

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
24 LUGLIO 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Asl, l'opposizione attacca Pronti gli emendamenti I Riformatori annunciano una proposta di legge alternativa a quella del Pd Federazione dei medici: «L'Agencia regionale non può occuparsi di appalti»

Una proposta di legge tira l'altra, almeno è così nella sanità. Dopo quella del centrosinistra, all'ordine del giorno della commissione del Consiglio, di Pier Mario Manca e del Partito dei sardi, congelata, del Cd, potrebbe essere riesumata dalla passata legislatura, e in attesa che l'assessore Luigi Arru presenti la sua, ora a fare un passo avanti è anche la minoranza. I Riformatori. Con il coordinatore regionale Michele Cossa, hanno annunciato che presenteranno una loro proposta di legge sulla riorganizzazione del sistema sanitario. La bozza è ancora segreta, ma è chiaro che sarà in alternativa a quella del centrosinistra. I Riformatori sono decisi a smontare il progetto del Pd e della maggioranza di costituire una nuova Asl (però pare nel frattempo già retrocessa a dipartimento da chi l'ha studiata) per regionalizzare il servizio del 118, ora diviso fra Cagliari e Sassari. L'obiettivo è di sicuro questo ed è stato chiaro sin dai primi commenti negativi all'ipotesi di una nuova Azienda: «Siamo di fronte a un errore madornale», ha scritto pochi giorni fa Franco Meloni, presidente del Centro studi del movimento. Proprio per cercare di fermare la marcia del piano di riordino pensato dal centrosinistra, i Riformatori hanno chiesto al presidente della commissione Sanità che le bozze siano discusse insieme. La risposta di Raimondo Perra (Sardegna Vera-Psi) per ora non è andata oltre un diplomatico: «Quando sarà presentata anche la proposta dei Riformatori sarà inserita al più presto all'ordine del giorno». Come e quando non è chiaro. Emendamenti. Si sa già che l'opposizione ha in mente di provare a scardinare la riforma del centrosinistra con molti emendamenti non solo sulla Asl per le urgenze, ma anche sulla trasformazione dei piccoli ospedali in centri di pre-ricovero. Bisognerà vedere quali saranno le controproposte del centrodestra e Sarà anche questo un altro degli argomenti forti della prossima riunione della commissione Sanità (domani?) dopo che le prime sedute sono state sempre al calor bianco. Nuovi dubbi. Dopo i sindacati – tra l'altro saranno riconvocati per mettere alla minoranza di porre delle domande dopo lo scontro di martedì – anche l'Ordine regionale dei medici si è detto perplesso sulla bozza del centrosinistra. Questa volta – secondo il presidente della Federazione, Agostino Sussarellu, i dubbi sono sulla collocazione della Centrale unica acquisti e appalti all'interno dell'Agencia regionale della sanità. Secondo i medici, all'agenzia oggi la legge attribuisce altre competenze ed è forte il rischio che aumentino i problemi in un settore molto delicato come quello degli approvvigionamenti.

SASSARI Il Fand dona un elettrocardiografo

La sezione del Fand, Associazione italiana diabetici di Sassari, ha donato un moderno elettrocardiografo al centro Ipertensione di San Camillo. La cerimonia di consegna si è

svolta alla presenza del Presidente del Fand Ettore Giuliani e di Antonio Viridis, direttore del Centro prevenzione diagnosi e terapia dell'ipertensione arteriosa e delle complicanze cardiovascolari. «L'apparecchio servirà a incrementare il numero di esami elettrocardiografici eseguibili» ha detto il primario. La donazione deriva dal Premio Fand 2014 che l'associazione ha ricevuto lo scorso 6 aprile a Pesaro, per il progetto "Progetto Cuore e Diabete" promosso grazie all'intesa con il centro prevenzione, diagnosi e terapia dell'ipertensione arteriosa della Asl n° 1, in accordo con il distretto sanitario di Sassari, volto a fornire un contributo alla prevenzione cardiovascolare nelle persone con diabete mellito. Il Centro ipertensione, situato nel villaggio San Camillo, già da ottobre 2013 ha attivato in via sperimentale una corsia preferenziale di valutazione cardiovascolare che si avvale di metodiche diagnostiche non invasive, dedicata a pazienti con diabete che presentino un profilo di rischio particolarmente alto. Il progetto vede il sostegno e la collaborazione oltre che della Fand – associazione italiana diabetici, anche dell'Adms, associazione diabete mellito Sardegna-celiachia, della Diabetologia dell'ospedale Santissima Annunziata, della Diabetologia della Aou e dei diabetologi territoriali del distretto di Sassari.

OLBIA Pasticcio Asl-Inps, un barista perde i giorni di malattia

Prima il danno, e poi la beffa. Il danno è un infortunio (una frattura al braccio), la beffa è il mancato invio telematico della certificazione da parte dell'ospedale all'Inps. Risultato: a un barista che lavora in città non sono riconosciuti i giorni di malattia. «Soldi persi non per colpa mia - racconta il barista -, ma per un sistema che evidentemente non funziona. Ho voluto parlare del mio caso, perché forse ce ne sono altri e perché sarebbe bene che un disguido di questo tipo non capitasse più». Il barista entra nei dettagli raccontando la sua storia. «Il 19 marzo scorso sono caduto e mi sono fratturato il braccio. L'incidente è avvenuto a casa e quindi, come succede in questi casi, scatta la malattia. Sono andato al pronto soccorso e, il giorno successivo, sono stato visitato dall'ortopedico. Ed ecco il braccio ingessato e i primi trenta giorni assegnati. Che sono diventati 45, dopo un nuovo controllo. Un tempo, era il medico di base che rilasciava il certificato. Ma ora non è più così. E' l'ospedale che deve comunicare per via telematica la mia malattia. Non è avvenuto e io non ho ricevuto un euro in busta paga. Ho chiesto spiegazioni, ho cercato risposte in vari uffici ma non le ho ottenute. Un mese dopo, visto che mi sono fatto sentire, dal pronto soccorso è stata inviata la comunicazione, ma ormai, come mi ha fatto sapere l'Inps, era troppo tardi. Mi sono quindi ripresentato in un ufficio dell'ospedale (dove ero già stato) e mi sono sentito dire queste parole: "Le consiglio di rivolgersi a un avvocato". E perché mai dovrei spendere soldi per pagare un legale, se l'errore non è il mio? Io chiedo di avere ciò che mi spetta di diritto, nulla di più. "La legge non ammette ignoranza", mi è stato anche ripetuto. Ma l'ignorante o il negligente non sono certamente io».

L'UNIONE SARDA

OLBIA Giovannelli: «La Asl non si tocca»

Ci risiamo. «La Asl numero 2 non si tocca». Il sindaco Gianni Giovannelli, chiarisce la sua posizione circa il possibile riordino delle aziende sanitarie sarde. Non per la prima volta, Giovannelli difende a spada tratta la Asl numero 2: anche nel 2013, la Regione con il presidente Ugo Cappellacci ipotizzò un accorpamento. I sindaci galluresi protestarono in modo compatto e l'idea rimase incompiuta. Oggi, il braccio di ferro si ripropone. «La

commissione Sanità del Consiglio regionale è impegnata nell'analisi del disegno di legge di riordino del servizio sanitario regionale, proposto dalla Giunta Pigliaru – dice Giovannelli - e sembrerebbe che alcune forze politiche stiano prendendo in considerazione la scomparsa della Asl di Olbia e il suo accorpamento con Sassari o Nuoro. La Gallura non può che opporsi con forza». Giovannelli sostiene che un accorpamento avrebbe due effetti deleteri: il peggioramento del servizio sanitario e la scomparsa della stessa entità geografica, con autonomia gestionale ed amministrativa, della Gallura. Ieri è intervenuto anche il consigliere regionale di Forza Italia Giuseppe Fasolino. «Non vorremmo - scrive in una nota - che la tanto decantata azione di risparmio nel campo della Sanità si risolvesse al solo taglio della Asl di Olbia. Se così fosse siamo pronti a fare le barricate».

ALGHERO L'ospedale è un cantiere: i pazienti chiamano i Nas

L'ospedale Civile cade a pezzi e i pazienti si rivolgono ai carabinieri del Nas. Una visita nell'ala est della struttura sanitaria, ancora interessata dai lavori di riqualificazione, avrebbe svelato alle divise tutto il degrado di un cantiere aperto che sembra non avere fine. Lo denuncia il gruppo consiliare dell'Upc che ha già interessato del problema l'assessore regionale alla Sanità perché intervenga in maniera decisa con la Asl di Sassari. L'ospedale necessita di potenziare i reparti e il personale. «Non capiamo neanche i motivi che ostacolano la nomina del nuovo primario di Chirurgia», dicono Gianni Cherchi e Linda Oggiano, «e quali ragioni osteggiano l'apertura di Risonanza magnetica presso l'ospedale Marino. La sanità algherese merita un rilancio convinto - continuano - anche con l'apertura di una lungodegenza e una riorganizzazione dei servizi ospedalieri».

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Il personale del Ssn. Un esercito di 715.992 addetti. Età media 47,3 anni. Il rapporto del ministero

I dati, riferiti al 2011, contano 243.855 medici, 332.857 infermieri, 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 ed ispezione. Tra i contratti, 665.031 a tempo indeterminato, 34.125 unità con rapporto di lavoro flessibile e 16.836 personale universitario. Nel 2010 il personale del sistema sanitario nazionale ammontava a 724.245 unità. IL DOCUMENTO.

Diminuisce il personale del sistema sanitario nazionale. Ad evidenziarlo è la seconda fotografia scattata dal ministero della salute al personale dipendente che opera nelle Aziende Sanitarie Locali (strutture territoriali ed ospedali), nelle Aziende Ospedaliere e nelle Aziende Ospedaliere Universitarie. Ad esso si aggiunge il personale dipendente dell'Università che eroga prestazioni assistenziali presso le Aziende Sanitarie, il personale delle strutture equiparate al pubblico cioè dei Policlinici universitari privati, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), degli ospedali classificati, degli istituti qualificati presidi delle USL, degli enti di ricerca, ma anche del personale delle case di cura convenzionale "poiché concorre all'erogazione delle prestazioni sanitarie per conto del Ssn" e delle personale delle strutture di riabilitazione ex art 26 legge 833/78, i medici di

continuità assistenziale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Dalla sommatoria e dall'integrazione dei dati disponibili dalle varie fonti informative analizzate il ministero infatti ha contato nel 2011 ben 715.992 dipendenti nel Ssn a fronte dei 724.245 dell'anno precedente. Nel 2011, in particolare, c'erano 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 ed ispezione che operano nei vari livelli di assistenza: medicina primaria, riabilitazione, ospedaliera, ambulatoriale. L'età media del personale è pari a 47,3 anni, con valori inferiori al valore medio per il personale infermieristico (44,5 anni), tecnico sanitario (45,9 anni) e con funzioni riabilitative (46,7 anni).

Delle 715.992 unità, nel 2011, 665.031 avevano un contratto a tempo indeterminato, in 34.125 casi si trattava di persone con rapporto di lavoro flessibile e in 16.836 di 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.

Nel corso del 2011 sono cessati dal servizio 30.454 unità di personale di cui circa il 51% è costituito da personale collocato a riposo per limiti di età, dimesso con diritto a pensione, rapporto di lavoro risolto con 40 anni di contribuzione e licenziato (cosiddetti cessati puri). Complessivamente, l'anzianità media di servizio risulta pari a 17,3 anni; si passa da 8,3 anni per il ruolo professionale a 15,5 per i medici e a 17,3 anni per il personale infermieristico.

Ecco i dettagli della seconda edizione dell'analisi del Ministero della Salute sul personale Ssn.

MEDICI. Nel 2011 i medici impiegati nelle ASL, nelle aziende Ospedaliere ed Universitarie, negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV al 31/12/2011 risultano pari a 109.170 cioè 1,84 medici per mille abitanti, operano 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 funzionale di chirurgia con 25.435 unità di cui il 64% nelle specialità di chirurgia generale, ginecologia ed ostetricia, ortopedia e traumatologia; nell'area funzionale di medicina con 42.210 unità di cui il 54% nella 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 ed 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 ed isole rispettivamente 22% e 13%. Con riferimento ad alcune specializzazioni ed a specifici gruppi di popolazione, è stato realizzato un approfondimento sulla distribuzione per regione dei medici del SSN.

Pediatria: con riferimento alla medicina di base si rileva una media di 0,99 pediatri di libera scelta ogni 1.000 residenti tra 0 e 14 anni non compiuti, mentre nelle aziende sanitarie sono 0,44 i pediatri per 1.000 residenti di età 0 e 18 anni non compiuti.

Geriatría e Medicina interna: i geriatri presenti nelle strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale sono nel 2011 pari a 1.422 unità pari a 0,12 per 1.000 residenti di età 65 e oltre, mentre la medicina interna è presente con un numero di medici pari a 0,63 per 1.000 abitanti ultra 65-enni.

Chirurgia generale e dell'apparato digerente: nell'area funzionale di chirurgia si rilevano 0,14 chirurghi generali e dell'apparato digerente ogni 1.000 residenti adulti (età superiore o uguale a 18 anni).

Ostetricia e ginecologia: nell'area chirurgica si rilevano nell'anno 2011 0,26 medici ginecologi/ostetrici ogni 1.000 donne in età compresa tra 14 e 64 anni.

Attività libero professionale: dal conto annuale è possibile rilevare il numero di medici del SSN con rapporto contrattuale di esclusività con la propria azienda sanitaria. Inoltre, dal 2011 nella tabella 1F, è stata introdotta una sezione dedicata alla rilevazione dei dirigenti medici che esercitano l'attività professionale intramuraria e intramuraria allargata, in quanto il rapporto di esclusività è condizione necessaria ma non sufficiente per l'esercizio della libera professione.

Nel 2011 i medici che operano nelle aziende sanitarie con rapporto esclusivo ammontano a 103.202 unità (ossia il 94,5% dei medici a tempo indeterminato) 42.542 medici cioè il 39% svolgono attività libero professionale intramuraria e 18.458 cioè il 16,9% del totale a tempo indeterminato svolgono attività libero professionale allargata cioè fuori dagli spazi aziendali. A livello regionale esistono notevoli differenziazioni sia in termini generali di esercizio dell'attività libero professionale sia in termini specifici di tipologia di svolgimento della stessa. Più precisamente la percentuale dei medici con attività libero professionale intramuraria passa dall'11,8% in Abruzzo al 97,1% nella P.A di Trento; molto disomogenea è la distribuzione percentuale dei medici con attività libero professionale allargata: quasi inesistente in alcune zone quali Bolzano, Trento e Toscana, con punte del 45,2% in Molise e comunque oltre il 20% in Lombardia, Liguria, Marche, Lazio e Puglia.

Per la medicina specialistica ambulatoriale si annoverano 15.609 medici convenzionati (fonte: SISAC) con 17.338.044 ore remunerate. Gli specialisti ambulatoriali sono presenti al Nord con una percentuale pari al 36% rispetto al numero complessivo, al Centro pari al 24,4%, al Sud pari al 29,2% e al 10% nelle Isole.

Per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta le percentuali si attestano ad oltre il 43% al Nord, 21% al Centro, 24,2% al Sud e 12,3% nelle Isole.

PERSONALE AREA INFERMIERISTICA. Nel 2011 il personale infermieristico delle ASL, delle aziende Ospedaliere ed Universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV ammonta a 276.862 unità di cui di 260.092 infermieri, 6.594 infermieri pediatrici e 10.176 ostetriche. L'età media è pari a 44,5 anni con un'anzianità media di servizio di 17,9 anni. 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.

PERSONALE AREA DELLA RIABILITAZIONE. Nel 2011 il personale addetto alla riabilitazione delle ASL, delle aziende Ospedaliere ed Universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV pari a 20.378 unità è composto per circa il 63% da fisioterapisti, 18% da educatori professionali e 12% da 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.

PERSONALE AREA TECNICA E DELLA PREVENZIONE. Nel 2011 l'area tecnica sanitaria e della prevenzione è costituita dall'area assistenziale, dall'area diagnostica e dall'area della prevenzione. Il personale dell'area diagnostica costituito in maggior numero da tecnici di laboratorio e di radiologia medica ammonta a 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 tra tale personale e 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. Tutti gli indicatori costruiti (numero di professionisti per 1000 abitanti) sono calcolati considerando il personale a tempo indeterminato.

PERSONALE OSPEDALIERO E GIORNATE DI DEGENZA. In questa seconda edizione dello studio, è stata introdotta una sezione dedicata all'analisi della consistenza di personale sanitario, in particolare medici e personale infermieristico, rispetto alle giornate di degenza, riferite ai soli ricoveri ordinari, erogate dalle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate. Più precisamente le strutture ospedaliere considerate sono gli Ospedali a gestione diretta, le Aziende Ospedaliere, le Aziende universitarie con i policlinici privati, gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici, privati e fondazioni; per il personale le fonti di riferimento sono Conto annuale e modello HSP16. Il personale considerato è costituito da personale SSN e universitario, a tempo indeterminato e tempo determinato. L'indicatore giornate di degenza per unità di personale è stato calcolato a livello nazionale distinguendo le tipologie di strutture ospedaliere, a livello regionale con riferimento all'insieme delle strutture ospedaliere.

Anaa Assomed. Pubblicato lo statuto. Arriva un nuovo organismo: la direzione

Avrà compiti di indirizzo politico e deliberativo tranne che in materia di bilancio. Previsto maggiore spazio ai giovani, alle donne e ai professionisti con contratti atipici, con rapporti di dipendenza a tempo determinato. LO STATUTO

Il nuovo statuto dell'Anaa, approvato dal 23° Congresso nazionale di Abano Terme, presenta una sostanziale novità: viene istituito un nuovo organismo, la direzione.

Si tratta di un organo "di indirizzo politico e deliberativo tranne che in materia di bilancio.

La Direzione Nazionale è convocata e presieduta dal Segretario Nazionale”. E’ composta da 30 (trenta) componenti eletti dal Congresso Nazionale su lista unica nazionale sottoscritta da un numero dei delegati che rappresenti almeno il 25% dei voti e presentata all’Ufficio di Presidenza almeno tre ore prima dell’orario stabilito per l’inizio delle votazioni. Il numero dei componenti il settore di Dirigenza Sanitaria presenti nella lista è definito dal rapporto iscritti del settore e quorum nazionale (numero iscritti totali /30).

E poi maggiore spazio ai giovani, alle donne e ai professionisti con contratti atipici, con rapporti di dipendenza a tempo determinato o di collaborazione coordinata e continuativa, in convenzione o in libera professione, pubblici o privati accreditati.

Patto per la salute. Intervista a Montaldo: “Per il personale Ssn sarà una rivoluzione”

Standard di fabbisogno per ogni livello di assistenza. Sostituzione significativa di quote del turn over. Possibilità di stabilire nuove regole per l’accesso al Ssn e anche per la formazione di medici dipendenti e Mmg. In arrivo anche standard retributivi. Queste le opportunità offerte dal Patto illustrate da Claudio Montaldo assessore alla sanità della regione Liguria e presidente del comitato di settore Regioni-Sanità

“Per la prima volta il tema dell’erogazione delle prestazioni ai cittadini acquisisce un peso uguale a quello della sostenibilità economica”.

È questa la novità sostanziale del nuovo Patto per la Salute per **Claudio Montaldo**, assessore alla sanità della regione Liguria nonché vicepresidente della Regione Liguria e presidente del comitato di settore Regioni-Sanità.

Un salto culturale che porterà cambiamenti importanti per il personale del Ssn. A partire dalla futura introduzione di livelli standard di personale per ogni livello di assistenza al fine di determinare il fabbisogno nazionale (sancita dall’art. 22 comma 4 lettera e), e dall’opportunità di vedere finalmente ammorbidite le rigide norme che hanno regolato il blocco automatico del turn over.

Ma non solo, per i dipendenti del Ssn potrebbero arrivare nuovi standard retributivi. Ed anche un cambio di passo per la formazione dei medici. Un’opportunità per riconoscere, come spiega Montaldo in questa intervista, che i giovani camici bianchi sono “medici laureati e abilitati e che il sistema non può più usarli in modo surrettizio per coprire le carenze dei reparti universitari”.

Assessore Montaldo, il Patto per la Salute consentirà realmente un cambio di passo per il personale del Ssn?

Sicuramente sì. Sancire che il blocco del turn over opera fino al 31 dicembre dell’anno successivo a quello di verifica, è un grande passo in avanti. È chiaro che questo tema è legato a quello della sostenibilità economica e della riorganizzazione del sistema - in sostanza è un’opportunità per quelle Regioni che hanno dimostrato di avere le carte in regola - tuttavia è collegato anche a un passaggio fondamentale, che è poi la vera novità del Patto.

Mi spiego, il momento in cui si stabilisce che si introducono livelli standard di personale per ogni livello di assistenza al fine di determinare i fabbisogni, si sancisce che il tema della fornitura delle prestazioni ai cittadini diventa un elemento fondamentale e acquisisce un peso uguale a quello della sostenibilità economica.

Ma per garantire le prestazioni occorre garantire anche un numero adeguato di operatori in grado di erogarle. Sarà così?

Diciamo che con il Patto si aprono le porte a una sostituzione, in modo più significativo, di quote del turn over. Questo non significa che devono saltare i conti per assumere più personale, ma che questo processo va accompagnato a misure efficaci di riorganizzazione. Soprattutto possiamo finalmente iniziare a confrontare non solo il numero di persone che lavorano nei vari settori, ma anche i livelli retributivi.

Mi spieghi meglio?

Abbiamo disparità di costo del personale molto alto da Regione a Regione. Ci sono Regioni dove si guadagna di più e altre dove si guadagna di meno. Anche questo dovrà essere un elemento su cui ragionare.

Arriveranno quindi standard retributivi?

È uno dei temi dei costi standard. D'altro canto c'è una curva retributiva che in alcune Regioni è molto alta e in altre scende. Questo non è accettabile.

Ci sarà un livellamento verso l'alto o verso il basso?

Sarà nell'ambito dei nuovi contratti che si assorbiranno queste differenze, auspicando che a un certo punto possano esserci anche risorse economiche. È prematuro dare una risposta.

Credo piuttosto che nella valorizzazione delle risorse umane bisognerà lavorare su integrazione, multidisciplinarietà e distinzione del percorso di carriera professionale da quello gestionale.

Altro tema caldo è quello dell'accesso al Ssn. Come intendete cambiare le regole?

Le indicazioni contenute nel Patto sono una grande occasione per fare in modo che i futuri medici entrino prima nel sistema. E possano avere una formazione più concentrata e aggiungo anche più efficace. La componente formativa legata all'attività lavorativa dovrà essere regolata in modo diverso, riconoscendo che abbiamo di fronte dei medici laureati e abilitati e che il sistema non può più usarli in modo surrettizio per coprire le carenze dei reparti universitari. Naturalmente le modalità d'inserimento e d'inquadramenti andranno discusse bene.

Ritengo che si tratti di un tema fondamentale per il futuro della sanità, anche alla luce dell'accelerazione che con altre misure si vuole dare al ricambio dei professionisti. Sono sempre scettico quando di fronte a un'innovazione che richiede di cambiare più cose, ci si ferma perché non si ha ben chiaro tutto. Mettiamoci d'accordo sul principio che si deve entrare nel modo del lavoro più giovani di adesso, poi elaboriamo come. È un'opportunità non solo per il mondo della sanità, ma offriamo un'occasione all'Università per rinnovarsi e aderire meglio alle esigenze dei giovani e della società.

Che tempi vi siete dati?

Questo è un processo che dovrà essere concluso entro il 31 ottobre

Sulla formazione dei medici di medicina generale?

Credo che anche i medici convenzionati dovranno entrare in una logica formativa un po' diversa. Vale a dire che dovranno esserci percorsi formativi per i medici di medicina generale analoghi a quelli dei medici dipendenti, quindi con meccanismi di selezione analoghi e con la parte professionalizzante che deve essere svolta sia negli ospedali sia sul

territorio, negli studi dei medici di famiglia. Inoltre è tempo di far emergere la formazione specifica degli MMG da un ambito troppo chiuso e superare anche la penalizzazione economica che colpisce i giovani medici dei corsi di medicina generale.

DOCTORNEWS33

Intramoenia, Cassi (Cimo): troppi vincoli per medici Ssn

Al di là dei doverosi controlli per evitare l'evasione fiscale, ci sono troppi vincoli burocratici all'attività intramuraria dei medici ospedalieri che non solo non decolla ma in molte regioni si contrae». E' il commento di Riccardo Cassi presidente della Confederazione Italiana medici ospedalieri-Cimo di fronte al rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'attività libero-professionale. I dati 2012 sono in apparente contraddizione: la spesa degli italiani per prestazioni svolte in ospedale diminuisce da 1,25 a 1,23 miliardi, diminuiscono le visite erogate nelle strutture Ssn ma le aziende hanno incassato 218 milioni contro i 176 del 2011. Per contro, in 11 regioni si è accelerato nell'ampliare le strutture ospedaliere per la libera professione sfruttando i fondi ad hoc. Cassi osserva che il calo dell'intramoenia si registra malgrado l'aumento del ticket sulle prestazioni Ssn (con il superticket da 10 euro): «Da una parte molti italiani si sono indirizzati decisi nel privato, dall'altra va osservata la corrispondenza dei tempi con l'entrata in vigore della legge Balduzzi che ha imposto requisiti più stringenti sull'intramoenia allargata, risoltisi talora in vincoli all'offerta di prestazioni; anche l'aggravio del 5% delle tariffe da destinare a investimenti per lo sblocco delle liste d'attesa si è rivelato un esborso in più per il cittadino togliendo competitività». Cimo non condivide i blocchi alla libera professione dei medici dipendenti Ssn, «sono figli di un'ideologia che non ha più senso. Se si vuole qualificare il Ssn l'attività libero professionale non andrebbe vista come ostacolo ma come opportunità. Andrebbe liberalizzata, senza mettere in discussione gli importi dell'indennità di esclusività, fermi del resto al 2000, ma semmai rivalutando quest'ultima diversamente. Tra l'altro, mentre diminuiscono i vincoli autorizzativi per le strutture private e gli italiani lasciano il Ssn per rivolgersi al privato, i Fondi integrativi, verso i quali pare esserci un'apertura di credito del governo, hanno difficoltà a convenzionarsi con noi professionisti del Ssn perché non possiamo praticare sconti».

Nota a parte meritano i divari nelle tariffe dei medici. La media è euro 17 mila ma ci sono scarti enormi tra regioni, si va dai 6 mila euro annui in Calabria ai 24 mila in Lombardia. «Le tariffe libero professionali sono legate ai tenori di vita locali oltre che alle specialità praticate e alle dotazioni utilizzate. Ma paradossalmente le regioni dove il cittadino paga di più – Toscana ed Emilia Romagna – non sono quelle dove i medici prendono di più, bensì quelle dove al superticket sulla specialistica si è risposto rimodulando gli esborsi degli utenti e di fatto imponendo nuove voci di costo. La vera differenza interregionale non è in quanto prendono i medici ma nelle diverse percentuali tra introiti aziendali e del professionista».

Cali (Smi): patto salute inutile, urge contratto unico Mmg-ospedalieri-Sumai

«Le Uccp e le Aft gestite dai medici di famiglia sono un mini- dettaglio della rivoluzione di

cui ha bisogno il territorio, che passa per la modifica del titolo V della costituzione e da un contratto unico che metta insieme medici di famiglia, specialisti, e ospedalieri. E' il contratto che il Sindacato Medici Italiani proporrà a inizio di ottobre, spingendo per una contemporanea legge di riforma della Sanità che riorganizzi le risorse dell'ospedale e del territorio insieme così da coprire i vuoti assistenziali attuali. Alternativa a questo è il Patto salute appena approvato che rimanda le soluzioni per evitare il declino del Ssn». **Salvo Calì** segretario del sindacato Smi, ha idee chiare sulla convenzione: «Un territorio gestito dai soli medici di famiglia non risolve i nodi posti dalle cronicità. Fin qui l'assistenza di punta finora è stata garantita da Nord a Sud dalle prestazioni ospedaliere: sull'ospedale si iniziò a scommettere dalla legge Mariotti del '68 e si sperimentarono le varie riforme per rendere più efficiente la sanità, dall'aziendalismo al pagamento a Drg al ruolo unico. Oggi in ospedale ci sono percorsi codificati, mentre sul territorio per diabetici, scompensati etc non ce ne sono: se oggi pensiamo di costruirli senza parlare con l'ospedale avremo cure parcellizzate da Asl ad Asl e malati cronici che insistono sui reparti ospedalieri». Per dirottare i cronici verso percorsi appropriati lo Smi pensa a Drg ospedale-territorio, con costi il cui importo sarebbe il punto di partenza per ridisegnare il finanziamento nelle regioni. Oltre alla riforma costituzionale, Calì chiede una legge che indichi le cronicità da affrontare, le professionalità e le prestazioni da mettere in campo e individui risorse da investire su un contratto unico ospedale- territorio, «non legato al timbro del cartellino ma alla produttività; lo chiederemo con manifestazioni alle soglie del congresso Smi a ottobre». La legge dovrà occuparsi pure di emergenza, «che non può essere esternalizzata, ma va gestita da personale Ssn sul territorio».

Terzo gradino, il fronte contrattuale, dove il sindacato comunque ha un po' le mani legate: «Con la Sisac -ammette Calì- siamo stretti tra la necessità di ricostruire la struttura del salario e quella di non far perdere reddito ai colleghi della medicina convenzionata; le risorse vanno trovate ridisegnando l'assistenza e investendo dove la coperta è corta, l'alternativa è il declino». E qui il pensiero va a Giovanni Trobbiani responsabile Medicina penitenziaria Smi, vittima di un'aggressione nel carcere di Ascoli Piceno: «Da quattro anni il mancato finanziamento pare l'unico criterio guida nella riorganizzazione delle strutture. Il risultato? In carcere come nelle postazioni di guardia medica manca personale per scortare i medici, sempre più soli e aggrediti. I livelli organizzativi minimi, l'incolumità, vanno garantiti. E per questo la convenzione e i gli accordi di condominio governo-regioni non bastano».

DIRITTO SANITARIO Cassazione penale: certificazioni di P.S. in caso di sinistro stradale

Il Tribunale del riesame di Messina, in accoglimento dell'appello proposto dal Pubblico ministero, ha sostituito la misura degli arresti domiciliari, applicata ad un medico, con quella della custodia cautelare in carcere. Contro l'ordinanza, l'indagato ha proposto ricorso per cassazione deducendo una serie di motivi. Ad avviso del ricorrente i certificati medici predisposti non potevano essere qualificati come atti pubblici in quanto "il medico non ha accertato - nè esistono mezzi scientifici idonei - la algia, il dolore, sofferto dal paziente, men che mai ha accertato la riferita causa del dolore dovuta ad un riferito incidente stradale". Di conseguenza, poichè il medico si era limitato ad una mera attività ricognitiva, era configurabile un'ipotesi di reato meno grave rispetto a quella contestata, con conseguenze sulla posizione dell'indagato. In punto di fatto, il tribunale ha accertato che "nel redigere il certificato medico, il sanitario del pronto soccorso non si è limitato alla anamnesi, ma ha

effettuato una propria salvezza medica, compendiata nella diagnosi e nella prognosi, che certamente assumono la valenza di atti pubblici fidefacienti". Il ricorrente ha contestato la suddetta motivazione sostenendo che, in realtà, il medico si era limitato a riportare nel certificato, quanto riferitogli (falsamente) dal paziente. La Suprema corte ha rilevato che integra il delitto di falsità ideologica commesso dal pubblico ufficiale in atto pubblico fidefaciente, la condotta del medico ospedaliero che rediga un referto con false attestazioni diagnostiche, in quanto la diagnosi riportata nel referto ha natura di fede privilegiata, essendo preordinata alla certificazione di una situazione caduta nella sfera conoscitiva del pubblico ufficiale, che assume anche un rilievo giuridico esterno alla mera indicazione sanitaria o terapeutica. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

SOLE24ORE/SANITA'

I chiaroscuri del Patto salute I giudizi: principi condivisi ma spesso difficili da realizzare, del tutto o a breve termine Dalle categorie la spinta per essere coinvolte al momento della vera applicazione

Che il Patto per la salute ci sia è un bene per tutti: dà certezza di finanziamenti e - almeno sulla carta - garantisce che gli sforzi fatti per risparmiare siano a vantaggio del Ssn (almeno per ora). Ma sul fatto che possa essere volano di un reale cambiamento i dubbi sono tanti. Almeno secondo gli esperti che hanno come loro pane quotidiano personale, farmaci, dispositivi, federalismo, territorio e piani di rientro.

Non perché ciò che è scritto nell'intesa non sia giusto, ma per i tempi e i modi - con troppi rinvii a provvedimenti che potrebbero avere difficoltà a vedere la luce - con cui tutto dovrà avvenire. Così accade che spesso - il personale è il primo caso - si ripetano nel Patto norme e procedure già viste e mai applicate. E che potrebbero ancora una volta restare lettera morta.

Il dejavù dell'intramoenia, a esempio, ha il sapore di un'ipocrisia legata a una norma da applicare tassativamente - secondo la legge Balduzzi - un anno fa e ancora mai decollata. Mentre per il territorio, alter ego dell'ospedale, le norme scritte sono "ottime", ma i risultati che si spera di ottenere sarà difficile arrivarvi prima di 5-10 anni.

Ancora, tra gli esempi, il profilo dei nuovi commissari "non presidenti" per i piani di rientro (quando ci saranno), rischia di mettere in pista burocrati che hanno come obiettivo ancora una volta il solo risparmio di spesa.

E, dalla padella alla brace, sullo sfondo c'è un nuovo Titolo V che invece di mitigare l'attuale puzzle sanitario che spesso regna tra le Regioni, lasciando in esclusiva a queste l'organizzazione sanitaria, rischia secondo gli esperti di fare da trampolino a ulteriori, pesanti differenze, mettendo in pericolo la spesa sociale e sanitaria delle famiglie.

Un disegno in chiaroscuro, quindi, quello che tracciano gli esperti.

Mentre più netto è senza dubbio il punto di vista delle categorie. Con i medici dipendenti che sul personale bocciano il Patto a tutto campo e si aspettano da Governo e Regioni un "invito" a quel tavolo che dovrà decidere la delega proprio per rimettere in ordine il rapporto di lavoro dei dipendenti Ssn. I convenzionati sono più "soddisfatti" del risultato, ma mettono le mani avanti perché la gestione del territorio parta da loro e sia fatta con loro. Perché, è il parere comune, «senza i medici le riforme non si fanno».

Sempre i medici non accettano invece lo strapotere delle Regioni, che si manifesta in un federalismo “da condominio”, afferma qualcuno. Al contrario delle Regioni che respingono al mittente le accuse di una eventuale povertà legata alla loro maggiore autonomia e, anzi, sottolineano come proprio da questa possa derivare il miglioramento della gestione del Ssn.

Infine, le imprese vedono nel reinvestimento dei risparmi nel Ssn un buon auspicio per la crescita, e le aziende del Ssn interpretano il Patto come un’opportunità di riflessione sul nuovo ruolo e sul profilo di Asl e ospedali.

Cure palliative solo in corsia L’attuazione della legge è a buon punto ma vanno rafforzate le reti domiciliari, Sud indietro Oppioidi in crescita del 20%: resta il nodo dei farmaci pediatrici off label

A 4 anni dall’emanazione della Legge 38, possiamo sicuramente tracciare un bilancio positivo: gli aspetti attuativo-burocratici sono pressoché completati; manca ora la sua applicazione pratica, che è compito delle Regioni imporre sul territorio, ad Asl e ospedali. Nel complesso, la normativa sta migliorando la qualità delle cure palliative e della terapia del dolore ed è riconosciuta come un modello di riferimento anche all’estero. I primi risultati concreti già si vedono: se nel 2009 morivano nei nosocomi italiani oltre 55mila pazienti oncologici terminali, la rilevazione del 2012 registra 45mila decessi. Certo, occorre rafforzare l’assistenza domiciliare, perché sono ancora troppi coloro che si spengono in ospedale o in hospice quando è ormai dimostrato che, tra le mura domestiche, il malato potrebbe essere curato molto meglio.

Ma non è l’unico risultato messo a segno. Si pensi, a esempio, alla recente istituzione della disciplina delle cure palliative con le relative materie equipollenti; ciò significa che si può finalmente avere un primariato di cure palliative in ambito ospedaliero.

In merito all’appropriatezza prescrittiva, grazie anche alle semplificazioni introdotte dalla Legge 38, il consumo di oppioidi forti cresce a doppia cifra: +20% su base annua, con un livello attuale pari a circa 1,70 euro pro capite, benché si sia ancora lontani dalla media europea (circa 4,5 euro pro capite) e dalla Germania (9 euro pro capite).

Sul fronte della definizione delle tariffe si sono compiuti molti passi avanti, grazie all’impegno del tavolo tecnico di esperti del ministero della Salute, del ministero dell’Economia e rappresentanti delle Regioni. A questo proposito, il dicastero della Salute ha inviato un questionario per raccogliere dati sulla diversità regionale dei costi relativi alle cure palliative erogate. Quasi tutte le Regioni hanno risposto, permettendoci di comprendere le differenze attualmente esistenti tra una e l’altra, di equilibrare i budget e codificare le singole prestazioni. Si è così potuto individuare il livello di reimbursement medio su cui ragionare. Stiamo, inoltre, lavorando affinché le prime visite di terapia del dolore abbiano una loro specifica categorizzazione e non siano più indicate genericamente come “visite mediche”. In tal modo, sarà possibile monitorare la prevalenza e comprendere la dimensione del problema dolore, oltre che il suo reale impatto sull’economia delle strutture ospedaliere. Ci stiamo poi concentrando sulle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) affinché venga indicato al loro interno se il paziente è stato sottoposto o meno a terapia del dolore e se il trattamento è stato efficace.

Anche la gestione del dolore pediatrico, su cui la Legge 38 ha posto un accento particolare, sta mostrando numerosi segni di miglioramento da quando, nel 2010, la normativa è entrata

in vigore. In Italia, su una popolazione pediatrica di 10 milioni di individui, abbiamo circa 11mila bambini bisognosi di cure palliative. In Europa, tuttavia, l'impiego pediatrico dei farmaci disponibili per la terapia del dolore, a eccezione della morfina orale, è off label. Per ottenere l'indicazione pediatrica si dovrebbe pagare all'Ema una tassa di registrazione di 100mila euro all'anno, che le aziende rinunciano a sostenere. La buona notizia di recente comunicataci dall'Ente europeo è che, considerando il dolore del bambino come malattia rara, si può sfruttare il regime applicato agli orphan drug ed evitare il pagamento della tassa o, quantomeno, ridurne l'importo. Per quanto riguarda i margini di miglioramento, ci sono diversi fronti aperti. Innanzitutto le differenze di assistenza tra Nord, dove in linea sostanziale la rete funziona, e il Sud Italia, dove c'è ancora molto da fare. Vi sono poi casi particolarmente virtuosi come il Piemonte, che ha reso obbligatoria l'assistenza domiciliare e la rete di cure palliative, e la Lombardia, che all'interno della propria programmazione ha dato peso 15, il più alto, all'applicazione della 38.

Le Regioni stanno proseguendo i percorsi attuativi: quasi tutte hanno istituito le Commissioni per le reti di terapia del dolore e cure palliative, alcune hanno già recepito l'intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sui requisiti minimi per l'accreditamento di Hub e Spoke. Ma servono ulteriori sforzi per passare dalle delibere alla concreta applicazione della 38: ora molto dipende dalle singole realtà regionali e dai direttori generali delle Asl, che devono seriamente impegnarsi su questo aspetto. A tale proposito, sarebbe auspicabile che gli Enti locali adottassero delle sanzioni per quei Dg che non si adeguano alla Legge.

Altri due ambiti fondamentali su cui occorre lavorare sono la formazione della classe medica e l'informazione alla popolazione.

Per quanto riguarda il primo aspetto, i master sulla terapia del dolore attualmente attivi e aderenti ai dettami della Gazzetta Ufficiale n. 89 dell'aprile 2012 sono soltanto quattro; l'auspicio è che presto aumenti il numero delle Università in grado di erogarli. Inoltre, sono disponibili 140 milioni di euro per progetti formativi, ma poche sono le Regioni che hanno depositato un'apposita richiesta per poter attingere a tali stanziamenti. Come ministero della Salute abbiamo già formato più di 7.000 medici di famiglia, che sono la prima figura di riferimento per il paziente che soffre e, dunque, devono essere in grado di avviare ai Centri specialistici solo i casi più complessi.

Va detto infine che buona parte degli italiani, medici compresi, sa ancora poco o nulla della Legge 38. È quindi necessario un intenso lavoro di sensibilizzazione dei cittadini, affinché acquisiscano piena consapevolezza di quanto la normativa ha sancito.

Concludendo, il cammino da percorrere è ancora piuttosto complesso ma non dimentichiamo da dove siamo partiti: solo pochi anni fa avevamo ancora il ricettario speciale per la prescrizione degli oppioidi e si parlava di Ospedale senza dolore, trascurando il territorio. Oggi siamo l'unico Stato in Europa ad avere una legge ad hoc: sta a tutti noi impegnarci per concretizzarla nella realtà.

ACCORDO STATO-REGIONI Riconosciuti i medici palliativisti con esperienza maturata sul campo Ora manca il decreto sui criteri per la certificazione da parte delle Regioni

Il 10 luglio 2014, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'Accordo sulla individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative, anche per l'età

pediatrica, che possono operare nelle reti di cure palliative. Nel testo approvato sono presenti alcuni punti di particolare importanza nel percorso di applicazione concreta di quanto previsto dalla legge 38/2010, una legge giudicata esemplare in questo campo anche a livello europeo.

Facendo seguito alla recente individuazione della nuova Disciplina medica di cure palliative, nel testo approvato vengono definiti i medici specialisti che possono operare nelle reti di cure palliative, compresi nelle specialità equipollenti riferite a questa nuova disciplina. È un ulteriore e definitivo riconoscimento della necessità di una competenza medica specialistica per la pratica clinica delle cure palliative, una condizione ormai ampiamente diffusa anche a livello internazionale.

Di grande importanza è anche la conferma dell' idoneità a operare nelle reti di cure palliative pubbliche o private accreditate dei medici che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, alla data del 27 dicembre 2013 (data di entrata in vigore della legge di Stabilità 2014) sono in possesso di una esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalle Regioni sulla base di criteri che saranno determinati da un successivo decreto del ministero della Salute. È stata sancita in via definitiva la possibilità di continuare a operare per le centinaia di medici non specialisti che in questi anni hanno contribuito in modo sostanziale, con la loro esperienza e competenza, allo sviluppo delle reti di cure palliative in Italia. Manca ancora un ultimo importante passaggio, quello della pubblicazione del decreto del ministero della Salute relativo alla definizione dei criteri necessari per la certificazione da parte delle Regioni. Siamo fiduciosi in una rapida approvazione di questo decreto da parte del Ministero: come Società scientifica, saremo molto attenti nel seguire il percorso anche di quest'ultimo importante provvedimento. Con il riconoscimento dell' idoneità a operare per i medici non specialisti con esperienza pluriennale è stato raggiunto un risultato fondamentale per il mantenimento degli attuali livelli di attività delle reti di cure palliative. È questo il frutto di un lavoro comune che ha visto coinvolti, accanto alla Società italiana di cure palliative e alla Federazione Cure palliative, autorevoli rappresentanti delle Istituzioni nazionali e regionali.

Infine, sono stati approvati i contenuti formativi obbligatori ai fini dello svolgimento delle attività professionali nell'ambito delle reti di Cure palliative, un punto di grande importanza e di assoluta originalità nel panorama della Sanità italiana. Nell'Allegato tecnico, sono definiti i contenuti minimi in termini di conoscenze, competenze e abilità che i professionisti che operano nelle reti di Cure palliative devono possedere o acquisire attraverso percorsi formativi obbligatori, ai fini dello svolgimento delle proprie attività professionali, con una attenzione anche alla specificità del settore pediatrico.

Negli ultimi anni, la Sicp ha contribuito in modo concreto alla definizione delle competenze necessarie per operare in Cure palliative, con la pubblicazione dei curriculum formativi per il medico palliativista, per il medico di medicina generale (in collaborazione con la Simg), per l'infermiere, lo psicologo, il fisioterapista, l'assistente sociale: a breve saranno pubblicati anche quelli relativi alle principali figure professionali coinvolte nelle Cure palliative e Terapia del dolore pediatrico. L'approvazione di questo Allegato propone nuovi e positivi scenari per la formazione di tutti gli operatori coinvolti nelle attività delle reti di Cure palliative e favorirà la preparazione di programmi Ecm di aggiornamento professionale obbligatorio che siano centrati su contenuti ben definiti e secondo metodologie didattiche adatte all'apprendimento degli adulti.

Bersagli che fanno performance: i risultati 2013 in dieci Regioni

Un sistema di valutazione continua in grado di segnalare punti di forza e di debolezza ma anche di suggerire le necessarie correzioni di rotta. Partito dalla Toscana, il sistema dei "bersagli del Ssn" si è esteso negli anni ad altre nove Regioni. Il network 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, dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, presenta oggi a Roma, in Commissione Sanità, i risultati della valutazione della performance dei sistemi sanitari per il 2013, mettendo a confronto le performance regionali e delle strutture aziendali sanitarie che operano in queste regioni.

Il sistema di valutazione permette il confronto su sei dimensioni di analisi, dagli aspetti tipicamente clinici e sanitari a quelli economici e finanziari; dalla "voce" dei cittadini e degli operatori agli orientamenti strategici regionali, per migliorare lo stato di salute dei cittadini.

In totale, gli indicatori monitorati sono circa 160 (di cui 105 di valutazione) e le performance delle varie dimensioni sono riassunte in 33 indicatori di sintesi, rappresentati in forma grafica attraverso un "bersaglio", con cinque 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.

Le Regioni che aderiscono al network, oltre alla condivisione degli indicatori e del metodo di calcolo, definiscono in maniera congiunta le fasce di valutazione e sono responsabili dell'elaborazione e del caricamento dei dati sulla piattaforma messa a disposizione dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Il Laboratorio Mes dell'Istituto di Management 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. La definizione degli standard da parte delle Regioni infatti diventa il punto di partenza per orientare la programmazione sanitaria, come il confronto permette di prendere spunti da altri che hanno fatto registrare performance migliori, determinate in molti casi da differenti modalità organizzative di erogazione dei servizi sanitari. «In un periodo nel quale spesso le Regioni sono messe in discussione – commenta Sabina Nuti - la scelta di queste dieci, 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 fasce di valutazione 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».

Da oggi il portale web <http://performance.sssup.it/network>, utilizzato per la gestione, per la condivisione e per la visualizzazione dei dati, viene aperto alle Regioni e alle aziende partecipanti al network, ma anche a tutti i cittadini. In ottobre i risultati saranno disponibili in forma cartacea tramite la stampa del Report 2013.