

dmm



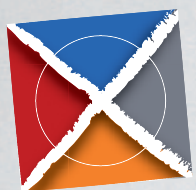
STANDARD OSPEDALIERI
Le osservazioni di Costantino Troise
e Carlo Palermo sulla proposta
di Decreto del Ministero della Salute
a pagina 8



dirigenza medica



Speciale elezioni:
i sindacati
interrogano
i partiti



**SANITÀ
E POLITICA.**
Ecco
gli impegni
prima del
voto.
E ADESSO?

**Sedici domande poste in diretta dai
maggiori sindacati medici ai candidati
Balduzzi (Lista Monti), Barani (Pdl),
Bianco (Pd) e Palagiano (Rivoluzione Civile).
Le loro risposte e i loro impegni.**

Speciale elezioni



Renato Balduzzi,
coalizione Monti
per l'Italia



Lucio Barani,
coalizione
di centro-destra

Ecco gli impegni prima delle elezioni.

Un confronto serrato, scandito da 16 domande che i leader dei principali sindacati medici hanno rivolto a quattro rappresentanti delle liste di Centro Sinistra, Centro Destra, Scelta Civica di Monti e Rivoluzione Civile, Amedeo Bianco, Lucio Barani, Renato Balduzzi e Antonio Palagiano tre settimane prima del voto. Affrontati tutti i nodi della sanità e della professione. Ecco com'è andata, per ricordarci cosa avevano detto prima delle elezioni.





Amedeo Bianco,
coalizione
di centro-sinistra



Antonio Palagiano,
Rivoluzione civile

E ADESSO?

Dalla sostenibilità della sanità pubblica agli scenari di possibili riforme del sistema. E poi i temi legati al lavoro dei medici, alla responsabilità professionale e al precariato. Ma si è parlato anche di ospedale e territorio e del loro processo di integrazione. Senza dimenticare temi specifici come quello delle esternalizzazioni e del rapporto tra politica e sanità.

Abbiamo riassunto così il senso delle sedici domande e delle risposte date dai quattro politici.

Ora bisognerà aspettarli al varco per verificare l'attendibilità dei loro impegni.

Hanno rivolto le domande agli esponenti delle quattro coalizioni:

Giacomo Milillo – Fimmg

Costantino Troise – Anaa Assomed

Roberto Lala – Sumai

Francesco Lucà – Fassid

Massimo Cozza – FP Cgil Medici

Riccardo Cassi – Cimo Asmd

Biagio Papotto – Cisl Medici

Vincenzo Carpino – Aaroi-Emac

Aldo Grasselli – Fvm

Francesco Medici – Smi

Roberto Sassi – Fimp

Carmine Gigli – Fesmed

Erasmus Rondelli – Anpo-Ascolti-Fials Medici

Armando Masucci – Uil Medici

Cristiano Alicino – Federspecializzandi

L'incontro è stato moderato dal direttore di Quotidiano Sanità, Cesare Fassari.

Esiste il rischio sostenibilità?

Per **Balduzzi** la sostenibilità è soprattutto “un problema di fiducia: oggi c'è e ci sarà anche domani se ristrutturiamo la compartecipazione. Il problema principale riguarda “i ticket dal 1 gennaio 2014, quelli sì che sono insostenibili, ci sono già, sono stati decisi dal governo precedente e bisogna far qualcosa, non sono sostenibili dal sistema”. In secondo luogo bisogna potenziare “la manutenzione straordinaria con più cultura sanitaria e meno medicina difensiva. Terzo, valorizzare le casse di categoria con la sanità integrativa, abbiamo più di 3 milioni di persone che possono essere utilmente interessate con qualche accorgimento a entrare di più dentro il servizio sanitario nazionale così riducendo la spesa; no alla privatizzazione della sanità sì all'integrazione virtuosa, con regole certe, i fondi Doc li abbiamo, attuiamoli; una cultura dell'azienda che metta insieme la cultura del servizio, gli obiettivi di salute non meramente contabili, è già tutto scritto nelle regole, bisogna però intenderle bene, più Ministero della Salute e la capacità di valorizzare la sanità, e infine più Europa, ma quell'Europa che noi costruiamo, che noi concorriamo a costruire, quest'immagine evidentemente di Monti che va in Europa a prendere ordini è un'immagine derisoria, forse chi stava prima poteva essere un'immagine, non lo so, non ho voglia di dare giudizi, adesso noi concorriamo in modo forte a creare l'Europa che abbiamo voluto e a portarla su quella linea, un'Europa che è fondata su un'economia sociale di mercato altamente competitiva, mi pare che la strada sia questa.

Barani invece sottolinea che “la sanità per

tutti un lusso che non possiamo più permetterci, ce lo dice qualcuno che non ce lo possiamo più permettere, quel qualcuno che ci ha fatto fare la riforma Fornero, quel qualcuno che ci ha aumentato quando ha voluto lo spread tra noi e la Germania, la signora Merkel, i nostri due politici di riferimento Bersani e Monti sono già andati in questi giorni a prendere ordini e hanno già detto di tagliare il Welfare, la sanità, è già deciso, e bisogna risparmiare, bisogna farli tornare i conti, i ricchi sono il diavolo, che cosa dice il Dottor Bianco? Qualcuno che dice che sono il diavolo, dice che l'articolo 32 non deve essere una sanità solo per indigenti, ma quando abbiamo dei leader che pensano di essere uomini di governo e dicono che già c'è una separazione, che qualcuno si deve arrangiare per proprio conto e che vanno svenati sarà una sanità solo per indigenti di pessima qualità, e noi su questo ci ribelliamo”.

Bianco prevede che “scenderemo nei prossimi anni, salvo diverse correzioni, al di sotto del 7% come finanziamento pubblico, tra l'altro con un denominatore che scende, il Pil, quindi in una cifra assoluta ancora inferiore, questo non è più tollerabile davvero perché io per esempio non condivido le idee dei default, delle crisi, dei crolli, qui non è un sistema che crolla, così come non c'è nessun partito politico o schieramento che dice smontiamo il servizio sanitario nazionale, il rischio è un altro, è che agonizzi in silenzio, è che in silenzio si espellano servizi, diritti, che in silenzio si neghino bisogni, l'impegno è finanziare l'universalismo in modo congruo. Un parametro? Quello del patto della salute 2010-2012 che non era poi troppo restrittivo, ma



Balduzzi “Le Regioni in piano di rientro dimostrano che non è che chi ha speso di più ha poi dato più qualità”

che comunque ci portava a 7,2-7,3 come finanziamento pubblico.”

Palagiano suggerisce che prima di dare nuovi ticket “si cominci a definire i costi standard per dispositivi medici ma soprattutto per i servizi; secondo punto, affrontiamo definitivamente la medicina difensiva, costo 10 miliardi di euro, siamo i primi per prescrizioni di Tac e di risonanze magnetiche d'Europa, con tutte le conseguenze che poi comportano, e quindi di ricoveri inappropriati, medicina difensiva, assicurazioni, 10 miliardi. Controllo della qualità: sicuramente maggiore è la qualità minore è lo spreco, le Regioni che spendono di più sono quelle col disavanzo, dico la Calabria ogni volta per dire che ci sono 2 miliardi di debito e poi c'è una migrazione annuale di circa 58mila pazienti, quindi spendono tanto e poi danno poco al cittadino; riduciamo le esternalizzazioni, stabiliamo dei limiti precisi, sempre attraverso i costi standard cosa si può esternalizzare, vietiamo queste consulenze che sono noiosissime, cause fatte per contenziosi, per mancati pagamenti con studi di avvocati nonostante ci siano fra i dipendenti della Asl gli avvocati”.

Dobbiamo aspettarci nuove riforme del Ssn?

Il tema della sostenibilità tira in ballo un altro nodo: la necessità di riformare il sistema sulla base di interventi che non penalizzino la qualità dei servizi erogati.

Secondo **Palagiano** negli ultimi anni “sono stati fatti soltanto interventi tampone, non è stato fatto niente di nuovo, ci vogliono delle riforme strutturali vere che in qualche modo possano adeguare la sanità ai tempi odierni, abbiamo una società che è multietnica, ci sono malattie nuove che sono state importate da emigranti di colore e non, abbiamo una società diversa in quanto l'ambiente è stato contaminato in una maniera incredibile, abbiamo non soltanto l'Ilva di Taranto, abbiamo il casertano eccetera, quindi le esigenze di sanità sono cambiate e quindi il modello deve adeguarsi. Per fare questo ovviamente occorre fare qualcosa di nuovo e non fare dei provvedimenti tampone, per fare questo ci vuole almeno una legislatura, perché vedo che purtroppo si parla di colpa medica ma anche dalla legislatura scorsa non si è fatto niente, né in quella precedente né in questa, quindi articolare il tutto è possibile ma è difficilissimo, ci vuole anzitutto molto coraggio, molta volontà e molta competenza ed è quello che spesso manca alla classe politica, avere il coraggio di osare, le cose vanno necessariamente pensate, ci sono delle buone teste e dei

buoni cervelli anche in Parlamento, ma non occorre essere in Parlamento per poter proporre, promuovere ed approvare soprattutto un cambiamento radicale che sia al passo con i tempi, quindi sì è ora di cambiare, è ora di una nuova riforma sanitaria”.

Bianco fa riferimento alla sua esperienza personale “che largamente coincide con la storia degli ultimi 30-35 anni di sanità pubblica e privata, l'idea che mi sono fatto è che in realtà questo è un sistema di una complessità tale e di una vivacità e dinamismo interno incomprensibile, i fattori epidemiologici, i fattori economici, i fattori culturali, i fattori tecnologici, lo sviluppo della scienza, l'innovazione, che fanno sì che abbia costantemente bisogno di manutenzione, è una sorta di stress assolutamente coassiale, fisiologico al sistema. Io credo che l'unica grande riforma di cornice continui ad essere la 833 perché lì stanno i principi, la fiscalità generale, l'universalismo, la solidarietà e l'equità”.

Per **Barani** ogni ipotesi di riforma deve arginare il fenomeno dell'aziendalizzazione che “è la vera macchia nera che c'è nella sanità. Proviamo un po' a ricordare la 833 quando viene fatta: nata vecchia perché viene copiata dall'Inghilterra, c'era il compromesso storico; la 502 del '92, un periodo in cui si è passati alla cosiddetta seconda Repubblica, anche lì gestione catto-comunista; la 229, Bindianna, addirittura D'Alema rivolgendosi a lei le ha detto: “guai ne hai già fatti tanti, non continuare sulla sanità”; è stato citato Amato, quello sì un ex socialista, perché nel 2001 è quello che ha fatto per quattro voti la riforma del titolo V della Costituzione, quattro voti, quattro cattocomunisti al Governo che tutti dicono hanno rovinato la sanità, per cui se questa è la base di partenza ci auguriamo di fare una modifica strutturale, vera, totale, che riporti il medico al centro, ho già detto il Primario deve essere il Primario e non il Responsabile dell'unità operativa complessa, il concorso venga vinto per il curriculum”.

La priorità di **Balduzzi** invece è la tutela “della 883 che è il frutto di trent'anni di discussione, altroché, poi è finita in quel particolare momento storico che ne ha caratterizzato alcuni aspetti, poi superati, la rete delle assemblee elettive, poi superati, ma il nucleo di fondo non è superato, cioè l'833 è l'attuazione dell'articolo 32, è quello che ha dato la possibilità al nostro di avere in sanità le prime posizioni nel mondo, ma quale altro comparto pubblico è nelle prime posizioni nel mondo, la giustizia lo sapete dove la mettono? L'istruzione lo sapete dove la mettono? Per la sanità è diverso grazie al lavoro che è stato fatto, al disegno organizzativo di chi ci ha preceduto e a quello che noi, o meglio

voi, avete concorso a creare, ma stiamo scherzando davvero? Va bene le bufale in campagna elettorale, ma stiamo veramente alle cose reali perché altrimenti ragioniamo sul nulla, quello di cui c'è bisogno è questa manutenzione continua, straordinaria ed ordinaria, io intendo così quello che abbiamo fatto quest'anno, una manutenzione straordinaria, me la chiamano riforma, è questione di parole chiaramente, ma è dire trasformiamo ciò che nei convegni viene detto in fatti, ciò che è la cultura sanitaria in fatti, e questo è quello che dobbiamo continuare a fare, sempre di più e senza sconti”.

Lavoro, precariato e responsabilità professionale. Quali soluzioni?

Per ridare forza e motivazione al lavoro, bisogna accantonare l'equazione secondo la quale a un aumento della spesa corrisponde una maggiore qualità. È da questo assunto che parte il ragionamento di **Balduzzi**. “Le Regioni in piani di rientro dimostrano che non è che chi ha speso di più ha poi dato più qualità, e questa è una cosa da tener sempre presente”. La lotta alla demotivazione deve poi poggiare “sulla strada della medicina difensiva e su una valorizzazione del Collegio di direzione, due scelte che ritroviamo negli articoli 3 e 4 del Decreto legge Sanità e sviluppo”. Sulla questione assicurazioni, il ministro sottolinea che “Questo è davvero un argomento sul quale credo ci voglia da parte di tutti molta onestà in-



Speciale elezioni: i sindacati interrogano i partiti



telle; nessuno ha mai pensato che l'articolo 3 della legge fosse la ricetta miracolosa, però dire che non incide o sembra non incidere è veramente un'affermazione che non sta in piedi. Mi aspetto poi molto dal regolamento sul fondo, dal regolamento sulle assicurazioni, dalle tabelle che fissano i parametri e quindi anche i tetti, e in questo lavoro abbiamo coinvolto le organizzazioni professionali e le società scientifiche perché è un lavoro che va condiviso; io considero un po' singolare che nel momento in cui la politica per la prima volta prende in mano il problema in questo momento si faccia lo sciopero, dovevate farlo prima semmai, comunque ognuno risponde delle proprie azioni, però ripeto su questo punto io credo che ci voglia da parte di tutti, politici e organizzazioni professionali, molta molta onestà intellettuale".

L'idea di un limite al reclutamento del personale è condivisa anche da **Barani**, che ha sottolineato come le Regioni abbiano, per anni, puntato soltanto su figure inutili e figlie delle nomine politiche, come "cuochi e guardiani. Una dinamica prodotta soprattutto da Toscana, Umbria, Marche, Liguria, Campania bassoliana, Calabria e Puglia". Il rovescio della medaglia di questo approccio è che, invece, non si

è mai investito "sui medici e sul personale medico, figure che sono state marginalizzate anche a causa della totale mancanza di criteri meritocratici". Il concetto di merito deve costituire il cardine su cui ripartire sin dalla formazione. "Mi viene spontaneo dire: ma quanto dura il corso di laurea in Medicina? 6 anni? No dura 11 anni, per andare a lavorare nel servizio sanitario nazionale lo specialista impiega 11 anni, una cambiale che la famiglia deve staccare al momento in cui iscrive il figlio a Medicina". Per quanto concerne il tema delle assicurazioni, l'esponente di centrodestra rivendica il suo lavoro in Parlamento. "Emblematici sono gli emendamenti - che presentai al ddl Fazio e che vennero approvati alla Camera e poi bloccati al Senato - sull'assicurazione obbligatoria, sul tipo dell'Rc Auto, con il bonus-malus".

Per **Bianco** alla base del problema risiede la 502, che ha determinato "l'introduzione della mannaia sulla sanità e di un approccio puramente produttivistico. Quest'ultimo ha messo da parte, reso sempre meno influente, il valore della persona e delle sue capacità. Bisogna invece ricostruire meccanismi di identificazione tra il professionista e i servizi erogati, arginando le logiche legate all'aziendalizzazione. Devono venire prima i servizi e poi il pareggio di bilancio e non viceversa". Nuove formule so-

no possibili soltanto con un coinvolgimento pieno delle "giovani generazioni, reclutate con la logica del mordi e fuggi che non giova alla possibilità di renderle organicamente partecipi dei servizi erogati. L'attività professionale non può essere concepita come la sommatoria di singoli atti, ma deve essere un processo lungo e compatto". Altro nervo scoperto del sistema riguarda le assicurazioni. "Proposte concrete: la prima proposta noi l'abbiamo simboleggiata con il termine delle quattro A, vi ricordate le tre A? Autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali, noi ci mettiamo per prima un'altra A, assicurazioni, prevedendo l'obbligo per le strutture pubbliche e private di assicurare la responsabilità, questo in coerenza con un principio di carattere generale che trasferisce la responsabilità contrattuale sia pubblica che privata dai professionisti alla struttura. È poi fondamentale definire le tabelle di riferimento per il risarcimento: è vero, c'era nel Decreto Balduzzi, abbiamo a disposizione quel-



Barani "La sanità per tutti è un lusso che non possiamo più permetterci"

li da 1 a 9, mancano quelli da 9 a 100, però questo è il sistema attraverso il quale si calmano i risarcimenti; poi naturalmente sviluppare il fondo di solidarietà, arrivare a coprire le situazioni difficili con questo fondo di sanità che era già presente nel Decreto Balduzzi".

Palagiano ha evidenziato le storture generate "dall'eccessivo potere attribuito alle Regioni, un fenomeno che ha garantito terreno fertile all'invasione della politica e che ha escluso i medici dai processi decisionali". Il blocco degli stipendi e la conseguente riduzione del potere d'acquisto sono un'altra falla enorme del sistema "che va combattuta erogando almeno degli incentivi ai medici, perché retribuire con 30 euro la pronta disponibilità per dodici ore è davvero vergognoso". Un altro cambiamento importante, per evitare la demotivazione, riguarda le coperture assicurative. "Le aziende sanitarie, come emerge dall'indagine effettuata dalla commissione da me presieduta, nel 63% dei casi non sono assicurate contro la colpa grave. Nei pronti soccorso ostetrici, per esempio, ci si paga da soli l'assicurazione che poi non è detraibile dalla dichiarazione dei redditi. Cambiare questa situazione sarebbe un segnale piccolo, ma significativo". Altro nodo fondamentale è legato alla risoluzione del problema dei precari. "Su questo aspetto l'Italia vi-

ve un'autentica contraddizione. Secondo il piano sanitario nazionale entro il 2018 nel nostro Paese mancheranno 22mila medici in Italia però, allo stesso tempo, assistiamo al fatto che negli ultimi dieci anni i medici stranieri che vengono a lavorare da noi sono aumentati del 30% mentre molti giovani italiani sono disoccupati".

Integrazione ospedale e territorio. Storia senza fine?

Balduzzi evidenzia gli effetti benefici generati dalla spending review soprattutto in virtù del fatto che "gli standard di ristrutturazione dell'ospedale servono per evitare gli sprechi e le inefficienze che vanno contro a chi lavora in ospedale, perché nell'inefficienza non ci guadagnano certo i medici. In questo momento noi siamo riusciti a fare questo, con un ciclo economico migliore, liberando qualche risorsa in più, si può fare qualcosa di diverso ma in questo momento noi dovevamo tenere il sistema e dare risposte non virtuali ma concrete, e il messaggio dato alle Regioni è quello. Poi c'è il problema di come monitorare, che si faccia dappertutto secondo quella che è l'indicazione data, però non dimentichiamoci che l'abbiamo fatto insieme, non voglio portare al candidato i meriti del Ministro, però quello che abbiamo fatto bisogna dirlo, altrimenti diamo una percezione ai cittadini, agli italiani e alle categorie che tutto resti ancora da fare, così non è, molto resta da fare ma qualcosa abbiamo fatto".

Il ragionamento di Balduzzi è condiviso da **Barani** in quanto "dopo 10-12 anni, con il cosiddetto Decreto Balduzzi, di cui eravamo relatori io e l'Onorevole Livia Turco, ex Ministro, abbiamo dato qualche risposta, non tutte perché siamo la mannaia della conferenza Stato regioni, l'abbiamo dovuta ovviamente concordare e loro hanno avuto un potere decisionale importante. Mi ripeto, Titolo V, non finirà mai perché ripetita iuvant dicevano i latini, nel prossimo governo bisogna modificarlo e il popolo questa volta non si deve sbagliare con il referendum confermativo come ha fatto a quel tempo, dire sì senza un tipo di ragionamento importante.

Bianco riconosce che il decreto Balduzzi ha avuto il merito di fornire risposte "di carattere giuridico, cioè appende il chiodo, mi riferisco soprattutto alla riforma delle cure primarie, ad un orientamento giuridico legislativo fino ad oggi, o fino al suo Decreto, affidato ad una fonte normativa inferiore, cioè le convenzioni in questo caso. Il problema delle risorse c'è e c'era, davvero non credo che la riforma delle cure primarie e il suo pieno dispiegamento come strumento di efficacia, di miglior cura,

possa solo avvenire con un trasferimento di risorse dagli ospedali, dalle cure specialistiche, tant'è vero che nella spending review la prevista e tormentata riduzione dei posti letto è stata contabilizzata con 20 milioni nel primo anno e 50 nel secondo anno, come vedete un taglio di 7.000 posti letto a cui corrisponde un importo con cui credo difficilmente si possa parlare di pieno dispiegamento di modello delle cure primarie. Quindi sicuramente, perché possa compiutamente svilupparsi, occorrerà trovare e raggiungere altre risorse; ciclo economico, scelte politiche sulla sanità, ma credo ne parleremo dopo, perché se restiamo nella logica contabile credo che dovremmo restare nell'alveo delle speranze o fare un gesto politico in più".

Palagiano non risparmia critiche al collega del centrosinistra. "L'aggiornamento del nomenclatore tariffario nazionale, che era così chiesto con entusiasmo ma anche con arroganza dal Partito Democratico, diventa qualcosa da rinviare a maggio del 2013 o al governo che verrà, speriamo che lo faranno questo aggiornamento del nomenclatore; io invece ho l'orgoglio di essere stato a Roma a sfilare nella manifestazione contro il Decreto Balduzzi e rivendico la prima agenzia che è stata spedita in Italia contro il Decreto Balduzzi, perché non dividevo alcune soluzioni che erano soluzioni senza metterci alcun denaro, e quindi erano delle soluzioni diciamo poco concrete. Non so se il Dottore Bianco all'epoca, quando noi sfilavamo insieme ad Ignazio Marino, era con Ignazio Marino, con Bersani o era con i medici, andrebbe anche chiarito, nel momento in cui si va a fare campagna elettorale, siamo tutti bravi, ascoltiamo tutti i medici, dopo che si è eletti ognuno va per la sua strada e nessuno ascolta più nessuno".

Il sistema dell'emergenza è al collasso. che fare?

Ogni ipotesi di riorganizzazione del territorio non può però prescindere del sistema dell'Emergenza - Urgenza. Un tema che **Palagiano** affronta ricordando che "l'età media di un ospedale italiano è di 62 anni, e persino il Partito Democratico ha detto che ci vuole qualche miliardo per rimetterli su, per cui tutte queste spese per questi ospedali nuovi, forse in Versilia, ma posso assicurare che a Roma, a Napoli e in altre città tutti questi ospedali non si vedono. Circa i Pronti Soccorso credo che il Triage rappresenti oramai uno standard internazionale, lì c'è poco da rivedere, io rivedrei il problema dell'accesso ai Pronto Soccorso, troppo spesso, almeno negli ospedali che vedo io al Sud, e per quel po-



co che ho visto come Presidente della Commissione Sanitaria anche al Nord, nei Pronto Soccorso, proprio in virtù del blocco, non ci sono medici specialisti in medicina d'urgenza, medici specialisti in chirurgia d'urgenza al Pronto Soccorso, molto spesso c'è il pediatra, io ricordo quand'ero ragazzo, ostetrico alle prime armi, in trincea al Pronto Soccorso spesso non si sa come soccorrere, fai lo smistatore per reparto, quindi una rivisitazione per il servizio di emergenza sarebbe quella di dare l'accesso al Pronto Soccorso soltanto ai medici che hanno una specializzazione idonea per affrontare effettivamente le emergenze, e quello dell'accesso anche ai locali del Pronto Soccorso, e che questi devono essere indirizzati verso le emergenze, significa sala operatoria, significa UTIC, significa rianimazione: questi minimi standard basterebbero per ridare dignità al Pronto Soccorso anche attraverso una sala attigua, siamo un Paese civile, queste scene di tutti barellati che sono al San Camillo, che sono al Cardarelli, alle Molinette deve finire, è necessaria una sala attigua per dare dignità ai pazienti".

Bianco parte dalla sua esperienza professionale, ricordando che "per trent'anni ho lavorato in un Dipartimento di emergenza di un grosso ospedale di Torino, quindi credo di poter parlare non solo a pelle ma a vissuto su questo, e la riflessione è questa: ho lavorato in questo grande ospedale con un Pronto Soccorso ricavato a suo tempo, un Dipartimento d'emergenza dall'accesso dell'ospedale, poi ampliato con una zona di osservazione, naturalmente eravamo pieni di barelle anche noi con grosse difficoltà eccetera; finalmente è stato portato a termine il nuovo Dipartimento, molto bello, spazi enormi, grandi opportunità eccetera, sono aumentate le barelle. Detto questo è evidente che il problema è che nel Dipartimento di emergenza, nei Pronto Soccorso, si incrociano tutti i problemi della sanità, il deficit dei ricoveri interni, il deficit della possibilità di dimettere, le carenze mo-

deste di una offerta alternativa sul territorio". **Barani** ci tiene a sottolineare che "abbiamo tentato, nell'articolo 1 del Balduzzi, di cercare di metterli in rete, di cercare di fare il filtro che possa dare al Pronto Soccorso solo il codice rosso o il codice giallo, ci abbiamo pro-



Bianco "La 502 ha introdotto nella sanità un approccio puramente produttivistico"

vato, abbiamo urtato contro Regioni e Associazione dei medici, è l'incuria, bisogna andare a monte, se noi a monte facciamo il filtro riusciamo ovviamente a dare delle risposte, riusciamo a far sì che il cittadino non affronti direttamente il Pronto Soccorso, perché sa che quando ha qualcosa di importante non va dal proprio medico, non va alla Guardia Medica, ma va direttamente al Pronto Soccorso come un self-service, e allora se questo è vero bisogna riformarlo a monte il sistema, e fare il filtro ovviamente a monte, e bisogna fare in modo che anche le strutture private mettano a disposizione i loro Pronti Soccorso, non hanno la peste, hanno i medici anche lì, per non intasare i Pronti Soccorso bisogna cercare di fondere la possibilità di avere delle prestazioni sanitarie di soccorso". **Balduzzi** rivendica pienamente il suo operato da ministro. "La riduzione dei posti letto nell'ambito della ristrutturazione ospedaliera è qualche cosa che le Regioni stanno per fare, cioè non è che è già iniziata, sto parlando di quella della spending review, di quella di cui porto la responsabilità insieme al Governo, e in parallelo, con dei tempi certi, entro aprile, la riorganizzazione della medicina territoriale, stanno andando insieme, non stiamo parlando di una cosa che è iniziata già mentre le altre no, stanno andando insieme, primo fatto; secondo fatto, io ho inviato alla conferenza Stato Regioni le linee di indirizzo sulla riorganizzazione dell'Emergenza-

Speciale elezioni: i sindacati interrogano i partiti



Urgenza, mi aspetto molto da questo, poi è chiaro che bisognerà andare a monitorare e controllare”.

Esternalizzazioni. Forse servono. ma quali limiti?

Per **Balduzzi** “le esternalizzazioni sotto il manto dell’efficienza in realtà sono state per lo più un mezzo per aggirare il blocco del turnover e il limite delle assunzioni; il problema è che con le regole non dobbiamo scherzare, dobbiamo prenderle sul serio, e qui per esempio dovremo riuscire a capire come l’articolo 8 del Decreto che è stato più volte citato, per la parte che riguarda la mobilità possa essere applicato seriamente, cioè riconoscendo i diritti degli operatori nel confronto con le associazioni sindacali, perché poi è lì che si gioca alla fine questa possibilità. Credo che il problema posto sull’esternalizzazione sia proprio la parte di un problema più ampio che riguarda il rapporto con le norme”.

Secondo **Barani** la priorità è recuperare “la ratio della 502 il cui intendimento era quello di affidare all’esterno quelle competenze non core come le guardiane, le mense, e tutto ciò che non riguardava la cura del paziente, e la ratio dell’emendamento che avevo proposto nel Decreto Balduzzi, bocciato dalla Lavoro e dalla Bilancio era quello di sostituire cinque cuochi, cinque guardiani con un medico giovane per cercare di sburocratizzare la sanità. Non è stato possibile in questa legislatura, speriamo che lo sia nella prossima, perché non possiamo avere, e a ragione, come in Calabria, 25 cuochi con le mense esternalizzate, o in Toscana la più grossa concentrazione di robotica di gran lunga superiore a quella dell’Inghilterra, c’è qualcosa che non va”.

Su questo tema **Bianco** ritiene che sia in atto uno scontro tra due approcci: “la cultura dell’azienda, per cui esternalizzare determinati servizi se comporta, e sottolineo se, un ritorno economico è una cosa da fare, e la cultura del servizio che è un’altra cosa, è la cultura, cioè, di stare bene attenti a tenere dentro la mission, la logica delle organizzazioni, quei settori che sviluppano competenze, innovazioni, che garantiscono profili di riconoscimento di valori professionali. È lo scioglimento un della cultura delle organizzazioni verso mere dimensioni produttivistiche, manifatturiere, che allarga quel gap, quel differenziale che costituisce l’humus di questo profondo disagio professionale dei medici e di tutti i professionisti, ecco perché dico no a questo tipo di esternalizzazione, è la logica del servizio, vivere dentro i processi, che è la storia di molti di voi, e la storia della crescita professionale di molti di voi, me compreso”.

Palagiano fonda il suo ragionamento su “una precisa idea, che l’esternalizzazione conviene soltanto alle ditte che vincono gli appalti, poi credo che chi fornisce servizi viene avvantaggiato, le aziende quasi sempre non sono avvantaggiate, ma si tratta di far vincere l’appalto all’amico dell’amico, per cui la sanità è una torta di 112 miliardi di euro che serve anche per gestire la politica attraverso vincite di appalti per l’esternalizzazione. Allora cosa fare, dobbiamo cancellare le esternalizzazioni? Sicuramente no, credo che il punto centrale sia quello dei costi standard, i servizi di lavanderia, i servizi di ristorazione, i servizi di manutenzione, devono essere fatti con dei prezzi che devono andare da un minimo a un massimo, che devono essere uguali per tutte le Regioni, solo in questa maniera si potrà fruire, quando è veramente necessario, delle esternalizzazioni, perché credo che sia davvero allucinante che nella sanità, in cui la spesa maggiore è dovuta al personale non medico, si continui ad esternalizzare, abbiamo troppo personale, troppi cuochi quando sono state smesse le cucine, troppi autisti quando sono state esternalizzate anche le ambulanze, troppi elettricisti e imbianchini quando poi la manutenzione viene data agli esterni e si esternalizza; credo che il problema sia quello, c’è troppo personale, questa è la voce più pesante per la sanità”.

Politica e sanità. Vi impegnate a farli divorziare?

Balduzzi è convinto nel ridimensionare l’impatto esercitato dalla riforma del Titolo V. “La sanità che noi conosciamo non è stata modificata dal titolo V, noi nel ‘46-’47 abbiamo scelto di dare l’assistenza sanitaria ospedaliera alle Regioni, la modifica del titolo V ha fatto altre operazioni ma non ha cambiato il nucleo della scelta in sanità, se sbagliamo bersaglio poi non riusciamo ad andare da nessuna parte. Ciò non vuol dire che non ci siano delle cose all’interno dell’attuale titolo V che non vadano modificate: il governo Monti ha presentato un disegno di legge costituzionale proprio per riportare la clausola di supremazia sui diritti costituzionali”.

Una lettura che non convince assolutamente **Barani**. “Le Regioni sono state fatte nel ‘70 e vien male a dire che nel ‘46-’47 si è passata la sanità alle Regioni, il Presidente Monti è un buon professore, di teoria tanto ma di pratica zero, non pretenderà mica di farsi fare la riforma sanitaria dalla Merkel. Il problema in effetti dalla 833 del ‘78 ad oggi è che il medico è andato sempre più scemando dal sistema sa-

nitario nazionale, non si è voluto farlo confrontare con il privato per avere una competitività, proprio per l’aziendalizzazione della sanità, e si è cercato quindi di fare in modo che si generassero nella sanità pubblica dei debiti che nessuno paga, non c’è una Regione che paga i suoi debiti, li fa pagare allo Stato o ai cittadini e invece bisognerebbe responsabilizzarli, chi fa i debiti se li dovrebbe pagare”.

Bianco invece sottolinea che “le otto Regioni sottoposte a piani di rientro sono sintomi del fatto che “questo tipo di federalismo vada quantomeno fortemente guidato, diretto dal centro; i risultati ci sono, io guardavo alcuni dati, diciamo che il disavanzo delle Regioni, cioè il tasso di crescita della spesa sanitaria nelle regioni è stato dal 2001 sino al 2007 del 4,6 poi, un po’ con i piani di rientro, un poco con una ripresa di un controllo centrale, questa sor-



Palagiano “L’eccessivo potere alle Regioni ha garantito terreno fertile all’invadenza della politica”

ta di galoppo verso la crescita della spesa si è più che dimezzato, siamo al 2,2% di crescita della spesa sanitaria. Con questo cosa voglio dire? Voglio dire che sicuramente il titolo V andrà quanto meno reinterpretato, andrà quanto meno chiarita l’area grigia delle competenze concorrenti. Ci vuole quindi un riequilibrio sicuramente, e un ruolo fortissimo nel Governo della qualità, del monitoraggio, dell’erogazione, dell’idea, ma non solo l’Age.Na.S, abbiamo delle istituzioni sanitarie che sono a onore del mondo, l’Istituto Superiore di Sanità, l’AIFA, mettere in rete e intorno queste strutture di prestigio e di qualità, costituire una cabina di regia di appropriatezza e di governo della qualità e dell’efficacia, secondo me è un altro strumento formidabile”.

Palagiano ha infine ricordato che “espellere la politica dalla gestione della sanità è qualcosa che tutti i partiti dicono a parole ma di fatto non è così, la torta è troppo grande, 112 miliardi di euro, ognuno spende come vuole, rendiconti non ce ne sono, quando poi si va nelle peggiori condizioni si viene commissariati dalla stessa persona che ha creato il buco, quindi il Presidente della Regione con un disavanzo viene nominato Commissario di se stesso. Ritengo che abbia ragione Balduzzi, più Ministero e meno Regioni, questa volta sono d’accordo, più Age.Na.S e meno Regioni. È ora di modificare il titolo V della Costituzione e di dare l’autonomia alle Regioni più meritevoli”.

Standard ospedalieri

Costantino Troise
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

Carlo Palermo
Coordinatore Segretari
Regionali Anaa Assomed

Le osservazioni sulla proposta di Decreto del Ministero della Salute:

“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311” e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135”.

Così non va

Il Regolamento, costituito da due articoli, un allegato e un'appendice, è previsto dalla Legge 135/2012 (Spending review) articolo 15, comma 13, lettera c) allo scopo di definire gli standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici che devono possedere le strutture ospedaliere per essere accreditate con il Ssn previa intesa in sede di Conferenza Stato/Regioni. In sostanza, il documento persegue l'obiettivo di essere il punto di riferimento per portare i posti letto ospedalieri agli standard previsti nello scorso luglio (3,7 posti per 1000 abitanti comprensivi dello 0,7 per riabilitazione/lungodegenza e un tasso di ospedalizzazione ottimale del 160 per mille abitanti), stabilendo le condizioni per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei nel territorio nazionale. A questo scopo vengono fissati standard strutturali, tecnologici e quantitativi che riguardano il disegno organizzativo degli ospedali ma non la quantità/qualità delle risorse umane impiegate. Manca, cioè, ogni riferimento a livelli minimi organizzativi necessari per la attività delle strutture sanitarie, in riferimento anche alla mission attribuita. E questo è certamente la criticità maggiore.

In particolare, la visuale che viene proposta per la programmazione ospedaliera pare corrispondere a un mondo superato nella realtà dei servizi sanitari, per i quali il posto letto non è più considerato il motore delle attività ospedaliere né il tasso di occupazione il fine cui tendere per migliorare l'efficienza.

Anche gli altri parametri proposti sollevano perplessità e se qualcuno fosse tentato di seguire alla lettera gli esperti del ministero, sarebbe un problema.

I criteri-paletti del tasso di occupazione dei posti letto al 90% e della degenza media a 7

giorni lasciano il tempo che trovano. In un ospedale di 600 posti letto vorrebbe dire, per esempio, che ogni giorno ci si augura di avere almeno 60 posti letto liberi, compresi i posti letto di rianimazione. Prevedere, poi, tassi di occupazione dei posti letto intorno al 90% significa ignorare lavori scientifici, in particolare di autori anglosassoni, che dimostrano come il superamento del tasso medio di occupazione dell'80% comporti un aumento significativo della mortalità dei pazienti, sia per la diffusione delle malattie infettive ospedaliere sia per il

sovraccarico di lavoro cui è sottoposta l'équipe medica ed infermieristica che si traduce in un minor tempo a disposizione per affrontare al meglio i casi più complessi. Che cosa dire poi della mancata previsione del punto nascita, pur con un'attesa statistica di parti per anno largamente superiore ai canonici 500? Le madri ed i nati vengono trasformati in migranti obbligati, alla ricerca nel territorio provinciale di professionisti che effettuino prima il parto e poi i controlli previsti spesso nelle fasi successive alla nascita (clinici, laboratoristici, ecogra-

ALLEGATO 1 PUNTO 2.1 Ospedale di Base. Popolazione di riferimento tra 80.000 e 150.000.

Per ben comprendere l'incongruenza delle proposte avanzate si propone una simulazione delle attività ospedaliere per una popolazione di riferimento tra 80.000 e 150.000 abitanti in base a standard di volumi di attività, parzialmente ripresi anche dal regolamento.

Ricovero tasso atteso 160‰:
12.800/24.000 ricoveri
Accessi al P.S. 300‰: 24.000/45.000
Natalità 9,4‰: 752/1410 parti/anno
Posti letto: 3,7‰ - 0,9 per alta specialità = 2,8‰: 224/420

Il Regolamento per tale tipologia di ospedale prevede la presenza delle seguenti UU.OO.:

- Medicina Interna
- Chirurgia Generale

- Ortopedia
- Anestesia (senza Rianimazione?)
- Pronto soccorso (autonomo?)
- Osservazione breve intensiva (da non confondere con i letti intensivi/subintensivi)
- Laboratorio/Radiologia h12 con reperibilità notturna e collegamento in rete con gli ospedali di livello superiore.
- Emoteca (senza personale medico?)

Si veda, invece, l'attuale organizzazione di un ospedale zonale della Toscana che copre una popolazione reale di 90.000/100.000 abitanti (Ospedale Campostaggia - Poggibonsi):

- Pronto soccorso autonomo (Uoc)
- Medicina interna (Uoc)
- Chirurgia generale (Uoc)
- Ortopedia e Traumatologia (Uoc)
- Cardiologia con posti letto intensivi e subintensivi (Uoc)
- Anestesia e Rianimazione (Uoc)
- Oncologia (Uoc)

- Urologia (Uos)
- Nefrologia e Dialisi (Uos)
- Ginecologia e Ostetricia (Uoc) con circa 1.000 parti/anno
- Pediatria e Neonatologia (Uoc)
- Laboratorio (Uos)
- Radiologia con Tac ed Rmn (Uoc)
- Endoscopia digestiva h 12 (Uos)
- Riabilitazione con letti codice 56 (Uoc)

Gli standard ipotizzati nel Regolamento del Ministero della Salute rappresentano di fatto un ritorno ad una organizzazione ospedaliera primordiale, riscontrabile in Italia negli anni '70-'80'. È inimmaginabile oggi ipotizzare ospedali che abbiano un accesso al P.S. superiore a 25.000/30.000 utenti per anno senza una guardia cardiologica e rianimatoria h 24 e letti di terapia intensiva e sub-intensiva gestiti in modo multidisciplinare. Gli eventi cardiovascolari, le gravi insufficienze respiratorie, gli stati di shock rappresentano le principali urgenze che un P.S. affronta (l'accesso di pazienti con patologia cardiovascolare



Carlo Palermo



Costantino Troise

fici etc). Senza parlare dei malati oncologici e dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica che necessitano del trattamento emodialitico, costretti a ricercare in luoghi lontani la soluzione ai loro problemi clinici. E nei confronti degli anziani non si intravedono soluzioni per affrontare i principali problemi di assistenza e diffondere pratiche efficaci per ridurre i danni legati ai ricoveri.

Risulta altresì incomprensibile sostenere la necessità di posti letto di dermatologia o reumatologia senza garantire l'assistenza per chi abbia bisogno di essere seguito e supportato in modo "subintensivo". Il che continuerà a condannare qualsiasi ospedale degno di questo nome o a misurarsi quotidianamente con posti letto di terapia intensiva sempre occupati da persone che potrebbero essere invece efficacemente seguiti in altri contesti assistenziali oppure a dover assistere le persone che dovessero presentare un qualsiasi problema che richieda un monitoraggio continuo dei parametri vitali in aree di degenza non attrezzate per bisogni assistenziali più complessi. Utilizzare i volumi di attività, e gli esiti collegati, per disegnare sulla carta il numero di Unità Operative da tenere o da chiudere, crea una certa confusione. Siamo di fronte ad una spinta dirigista orientata a tagliare con l'accetta le realtà esistenti con il rischio che tutto si riduca ad un esercizio necessario per incidere ope legis su singole realtà organizzative altrimenti immutabili. Con la ingiustificabile esclusione delle Aziende Ospedaliere Universitarie, che pure concentrano il più elevato numero di strutture complesse in relazione al numero di dipendenti ed ai volumi di attività. Ma è curioso che sia il Ministero a decidere il numero delle Unità Operative Complesse, nell'ipotesi che chiudere posti letto qui e là per gli ospedali porti a una inversione dei costi, i quali si modificano solo se si chiudono non posti letto ma interi Ospedali. Così come

segue in ultima ►

rappresenta circa il 15-20% del totale). Non avere uno specialista esperto nelle tecniche rianimatorie o nella clinica delle malattie cardiovascolari, e reparti adeguati per affrontare l'emergenza/urgenza, significa solamente condannare a morte un discreto numero di cittadini ogni anno, soprattutto se le distanze dai centri maggiori sono superiori ai 60 minuti!

In un ospedale siffatto sarebbe praticamente impossibile curare persone con necessità di assistenza complessa, come potrebbe essere il caso di problemi che richiedano di vicariare funzioni vitali compromesse. Qualsiasi altro tipo di attività più impegnativa di quello elencato sarebbe, dal punto di vista qualitativo, al di sotto di standard assistenziali accettabili per cui non è chiara nemmeno la necessità di definire per "acuti" una simile funzione ospedaliera. Infine, una così rigida segmentazione per bacini di utenza rischia di essere facilmente superata dai bacini di utenza reale i quali, ovviamente, dipendono dal tipo di attività e dalla capacità di un ospedale di fare attrazione.

ALLEGATO 1 - PUNTO 2.2 Ospedali di 1° livello. Popolazione di riferimento tra 150.000 e 300.000 (Ospedali di riferimento provinciale)

Anche in questa tipologia di ospedale la proposta organizzativa stride con la realtà consolidata da almeno un decennio.

Una struttura di Ginecologia/Ostetrica dovrebbe essere prevista in ogni caso poiché l'attesa di nascite annuali nella popolazione di riferimento è largamente superiore a 1000.

La Cardiologia dovrebbe essere dotata di Utic ed emodinamica per garantire equità nell'accesso alle cure moderne a tutti i pazienti con sindrome coronarica acuta: in caso di Ima Stemi devono essere sottoposti a Ptca in tempi brevissimi (90 min).

Lo stesso vale per la Stroke Unit: l'intervento di trombolisi deve essere garantito entro 3-4 ore. Se l'arrivo del paziente in ospedale è ritardato rispetto all'insorgenza dei sintomi, come spesso accade, non vi è tempo per il trasferimento

in strutture hub di livello regionale. La dotazione di Uu.Oo. specialistiche andrebbe implementata prevedendo Malattie Infettive, Pneumologia con servizio di broncoscopia, Gastroenterologia con endoscopia digestiva h24, Radiologia interventistica, Oncologia, Nefrologia con Emodialisi.

È necessario pertanto rivedere le soglie contenute nell'allegato 1 punto 3.1. per le specialità indicate, riportandole all'ambito 150.000/300.000. La centralizzazione di tutta l'alta specialità negli ospedali hub, in genere strutture miste ospedaliero/universitarie, è in contrasto con l'attuale organizzazione della rete in molte regioni (Toscana, Emilia Romagna, Lombardia) e soprattutto con il diritto di accesso alle cure dei cittadini. La evidente forzatura delle reti hub and spoke, rischia di perdere di vista per quali problemi di salute sono opportune e per quali rischiano di essere ridondanti. Le reti tra ospedali sono invece state prese come paradigma dell'ottimo con il rischio forte di cadere nell'hub and spoke mania, finendo quindi col

far confluire in un'organizzazione pensata per determinati problemi (trauma ed infarto per esempio) la visione di reti di ospedali organizzati per linee di produzione di specifiche attività. Gli errori di programmazione e di aderenza ai moderni standard di erogazione dei servizi sanitari sono evidenti e incomprensibili considerato che l'Agenas, nel disegnare la riorganizzazione ospedaliera per le Regioni in piano di rientro, aveva indicato modelli ben più corposi in termini di dotazione delle strutture specialistiche mediche (vedi Monitor n° 27).

In ogni caso, considerata l'attuale tendenza ad accorparsi in un unico presidio ospedaliero provinciale più stabilimenti distanti a volte centinaia di Km, il Regolamento dovrebbe precisare che il numero di Uu.Oo. deve essere inteso per stabilimento e che la dotazione organica deve essere garantita per singolo stabilimento.

Leggi incompiute. Spending review, DI Balduzzi e stabilità Il Dossier Regioni e il “contro” Dossier del ministero

Luciano Fassari

I provvedimenti al e quelli pronti a pa

Per le Regioni sono ben 16, tra accordi e decreti, i provvedimenti mancanti all'appello per applicare del tutto tre delle misure più qualificanti del Governo Monti in materia sanitaria. Dai Lea agli standard ospedalieri. E anche intramoenia, riforma cure primarie e remunerazione della filiera del farmaco. Ma per Lungotevere Ripa rispetto a quanto rilevato dalle Regioni: “Qualcosa manca all'appello e invece qualcosa, anzi molto, è stato fatto”.

È una mappa dettagliata quella emersa in un Dossier dalle Regioni, che individua le principali norme per la sanità introdotte nell'ultimo anno tra Spending review, Legge Balduzzi e Stabilità. Norme che sono ancora al palo tra accordi e intese non ancora raggiunte in Stato-Regioni, passando per alcuni decreti ministeriali ancora non arrivati e, infine, per quelle intese mai sottoscritte di cui non si sa più nulla. Secondo il Dossier delle Regioni sono 16 i provvedimenti applicativi ancora da attuare. Si va dall'assistenza territoriale, all'aggiornamento dei Lea. Ma non solo, fermo al palo il regolamento sugli standard ospedalieri, la revisione del sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco, senza dimenticare i provvedimenti sulle ludopatie, intramoenia, i costi standard, la responsabilità professionale e, non da ultimi, i 2 miliardi di ticket che scatteranno dal prossimo anno se non si troveranno altre coperture, ma questi ultimi li varò Tremonti nell'estate del 2011.

E poi ci sono anche alcune norme previste dalle leggi (il Patto della Salute in primis che si doveva sottoscrivere entro il 15 novembre e che avrebbe dovuto disciplinare le misure previste dalla spending review su beni e servizi o i costi standard), ma che non hanno mai visto il traguardo.

Ma al quadro emerso sulla base del documento formulato dalla Regioni, ha replicato il Ministero della Salute, con le implementazioni e puntualizzazioni. Secondo il Ministero, infatti: “Qualcosa manca all'appello e invece qualcosa, anzi molto, è stato fatto”.



Dossier Regioni: i provvedimenti che mancano all'appello

Ma vediamo più nello specifico cosa manca all'appello basandoci sul dossier delle Regioni.

Mancherebbero: due accordi Stato-Regioni, due intese Stato-Regioni, un'intesa in Conferenza Unificata, quattro decreti ministeriali, un decreto del Presidente della Repub-

palo rtire



blica, quattro decreti della presidenza del Consiglio, un provvedimento regionale e l'accordo Regioni-Sindacati sulle cure primarie. Fuori da questa classifica c'è la norma Tremonti sui 2 mld di ticket che scatteranno nel 2014 salvo diverse coperture economiche. Nel dettaglio, al palo c'è la revisione della filiera distributiva del farmaco. Prorogata al 30 giugno, con la possibilità di un ulteriore slit-

tamento al 31 dicembre. Ancora fermo anche il regolamento sugli standard ospedalieri. Il termine era stato fissato al 31 ottobre, ma il testo è approdato all'ordine del giorno della Stato-Regioni solo a fine gennaio e da allora non è stato ancora trattato.

Altra norma cardine dell'ultima fase della legislatura è stata certamente la Legge Balduzzi che tante norme ha introdotto, ma per molte la luce dell'approvazione in fondo al tunnel delle intese Stato-Regioni è ancora invisibile. Primo punto critico è rappresentato dall'intramoenia, dove nonostante l'ultima intesa in Stato-Regioni, il sistema è ancora tutto da costruire.

Altro riferimento è alla riforma delle cure primarie. Entro il 10 maggio Regioni e Sindacati dovranno implementare gli Accordi collettivi nazionali. Scaduto il termine, se non vi sarà intesa, toccherà a un decreto di Salute ed Economia fare la quadra. Ad oggi, però, l'atto di indirizzo delle Regioni per le trattative è ancora avvolto dal mistero. Al palo (manca un decreto della Salute) anche la norma sulle bevande analcoliche per la definizione dei criteri per la formazione del personale adibito alla produzione, alla somministrazione e alla commercializzazione degli alimenti.

Altro punto su cui molto si è discusso è quello riguardante la responsabilità professionale. Manca, infatti, un decreto del Presidente della Repubblica, previo parere (che ancora non c'è) della Stato-Regioni per i contenuti e le procedure del fondo di rischio.

Ai box anche l'aggiornamento dei Lea (mancano due Dpcm), presentato dal Ministro della Salute, nei tempi, alla fine dell'anno, ma il decreto è bloccato al Ministero dell'Economia.

Rinviati al 30 giugno 2013 dalla Legge di stabilità, anche i termini per le norme sulla ludopatia. Entro il 30 aprile, invece, dovrebbe arrivare l'intesa sul regolamento per il trasferimento competenze in materia di mobilità sanitaria internazionale e assistenza indiretta. Nulla di fatto anche sui criteri di classificazione degli Irccs previsti dalla Legge Balduzzi. Mancano, infatti, ancora due decreti ministeriali sul tema.

Tempo invece fino al 31 marzo 2013 per l'adozione di uno o più decreti della Presidenza del Consiglio in merito al trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante.

Nessuna novità anche in materia di donazioni, trapianti e farmacovigilanza dove non sono stati emanati ancora due decreti ministeriali non regolamentari. Ancora non è arrivata poi il via libera delle Regioni in merito ai sistemi di valutazione dei Dg, da elaborare avvalendosi del supporto di Agenas.

Altro tema, infine, riguarda i provvedimenti

che prevedevano intese che non si sono mai raggiunte. Il primo a essere caduto nel dimenticatoio nell'anno e spiccioli di Governo Monti è quello che riguarda l'applicazione dei famosi "costi standard" che sarebbero dovuti essere definiti entro il 31 dicembre 2012, ma lo scorso 22 novembre si è registrata la mancata intesa. E poi più nulla. Così come più nulla si è saputo del Patto della Salute che si sarebbe dovuto siglare il 15 novembre 2012 e che verteva sulle misure previste dalla spending review su beni e servizi.

Il "contro" dossier del Ministero

Scenario differente, per alcuni aspetti, quello tracciato invece dal Ministero della Salute. Vediamo quali sono le implementazioni e puntualizzazioni presentate da Lungotevere Ripa.

Partiamo dalla revisione della remunerazione filiera distributiva del farmaco. Prorogata al 30 giugno, con la possibilità di un ulteriore slittamento al 31 dicembre. Sul punto il Ministero comunica che "Il testo è stato fermato in Conferenza Stato-Regioni su richiesta delle Regioni".

Sullo stop agli standard ospedalieri. Il termine era stato fissato al 31 ottobre, ma il testo è approdato all'ordine del giorno della Stato-Regioni solo a fine gennaio e da allora non è stato ancora trattato. Il Ministero comunica che "il testo è stato fermato in Conferenza Stato-Regioni su richiesta delle Regioni".

Sull'intramoenia il Ministero precisa che per quanto riguarda il programma sperimentale per svolgere l'Alpi presso studio professionali privati collegati in rete, il "provvedimento sarà inserito alla prossima riunione della Conferenza Stato-Regioni e sarà oggetto di una riunione tecnica il 21 febbraio 2013".

Per quanto riguarda invece il provvedimento sulle bevande analcoliche per la definizione dei criteri per la formazione del personale adibito alla produzione, alla somministrazione e alla commercializzazione degli alimenti il Ministero precisa che il "testo è stato inviato il Stato-Regioni il 14 febbraio 2013 ed è previsto un incontro tecnico il 21 febbraio 2013".

Altro tema caldo è quello riguardante la responsabilità professionale. Manca, infatti, un decreto del Presidente della Repubblica, previo parere (che ancora non c'è) della Stato-Regioni per i contenuti e le procedure del fondo di rischio. Il Ministero della Salute puntualizza che "ha deciso di costituire una commissione per predisporre il decreto".

Per quanto riguarda l'istituzione di una commissione per l'elaborazione di proposte per l'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni il Ministero precisa che "la Commissione è stata costituita il 29 gennaio 2013 e si è insediata il 14 febbraio 2013. Il termine per l'aggiornamento è il 15 maggio 2013".

Sugli intereventi a contrasto delle ludopatie che sono stati rinviati al 30 giugno 2013 dalla Legge di stabilità il Ministero precisa che la competenza è del Ministero dell'Econo-

5° Rapporto Istat

**Spesa
sanitaria**

Spendiamo meno dei nostri partner europei

Sotto di noi, tra i vecchi paesi europei, solo Spagna, Portogallo e Grecia. Il dato nella nuova edizione di “Noi Italia: 100 statistiche per capire i Paesi in cui viviamo” dell’Istat. Alla sanità dedicate 9 schede di approfondimento che illustrano i macro dati del settore. Dalla spesa alle abitudini alimentari.

“L’assistenza sanitaria, insieme alla previdenza, rappresenta un asse portante del welfare. Obiettivo dei sistemi sanitari nazionali è la promozione e il miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini, da attuarsi mediante iniziative di educazione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione”. È così che l’Istat presenta il capitolo de-

dicato alla sanità nell’ambito del quinto rapporto “Noi Italia: 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo”. Una fotografia del nostro Paese scattata attraverso 118 schede, 9 delle quali dedicati alla sanità che rappresenta uno dei 19 settori presi in esame dall’Istat, tra i quali c’è l’istruzione, il lavoro, la protezione sociale, le infrastrutture e il turismo, solo per citarne alcuni. Spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria delle famiglie, offerta ospedaliera, mobilità ospedaliera, ospedalizzazione per tumori e malattie del sistema circolatorio, mortalità infantile, mortalità per malattie del sistema circolatorio, mortalità per tumori, fumo, alcol, obesità, i fattori di rischio, sono i 9 indicatori scelti dall’Istat per descrivere la sanità italiana. Cosa ne emerge? “Gli indicatori sanitari – spiega l’Istat – misurano una realtà che, oltre

a rappresentare una voce centrale nel bilancio dello Stato, sono soprattutto un elemento primario del sistema dell’assistenza sociale”. In un contesto nel quale, “da oltre un decennio, in Italia e nell’Unione europea, il sistema sanitario è sottoposto a riforme che hanno come obiettivo la razionalizzazione delle risorse e il contenimento della spesa” I dati parlano di una spesa sanitaria pubblica di circa 112 miliardi di euro, pari al 7,1 per cento del Pil e 1.842 euro annui per abitante (2011). Una spesa sanitaria pubblica italiana molto inferiore a quella di tutti gli altri grandi paesi europei con i valori in dollari americani calcolati a parità di potere d’acquisto (Cfr Tabella). Le famiglie contribuiscono con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per una quota pari al 19,5 per cento. La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta l’1,8 per

cento del Pil nazionale e ammonta a 909 euro per famiglia nel Mezzogiorno e a 1.163 euro nel Centro-Nord.

In tutte le regioni, tra il 2002 e il 2009 si è verificata una convergenza verso la media nazionale del numero di posti letto ospedalieri, passati da 4,3 a 3,5 per mille abitanti.

Nel 2010 le Regioni sono state interessate da circa 597 mila ricoveri ospedalieri di pazienti non residenti (8,2 per cento del totale dei ricoveri ordinari per “acuti”) e da oltre 535 mila ricoveri di pazienti provenienti da una regione diversa da quella di residenza (7,4 per cento, riferito ai soli residenti in Italia).

I tumori e le malattie circolatorie si confermano essere le principali cause di ricovero ospedaliero, con una scarsa variabilità a livello regionale.

In Italia, il tasso di mortalità infantile è di 3,4



decessi per mille nati vivi. Negli ultimi dieci anni il valore di questo indicatore ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano, raggiungendo valori tra i più bassi in Europa.

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte in quasi tutti i paesi dell'Ue. In Italia, il tasso standardizzato di mortalità per queste cause è pari a 31,2 decessi ogni diecimila abitanti, quello relativo ai tumori è pari a 26,0 decessi ogni diecimila abitanti, con valori maggiori negli uomini (35,7) rispetto alle donne (19,4). I tumori sono la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio sia in Italia sia nel gruppo dei 27 paesi Ue.

Nel 2011 i fumatori e i consumatori di alcol a rischio rappresentano rispettivamente il 22,3 e il 15,5 per cento della popolazione di 14 anni e più, mentre le persone obese sono il 10,0 per cento della popolazione di 18 anni e più. Ma vediamo nel dettaglio i principali dati emersi.

Spesa sanitaria pubblica.

Assorbe il 7,1% del Pil

Al Centro Italia la quota più elevata

La spesa sanitaria pubblica misura quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie (inclusi tutti i suoi costi: servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione e contribuzioni diverse). La spesa sanitaria pubblica complessiva dell'Italia ammonta nel 2011 a circa 112 miliardi di euro, pari al 7,1 per cento del Pil e 1.842 euro annui per abitante.

Valori molto inferiori rispetto a quelli di altri importanti paesi europei. A fronte dei circa 2.359 dollari per abitante, a parità di potere d'acquisto, spesi in Italia nel 2010, di poco inferiore alla spesa sostenuta dalla Finlandia (2.422 dollari) e poco più della Spagna (2.265 dollari), il Regno Unito spende quasi 2.857 dollari pro capite, mentre Francia e Germania superano i 3.000 dollari, con importi rispettivamente di 3.061 e 3.331 dollari. Il livello di spesa più alto si registra per i Paesi Bassi (4.050 dollari), quello più basso per la Polonia (995 dollari).

Nel 2010 la spesa sanitaria pubblica in Italia è stata di 1.853 euro per abitante, in linea con quanto osservato per la ripartizione del Nord (1.850 euro); al di sopra del valore medio nazionale si colloca, invece, la ripartizione del Centro (1.930 euro), mentre per il Mezzogiorno la spesa pro capite è pari a 1.812 euro. La provincia autonoma di Bolzano registra la spesa pro capite più elevata (2.195 euro) seguita dalla Valle d'Aosta (2.179 euro) e dal Molise (2.172 euro); la spesa per abitante risulta

più contenuta nel Veneto (1.744 euro), Sicilia (1.763 euro) e Abruzzo (1.774 euro). I livelli di spesa per abitante sono dunque molto variabili, a testimonianza sia di condizioni socio-economiche diversificate, sia di diversi modelli di gestione del sistema sanitario regionale. Su base nazionale, il 36,9 per cento della spesa sanitaria pubblica è destinato a servizi in regime di convenzione, mentre oltre la metà (56,7 per cento) riguarda la fornitura di servizi erogati direttamente. Anche a livello di singola regione, si riscontra una prevalenza della spesa per servizi sanitari forniti direttamente; si osserva, tuttavia, una quota più elevata di spesa per servizi in regime di convenzione per Lombardia (43,8 per cento), Campania e Lazio (41,5 per cento) e Puglia (40,8 per cento). In Italia, la spesa in convenzione è indirizzata in prevalenza verso l'assistenza farmaceutica (26,4 per cento), l'assistenza medica di base e specialistica (28,0 per cento) e le prestazioni fornite dalle case di cura private (22,8 per cento).

Spesa sanitaria delle famiglie.

Vale il 19,5% della spesa sanitaria totale

Nell'area europea il finanziamento pubblico dei servizi sanitari rappresenta la scelta prevalente. Nel 2010, le famiglie italiane hanno contribuito con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per una quota pari al 19,5 per cento, in calo di oltre cinque punti percentuali rispetto al 2000. La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta l'1,8 per cento del Pil nazionale.

Il confronto europeo evidenzia che nel 2010 la quota di spesa sanitaria privata in Italia è pari al 20,4 per cento, di oltre tre punti più bassa rispetto a Francia, Germania e Austria. Il paese in cui il contributo della spesa privata è maggiore è la Grecia (con oltre il 40 per cento), cui seguono Paesi Bassi, Slovacchia e Ungheria con oltre il 35 per cento; per contro emerge che i contributi minori sono quelli registrati da Lussemburgo (16,0 per cento) e Danimarca (14,9 per cento). La spesa sanitaria complessiva nel 2010 rappresenta il 9,0 per cento del Pil e viene finanziata per 7,2 punti percentuali con risorse pubbliche mentre i restanti 1,8 punti sono coperti attraverso risorse dirette delle famiglie. Il contributo del-

SPESA SANITARIA PRO CAPITE

valori in dollari Usa a parità di potere d'acquisto
Paesi 2010

Paesi Bassi	4.050
Lussemburgo	4.021
Danimarca	3.800
Austria	3.349
Germania	3.331
Francia	3.061
Svezia	3.046
Regno Unito	2.857
Irlanda	2.585
Finlandia	2.422
ITALIA	2.359
Spagna	2.265
Portogallo	1.795
Slovenia	1.768
Grecia	1.731
Repubblica Ceca	1.578
Slovacchia	1.351
Ungheria	1.037
Estonia	1.020
Polonia	995

le famiglie alla spesa sanitaria complessiva risulta in calo tra il 2000 e il 2010, mentre la spesa complessiva si accresce di quasi un punto e mezzo in percentuale di Pil; questo incremento è stato interamente finanziato attraverso un aumento della spesa pubblica. Il peso della spesa delle famiglie in percentuale di Pil è leggermente più alto

nel Mezzogiorno (2,0 per cento) rispetto al Centro-Nord (1,7 per cento), ma la differenza va attribuita soprattutto al divario di reddito tra le due ripartizioni; le regioni in cui la quota è più elevata (superiore ai due punti percentuali di Pil) sono Friuli-Venezia Giulia, Calabria, Molise e Puglia.

Considerando invece la distribuzione della spesa sanitaria tra le due componenti, pubblica e privata, il contributo delle famiglie alla spesa sanitaria totale è relativamente più basso nel Mezzogiorno (15,8 per cento) che nel Centro-Nord, dove si attesta al 21,3 per cento con una punta del 23,3 per cento nel Nord-est. La maggiore partecipazione delle famiglie alla spesa sanitaria totale si registra in Friuli-Venezia Giulia (27,0 per cento), seguita da Emilia-Romagna (25,1 per cento); ai livelli più bassi si collocano invece tutte regioni del Mezzogiorno, tra le quali spiccano Campania, Sardegna e Basilicata. Calcolata per famiglia la spesa sanitaria privata è pari a 909 euro per il Mezzogiorno e 1.163 euro per il Centro-Nord: confermando l'aspetto legato ai differenziali di reddito tra le ripartizioni.

Posti letto ospedalieri.

Diminuiscono, come nel resto d'Europa

La situazione della sanità italiana si trova ad affrontare il difficile contesto nazionale ed internazionale di crisi economico-finanziaria: il settore sta subendo un ridimensionamento delle risorse a disposizione sia in termini di finanziamento, sia di strutture. In particolare, per il settore sanitario è prevista una forte riduzione in termini finanziari dal 2012 al 2014 (circa 21 miliardi di euro, considerando tutti gli interventi delle manovre finanziarie) e il proseguimento dei tagli del numero dei posti letto ospedalieri, che a regime dovrebbe attestarsi a 3,7 posti letto ogni mille abitanti (di cui lo 0,7 riservato alla riabilitazione e alla lungo-

Dossier Ocse

Laura Berardi

Liste d'attesa: un problema non solo italiano

Sono 13 i paesi considerati nell'ultima pubblicazione "Waiting Time Policies in the Health Sector", e in tutti le tempistiche di cura sono una questione urgente. In Italia il problema principale non è tanto nel ricovero, quanto nel percorso diagnostico e per i day hospital. Ma come viene affrontato il tema nel nostro paese e all'estero? Ecco le soluzioni per ridurle.

I tempi di attesa lunghi per l'accesso alla cura sono una questione molto importante e urgente di sanità in molti dei paesi Ocse. Per questo già dal 2001, l'organizzazione aveva lanciato un progetto proprio per valutare le politiche intraprese per limitare questo problema, in 13 paesi (Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Olanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia and e Gran Bretagna). Sul breve termine tuttavia era difficile valutare quali politiche potessero funzionare meglio. Tuttavia, oggi questa valutazione sta dando i primi frutti, offrendo un quadro, seppur ancora poco omogeneo, di cosa sia stato fatto e cosa ci sia ancora da fare. Il risultato è stato pubblicato in un libro consultabile online dal titolo "Waiting Time Policies in the Health Sector – What works?".



Come l'attesa si ripercuote sul sistema sanitario

Il problema delle attese troppo lunghe in sanità si riscontra in quasi tutti i paesi Ocse e in questi tutti gli ambiti: dalla medicina generale al day hospital, dal pronto soccorso all'oncologia, fino ad arrivare alla chirurgia non

emergenziale. Nell'ultimo decennio, tuttavia, da quando i primi sforzi sono stati messi in atto per recuperare questa situazione, alcuni progressi sono stati fatti. Il libro tenta proprio di valutare in maniera critica cosa abbia funzionato, mettendo a confronto gli approcci in paesi diversi.

La questione non è semplice ed è legata in maniera molto stretta alla disponibilità dei posti letto, alle spese sanitarie, e soprattutto ai risultati ottenuti nella cura. I dati dimostrano – ma era facile immaginarlo – che lunghe attese non giovano all'esito delle procedure urgenti, come il bypass coronarico, mentre la situazione è meno definita per la chirurgia meno improrogabile, come quella per la sostituzione di protesi all'anca. Inoltre, rimane un problema di disparità di accesso: in molti paesi le strutture pubbliche – meno costose e coperte dall'assicurazione sanitaria – hanno tempi di attesa molto maggiori delle strutture private a pagamento, il che comporta che chi ha uno status socioeconomico peggiore può dover aspettare molto di più di chi è più benestante.

Come si fa a ridurre il problema?

Fare un confronto tra i paesi membri dell'Ocse è difficile, le politiche sono molto disomogenee e così anche i metodi di valutazione dei tempi di attesa. Tipicamente sono due i metodi che si sono scelti per tentare di ridurre il problema: da una parte l'inserimento di limiti massimi di attesa cui le strutture sanitarie devono adeguarsi e di cui rendere conto alle istituzioni; dall'altra permettere ai pazienti di scegliere diversi tipi di servizi di assistenza, passando a quelli privati se i tempi di attesa nel pubblico sono troppo lunghi. Tuttavia, dirottare direttamente la sanità verso il privato non ha funzionato: l'esperienza australiana ha insegnato che incoraggiare la sostituzione delle terapie negli ospedali pubblici con l'assistenza privata non ha – di fatto – fatto diminuire i tempi di attesa, e l'impatto sulla funzionalità degli ospedali è stata minima.

Più efficace invece il metodo di penalizzazione di chi 'sfora' i tempi massimi, soprattutto in paesi come la Gran Bretagna e la Finlandia dove l'errore viene pagato con multe molto salate, con un metodo che in modo ufficioso e particolarmente evocativo viene chiamato "target e terrore". In questo modo infatti le tempistiche si riducono sicuramente, ma sebbene il metodo sia efficace non è ben visto dai professionisti né del tutto sostenibile a lungo termine.

In ogni caso in tutti e 13 i paesi analizzati dagli specialisti dell'Ocse esiste un limite massimo entro il quale le principali prestazioni cliniche devono essere garantite, spesso in combinazione con target di prestazioni da raggiungere a livello della singola struttura sanitaria.

Un metodo meno usato, ma che è comunque piuttosto diffuso è quello del turismo medico. In particolare, nell'Unione Europea molti pazienti sono disposti a curarsi all'estero se

questo permette di aspettare meno: in media il 64% dei cittadini europei sarebbe se necessario disposto a viaggiare per la terapia, un po' meno in Italia, dove comunque il numero di chi sarebbe disposto a farlo è identico a chi invece preferisce comunque rimanere nelle strutture sanitarie italiane (pari in entrambi i casi al 47%).

I termini massimi di attesa tra i diversi paesi

Come già detto è piuttosto complicato fare paragoni tra le diverse nazioni, perché ognuna ha un sistema sanitario diverso che si basa su regole diverse. In ogni caso come già detto tutte le nazioni considerate hanno dei limiti massimi entro i quali devono fornire le prestazioni sanitarie. Alcune, come l'Australia, dividono semplicemente i pazienti in termini di "urgenza": le persone la cui situazione di salute probabilmente peggiorerà velocemente devono essere trattati entro 30 giorni, chi probabilmente non avrà un tracollo fisico in breve tempo dovrà aspettare al massimo 90 giorni per la cura, chi invece ha una situazione che è molto improbabile peggiori in fretta può dover aspettare fino anche a un anno. Un meccanismo simile si ha anche ad esempio in Norvegia e in Portogallo (in quest'ultimo però i pazienti oncologici sono trattati con un po' più urgenza degli altri).

Per altri paesi, come l'Irlanda, l'Olanda, il Canada o la Spagna le differenze non sono nell'urgenza della condizione in senso stretto, quanto più dal tipo di prestazione (day hospital, pronto soccorso, chirurgia non emergenziale) o dalla procedura specifica (sostituzione di protesi all'anca, cataratta, bypass cardiaco, ecc). Altri ancora invece – come l'Inghilterra, l'Italia o la Danimarca – hanno un'attenzione specifica nel caso dell'oncologia o delle malattie ischemiche (vedi la tabella allegata per avere tutti i dati).

E in Italia?

La situazione italiana è più o meno in linea con quello del resto delle nazioni osservate: anche per noi le tempistiche sono lunghe e molto eterogenee, variando a seconda delle procedure e delle strutture.

In media i tempi di attesa per i più comuni test diagnostici si aggirano intorno al mese e mezzo o due mesi negli ospedali pubblici, ma tendono ad essere minori negli ospedali convenzionati. In particolare per una normale ecografia ci vogliono in media 61 giorni nei primi, e solo 7 nei secondi, con la via di mezzo delle cliniche pubbliche nelle quali bisogna attendere in media 36 giorni (media totale 42 giorni). Analoga la situazione per le risonanze magnetiche: 65 giorni negli ospedali pubblici, 15 nelle strutture convenzionate, ma con la differenza che le per le cliniche pub-

bliche salgono addirittura a 91 giorni in media (media totale 52 giorni). Ribaltata invece la situazione per i test endoscopici per cui bisogna aspettare di più (media totale italiana 54 giorni), ma per i quali risultano più rapidi i primi (46 giorni), e più lenti i privati convenzionati (78 giorni), così come le cliniche pubbliche (72 giorni). Infine, minori sono le differenze di attesa per fare una TAC, per la quale su territorio nazionale si impiegano in media 53 giorni: 46 se si tratta di un ospedale pubblico, 73 se si tratta di una clinica pubblica, 49 se si tratta di una struttura privata convenzionata.

In ogni caso, nel nostro paese il problema meno grave secondo gli esperti Ocse è l'attesa in caso sia necessaria ospedalizzazione, mentre le tempistiche si allungano in maniera critica per il percorso diagnostico e per i day hospital. Anche per questo i termini massimi di attesa imposti sono leggermente diversi da quelli del resto dei paesi osservati.

Così come all'estero anche in Italia ci sono infatti dei limiti massimi di attesa, stabiliti nel 2002 e che dovrebbero venire rispettati dalle strutture: 60 giorni per le procedure diagnostiche principali; 30 giorni per le visite cardiache o oculistiche; 2 settimane per la prima visita oncologica, 30 giorni per l'intervento oncologico o per iniziare la radioterapia o la chemioterapia; 80 giorni per l'intervento di cataratta o di sostituzione della protesi all'anca; 120 giorni per l'angioplastica coronarica.

Dal 2010 sono poi state stabilite anche delle regole specifiche per le malattie cardiovascolari – trattamento di emergenza entro 72 ore dal problema; 10 giorni per trattamenti che se non somministrati per tempo possono ridurre significativamente la prognosi o provocare dolore, disfunzioni o disabilità; 30 giorni per i trattamenti di gestione di dolore, disfunzione o disabilità – e oncologiche – tre giorni per le diagnosi urgenti; dieci giorni per le diagnosi urgenti all'interno di un programma terapeutico già stabilito; follow-up a seguito del trattamento già effettuato.

Un'analisi utile ai policy maker. L'analisi contenuta nel libro è mastodontica e veramente eterogenea. Secondo gli esperti dell'Ocse servirà ai policy maker per comprendere cosa c'è ancora da fare e per mettere a confronto ciò che si è fatto nelle diverse nazioni. "Vedere cosa è stato fatto fa capire quali sono le politiche più diffuse e quanto il problema dei tempi di attesa sia diffuso", spiegano gli autori. "Che si tratti di chirurgia, medicina generale, pronto soccorso oppure oncologia, i tempi di attesa nella cura possono fare la differenza tra un servizio che funziona e uno i cui risultati sono scarsi e dunque in cui la salute dei cittadini è in pericolo".

▶ segue da pag 9

Standard ospedalieri

Così non va

diversi studi (di cui non si tiene conto) dimostrano che la dimensione ottimale per avere strutture ospedaliere efficienti è dell'ordine di 400-600 posti letto, aumentando al di sopra le diseconomie di scala. Anche le indicazioni per la "Rete dell'emergenza/urgenza" strutturata in centrale operativa del 118, rete territoriale di soccorso, rete ospedaliera dell'emergenza non tengono conto della necessità di assicurare un unico rapporto giuridico ai medici del 118 per una migliore integrazione funzionale e strutturale. In coerenza con la puntigliosa definizione di "ospedale" a proposito della "Continuità ospedale territorio" con particolare riferimento alla definizione di "struttura intermedia" e degli standard per l'Ospedale di Comunità, appare preferibile eliminare per quest'ultimo il termine "ospedale".

Il documento non sembra un contributo capace di indirizzare la politica ospedaliera su una strada diversa, né di individuare le dimensioni ottimali delle strutture o le articolazioni organizzative necessarie per rispondere in modo più flessibile alle persone e ai loro problemi, né tantomeno i contingenti ottimali di risorse professionali per garantire le cure e la loro sicurezza. Senza un confronto con i professionisti ed i loro rappresentanti si rischia di confezionare un prodotto a tavolino, un modellino tecnocratico che difficilmente riuscirà a rappresentare e migliorare la realtà complessa degli ospedali.

▶ segue da pag 11

Leggi incompiute

I provvedimenti al palo e quelli pronti a partire

mia e non di quello della Salute. Mentre sempre sul tema della ricollocazione dei punti di gioco il Ministero precisa che "ha inviato una lettera al Ministro dell'Economia il 14 febbraio 2013".

Entro il 30 aprile, invece, dovrebbe arrivare l'intesa sul regolamento per il trasferimento competenze in materia di mobilità sanitaria internazionale e assistenza indiretta. Sul pun-

to il Ministero della Salute informa che "una proposta di testo elaborata dalla competente Direzione Generale del Ministero della Salute è attualmente all'esame del Mef (Ministero dell'Economia e Finanze)".

Sui criteri di classificazione degli Irccs previsti dalla Legge Balduzzi. Mancano, infatti, ancora due decreti ministeriali sul tema. Per quanto riguarda quello sulla titolarità dei requisiti il Ministero precisa che il Testo del provvedimento è stato inviato alla Conferenza Stato-Regioni il 18 febbraio 2012. Mentre il decreto sui criteri di classificazione è ancora "da fare".

Come ancora "da fare" è il provvedimento in merito al trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante per cui c'è tempo fino al 31 marzo.

In materia di donazioni e trapianti, il Ministero della salute informa di aver "sollecitato il Cnt per il testo. Comunque c'è tempo fino al 1 luglio 2013".

Sulla farmacovigilanza, invece, "il testo è stato già predisposto. È in corso l'acquisizione dei concerti degli altri Ministeri competenti".

Tra le implementazioni comunicate dal Ministero anche quella che riguarda le norme per il trasferimento competenze mobilità sanitaria internazionale e assistenza indiretta su cui "una proposta di testo è stata elaborata dalla competente Direzione Generale del Ministero della Salute ed è attualmente all'esame del Mef".

Sui costi standard, il Ministero precisa poi che la "delibera è stata già fatta dal Consiglio dei Ministri ed è attualmente al vaglio della Corte dei Conti".

▶ segue da pag 13

5° Rapporto Istat

Spendiamo meno dei nostri partner europei

degenza). Nei prossimi due anni si assisterà quindi a una riduzione di circa 20 mila posti letto, conseguita esclusivamente attraverso la chiusura di unità operative complesse, che interesserà le strutture del Servizio Sanitario Nazionale per circa 7 mila posti letto (ossia un taglio di almeno il 40 per cento nel servizio pubblico). A questa tendenza si aggiunge la revi-

sione dello standard di riferimento per l'attività di ricovero ospedaliero, passato da 180 a 160 ricoveri ogni mille abitanti (di cui il 25 per cento fa riferimento ai ricoveri diurni).

Per quanto riguarda l'offerta di posti letto ospedalieri a livello europeo, nel 2010 l'Italia (3,5 posti ogni mille abitanti) si colloca al di sotto della media europea (5,5 posti letto), al pari della Danimarca e subito dopo Cipro. Una dotazione inferiore a quella italiana si segnala per Svezia, Regno Unito, Irlanda, Spagna e Portogallo. L'offerta di posti letto ospedalieri dipende strettamente dalle politiche sanitarie e dal modello di sistema sanitario adottato. La maggior parte dei paesi con un'offerta di posti letto superiore alla media europea presenta un modello organizzativo della sanità ispirato al "modello Bismarck", dove il finanziamento dell'assistenza sanitaria avviene mediante contributi obbligatori dei cittadini lavoratori e/o mediante assicurazione: tra questi paesi, Germania, Austria e Ungheria hanno un tasso di posti letto superiore a 7 per mille abitanti. Al contrario Irlanda, Italia, Danimarca, Regno Unito, Svezia e Spagna, tutti con una dotazione inferiore alla media europea, adottano sistemi sanitari universalistici principalmente di tipo "Beveridge", che si finanziano con la tassazione e per i quali negli ultimi anni ci sono state indicazioni da parte dei singoli Stati volte al ridimensionamento dell'offerta ospedaliera.

Gli indicatori di offerta ospedaliera in questi ultimi anni hanno presentato una tendenza alla riduzione compatibilmente con i diversi provvedimenti adottati sia a livello nazionale sia regionale, finalizzati a promuovere lo sviluppo di un modello di rete ospedaliera. Le linee guida stabilite dal Ministero prevedono un modello di rete ospedaliera sviluppato in modo integrato con gli altri livelli di assistenza, demandando a questi ultimi diversi servizi a minore intensità assistenziale. Le indicazioni da parte del governo Centrale continuano pertanto a promuovere l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare.

Tra il 2002 e il 2009 l'offerta di posti letto ospedalieri nelle varie regioni si è allineata alla media nazionale, passata da 4,3 a 3,5 posti letto per mille abitanti, con un range che va da 2,9 posti letto ogni mille abitanti in Sicilia e Campania a 4,4 in Molise. Nel periodo esaminato anche il numero di strutture ospedaliere si è ridotto da 1.286 a 1.172.

dm
dirigenzamedica

Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
tel. 06.4245741 -
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27
dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Carlo Palermo

Coordinamento redazionale
Ester Marago

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIALE PERIODICA SPECIALIZZATA

Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di
Milano n.182/2002 del 25.3.2002.
Sped. in abb. postale - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.
46) art. 1, comma 1, dcb Roma

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa
Artigrafiche Agostini Roma

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di febbraio 2013