizzarne la scomposizione per fattori interni ed esterni (Figura 2). I fattori considerati interni all'azienda sanitaria comprendono i costi per il personale dipendente e per gli acquisti di beni e servizi (inclusi gli accantonamenti), mentre sono considerati fattori esterni la farmaceutica convenzionata, la spesa per i medici di medicina generale, la spesa per l'assistenza convenzionata, l'ospedaliera accreditata e le voci residuali.

Nel 2012, il 62,2% della spesa è rappresentato dai fattori interni (come nel 2011). Il trend di crescita di fattori esterni ed interni risulta particolarmente interessante: negli ultimi anni, infatti, si è assistito ad un processo di parziale internalizzazione di alcuni fattori produttivi. Questo ha permesso di riportare (pur in piccola parte) all'interno del perimetro direttamente

controllato dalle aziende sanitarie alcune voci di spesa, precedentemente regolate per convenzione o esternalizzate.

Dal 2010, però, il tasso di crescita dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni, a riprova del fatto che alla fase di internalizzazione è seguita la fase di contenimento delle voci di spesa, soprattutto la spesa per acquisti. Nel 2012, infatti, quest'ultima è cresciuta in modo minore rispetto alla media degli ultimi anni (Figura 3). A tal proposito è importante notare un'accresciuta attenzione sulla spesa per dispositivi medici che ha preso avvio con la L. 111/2011 (che ha istituito un tetto del 5,2% per il 2012) ed è proseguita con la "spending review" (L. 135/2012). Quest'ultima ha previsto una riduzione del 5% degli importi e dei volumi di fornitura per il secondo semestre 2012 e l'introduzione di un tetto del 4,9% per il 2013 (successivamente ridotto al 4,8% dalla legge di stabilità) e del 4,8 per il 2014 (successivamente ridotto al 4,4% dalla legge di stabilità). Negli ultimi due anni, inoltre, anche la spesa per il personale ha mostrato tassi di crescita negativi. Le Regioni e le Asl, pertanto, hanno individuato nei fattori interni una leva privilegiata di contenimento della spesa.

Le componenti di spesa sanitaria pubblica e privata, quindi, crescono sempre meno. Questo anche a fronte delle politiche sanitarie dell'ultimo anno caratterizzate dalle numerose manovre di correzione degli stanziamenti inizialmente previsti. L'analisi della spesa, pertanto, è intimamente legata all'evoluzione del finanziamento.

Finanziamento Ssn

Con l'espressione "finanziamento del Ssn" si fa, in genere, riferimento a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni ex-lege destinate alla copertura della spesa sanitaria (voce di preventivo). Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'insieme dei ricavi del Ssn, rilevati a consuntivo, tra cui rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del Ssn e i trasferimenti da privati. È in rapporto a questo secondo concetto di finanziamento che si calcola il disavanzo.

Per l'anno 2012, il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del Ssn, è stato definito in 107,961 miliardi di euro e il rapporto tra ricavi netti e PIL si attesta a 7,2%, valore in linea rispetto ai tre anni precedenti. L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del SSN a livello nazionale, rispetto al 2011, è stato dell'2,7%, mentre il finanziamento medio procapite nazionale è stato pari a 1.852 euro. I ricavi del Ssn per l'anno 2012, invece, ammontano complessivamente a 112,641 miliardi di euro. L'incremento percentuale rispetto al 2011 è dell'2,7%.

Disavanzi

Rispetto alle dinamiche dello scorso decennio, il disavanzo del sistema è notevolmente diminuito, attestandosi a 1,04 miliardi nel 2012, in riduzione rispetto al disavanzo del 2011 (-17,3%) e pari allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica corrente (cfr. Figura 4). Ciò a conferma della capacità delle Regioni di programmare e fare rispettare i tetti di risorse disponibili, essendo state responsabilizzate in tal senso.

A questo proposito, continua la diminuzione del disavanzo delle regioni in Piano di rientro (rispetto al 2005, il disavanzo della Campania si è ridotto a un decimo nel 2012, quello del Lazio ad un quinto, quello della Sicilia è stato sostanzialmente azzerato), generando un progressivo quadro di equilibrio finanziario tra tutte le regioni del SSN. Permangono,

tuttavia, situazioni altamente eterogenee tra le Regioni. Nel 2012, infatti è aumentata la variabilità della spesa sul territorio e il disavanzo pro-capite cumulato (2001-2012) varia tra i 2.562 euro del Lazio e l'avanzo di 171 euro del Friuli-Venezia Giulia.

Mettendo a sistema quanto osservato rispetto al posizionamento internazionale del nostro Ssn e alle dinamiche interdipendenti di spesa, finanziamento e azioni di contenimento dei disavanzi, è possibile derivare due conclusioni. Primo, siamo un sistema mediamente efficiente, seppure con evidenti eterogeneità territoriali. I servizi sanitari regionali, da un lato hanno l'obiettivo di garantire livelli comparabili di prestazioni, ma dall'altro sono obbligati a fronteggiare situazioni di equilibrio economico e finanziario estremamente differenti. Secondo, proprio l'elevato livello attuale di efficienza rende particolarmente sfidante il miglioramento al margine, tenendo in considerazione che i processi di cambiamento di assetti istituzionali e pratiche gestionali sono necessariamente graduali.

- [dal Sole-24 Ore Sanità n. 5/2014](#)

Convenzioni: dallo Snamì una tavola rotonda virtuale per «smascherare» l'attacco alla medicina generale

No a «indennità riassorbite dalle nuove strutture Aft e Uccp», al conseguente calo degli emolumenti, al licenziamento del personale di studio, «alla confusione dei ruoli tra continuità assistenziale e medici di assistenza primaria che potrebbero tornare a fare la notte e i festivi». Altolà alla «chiusura degli studi medici dei piccoli Comuni rurali e disagiati eliminando quella capillarità dell'assistenza sanitaria nel territorio».

Lo Snamì parte alla carica dell'[atto di indirizzo appena trasmesso al Governo dal comitato di settore](#) e fa partire sul suo sito una tavola rotonda virtuale. Per far emergere «quello che si vorrebbe fare della medicina generale» con il prossimo rinnovo convenzionale «a costo sotto zero» Un disegno che - assicura il presidente del sindacato, **Angelo Testa** - «porterà a uno smantellamento del rapporto fiduciario ad personam per passare ad un rapporto diretto verso la struttura, nonostante lo stesso centro studi della Bocconi abbia chiaramente certificato che l'impatto dell'associazionismo medico sull'assistenza sia pari a zero».

Testa parla di «percorso, benedetto dai soliti noti, a favore di una trasformazione ancora più drastica del medico di medicina generale in un soldatino dipendente nella sostanza, più povero e vulnerabile, letteralmente sradicato "di peso" dal suo studio dove esercita la professione nei confronti dei pazienti che lo hanno liberamente scelto».

Il lavoro rende disabili 2mila donne ogni anno: nella sanità il top di infortuni

Il lavoro rende disabili ogni anno circa 2mila donne: tante sono quelle che, tra le 250mila infortunate, subiscono una lesione grave che dà loro diritto a un vitalizio per inabilità permanente. I settori più a rischio sono l'agricoltura (15,4% degli infortuni) e la sanità (12,7%): è in quest'ultimo che si registra il più alto numero di incidenti per le donne. Le più colpite sono le infermiere che lavorano in ospedale.

I dati emergono da un rapporto dell'Anmil (Associazione nazionale mutilati

e invalidi del lavoro), realizzato con il supporto tecnico di Datamining e Interago, dal titolo "Tesori da scoprire: la condizione della donna infortunata nella società. Un'indagine sulle donne vittime del lavoro". La ricerca, presentata oggi a Roma, evidenzia che a livello generale la quota di straniere infortunate è pari al 15% del totale delle lavoratrici.

L'identikit

Alla data del 31 dicembre 2012 i "disabili da lavoro" rilevati dall'Inail sono circa 690mila, dei quali oltre 96mila donne. La componente maschile resta dunque fortissima (86%) rispetto a quella femminile, in netto contrasto con quanto si verifica per la disabilità in generale, dove le donne rappresentano i due terzi del totale.

Il 53,6% delle donne disabili ha limitazioni di natura motoria che possono riguardare gli arti inferiori o superiori ovvero la colonna vertebrale. Il 10% ha disabilità di natura psico-sensoriale, costituite prevalentemente da limitazioni nel sentire (ipoacusia o sordità), nel vedere (ipovedenti o ciechi), nel parlare o da problemi di natura psichica o mentale. Le disabili di natura cardio-respiratoria sono poco più di 4.600 (4,8%). Il restante 31,1%, circa 30mila disabili, rientra invece nella categoria denominata "altre e indeterminate", dove sono comprese tutte le varie tipologie di menomazione per le quali, precisa Inail, le informazioni presenti negli archivi gestionali non hanno consentito una attribuzione univoca o prevalente a una specifica delle tre disabilità definite.

Prevalgono le anziane: circa 66mila hanno più di 64 anni (68% del totale); molto numerosa anche la classe di età compresa tra i 50 e i 64 anni che conta circa 21mila donne disabili (22%). In pratica, più di due donne disabili su tre hanno almeno 65 anni e il 90% è ultracinquantenne. La stragrande maggioranza delle donne disabili da lavoro (circa 84.000, l'87,5%) è stata vittima di un infortunio, rispetto alle 12mila donne che hanno contratto una malattia professionale (12,5%).

In Umbria tasso record di donne disabili

Sul piano territoriale le donne disabili risultano distribuite in misura poco uniforme tra le grandi aree geografiche del Paese, con una decisa prevalenza nel Mezzogiorno (28,2% del totale nazionale) e al Centro (27,5%); sensibilmente più ridotta, invece, la presenza al Nord (22,8% nel Nord-Est e 21,4% nel Nord-Ovest). La composizione territoriale cambia però in misura significativa se, anziché i valori assoluti, si considerano i tassi di disabilità, espressi dal rapporto tra numero di donne disabili di una Regione e numero complessivo di donne residenti nella stessa Regione.

A fronte di un valore medio nazionale pari a 3,2 donne disabili da lavoro per ogni mille donne residenti si registra un valore pari a ben 7,9 per l'Umbria: in questa Regione la presenza di donne disabili da infortunio o malattia professionale è superiore di 2,5 volte rispetto alla media italiana. Molto elevato anche il tasso relativo alle Marche (6,7), alla Toscana (5,8) e all'Emilia Romagna (5,6). Sono queste, peraltro, le Regioni che presentano gli indici di frequenza infortunistica più elevati in assoluto.

Lo stress del percorso

Ben il 35% degli infortuni femminili di particolare gravità (grado di menomazione dal 16% al 100%) si verificano nel percorso casa-lavoro-casa. Vuol dire che ogni anno circa 500 lavoratrici diventano disabili a causa di questa particolare tipologia di infortunio. Per l'Anmil si tratta di un percorso in cui si concentrano tutti gli stress e le molteplici difficoltà

di conciliazione lavoro-casa-famiglia della donna lavoratrice (come svegliare i figli, accudirli, portarli a scuola, svolgere altre incombenze prima di correre al lavoro o tornare a casa), con inevitabili riflessi negativi sul piano della lucidità e quindi della sicurezza.

Grasso: «Dati preoccupanti»

Per il presidente del Senato, **Piero Grasso**, molti dei dati emersi dallo studio sono «preoccupanti». «Evidenziano - ha sottolineato alla presentazione dell'indagine - come ancora la donna continui ad avere più problemi rispetto agli uomini sotto diversi profili, tra i quali quello dell'accesso al mercato del lavoro, quello della tutela della salute sui luoghi di lavoro, quello della conciliazione dei tempi di lavoro e di vita familiare». In futuro, per Grasso, occorrerà migliorare le leggi vigenti per prestare più attenzione alle differenze di genere sui luoghi di lavoro.

Dello stesso avviso **Valeria Fedeli** (Pd), vicepresidente del Senato:

«Dalla condizione delle donne emerge tutta la difficoltà dell'Italia di fronteggiare le disuguaglianze e rispettare quell'obbligo di impegnarsi per ridurle che ci viene indicato dall'articolo 3 della Costituzione. Vorrei che alla battaglia contro la violenza maschile, alla sfida per una democrazia paritaria, alla difesa dei diritti e delle libertà delle donne, all'azione per valorizzare il capitale femminile nel lavoro e nelle imprese, si aggiunga un piano per garantire la salute e la sicurezza delle donne».



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584