

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

VENERDI' 16 GENNAIO 2015

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Le Regioni hanno deciso: "I tagli li faremo noi. Anche se non ci piacciono". Da trovare circa 5 miliardi e mezzo. Quattro della stabilità e gli altri eredità delle finanziarie Monti/Letta

Conclusa la Conferenza dei Presidenti delle Regioni su stabilità e riforma costituzionale. Chiamparino: "Ci sentiamo parte dello Stato e quindi riteniamo che sia nostra responsabilità farci carico dei tagli anche se non condivisi". E intanto si fa strada l'ipotesi delle "macro regioni" per gestire insieme compiti e materie da mettere in comune

Un incontro a stretto giro di posta con il Governo per chiarire come verrà gestito il patto territoriale incentivato. Per le Regioni un passaggio dirimente su come sbrogliare la matassa dei tagli di 4 miliardi di euro imposti dalla legge di stabilità. Solo dopo questo chiarimento le Regioni potranno trovare la quadra e arrivare a una proposta condivisa prima che scatti la tagliola della scadenza al 31 gennaio imposta dalla clausola di salvaguardia che passerà la palla al Governo che deciderà dove e come utilizzare le cesoie. Una possibilità di passare la mano che le regioni non hanno intenzione di accettare, anche perché come ha sottolineato Chiamparino: "Noi siamo parte dello Stato e quindi è nostra responsabilità farci carico dei tagli anche se non condivisi".

È stata una mattinata "bollente" quella di ieri mattina in Conferenza straordinaria dei presidenti. Sul tappeto tre temi caldi che investono inevitabilmente la sanità: le iniziative da assumere sulla legge di stabilità 2015; la preparazione dell'incontro sulle riforme costituzionali con il Ministro **Maria Elena Boschi** e l'informativa del Presidente del Comitato di settore Regioni-Sanità sull'atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione con le farmacie.

Ma andiamo per ordine. Sulla prima, la più scottante - ossia come e dove recuperare i 4 miliardi di euro annui richiesti dalla legge di Stabilità nel quadro della riduzione della spesa pubblica e che difficilmente potrà lasciare fuori la più grande voce nei bilanci regionali, ossia la sanità - le Regioni hanno chiesto a stretto giro di posta un incontro con il Governo.

E bisogna fare in fretta anche prima della scadenza al 31 gennaio imposta dalla clausola di salvaguardia (che lo ricordiamo prevede, in caso di mancata intesa tra Governo e Regioni su come “gestire” i 4 miliardi, che a decidere sarà lo stesso Governo con tutte le ricadute negative sul Fsn che verrebbe ridotto) in quanto come ha sottolineato il presidente delle Regioni, **Sergio Chiamparino** “l’avvio delle votazioni per le elezioni del Presidente della Repubblica riduce i termini al 27-28 gennaio”. Quindi bisogna decidere entro questa data altrimenti si rischia “di andare fuori tempo massimo”.

La posta in gioco è alta anche perché su piatto non ci sono solo i 4 mld previsti dalla Stabilità. A conti fatti per le regioni, si prospetta, come ha spiegato il presidente delle Regioni, una tegola di circa 5,650 mld di euro: ai 4 mld sono previsti per il 2015, vanno infatti aggiunti quelli derivanti dalle precedenti manovre di **Monti** e **Letta** che avevano già messo a carico delle Regioni circa 1 miliardo e mezzo di euro.

“Oggi abbiamo discusso di alcune ipotesi – ha dichiarato Sergio Chiamparino – ma tutte quelle che abbiamo formulato richiedono alcuni passaggi preliminari. Soprattutto un’ipotesi di percorso politico con l’obiettivo di arrivare ad un’intesa tra le regioni, che credo sia possibile, ma però necessita di alcuni approfondimenti. Per questo chiederemo un incontro con il premier **Renzi** e con il ministro **Padoan**. La questione dirimente è quella dell’interpretazione e dell’eventuale precisazione normativa del tema del cosiddetto “patto verticale”, che ha un valore pari a 1 mld di euro e che può essere dirimente per decidere come formulare le proposte conseguenti”.

“Dobbiamo infatti capire come viene conteggiata la previsione del patto territoriale incentivato – ha spiegato **Stefano Caldoro**, vicepresidente delle Regioni – come viene misurato. Dobbiamo capire come questo si tradurrà in un’operazione di trasferimento delle risorse dalle Regioni verso Comuni ed Enti locali. Se intesa così è una questione. Ma fino a quando non avremo un chiarimento è difficile andare avanti”.

Comunque, in attesa di sciogliere questo nodo, l’intenzione è comunque quella di arrivare con **una proposta regionale condivisa**. “Noi – ha detto Chiamparino – cerchiamo un’intesa sia per una ragione di convenienza, sia di principio. Riteniamo che sia meglio cercare un’intesa per convenienza in quanto è ovvio che questo ci dà la possibilità di rendere sostenibile questo percorso quello che difficilmente è sostenibile. E una questione di principio, ossia di responsabilità. Noi ci sentiamo parte dello Stato e quindi riteniamo che sia nostra responsabilità farci carico dei tagli anche se non condivisi”.

Per quanto riguarda le riforme istituzionali, l’intenzione è quella di “ripristinare alla Camera il testo sul Titolo V”. “Nell’incontro con il ministro per le Riforme, Maria Elena Boschi – ha detto Chiamparino – chiederemo di ripristinare alla Camera, il testo sulla modifica del titolo V uscito dal Senato. Quel testo è stato frutto di un accordo con la Conferenza delle Regioni, guidata dal mio predecessore, **Errani**, e riteniamo ne vadano ripristinate le modifiche che riguardano le politiche del lavoro.

Si sta cambiando il Titolo V della Costituzione e superando il bicameralismo - ha aggiunto – crediamo sia importante non perdere questo treno ad alta velocità. È il momento di affrontare il tema del ruolo delle Regioni anche mettendo in campo strumenti, che già esistono come l'art.132, di autoriforma”. L’idea dei governatori, ha spiegato Chiamparino, è di presentare una proposta di riordino dell’assetto delle Regioni: "dopo 44 anni, una revisione si impone. Io sono favorevole ad avviare un processo di aggregazione, in modo non illuministico, su compiti e materie che possano essere messe in comune”.

Infine l’ultimo tema, quello dell’atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione con le farmacie. Nelle prossime settimane dovrebbe essere varato un testo, ma non prima di aver raggiunto un accordo con ministero della Salute per apportare alcune modifiche legislative alla legge del 2009 e aprire definitivamente le porte ai nuovi servizi offerti dalla farmacie. “Siamo sostanzialmente pronti a varare l’atto di indirizzo per la convenzione delle farmacie – ha detto **Claudio Montando** Presidente del Comitato di settore – ho ricevuto da parte delle Conferenza delle Regioni un mandato a un confronto con il ministero della salute per accompagnare il processo di trattativa della convenzione con le farmacie ad un percorso di modifiche legislative che sono assolutamente necessarie per renderla operativa. Dobbiamo in sostanza modificare alcuni aspetti del decreto del 2009 che ha previsto la possibilità per le farmacie di erogare i servizi per eliminare rigidità ed ostacoli che non ne hanno consentito la piena attuazione fino ad ora”.

L'Ocse valuta la sanità italiana. Qualità buona, spesa contenuta, personale adeguato. Restano troppe differenze tra le Regioni. Ma i tagli e il rigore stanno mettendo tutto a rischio

Il verdetto in una revisione della qualità della nostra assistenza commissionata all'Ocse dal ministero della Salute. Analizzate nel dettaglio tutte le caratteristiche del nostro sistema. Che però oggi vede mettere a rischio i suoi livelli perché "il risanamento delle finanze è divenuto priorità assoluta, nonostante i bisogni in fatto di salute evolvano rapidamente". [LA SINTESI DEL RAPPORTO.](#)

Garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa in campo sanitario non vadano a intaccare la qualità quale principio fondamentale di governance. E, allo stesso tempo, sostenere le Regioni e Province Autonome che hanno una infrastruttura più debole, affinché possano erogare servizi di qualità pari alle regioni con le performance migliori, garantendo un approccio più solido e ambizioso al monitoraggio della qualità e al miglioramento a livello di sistema.

Queste le principali sfide che attendono la sanità italiana, indicate dall’Ocse per il nostro Paese. L’analisi è contenuta nella ‘Revisione Ocse sulla qualità dell’assistenza sanitaria in Italia’, frutto di un lavoro di indagine e ricerca avviato da un progetto del 2012 finanziato dal ministero della Salute ed elaborato dalla

Divisione Salute dell'Ocse di Parigi, con la collaborazione di Agenas e della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

Lo studio, presentato oggi a Roma alla presenza del Ministro **Beatrice Lorenzin**, mette subito in evidenza quelli che sono gli aspetti positivi del Ssn individuati nel documento. Emergono in primis gli indicatori di esito, qualità ed efficienza che risultano uniformemente notevoli. L'aspettativa di vita, 82.3 anni, è la quinta più alta tra i Paesi Ocse. I tassi di ricovero per asma, malattie polmonari croniche e diabete (indicatori di qualità delle cure primarie) sono tra i migliori e quelli di mortalità a seguito di ictus o infarto (indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera) sono ben al di sotto della media.

L'assistenza è buona ed è erogata ad un prezzo contenuto, pari a 3.027 dollari pro capite. L'Italia spende, infatti, molto meno dei Paesi limitrofi quali Austria (4.593), Francia (4.121) e Germania (4.650). Il sistema delle cure primarie ha tradizionalmente fornito un'assistenza primaria di alta qualità, come dimostrato da indicatori di qualità quali il ricovero ospedaliero evitabile; i livelli di soddisfazione del paziente sono anch'essi alti. L'Italia ha compiuto, sottolinea lo studio, un passo importante verso il maggiore coordinamento e l'integrazione dell'assistenza con la Legge Balduzzi (n.189/2012), che incoraggia la creazione di reti di assistenza territoriale. E il personale sanitario offre, nel complesso, un'assistenza di alta qualità.

L'Ocse apprezza poi il contesto e il quadro istituzionale di assetto di cui si è dotato il sistema: il Patto per la Salute, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS), il Programma Nazionale per la Promozione Permanente della qualità nel Servizio Sanitario Nazionale (PROQUAL); l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). A queste iniziative si aggiungono: il Sistema Nazionale per le Linee Guida per rendere facilmente accessibili le linee guida per la pratica clinica; l'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche nel 2008 per migliorare la sicurezza del paziente, che è un'eccellente dimostrazione del ciclo Plan-Do-Study-Act, considerato a livello internazionale come un modello di successo da emulare; la Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Comuni ed Enti Locali, come meccanismo mirato a garantire uniformità di approccio alla misurazione e al miglioramento della qualità tra le Regioni e le Province. L'Italia possiede un ampio numero di ricchi database nazionali e regionali e numerosi registri dei pazienti che contengono informazioni sulla qualità e sugli esiti dell'assistenza sanitaria. La creazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stata un passo importante per utilizzare al meglio questi dati: un obiettivo chiave è stato standardizzare il tipo e il formato dei dati raccolti nei sistemi sanitari regionali italiani.

Ma ovviamente le criticità non mancano. Filo conduttore risiede nelle difficoltà a migliorare la qualità e la riorganizzazione del sistema che hanno così assunto un ruolo secondario quando la crisi economica ha iniziato a colpire. E, all'interno di questo quadro, il risanamento delle finanze è divenuto priorità assoluta, nonostante i bisogni in fatto di salute evolvano rapidamente. Per esempio, ricorda lo studio, gli indicatori relativi a demenza, numero di anni di vita in buona salute e limitazioni

nelle attività quotidiane dopo i 65 anni sono peggiori rispetto alle medie Ocse e il tasso di bambini in sovrappeso è tra i più alti dell'area Ocse.

L'Italia deve, infatti, confrontarsi con un crescente invecchiamento della popolazione ed un aumentato carico delle patologie croniche, che probabilmente si tradurranno in aumentati costi dell'assistenza ed ulteriore pressione sul settore delle cure primarie. Tuttavia il progresso verso un modello di sistema sanitario in cui la prevenzione e la gestione di tali patologie siano in primo piano è piuttosto lento e i servizi per l'assistenza di comunità, a lungo termine e di prevenzione sono poco sviluppati rispetto agli altri Paesi Ocse. A testimonianza di ciò il fatto che l'Italia spende meno di un decimo di quanto spendono Olanda e Germania per la prevenzione e che presenta la più bassa percentuale di operatori per l'assistenza a lungo termine osservabile nei Paesi dell'Ocse, in rapporto alla popolazione con 65 anni di età e oltre.

Nel complesso, rileva l'Ocse, Il sistema sanitario italiano è stato tradizionalmente caratterizzato da un alto livello di frammentazione e mancanza di coordinamento dell'assistenza erogata dai diversi professionisti. Il coordinamento delle cure e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale sono caratterizzati da una bassa e disomogenea diffusione sul territorio nazionale. A preoccupare soprattutto l'osservazione che la spesa sanitaria nelle Asl appare ancora predominantemente diretta a tipi tradizionali di servizi di cure primarie, quali medici individuali, con una piccola spesa allocata a servizi per pazienti fragili o quelli con condizioni croniche.

Sotto un profilo strutturale, L'Italia è un paese molto eterogeneo, sia dal punto di vista sociale che economico: la PA di Bolzano ha un PIL pro capite di 39.170 dollari e un tasso di disoccupazione del 4,1%, la Campania ha un PIL pro capite di 17.120 e un tasso di occupazione del 19.39%. Tale eterogeneità si riflette nel sistema sanitario. Malgrado i tentativi di armonizzazione, osserva l'Ocse, le differenze regionali in termini di qualità dell'assistenza rimangono significative. La percentuale di pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica entro 48 ore dall'infarto varia da ~15% nelle Marche, Molise e Basilicata a ~50% in Valle d'Aosta e Liguria.

Le differenze all'interno delle Regioni sono ancor più marcate: lo stesso indicatore varia da ~5% a oltre il 60% se disaggregato a livello di ASL. La mortalità a 30 giorni a seguito di infarto, disaggregata a livello di ASL, varia da ~5% al 18%, con una media nazionale del 10%. Il numero di ricoveri ospedalieri per bronco pneumopatia cronica ostruttiva è più basso in Piemonte (1,51 per 1000 abitanti, corretto per età e sesso) e nella PA di Trento (1,55), e più alto in Puglia (3,84), Campania (3,13) e Basilicata (3,07). Lo stesso dicasi per l'asma infantile, che vede Toscana (0,21 per 1000 abitanti, corretto per età e sesso), Veneto (0,23) e Valle d'Aosta (0,25) registrare il numero più basso di ricoveri, e Sicilia (0,95), Abruzzo (0,82) e Sardegna (0,74) i più alti.

Emergono quindi enormi differenze tra e entro Regioni e Province nelle modalità e

negli strumenti di gestione della performance del sistema sanitario e nei modelli di accreditamento. Ciò rende difficile il confronto con gli standard nazionali e limita la responsabilità del provider nei confronti dell'utente. Secondo l'Ocse, le riforme costituzionali del 2001 hanno contribuito a creare 21 sistemi sanitari regionali, con differenze notevoli sia per quanto riguarda l'assistenza che gli esiti. E' elevato il numero di pazienti che si spostano da regione a regione per ricevere assistenza sanitaria, con le realtà settentrionali che figurano come importatori netti.

Le iniziative nazionali volte al miglioramento della qualità dell'assistenza non vengono applicate in maniera omogenea a livello regionale. Allo stesso tempo, si nota uno scarso coordinamento da parte delle agenzie centrali delle diverse attività regionali connesse alla qualità e sono poco sviluppate o mancano del tutto alcune strategie chiave relative alla qualità. L'Ocse ricorda poi che la professione medica continua a basarsi sull'abilitazione e su sistemi di educazione continua in medicina relativamente poco impegnativi a confronto di altri Paesi.

E' scarsa l'attenzione prestata ai meccanismi per la promozione della qualità del personale sanitario, quali la ri-certificazione o la revisione tra pari come parte di uno Sviluppo Professionale Continuo e non si rileva alcun nesso tra la valutazione delle performance dei singoli operatori e l'accreditamento ECM.

Tra le altre criticità individuate, i sistemi di pagamento che non sempre premiano i miglioramenti nell'assistenza clinica o negli esiti. L'infrastruttura informativa è insufficientemente sfruttata a causa di una debole capacità di collegamento dei dati ed un uso limitato della cartella clinica elettronica/fascicolo sanitario elettronico. Gli attuali indicatori relativi all'assistenza primaria e territoriale non sono sufficienti a fornire un quadro completo dell'efficacia, della sicurezza e della centralità del paziente in questo settore.

Altre difficoltà sono legate a una carenza di informazioni sulla qualità orientata al paziente e sulla qualità dell'assistenza effettivamente erogata. Non vi sono, ad oggi, rilevazioni di indicatori di qualità o di esito a livello del singolo professionista. E, in generale, la diffusione delle informazioni sulla performance dei fornitori di cura resta sottoutilizzata come potenziale guida per il miglioramento continuo della qualità. In generale in Italia le buone intenzioni di policy non sono accompagnate da meccanismi adeguati che ne assicurino l'implementazione.

L'Ocse propone quindi alcune raccomandazioni per il miglioramento della qualità in Italia. La priorità deve essere passare da un sistema che assegna priorità al controllo di bilancio, ad uno che dà eguale priorità alla qualità. Incentivi finanziari e informativi devono essere allineati con i risultati e la qualità della cura ed è necessario un approccio più omogeneo al monitoraggio e allo sviluppo della qualità attraverso tutto il Paese.

Rafforzare la governance della qualità nell'assistenza sanitaria:

- Assicurando una applicazione più omogenea a livello regionale delle iniziative

nazionali per la qualità, in particolar modo riguardo accreditamento e requisiti minimi. La creazione di un ispettorato sanitario nazionale potrebbe fornire a questa funzione una base sicura.

- Considerando ulteriori risorse per incoraggiare l'uso di linee guida per la qualità a livello regionale. Il rafforzamento della capacità del Sistema Nazionale Linee Guida nel diffondere le linee guida e monitorare il loro impatto supporterà la loro implementazione.
- Consolidando ed estendendo l'infrastruttura informativa del servizio sanitario. In particolare, espandendo l'insieme di indicatori raccolti nella Griglia LEA e facendo un migliore uso degli indicatori del PNE nella contrattazione con gli erogatori di assistenza sanitaria.
- Valorizzando i dati attualmente esistenti superando le difficoltà nel collegamento dei dati attraverso i database. E' necessario produrre una standardizzazione delle procedure per l'approvazione del collegamento e dell'analisi dei dati sanitari e per la diffusione delle migliori pratiche nel trattamento dei dati personali.
- Aumentando le possibilità per i pazienti e per il pubblico di fare un uso dei dati di qualità e di essere coinvolti nelle procedure di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria. In particolare, è necessario realizzare indagini sulla soddisfazione del paziente in maniera estesa e sistematica.
- Proseguendo il lavoro eccellente sulla sicurezza del paziente che l'Italia ha già iniziato. E' necessario stabilire obiettivi nazionali, sostenuti da campagne mirate volte a cambiare la pratica assistenziale a livello di reparto e clinico.

Migliorare la qualità dei servizi di cure primarie ed assistenza territoriale:

- Rafforzando l'infrastruttura informativa per supportare la qualità dell'assistenza primaria e territoriale, ad esempio attraverso la raccolta di indicatori relativi alla gestione delle cronicità, al coordinamento tra i diversi livelli di cura o all'esperienza del paziente con le nuove reti territoriali e forme associative dei medici di base.
- Ampliando le reti per l'assistenza territoriale e gli ospedali di comunità su tutto il territorio nazionale, attraverso l'erogazione di risorse finanziarie, lo sviluppo di linee guida per la messa a punto di tali servizi di comunità o per il supporto organizzativo volto ad incoraggiare l'adozione di chronic care model.
- Mettendo a punto sistemi di pagamento più ingegnosi e articolati capaci di premiare la qualità, l'attività o il raggiungimento di obiettivi nazionali attraverso la formula di compenso a prestazione (fee-for-service). Specifica attenzione dovrebbe essere diretta verso strategie preventive, gestione efficiente delle malattie croniche e miglior coordinamento delle cure erogate.
- Incoraggiando l'aderenza alle linee guida cliniche attraverso incentivi finanziari e informativi (ci sono esempi chiave per imparare dai Paesi OCSE, quali il Regno Unito, dove l'introduzione di incentivi finanziari ha avuto effetti positivi sull'aderenza da parte dei MMG, portando miglioramenti in tutta una serie di indicatori relativi alla prevenzione secondaria e alla gestione delle patologie croniche). Produrre linee guida relative all'assistenza agli anziani, ai pazienti che presentano multi-morbosità e al coordinamento delle cure per meglio rispondere alle sfide lanciate dai cambiamenti demografici ed epidemiologici.

- Migliorando il ruolo svolto dagli erogatori di cure primarie nella prevenzione primaria e secondaria. Rappresentano possibili opzioni da considerare lo sviluppo di programmi formativi in materia di prevenzione e diagnosi precoce attraverso programmi di Educazione Continua in Medicina (ECM), e investire maggiormente nella forza lavoro infermieristica.
- Sviluppando standard nazionali per l'assistenza primaria e ampliando il focus del nuovo programma di accreditamento nazionale ai servizi di assistenza primaria e territoriale, includendo il nuovo insieme di reti per l'assistenza territoriale e di ospedali di comunità.

Migliorare la formazione medica per rafforzare la qualità del personale sanitario italiano:

- Considerando se le procedure di accesso alla facoltà di medicina, gli esami per l'abilitazione e lo spostamento verso scuole specialistiche siano utili a promuovere le qualità, quali comunicazione, lavoro di squadra, auto-analisi della propria attività e competenze, richieste al personale sanitario italiano che lavora oggi nel sistema
- Incoraggiando le scuole di medicina a promuovere un insegnamento e metodi di apprendimento di elevata qualità, allontanandosi dagli approcci didattici tradizionali ed esplorando metodi di apprendimento attivi e partecipativi.
- Massimizzando l'impatto positivo dell'ECM attraverso la promozione delle attività ECM che corrispondano alle competenze richieste agli operatori e alle lacune nella loro pratica corrente. Considerando di introdurre forme più moderne di garanzia della qualità del personale, inclusa la ri-certificazione, che prevede valutazioni più rigorose, quali una valutazione completa fra pari, e stimola i professionisti a riflettere sui propri punti di forza e debolezza.
- Esplorando le possibilità per l'introduzione, a livello di professionista sanitario e di prestazione erogata, di indicatori di qualità ed esito, che possano aiutare i clinici a riflettere e a migliorare la propria pratica assistenziale, se questi sono incoraggiati e supportati nel riflettere sui loro risultati in maniera produttiva.

Migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza nelle R&PA con una performance più bassa:

- Sviluppando un approccio più omogeneo in tutte le R&PA nell'utilizzo delle informazioni per gestire la performance e rafforzare la responsabilità (accountability) a livello locale. I temi chiave da affrontare sarebbero il livello di utilizzo dei metodi di misurazione della performance nella contrattazione con ospedali, altri fornitori ed i loro comitati di gestione, e l'estensione per cui tali metodi sono disponibili per un esame pubblico e un confronto aperto.
- Lavorando per una infrastruttura informativa meno frammentata a supporto del sistema sanitario italiano, magari attraverso la creazione di una unica organizzazione nazionale per l'informazione sanitaria per raccogliere, analizzare, e diffondere le misurazioni del sistema sanitario.
- Assicurando che l'allocazione delle risorse regionali abbia un focus sulla qualità, e sia collegata ad incentivi per il miglioramento della qualità. Questo potrebbe essere realizzato assicurando che per ogni contributo finanziario ci sia una componente

dedicata alla valutazione di impatto, ovvero risorse specifiche finalizzate ad estendere l'infrastruttura o il personale per il miglioramento della qualità, oppure facendo in modo che l'erogazione di parte o di tutto il contributo, sia condizionata al raggiungimento di determinati obiettivi o all'implementazione di nuovi processi.

- Ricorrendo a modelli innovativi di allocazione delle risorse messi a punto in altri Paesi per garantire che l'allocazione sia commisurata al meglio possibile ai bisogni tali risorse e, quando appropriato, premi la qualità.
- Monitorando l'impatto del consolidamento finanziario e dell'introduzione di meccanismi di compartecipazione alla spesa (co-payment), sulla salute degli individui e delle comunità vulnerabili.

Rafforzare l'approccio regionale alla governance e alla erogazione dell'assistenza sanitaria in Italia:

- Sviluppando le responsabilità e le capacità delle autorità nazionali il cui ruolo è supportare le R&PA. In particolare, si potrebbe considerare l'opportunità di sviluppare con maggior dettaglio il ruolo di Agenas, modellandolo su organizzazioni equivalenti in altri paesi quali Danske Regioner in Danimarca e Kommunesektorens organisasjon in Norvegia.
- Allo stesso tempo, essendo costantemente allerta verso ogni tensione e inefficienze che possano insorgere come risultato di un sistema di governo multi-livello. In particolare, deve essere individuato ed affrontato ogni eventuale vuoto di responsabilità, informazioni, competenze o finanziamenti.
- Re-inquadrando la governance nel complesso in modo tale che il miglioramento della qualità sia enfatizzato tanto quanto il controllo finanziario attraverso tutti i livelli di governo. Il Ministero della Salute dovrebbe considerare di approfondire ed estendere l'insieme di indicatori monitorati attraverso la Griglia LEA. A livello regionale, si dovrebbero concordare piani di miglioramento della qualità con obiettivi specifici e tappe intermedie.

Infine, un giudizio positivo viene espresso in merito al Patto per la Salute che contiene diversi indirizzi, per cui sono previste specifiche attività con scadenze a breve termine, che rispondono alle raccomandazioni Ocse:

- aggiornamento dei LEA in attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica (art. 1, comma 3)
- riparto del finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato effettuato anche tenendo conto del trend di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità (art. 1, comma 2)
- predisposizione da parte del Ministero di un documento di proposte per la Conferenza SR per implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale ai fini del monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi (art. 1, comma 8)
- aggiornamento degli obiettivi, struttura e funzionamento del sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (art. 10, comma 7)
- adozione del regolamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e

quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (art. 3, comma 1)

- stipula dell'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del paziente (art. 3, comma 2)
- definizione di un documento di indirizzo per individuare i criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi (art. 3, comma 3)
- individuazione e condivisione in Conferenza Stato-Regioni di strumenti di valutazione della soddisfazione del paziente e della qualità percepita, omogenei sul territorio nazionale (art. 4, comma 4)
- riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'istituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie e le Aggregazioni Funzionali Territoriali, comprese la definizione, nell'ambito dell'NSIS, di un sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate e di un sistema di codifica delle prestazioni omogeneo sul territorio nazionale (art. 5)
- predisposizione da parte del Ministero del "Piano nazionale delle cronicità" (art. 5, comma 21)
- impegno delle regioni nella definizione e attivazione delle reti integrate dei servizi sociosanitari (art. 6)
- aggiornamento del sistema di monitoraggio, supporto, verifica, e rafforzamento dei servizi sanitari regionali (art. 12)
- definizione del "Piano di Evoluzione dei Flussi NSIS" come strumento di programmazione degli interventi di aggiornamento e sviluppo sui sistemi informativi (art. 15).

■ [E l'Ocse ci dice che di tagli si muore. Ma va? di Cesare Fassari](#)

■ [Lorenzin: "Ridurre frammentazione nella governance e rinforzare sistemi valutazione. Patto decisivo"](#)

■ [Botti: "Quadro normativo eccellente, ma diventa carente al momento dell'attuazione"](#)

L'infermiere non è un medico. Parola di New York Times

Un editoriale del prestigioso quotidiano americano di qualche tempo fa sollevava molti dubbi sul crescente ruolo dato negli Usa agli infermieri nelle cure primarie. Sia dal punto di vista clinico che economico. Costano meno dei medici ma, se responsabili in prima persona, prescrivono molte più analisi e visite specialistiche. Temi che mi hanno fatto venire in mente il dibattito in corso in Italia sul comma 566

Ho seguito con molto interesse la discussione intervenuta su questo Quotidiano relativa al comma 566 della legge di stabilità. Talvolta, nei differenti attori intervenuti nel dibattito, ho notato un eccessivo attaccamento corporativo per rendite di posizione acquisite o altrimenti una eccessiva voglia di rivalsa per i trattamenti o le negazioni professionali subite in passato. Non entro nel merito delle discussioni o nella platea dei favorevoli o contrari ma cerco di dare un mio contributo neutrale alla discussione mediante un articolo apparso il 29 Aprile 2014 sul prestigioso *The New York Times* con il provocatorio titolo "Nurses, are not Doctors" a firma

dell'editorialista sanitario **Sandeep Jauhar**. Le questioni dibattute sono in parti collimanti con quelle dibattute attualmente in Italia, riguardano lo stesso contenuto della discussione sia sul piano organizzativo che funzionale e sono strettamente legate alle professionalità medica ed infermieristica.

Lo stato di New York ha approvato una legge che concede agli infermieri il diritto di fornire cure primarie senza la supervisione del medico. New York si aggiunge ad altri 16 Stati e al Distretto di Columbia nell'assegnazione di tale autonomia. La maggior parte degli Stati richiedono ancora agli infermieri di lavorare congiuntamente con i medici nell'ambito di accordi comuni lavorativi. Gli autori del disegno di legge sostengono che la collaborazione obbligatoria con un medico "non serve più alle finalità cliniche" ed ha ridotto, pertanto, il loro accesso alle cure primarie. Il supporto organizzativo per queste misure è stato operato quattro anni fa, dall'*Institute of Medicine* che ha contribuito a far cadere le ultime norme che impedivano agli infermieri queste pratiche, anche se la categoria era in possesso di buone performance curative in relazione "al loro grado di istruzione e alla formazione professionale". L'anno scorso il presidente della *American Association of Nurse Practitioners* ha sostenuto che l'attuale diversità tra operatori sanitari ha reso "la struttura gerarchica medico-centrica inutile".

La classe medica americana, in tali proposte, ha individuato una sottovalutazione dell'importanza clinica delle competenze dei medici e una sovrastima del rapporto costo-efficacia di infermieri. L'impeto dietro la nuova legge, che entrerà in vigore nell'anno corrente, è la carenza terribile di medici di base. Un grande motivo di questa scarsità è la differente remunerazione. Secondo l'editorialista del N.Y.T. le cure primarie vengono remunerate al minimo se relazionate a tutte le specialità mediche, per cui la medicina di base e le cure primarie rappresentano un minimo storico se rapportate all'equazione medici/residenti, nonostante l'*Affordable Care Act* di Obama abbia aggiunto milioni di nuovi pazienti assicurati con necessità di medici per assistenza primaria. Gli infermieri sono stati individuati in termini di convenienza economica per soddisfare questa esigenza.

Gli infermieri costano meno ma prescrivono di più. *Medicare* (assicurazione statale) attualmente rimborsa agli infermieri solo l'85 per cento della somma che rimborsa ai medici di assistenza primaria. Pagare meno per lo stesso lavoro sembra essere un modo conveniente per salvare, in parte, la disastrosa riforma sanitaria. Ma sono gli infermieri in realtà i più convenienti per il Servizio sanitario federale? C'è una carenza di studi e nessuna ricerca empirica, ma alcuni studi hanno suggerito che la risposta è no. Secondo il N.Y.T, gli infermieri, anche se generalmente lodati per essere sensibili alle preoccupazioni psicologiche e personali del paziente, sembrano, più propensi a richiedere esami diagnostici, sicuramente in eccedenza, nei confronti della loro controparte medica. In base ad uno studio, pubblicato nel 1999 dalla rivista "Effettiva pratica clinica" i pazienti assistiti in cure primarie dagli infermieri erano sottoposti a più ecografie, TAC e risonanza magnetica a scansione, rispetto ai pazienti assegnati ai medici. Gli infermieri hanno richiesto il 25 per cento in più di

visite specialistiche e il 41 per cento in più di ricoveri ospedalieri.

Tutto questo può portare o compensare il risparmio ottenuto? Talvolta la carenza di formazione è sopperita dalla richiesta spropositata di consulti e prestazioni specialistiche esterne. Gli infermieri, nelle scuole di formazione americana, ricevono circa 600 ore di insegnamento clinico durante il loro corso di istruzione formale e professionale, che è meno di quanto i medici ricevono nel solo primo anno di corso specialistico di tre anni. Secondo l'editoriale del N.Y.T. il pericolo maggiore paventato è quello di vedere un sistema sanitario ed ospedaliero a due livelli di cure primarie: il primo focalizzato sulla prevenzione delle malattie relativamente semplici e la promozione della salute, il secondo livello è quello di attenzione, quando insorgono complicanze che richiedono il giudizio necessario di un medico.

Cure primarie, anche se spesso di routine, possono nascondere qualcosa che sicuramente di routine non è. E' la capacità di differenziare quelle sfumature pallide di grigio nella cura del paziente che conta. Per farlo in modo coerente necessita la competenza di un medico. Quindi, se vogliamo più provider di assistenza primaria, diamo maggiori e migliori competenze al ruolo medico e cerchiamo di incentivare questa professione con maggiori compensi retributivi. Vi è un luogo essenziale di incontro tra le differenti professionalità ospedaliere: è quello di far parte di un team, che in un rapporto di confronto e di reciproca collaborazione può essere utile ed essenziale per la cura del paziente.

Le similitudini Italia/Usa. Ritrovo in questo articolo del N.Y.T., anche se rivolto al sistema sanitario americano, dei punti di convergenza e di riscontro, con i pareri espressi qui in Italia su questo quotidiano da autorevoli esponenti e rappresentanti del mondo sanitario. Il primo punto riguarda la valutazione economica dei costi/benefici, questa scelta è determinante nella opzione medici o infermieri in base alle loro classi stipendiali; il secondo punto riguarda la possibilità di richieste massicce di indagini diagnostiche di laboratorio e d'immagine e di specialistiche proposte dagli infermieri per una loro scarsa preparazione alla valutazione clinica del paziente, in rapporto alle maggiori capacità del medico. Questa situazione renderebbe nullo qualsiasi beneficio di risparmio economico. Terzo punto la possibilità che l'assistenza sanitaria, come qualcuno ha preconizzato, verrebbe "segata" in due comparti. Il primo di facile accesso e valutazione o di continuità terapeutica verrebbe assegnato agli infermieri, il secondo più complesso, di valutazione specialistica verrebbe assegnato ai medici.

Ultimo punto è quello che riguarda il nuovo modello organizzativo ospedaliero. In estrema sintesi così dovrebbe essere composto e funzionare. Un team di professionisti organizzato intorno alla cura e allo studio di una patologia. Il Team segue il paziente dal check-in d'entrata ospedaliero, lo supporta nella degenza sino al follow-up post degenza. E' un Team altamente specializzato composto da medici, infermieri, tecnici addestrato alla cura del paziente oltre al monitoraggio clinico post-degenza.

SOLE 24ORE SANITA'

Precariato. Anaa: «Cambiare il Dpcm e stabilizzare tutto il personale»

L'Anaa Assomed esprime la propria contrarietà al Dpcm per la stabilizzazione del personale precario in Sanità e chiede che venga garantita l'effettiva stabilizzazione del personale sanitario attualmente in servizio. Lo fa in una lettera trasmessa oggi al Ministro Lorenzin, al Presidente Chiamparino e agli Assessori alla sanità.

L'Associazione avanza tre precise richieste:

- La totale disapplicazione del blocco del turn-over, non solo nella misura del 15%, anche per quelle Regioni sottoposte a piano di rientro, poichè il processo di stabilizzazione deve essere completamente scorporato dal turn-over, in quanto avviene nell'ambito di dotazioni organiche esistenti e nei limiti del costo del personale fino ad oggi sostenuto, rispettando, quindi, i vincoli finanziari delle risorse economiche a disposizione. Infatti, il suddetto processo, non si pone in contrasto con gli obiettivi dei piani di rientro, ma fa parte del principio di ottimizzazione delle risorse, sia umane che finanziarie disponibili.
- che, indipendentemente dal Dpcm venga immediatamente immesso in ruolo il personale sanitario a contratto a tempo determinato in posizione utile in graduatoria concorsuale, mediante lo scorrimento delle stesse, non inficiando, quindi, il limite massimo complessivo del 50 per cento riservato delle risorse assunzionali disponibili.
- che il processo di stabilizzazione riguardi anche i contratti atipici, in considerazione del fatto che, al pari dei tempi determinati, concorrono al mantenimento dei Lea occupando posti in dotazione organica già vacanti da anni, al fine di impedire la brusca e improponibile interruzione di pubblici servizi essenziali.

Se il testo del Dpcm venisse approvato senza modifiche, non solo non consentirebbe l'attuazione delle procedure concorsuali per la stabilizzazione del personale precario in servizio, visti i recenti tagli decretati dalla Legge di Stabilità, ma rischierebbe addirittura di rimettere in discussione le proroghe dei contratti già previste dalle diverse Regioni, prefigurando un vero e proprio dissesto organizzativo per la garanzia dei Lea nel nostro Paese e l'alienazione di risorse professionali di insostituibile valore per formare le quali lo Stato ha impiegato rilevanti risorse.

Lorenzin: «Revisione Lea al traguardo e poi al lavoro su nuovi Drg»

«Il direttore generale della Programmazione Renato Botti ha il suo bel da fare: se con l'aggiornamento del Dpcm sui Livelli essenziali di assistenza, che presenteremo la prossima settimana, siamo ormai in dirittura d'arrivo, subito dopo sarà chiamato a revisionare i Drg per migliorare qualità, appropriatezza e valutazione dell'assistenza». Dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin oggi è arrivato più d'un annuncio, a margine della presentazione del report Ocse che fa il punto sul Servizio sanitario nazionale cui chiede di far rotta con decisione e uniformità verso il miglioramento della qualità.

Ma in generale è una Lorenzin a tutto tondo quella che parla con la stampa: sia dei temi affrontati dalla review dell'organizzazione internazionale sia sulle boutade dei giorni scorsi. A partire dal polverone sui "ticket" - «una bufala perché non c'è niente di nuovo rispetto al lavoro della commissione tra Regioni, Salute e Mef che sta cercando un'ipotesi sostenibile» - per arrivare alla "guerra del fumo" con il mondo dello spettacolo. «Che invito - ha colto la palla al balzo la ministra - a schierarsi dalla nostra parte nella battaglia contro un tabagismo che si presenta sempre più come un fenomeno di ritorno pure tra i giovanissimi».

Poi si passa alle questioni più tecniche: i nuovi Lea? Certamente. Del resto siamo fuori i tempi massimi previsti dal quel Patto per la salute che ha mirato a rinsaldare l'intesa con le Regioni e «a promuovere la qualità», appunto, come chiede l'Ocse. E a chi le chieda quanto quel Patto possa essere ancora considerato valido, visti i tagli arrivati con la legge di Stabilità, Lorenzin risponde che «il Patto è legge e in quanto tale va attuato, magari intensificando gli sforzi comuni ministero-Regioni per raggiungere gli obiettivi che ci siamo dati».

Infine, e certo non in ordine d'importanza, la prevenzione a partire dalle vaccinazioni: il ministero non esclude un prolungamento della campagna vaccinale, anche a partire dai dati dell'anno scorso che parlano di un bilancio di 8mila italiani deceduti.

DOCTOR 33.IT

Crollo ricoveri ospedalieri. Fimmg: troppi carichi per Mmg. Urge realizzare riforma Balduzzi

Le prestazioni del servizio sanitario - in particolare quelle ospedaliere - sono sempre meno. Lo dicono anche i dati del Ministero della Salute sulle schede di dimissione ospedaliera, e i medici di famiglia iniziano a verificare sulla propria pelle la minore offerta di prestazioni nelle strutture del servizio sanitario. Rispetto al 2013, nei primi 6 mesi del 2014 sarebbero diminuiti sia i ricoveri: ordinari, del 9% (-6% in termini di giorni di degenza) sia quelli in day hospital, del 18,5% con una diminuzione di oltre il 23% dei giorni di degenza. In discesa del 3% sia i ricoveri per i pazienti in riabilitazione sia quelli in lungodegenza. Cresce l'appropriatezza, ma con un trend più

lento: più prestazioni sono state eseguite in ambulatorio o in day hospital anziché in regime di ricovero anche se - dal mal di testa del bambino alle nevrosi depressive, fino alla radioterapia - spesso si continua a ricoverare i pazienti con la formula ordinaria. «La riduzione delle prestazioni inappropriate in ospedale può aver contribuito a diminuire i giorni di ricovero rispetto agli anni precedenti - dice **Fiorenzo Corti** responsabile comunicazione del sindacato Fimmg - tuttavia c'è un aumento dei carichi per noi: sui medici di famiglia si stanno scaricando attività ieri gestite dagli ospedali. Per adeguare i servizi territoriali è urgente mettere in atto le riforme della legge Balduzzi 189/2012 e aprire subito un confronto con il Servizio sanitario per ovviare ai ritardi che scontano le regioni sul tabellino di marcia del potenziamento delle cure primarie».

«L'aumento del carico di lavoro sul territorio è un fatto, così come lo è l'incomunicabilità tra settori del servizio sanitario, da noi in Veneto si parla sempre di 280 accessi/giorno in pronto soccorso e si trascura il lavoro del territorio, reso dal medico di famiglia dilatando gli orari di apertura dello studio, oltre che dai medici di continuità assistenziale», dice **Stefano Ivis** portavoce centro studi in mg Keiron, società scientifica veneta. «E' anche vero che parte dei servizi non resi dal Ssn sono stati dirottati sul privato e che i costi di quest'ultimo sono competitivi su prestazioni e terapie sempre più importanti. La parte pubblica dovrebbe riconoscere che i due mondi, medicina convenzionata e dipendenza, devono adottare parametri uniformi per misurare il lavoro e stabilire ciò di cui c'è bisogno, e dovrebbe capire che il lavoro del mmg sul territorio non si dilata solo in termini di prestazioni, di visite offerte, di intramuscolo fatte, di antibiotici o antipressori prescritti, ma anche di attività di ricognizione delle terapie, ad esempio quando un farmaco specifico deve impattare nel bilancio di un anziano disidratato già trattato con tante altre medicine. Il tempo richiesto dal secondo servizio supera quello del primo, spesso, ma questo non si concepisce ancora». Va in parziale controtendenza **Paolo Spriano**, responsabile comunicazione della società scientifica nazionale Snamid: «Non ho dati in grado di certificare che nell'ultimo anno, viste le minori prestazioni erogate in ospedale, la gente si è riversata nei nostri studi. Ad esempio, per quanto riguarda la Lombardia la survey da noi presentata a settembre dice che non c'è stata un'impennata di attivazioni di assistenza domiciliare o di altre attività in sostituzione di prestazioni non erogate dall'ospedale. L'impennata di questi giorni a occhio la vedo sull'influenza stagionale, mentre resta compito più delicato andare a misurare l'impatto sul nostro lavoro della minor offerta ospedaliera».

Codice etico Iss. Ricciardi: la vicenda vaccini insegna serve trasparenza

Ricerche sull'uomo rispettose del consenso informato e dell'equità nella selezione dei soggetti, sperimentazione sugli animali con metodologie che riducano al minimo lo stress, trasparenza sulla dichiarazione di eventuali conflitti di interesse. L'Istituto Superiore di Sanità, come prevede anche il nuovo Statuto, si dota per la prima volta di un Codice di etica scritto, rivolto ai suoi ricercatori e al personale. «Il Codice - precisa a DoctorNews33 Walter Ricciardi, commissario straordinario dell'Iss - è la

traduzione di un "concetto" che in altri Paesi già esiste da tempo. Al di là dell'etica personale, serve dotarsi di certezze che solo un testo scritto, a cui è obbligatorio attenersi, può assicurare».

Dottor Ricciardi, ma non bastavano norme, leggi e regolamenti già esistenti? Dove facevano acqua?

In realtà questa sembra una stranezza per l'Italia, ma in altri Paesi penso a Francia, Gran Bretagna è già una prassi consolidata. In tutte le pubbliche amministrazioni, infatti, si richiede un giuramento su un codice etico per chiunque lavori o entri comunque all'interno di processi delicati della pubblica amministrazione. Al di là dell'etica personale, che una persona può avere o non avere, si dà la certezza di una oggettività e imparzialità delle procedure. In Italia sono poche le amministrazioni pubbliche che adottano questo criterio e per questo, ho visto la necessità che un Istituto come il nostro, che si occupa di ricerca sull'uomo e non solo, se ne dotasse. Un codice, tra l'altro, messo in piedi da un comitato etico di nomi eccellenti, realizzato in termini relativamente brevi per un testo fatto molto bene e da cui prende il via il secondo step del commissariamento.

Negli ultimi mesi l'argomento più scottante sembra essere stato quello dei vaccini. Quanto è labile il confine tra le esigenze delle imprese farmaceutiche e il dovere di un Istituto come l'Iss, appunto, di assicurare certezze e oggettività?

Il problema dei vaccini non è stato il motore scatenante della mia idea, ma certamente ha contribuito a che venisse intrapresa questa iniziativa. Certo è che proprio questa vicenda dei vaccini, deve mettere in luce come dotarsi di regole di questo tipo possa assicurare una trasparenza e una oggettività nelle procedure che a vari livelli entrano in gioco in questi processi.

Come Istituto Superiore di Sanità avete lanciato l'allarme di un aumento di tumori e leucemie, particolarmente nei bambini, in zone ad alto tasso di inquinamento. Come si affronta a livello centrale il problema?

Sì, l'Istituto Superiore di Sanità con il dipartimento Ambiente e Salute è stato chiamato dal governo e dalle regioni a studiare questi fenomeni. C'è sicuramente la necessità di aumentare l'attenzione sui casi, ma ancora non posso affermare che ci sia una diretta causa-effetto. La responsabilità dell'emergenza deve essere in mano alle autorità locali e, infatti, mi rallegra sapere che il ministero della Salute ha trovato i fondi per iniziare lo screening individuale dei soggetti. Tutto ciò porterà sicuramente a evidenziarne le cause e le possibili soluzioni. Certo è che la rimozione dei rifiuti sotterrati e le bonifiche delle aree inquinate dalla catena industriale, resta una priorità estrema.

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584