



PER LA PRIMA VOLTA MISURATI GLI ESITI

DOSSIER
PNE

OSPEDALI: 31 INDICATORI DI PERFORMANCE. ECCO I RISULTATI

Il ministero della Salute e l'Agenas hanno messo a punto un programma nazionale per monitorare gli esiti delle cure ospedaliere. Sotto la lente più di trenta indicatori per le patologie più importanti.

alle pagine 2-10

FNOMCEO

Intervista al presidente Bianco sul programma per il prossimo triennio a pagina 11

L'AQUILA

A tre anni dal terremoto la situazione migliora, ma il recupero dell'ospedale è ancora al rallentatore a pagina 12

CONTRIBUTI

Il sociologo Ivan Cavicchi si interroga sul futuro della professione medica alle pagine 13-16

Agenas, presentati i dati del **PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)**

DALL'ICTUS AL BYPASS.

ECCELLENZE E INEFFICIENZE DEGLI OSPEDALI ITALIANI

L'elaborazione e la costruzione del Programma nazionale esiti delle cure (Pne) sono state affidate ad Agenas dal Ministero della Salute nel 2010 con l'obiettivo di introdurre la valutazione sistematica degli esiti, come valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, in istituzioni pubbliche e private accreditate con il Ssn. In queste pagine una sintesi dei risultati emersi

Analisi di trentuno indicatori di prestazioni ospedaliere. Misurazione delle mortalità e dei tempi di cura per molte malattie o tipologie di intervento. Sono queste le atout del programma nazionale esiti affidato ad Agenas dal Ministero della Salute nel 2010. Un sistema attraverso il Ssn valuta, aggiorna e monitora le sue performance e per farlo le misura con indicatori selezionati e coerenti che identificano le reali capacità di risposta assistenziale delle strutture. Gli

esiti delle cure, per l'appunto. I quali esiti, però, specificano Ministero e Agenas non devono essere intesi alla stregua di mere classifiche. Essi rappresentano bensì dei benchmark tra strutture e Regioni e nascono con lo scopo di mostrare ai gestori della sanità quali risultati si possono raggiungere e quali sono invece le difficoltà del sistema. Nello specifico, il sistema di valutazione si basa su 44 indicatori (31 sulle prestazioni e 13 sull'efficienza) rilevati in tutte le strutture pubbliche e private del Ssn. Al fine però,

di fare una valutazione precisa, il Pne adotta anche alcune variabili: mortalità a breve termine, procedure chirurgiche, tempi d'attesa, riammissioni a breve termine, complicanze dopo specifici interventi chirurgici, ospedalizzazioni per determinate condizioni. E il sistema non si ferma a indicare solo il dato "grezzo" degli esiti. Per rendere, infatti, i dati confrontabili ha inserito anche un valore 'aggiustato' che considera possibili disomogeneità tra le popolazioni come l'età, il genere, presenza di comorbidità croni-

che, etc, quello che i tecnici chiamano fattore "p" il quale misura invece il rischio relativo di errore di un risultato (quando il fattore "p" è inferiore al 5% vuol dire che il dato è statisticamente rilevante). Solo incrociando, il dato "aggiustato" con il fattore "p" si rendono gli esiti confrontabili tra loro.

In queste pagine di Dirigenza Medica presentiamo i dati dei 31 indicatori di prestazione, sottolineando in particolare i dati relativi alle performance per ospedale, divisi per uomini e donne. Eccoli.



Gli indicatori del Programma nazionale esiti dell'Agenas

1

MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DAL RICOVERO PER UN EPISODIO DI INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA)

La coorte selezionata è costituita da 95.192 episodi di Ima (uomini: 60.283; donne: 34.909), con una mortalità media pari a 10.94% (uomini: 8.88%; donne: 14.52%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di Ima >75 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato

nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 10.94%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 26.51%. In una struttura si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 2.49% per il Po I. Veris Delli Ponti di Scorrano e un massimo di 28.32% per il Po S. Caterina Novella di Galatina.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi

variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 31.71%.

In due strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.91% per l'ospedale Bentivoglio di Bentivoglio ed un massimo di 35.49% per il Po S. Caterina Novella di Galatina. **Donne.** I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 33.33%.

In quattro strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 1.39% per l'Ospedale Rizzoli di Lacco Ameno ed un massimo di 30.56% per l'Ospedale Piedimonte Matese di Piedimonte Matese.

2

MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DAL RICOVERO PER INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA) SENZA ESECUZIONE DI ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA)

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 46.775 episodi di Ima senza esecuzione di Ptca (uomini: 24.563; donne: 22.212), con una



mortalità media pari a 18.34% (uomini: 17.26%; donne: 19.54%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di lma senza esecuzione di Ptca >50 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 18.34%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per ge-

nerie.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 43.10%. In una struttura si osserva un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 3.08% per il Po I. Veris Delli Ponti di Scorrano e un massimo di 43.70% per il Policlinico U. I di Roma.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 48.72%. In due strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre

i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 2.32% per l'Ospedale Bentivoglio di Bentivoglio ed un massimo di 51.26% per il Presidio Ospedaliero di Chioggia.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 40.38%. In due strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 2.24% per l'Ospedale Cervello di Palermo ed un massimo di 43.33% per l'Ospedale Civile Sassari di Sassari.

segue a pag. 4 ➔

Intervista a Carlo Perucci,
direttore scientifico
del Programma nazionale esiti

Obiettivo: "Dare un'immagine degli ospedali il più scientificamente documentata"

Ester Maragò

Professor Perucci, è la prima volta che a livello nazionale si parla di valutazione degli esiti delle cure e delle prestazioni erogate dal Ssn. Siamo finalmente in presenza di dati "robusti"?

Metodi e strumenti di misura migliorano continuamente. Nel rapporto con le Regioni, le aziende, le società scientifiche, i professionisti, impariamo a produrre valutazioni sempre più valide e precise. Per fare valutazione è necessario misurare e soprattutto ragionare sugli errori che inevitabilmente caratterizzano tutte le misure, per correggere continuamente metodi e strumenti di misura. Uno dei problemi principali nel rapporto tra chi produce valutazioni da un punto di vista scientifico e chi assume le decisioni è, infatti, quello dell'incer-



Carlo Perucci

tezza. Abbiamo valutato i 1.475 ospedali italiani utilizzando le informazioni dei sistemi informativi nazionali e adottando metodi di carattere statistico che consentono di rendere espliciti gli errori sia di carattere sistematico sia casuale. Ciò non significa che possiamo eliminare gli errori. Possiamo semplicemente dare un'immagine il più scientificamente documentata di quello che riusciamo a osservare per consentire alle Regioni e alle Aziende di avviare attività di auditing clinico e organizzativo. I risultati osservati, infatti, devono sempre essere valutati localmente, in relazione alle conoscenze di carattere quantitativo e qualitativo disponibili a livello locale. Un illustre clinico in passato ci presentò un lungo elenco degli errori che avevamo compiuto. Aveva ragione; risposi garantendogli che la volta successiva avremmo fatto errori diversi!

Vale a dire?

Che lavoriamo cercando sempre

di correggerci sapendo che alcuni errori sono insiti nel sistema di informazione. Perché ognuno degli indicatori che analizziamo ha un suo razionale scientifico, una sua interpretazione ed anche errori di diverso tipo.

Un esempio?

Uno su molti: la proporzione di tagli cesarei primari negli ospedali. Non possiamo valutare i dati in modo grezzo, perché un ospedale che ricovera donne di età maggiore, con più patologie e con gravidanze a rischio ha ovviamente una proporzione di cesarei più elevata rispetto alla struttura che invece ricovera donne giovani con gravidanze fisiologiche. Quindi in questi casi dobbiamo applicare dei tassi aggiustati. Ad esempio, teniamo conto della diversa distribuzione di presentazioni anomale del feto. Quindi un ospedale che

ha tante gravidanze con parti podalici è ovviamente una struttura che avrà un elevato tasso di cesarei. In questi casi quindi standardizziamo, aggiustiamo, per confrontare gli ospedali "a parità" di complessità della casistica. Ma possono intervenire casi limite, che inducono all'errore, come quello accaduto in Campania. In questa Regione nel tentativo di ridurre il numero abnorme di cesarei era stato deliberato che venissero remunerati solo i quelli accompagnati da una diagnosi indicativa di parto cesareo. E moltissime strutture si sono prontamente adeguate, con il risultato che a Napoli siamo arrivati al 20% diagnosi di presentazione anomala del feto, rispetto a una media nazionale che si attesta tra il 2 e il 5%. Questo ha prodotto due conseguenze: l'invio dei Nas da parte del Ministero in numerosi ospedali e case di cura per controllare come mai intorno al Vesuvio c'era questa strana epidemia di presen-

segue a pag. 5 ➔

segue da pag. 3

Gli indicatori del Programma nazionale esiti dell'Agenas

3

MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DAL RICOVERO PER INFARTO MIocardico ACUTO (IMA) CON ESECUZIONE DI ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ENTRO 48 ORE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 29.197 episodi di Ima con esecuzione di Ptca entro 48 ore (uomini: 21.963; donne: 7234), con una mortalità media pari a 4.81% (uomini: 3.79%; donne: 7.88%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di Ima >50 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 3.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 4.81%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 13.16%. In tre strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.81% per l'ospedale Civile di Vimercate e un massimo di 15.76% per l'ospedale S. Gerardo di Monza.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 13.04%. In dodici strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.74% per la Casa di Cu-

ra Villa Verde di Taranto e un massimo di 16.48% per l'Istituto Clinico Città Studi di Milano. **Donne.** I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 24.14%.

In ventisette strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 1.27% per l'Ospedale degli Infermi di Rivoli e un massimo di 27.38% per l'Ospedale Bolognini di Seriate.

4

MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DA UN'ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ESEGUITA OLTRE 48 ORE DAL RICOVERO PER INFARTO MIocardico ACUTO (IMA)

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 17813 episodi di Ima con esecuzione di Ptca oltre 48 ore (uomini: 12706; donne: 5107), con una mortalità media pari a 2.58% (uomini: 2.30%; donne: 3.29%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di Ima >85 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 2.58%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere. **Analisi della mortalità per struttura.** I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 9.20%. In sette strutture si osservano

un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.70% per l'Ospedale Infermi Rimini di Rimini e un massimo di 10.75% per l'Ente Eccl.Osp.Gen.Reg. Miulli di Acqua Viva delle Fonti.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 7.81%. In tredici strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.68% per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ed un massimo di 9.79% per l'Eccl.Osp.Gen.Reg. Miulli di Acqua Viva delle Fonti.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 13.04%. In ventiquattro strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 1.48% per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed un massimo di 12.90% per l'Eccl.Osp.Gen.Reg. Miulli di Acqua Viva delle Fonti di Acqua Viva delle Fonti.

5

PROPORZIONE DI INFARTI MIocardici ACUTI (IMA) TRATTATI CON ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ENTRO 48 ORE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 95.192 episodi di Ima (uomini: 60.283; donne: 34.909), con una proporzione di Ima trattati con Ptca entro 48 ore pari a 30.67% (uomini: 36.43%; donne: 20.72%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di Ima >50 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osserva-

to nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 30.67%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 84.21%. In otto strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.32% per l'Ospedale Cervello di Palermo e un massimo di 91.37% per la Casa di Cura Mediterranea di Napoli.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 86.84%. In undici strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.35% per lo Stabilimento Ospedaliero di Sanremo ed un massimo di 95.33% per la Casa di Cura Mediterranea di Napoli.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 76.83%. In quarantasette strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.54% per l'Ospedale Garibaldi di Catania ed un massimo di 94.57% per la Casa di Cura di Lecce.

6

MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DA UN'ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ESEGUITA PER CONDIZIONI DIVERSE DALL'INFARTO MIocardico ACUTO (IMA)

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel pro-

collo è costituita da 54.022 ricoveri con Ptca (uomini: 41.602; donne: 12.420), con una mortalità media pari a 0.75% (uomini: 0.72%; donne: 0.85%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di Ptca >120 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 4.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 0.75%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 9.81%. In trentatré strutture si osservano un numero di decesso pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.16% per il Centro Cardiologico Spa "Fond. Monzino" di Milano e l'Ospedale s. Giovanni battista molinette di Torino e un massimo di 12.77% per Loreto Mare Na Est di Napoli.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 9.71%. In cinquantatré strutture si osservano un numero di decesso pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.20% per il Centro Cardiologico Spa Fond. Monzino di Milano ed un massimo di 12.71% per Loreto Mare Na Est di Napoli.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 10.26%. In novantacinque strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.25% per la Casa di Cura Montevergine di Mercogliano ed un massimo di 12.70% per Loreto Mare Na Est di Napoli.

7

MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI BYPASS AORTO-CORONARICO (BPAC)

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 16.162 ricoveri con intervento di Bpac (uomini: 12.973; donne: 3.189), con una mortalità media pari a 2.78% (uomini: 2.56%; donne: 3.70%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di Bpac >85 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 3.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 2.78%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 10.99%. In quattro strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.23% per l'ospedale Mazzini di Teramo e un massimo di 8.22% per la Casa di Cura Montevergine di Mercogliano.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 10%.

In cinque strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.33% per l'Ospedale Mazzini di Teramo e un massimo di 9.31% per l'azienda Ospedaliera Sant'Anna e

San Sebastiano di Caserta. **Donne.** I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 14.29%.

In ventuno strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.73% per Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e un massimo di 13.66% per la Casa di Cura Montevergine di Mercogliano.

8

MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 14.196 ricoveri con intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache (uomini: 7.477; donne: 6.719), con una mortalità media pari a 3.17% (uomini: 2.8%; donne: 3.6%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di intervento >60 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 3.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 3.17%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un mas-

simo di 11.56%. In cinque strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.32% per l'Hesperia Hospital di Modena e un massimo di 14.6% per la Casa di Cura Mediterranea di Napoli.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 12.05%.

In quattordici strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.51% per l'Irccs S. Raffaele di Milano e un massimo di 16.99% per la Casa di Cura Mediterranea di Napoli.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 14.63%.

In tredici strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.6% per l'Ospedale Civile Maggiore di Verona e un massimo di 14.57% per la Aou P. Giaccone di Palermo.

9

MORTALITÀ TRENTA GIORNI DA RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO DELL'AORTA ADDOMINALE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 7.376 ricoveri con riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale (uomini: 6.760; donne: 616), con una mortalità media pari a 1,95% (uomini: 1,90%; donne: 2,44%).

Sono riportati i risultati

segue da pag. 3

Obiettivo: "Dare un'immagine degli ospedali il più scientificamente documentata"

tazioni anomale del feto, e la decisione oggi di correggere i metodi di aggiustamento, perché prendendo per valide quelle informazioni distorte avevamo distorto tutta l'analisi nazionale.

Abbiamo notato che nelle schede di sintesi fate riferimento a valori di mortalità pari a zero, vale a dire che alcune strutture hanno raggiunto l'eccellenza. Come dobbiamo interpretare questo dato?

Questo dato va letto in modo diverso, perché è specifico di ciascun indicatore.

Mi spiego prendendo ad esempio l'indicatore relativo alla mortalità a 30 giorni post bypass aorto-coronarico isolato: numerosi ospedali hanno raggiunto una mortalità "zero". Ne cito alcuni: il Niguarda di Milano, il Centro di ricerche biomediche a Campobasso, l'Ospedale di Lecco. Il che dimostra l'esistenza di ospedali che, a parità di complessità dei casi trattati, lavorano così bene da ridurre fino a zero il rischio di morte associato all'intervento. In questi casi essendo il tasso grezzo pari allo zero non c'è bisogno di aggiustamenti.

Se invece andiamo ad osservare il rischio di morte a 30 giorni per ictus il discorso cambia. Infatti, se ci troviamo in presenza di un dato pari a zero possiamo ragionevolmente sospettare che alcune strutture attribuiscono una diagnosi di ictus a pazienti che in realtà presentano patologie meno severe. Questa, infatti, è una patologia che ha una probabilità di morte a 30 giorni molto alta, con una media nazionale attorno al 10%. Quindi quando rilevo che negli ospedali di Rovereto e di Noto la mortalità è pari allo zero, sono indotto a ritenere questo risultato come il prodotto della distorta "diluizione" della casistica osservata.

Non avete mai voluto parlare di classifiche, ma come dimostrano le esperienze americana e britannica, la "pubblic disclosure" della valutazione degli ospedali innesca una competizione virtuosa tra i medici e le strutture. Possiamo quindi pensare a questa finalità per il Pnc?

In un sistema "maturo" probabilmente sì. Penso che sia uno degli obiettivi più importanti del Pnc: la "pubblic disclosure" potrebbe

essere infatti una leva potente per ottimizzare cure e organizzazione, agendo sulla reputazione. Ma in questa fase l'obiettivo più importante è quello di mettere a disposizione di tutte le organizzazioni regionali e locali valutazioni di livello nazionale per consentire un confronto tra le aziende come supporto ai loro interventi di miglioramento dell'efficacia e della equità delle cure.

Quando questi dati saranno accessibili, e soprattutto comprensibili, a tutti i cittadini?

Il Ministro Balduzzi, nella lettera inviata alle Regioni, ha annunciato che darà incarico all'Agenda di sviluppare un'attività di comunicazione per i cittadini. Il modello potrebbe essere molto simile a quello dell'Nhs inglese. Ma ritengo che su questo argomento occorra procedere con molta attenzione. Dalle valutazioni Ocse-Pisa emerge che in Italia il 10% dei cittadini è analfabeta e il 20% ha un analfabetismo funzionale, ossia non è in grado di compilare un questionario elementare o di interpretare un testo con una minima complessità. Questo significa che circa un cittadino su tre non ha un livello di alfabetizzazione che consenta di interpretare un messaggio complesso. Sono gli stessi cittadini che non sono in grado di saper usufruire dei migliori servizi sanitari. Non dimentichiamo che le disegualianze di accesso ai servizi sono fortemente legate a caratteristiche socio economiche. Inoltre la proporzione di famiglie che possono accedere in modo veloce alla rete è ancora troppo esigua.

Quindi se si attua un programma di comunicazione con un certo livello di complessità, e se non lo si fa con un obiettivo di equità, si corre il rischio di allargare ancora di più la "forbice" tra chi è più forte e chi è ancora più vulnerabile all'inappropriatezza. Il Ssn deve avere due obiettivi: efficacia ed equità. Sicuramente, la circolazione di informazioni e la valutazione aumentano l'efficacia degli interventi, ma dobbiamo farlo senza peggiorare l'equità. Per cui questo programma di comunicazione sicuramente dovrà essere accompagnato da un programma molto mirato ai gruppi di popolazione più vulnerabili.

Gli indicatori del Programma nazionale esiti dell'Agenas

delle strutture con un volume annuo di interventi >50 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 3. **Popolazione di confronto.** È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 1,95%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 6.85%. In sedici strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.30% per l'Irccs s. Raffaele di Milano e un massimo di 8.02% per il Pres. Osp. Clinicizzato SS. Annunziata di Chieti. **Uomini.** I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 7.46%. In diciotto strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre strutture i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.32% per l'Irccs S. Raffaele di Milano ed un massimo di 9.33% per l'Azienda Ospedaliera Vincenzo Monaldi di Napoli.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 25%. In quarantasette strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre strutture i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 6.16% per l'Azienda ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo ed un massimo di 12.92% per l'Azienda Ospedaliera S. Martino e Cl. Iniv. Conv di Genova.

10

MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DAL RICOVERO PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO (SCC)

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 166.475 episodi di Scc (uomini: 79.138; donne: 87.337), con una mortalità media pari a 8,79% (uomini: 8,58%; donne: 8,98%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di Scc >75 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 8,79%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 31.58%. In sei strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.60% per la Fondazione Cnr-Rt G. Monasterio di Pisa e un massimo di 31.72% per l'Ospedale SS. Gonfalone di Monterotondo.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 35.14%.

In ventidue strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.61% per il Po Ospedali Riuniti (Ex AO) di Sciacca ed un massimo di 37.99% per la Casa di Cura La Madonnina Srl di San Gennaro Vesuviano.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo

di 0% ed un massimo di 33.80%. In diciassette strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.85% per la Casa di Cura Carmona Arcobaleno Srl di Messina ed un massimo di 38.08% per la Casa di Cura di Aprilia.

11

RIAMMISSIONI OSPEDALIERE PER ICTUS ENTRO TRENTA GIORNI DA UNA RIVASCOLARIZZAZIONE CAROTIDEA

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 17.637 riammissioni per ictus entro trenta giorni da una rivascolarizzazione carotidea (uomini: 11.891; donne: 5.746), con una riammissione media pari a 0.55% (uomini: 0.58%; donne: 0.49%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di riammissioni >200 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 4.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 0.55%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 1.49%. In due strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.19% per l'Irccs S. Raffaele di Milano ed un massimo di 1.55% per Villa Maria Cecilia Hospital di Cotignola.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo

di 0% ed un massimo di 2.46%. In due strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.30% per l'Irccs S. Raffaele di Milano ed un massimo di 2.55% per il Policlinico U. I di Roma.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 1.72%. In sette strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre due i tassi di mortalità aggiustati sono pari a 1.09% per l'Ospedale S. Giovanni Battista Molinette di Torino e 1.75% per Villa Maria Cecilia Hospital di Cotignola.

12

PROPORZIONE DI MORTI A TRENTA GIORNI DALLA DATA DI RICOVERO PER ICTUS

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 66.458 episodi di Ictus (uomini: 32.666; donne: 33.792), con una mortalità media pari a 9.94% (uomini: 8.26%; donne: 11.56%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di ictus >50 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 9.94%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 33.85%. In tre strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra

un minimo di 1.17% per il Presidio ospedaliero I. Veris Delli Ponti di Scorrano e un massimo di 35.02% per l'Ospedale di Civita Castellana.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 33.33%. In quattordici strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 1.31% per l'Ospedale Sant'Antonio di Padova ed un massimo di 39.24% per l'Ospedale di Civita Castellana.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 34.21%. In nove strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 1.51% per il Presidio ospedaliero Martiri di Villa Malta di Sarno ed un massimo di 32.20% per l'Ospedale di Civita Castellana.

13

RIAMMISSIONI OSPEDALIERE A 30 GIORNI DAL TRATTAMENTO PER ICTUS

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 60.331 ricoveri con diagnosi principale di ictus (uomini: 30.200; donne: 30.131), con una proporzione di riammissioni a 30 giorni pari a 10.88% (uomini: 11.39%; donne: 10.37%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di ricoveri per ictus >50 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera po-



popolazione in studio (media: 10.88%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 1.54% ed un massimo di 34.38%. In nessuna struttura si osserva un numero di valori pari a 0, nelle strutture le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.55% per l'Ospedale SS. Pietro e Paolo di Borgosesia e un massimo di 35.64% per S. Maria della Misericordia di Urbino.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 42.42%. In quattro strutture si osservano un numero di valori pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.99% per la Casa di cura privata Pierangeli Srl 1 di Pescara ed un massimo di 44.04% per S. Maria della Misericordia di Urbino.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 26.47%.

In tre strutture si osservano un numero di valori pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.19% per il Presidio ospedaliero Umberto I di Nocera Inferiore ed un massimo di 26.70% per il Presidio S. Maria della Misericordia di Urbino.

14

MORTALITÀ A 30 GIORNI DAL RICOVERO PER BRONCO PNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) RIACUTIZZATA

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 104.522 per broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) riacutizzata (uomini: 63.587; donne: 40.935), con una mortalità media pari a 6.87% (uomini:

6.96%; donne: 6.73%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di ricoveri per Bpco riacutizzata >100 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 6.87%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 39.29%. In dieci strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.44% per la Fondazione S. Maugeri-Cl. Lavoro e Riab. di Tradate e un massimo di 46.00% per l'Ospedale Piemonte di Messina.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 35.21%. In quattordici strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.39% per il Presidio ospedaliero Procida di Salerno ed un massimo di 40.69% per la Casa di cura La Madonna Srl di San Gennaro Vesuviano.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 43.48%. In trentatré strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.56% per il Presidio ospedaliero F. Ferrari Casarano di Casarano ed un massimo di 51.44% per l'Ospedale Piemonte di Messina.

15

RIAMMISSIONI OSPEDALIERE A 30 GIORNI DA TRATTAMENTO PER BPCO RIACUTIZZATA

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 98.028 ricoveri per broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) riacutizzata (uomini: 59.598; donne: 38.430), con una proporzione di riammissioni a 30 giorni pari a 14.08% (uomini: 15.11%; donne: 12.47%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di ricoveri per Bpco riacutizzata >50 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 14.08%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 2.65% ed un massimo di 27.91%. In nessuna struttura si osserva un numero di valori pari a 0, nelle strutture le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 2.88% per l'Istituto di cura Maria SS. della Pietà di Casoria e un massimo di 28.73% per il Presidio ospedaliero Suor Cecilia Basarocco di Niscemi.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 32.14%. In una struttura si osserva un numero di valori pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.14% per la Casa di cura Bernardini di Taranto ed un massimo di 34.37% per l'Ospedale Monselece di Monselece.

Donne. Le proporzioni grezze

variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 33.33%.

In venti strutture si osservano un numero di valori pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 2.01% per l'Ospedale Maurizio Umberto I di Torino ed un massimo di 36.60% per il Presidio ospedaliero Suor Cecilia Basarocco di Niscemi.

16

PROPORZIONE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 76.575 ricoveri con intervento di colecistectomia (uomini: 29.897; donne: 46.678-), con una proporzione di colecistectomie laparoscopiche pari a 90.7% (uomini: 87.39%; donne: 92.83%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di interventi di colecistectomia laparoscopica >85 o interventi di colecistectomia laparotomia >40 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 90.7%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi per struttura. Le proporzioni di colecistectomie laparoscopiche grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 100%.

In una struttura si osserva una proporzione di colecistectomie laparoscopiche pari a 0%, mentre in ventidue, pari al 100%, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 4.51% per l'ospedale privato accreditato Nigrisoli di

Bologna e un massimo di 96.9% per l'Ospedale di Città di Castello.

Uomini. Le proporzioni di colecistectomie laparoscopiche grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 100%.

In due strutture si osserva una proporzione di colecistectomie laparoscopiche pari a 0%, mentre in trentasei, pari al 100%, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 52.3% per l'Ospedale S. Anna di Como e un massimo di 96.82% per l'Ospedale Santa Maria Bianca di Mirandola.

Donne. Le proporzioni di colecistectomie laparoscopiche grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 100%. In una struttura si osserva una proporzione di colecistectomie laparoscopiche pari a 0%, mentre in trentanove, pari al 100%, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 7.49% per l'ospedale privato accreditato Nigrisoli di Bologna e un massimo di 97.01% per lo Stab. Osped. Ferrino di Brindisi.

17

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: DEGENZA TOTALE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 68.818 ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (uomini: 25.885; donne: 42.933), con una degenza mediana pari a 4 giorni (uomini: 4; donne: 4).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di colecistectomie laparoscopiche >85 per il raggiungimento di una adeguata potenza statistica. Le analisi sono state effettuate senza distinzione per genere.

Analisi della mortalità per

Gli indicatori del Programma nazionale esiti dell'Agenas

struttura. La degenza mediana grezza varia tra un minimo di 2 giorni ad un massimo di 9. Per le strutture la degenza mediana aggiustata varia tra un minimo di 2 giorni per 6 strutture ed un massimo di 9 giorni per l'Ospedale degli Infermi di Rivoli.

99.76% per il Po F. Ferrari di Casarano.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 100%.

In due strutture si osserva una proporzione dello 0%, mentre in tre del 100%, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.94% per la Casa di Cura privata Pierangeli di Pescara e un massimo di 96.97% per la Casa di Cura Villa Fiorita di Prato.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 100%.

In una struttura si osserva una proporzione dello 0%, mentre in tre del 100%, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.03% per la Casa di Cura Villa Caminiti di Villa San Giovanni e un massimo di 96.97% per la Casa di Cura Sant'Anna di Agrigento.

18

PROPORZIONE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA ENTRO 4 GIORNI

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 68.818 ricoveri con intervento di colecistectomia (uomini: 25.885; donne: 42.933), con una proporzione di colecistectomie laparoscopiche pari a 57.74% (uomini: 55.39%; donne: 59.15%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di colecistectomie laparoscopiche >85 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 57.74%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0.56% ed un massimo del 100%. In nessuna struttura si osserva una proporzione dello 0%, mentre in due è pari al 100%, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.62% per il Po. S. Filippo e Nicola di Avezzano e un massimo di

19

COMPLICANZE A 30 GIORNI DA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 69.076 ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (uomini: 25.995; donne: 43.081), con una proporzione di complicanze a 30 giorni dall'intervento pari a 2.36% (uomini: 2.90%; donne: 2.03%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di interventi di colecistectomia laparoscopica >85 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 3.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera po-

polazione in studio (media: 2.36%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 9.74%. In ventisette strutture si osservano un numero di complicanze pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.31% per l'Ao Vincenzo Monaldi di Napoli e un massimo di 9.43% per l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 13.43%. In ottantotto strutture si osservano un numero di complicanze pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.73% per l'Ao Vincenzo Monaldi di Napoli e un massimo di 11.44% per l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 9.72%. In settantasei strutture si osservano un numero di complicanze pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.44% per il Policlinico Umberto I di Roma e un massimo di 9.49% per l'Ospedale Civico di Chivasso.

20

ALTRO INTERVENTO A 30 GIORNI DA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 68.915 ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica (uomini: 25.931; donne: 42.984), con una proporzione di altri interventi a 30 giorni pari a 1.1% (uomini: 1.35%; donne: 0.94%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di interventi di colecistectomia

laparoscopica >85 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 3.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 1.14%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 4.96%. In ottantasei strutture si osservano un numero di interventi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.27% per l'Ospedale Regionale Umberto Parini di Aosta e un massimo di 5.61% per la Casa di Cura I Cedri di Fara Novarese.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 7.81%.

In centocinquantotto strutture si osservano un numero di interventi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.54% per Aou di Parma e un massimo di 8.87% per la Casa di Cura I Cedri di Fara Novarese.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 6.58%.

In centoquarantacinque strutture si osservano un numero di interventi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.26% per Aou Careggi di Firenze e un massimo di 7.74% per l'Ospedale Verselia di Camaiore.

21

COLECISTECTOMIA LAPAROTOMICA: DEGENZA TOTALE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 6.874 ricoveri con intervento di coleci-

stectomia laparotomica (uomini: 3.642; donne: 3.232), con una degenza mediana pari a 10 giorni (uomini: 10; donne: 10). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di colecistectomie laparoscopiche >40 per il raggiungimento di una adeguata potenza statistica. Le analisi sono state effettuate senza distinzione per genere.

Analisi della mortalità per struttura. La degenza mediana grezza varia tra un minimo di 5 giorni ad un massimo di 14. Per le strutture la degenza mediana aggiustata varia tra un minimo di 6 giorni per l'ospedale privato accreditato Nigrisoli di Bologna ed un massimo di 14 giorni per il Policlinico Umberto I di Roma.

22

COLECISTECTOMIA LAPAROTOMICA: DEGENZA POST-OPERATORIA ENTRO 7 GIORNI

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 6.874 ricoveri con intervento di colecistectomia laparotomica (uomini: 3.642; donne: 3.232), con una proporzione di casi aventi degenza post-operatoria entro 7 giorni pari a 46.09% (uomini: 43.74%; donne: 48.73%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di colecistectomie laparotomiche >40 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 46.09%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di

30.23% ed un massimo di 94.52%. In nessuna struttura si osserva una proporzione di colecistectomie laparotomiche pari a 0%, le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 28.22% per l'Ao di Padova ed un massimo di 94.56% per l'Ospedale privato accreditato Nigrisoli di Bologna.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 25.81% ed un massimo di 92.86%. In nessuna struttura si osserva una proporzione di colecistectomie laparotomiche pari a 0%, le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 24.14% per l'Azienda di Padova ed un massimo di 92.49% per l'Ospedale privato accreditato Nigrisoli di Bologna.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 31.25% ed un massimo di 95.56%. In nessuna struttura si osserva una proporzione di colecistectomie laparotomiche pari a 0%, le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 30.15% per l'Ao di Perugia ed un massimo di 96.00% per l'Ospedale privato accreditato Nigrisoli di Bologna.

23

COMPLICANZE A 30 GIORNI DA COLECISTECTOMIA LAPAROTOMICA

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 7.066 ricoveri con intervento di colecistectomia laparotomica (uomini: 3.744; donne: 3.322), con una proporzione di complicanze a 30 giorni dall'intervento pari a 8.34% (uomini: 9.11%; donne: 7.42%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di interventi di colecistectomia laparotomica >40 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifi-

ca struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 8.34%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 14.63%. In due strutture non si osservano complicanze, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.68% per l'ospedale privato accreditato Nigrisoli di Bologna e un massimo di 16.18% per il presidio ospedaliero Spedali Civili di Brescia.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 15%. In quattro strutture non si osservano complicanze, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 3.46% per il Presidio ospedaliero Clinicizzato Ss Annunziata di Chieti e un massimo di 16.70% per il presidio ospedaliero Spedali Civili di Brescia.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 16.67%. In sette strutture non si osservano un numero di complicanze, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 3.46% per il Presidio ospedaliero Clinicizzato Ss Annunziata di Chieti e un massimo di 21.52% per l'Azienda ospedaliera di Padova.

24

ALTRO INTERVENTO A 30 GIORNI DA COLECISTECTOMIA LAPAROTOMICA

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 6.961 ricoveri con intervento di colecistectomia laparotomica (uomini: 3.690; donne: 3.271), con

una proporzione di altri interventi a 30 giorni pari a 2.17% (uomini: 2.25%; donne: 2.08%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di interventi di colecistectomia laparotomica >40 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 3.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 2.17%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 8.33%.

In sei strutture non si osservano interventi a 30 giorni, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.80% per gli Ospedali Riuniti di Siena e un massimo di 9.88% per l'Ospedale S. Anna di Como.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 8.33%.

In sette strutture non si osservano interventi a 30 giorni, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 2.65% per il Poliambulatorio di Brescia e un massimo di 10.05% per l'Ospedale S. Anna di Como.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 6.58%.

In centoquarantacinque strutture si osservano un numero di interventi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 4.13% per il Policlinico Universitario A. Gemelli e un massimo di 99.2 per l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma.

25

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 423090 ricoveri per parto non preceduto da taglio cesareo, con una proporzione di cesarei primari pari a 28.34%.

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di ricoveri per parto >150 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 28.34%).

Analisi della mortalità per struttura.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 8.64% e un massimo di 91.62%.

Le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 4.19% per l'Ospedale Vittorio Emanuele III di Carate Brianza e un massimo di 90.75% per la Casa di Cura Orestano di Palermo.

26

MORTALITÀ A 30 GIORNI DAL RICOVERO PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 67.346 ricoveri per frattura del collo del femore (uomini: 15.443; donne: 51.903), con una mortalità media pari a 4.89% (uomini: 8.10%; donne: 3.93%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo

di ricoveri per frattura del collo del femore >50 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 4.89%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% e un massimo di 14.47%. In dieci strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.51% per il Presidio ospedaliero Boscotrecase di Boscotrecase e un massimo di 15.14% per l'Ospedale Rizzoli di Lacco Ameno.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% e un massimo di 30.77%. In settantasei strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 1.32% per lo Stabilimento SS. Annunziata di Taranto ed un massimo di 35.77% per lo Stabilimento ospedaliero di Ostuni.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 16.98%. In ventotto strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.57% per l'Ospedale civile di Dolo ed un massimo di 16.14% per l'Ospedale Rizzoli di Lacco Ameno.



Gli indicatori del Programma nazionale esiti dell'Agenas

27

TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 66392 ricoveri per frattura del collo del femore (uomini: 15164; donne: 51228), con un tempo d'attesa per intervento chirurgico mediano pari a 5 giorni (uomini: 5; donne: 5). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di ricoveri per frattura del collo del femore >50 per il raggiungimento di una adeguata potenza statistica. Le analisi sono state effettuate senza distinzione per genere.

Analisi della mortalità per struttura

I tempi mediani di attesa grezzi variano tra un minimo di 1 giorno ad un massimo di 31. Per le strutture il tempo mediano di attesa aggiustato varia tra un minimo di 1 giorno per 3 strutture ed un massimo di 17 giorni per il Presidio ospedaliero S. Caterina Novella di Galatina.

28

INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 48 ORE DOPO FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 66399 ricoveri per frattura del collo del femore (uomini: 15.164; donne: 51.235), con una proporzione media di interventi entro 48

ore pari a 31.17% (uomini: 27.57%; donne: 32.24%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di ricoveri per frattura del collo del femore >50 che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 2.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 31.17%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 93.14%. In due strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.02% per il Presidio ospedaliero Biagio di Marsala e un massimo di 93.87% per l'Ospedale Villa Scassi di Genova.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 94.74%. In trentaquattro strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.78% per l'Ospedale civile Sassari di Sassari ed un massimo di 95.84% per l'Ospedale Civile Memoria di Gavardo.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 94.23%. In quattro strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 1.10% per il S. Leonardo di Castellamare di Stabia ed un massimo di 94.74% per l'Ospedale Villa Scassi di Genova.

29

TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI FRATTURA DELLA TIBIA E/O PERONE

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 11122 ricoveri per frattura della tibia e/o perone (uomini: 7033; donne: 4089), con un tempo d'attesa per intervento chirurgico mediano pari a 4 giorni (uomini: 5; donne: 4). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di ricoveri per frattura della tibia e/o perone >50 per il raggiungimento di una adeguata potenza statistica. Le analisi sono state effettuate senza distinzione per genere.

Analisi della mortalità per struttura. La degenza mediana grezza varia tra un minimo di 2 giorni ad un massimo di 9. Per le strutture la degenza mediana aggiustata varia tra un minimo di 2 giorni per l'ospedale di Montecchio Maggiore ed un massimo di 9 giorni per il Cto Na Est e il Loreto Mare Na Est di Napoli.

30

INTERVENTO DI ARTROSCOPIA DEL GINOCCHIO: REINTERVENTO ENTRO 6 MESI

La coorte selezionata sulla base dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 122916 ricoveri con intervento di artroscopia del ginocchio (uomini: 82364; donne: 40552), con una proporzione di altri interventi a 6 mesi pari a 1.53% (uomini: 1.61%; donne: 1.37%). Sono riportati i risultati delle strutture con un volume annuo di interventi di artroscopia del ginocchio >100 che consente di se-

gnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 3.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 1.53%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi per struttura. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 13.41%. In quarantotto strutture si osservano un numero di reinterventi a 6 mesi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.24% per la Casa di cura della Città di Parma e l'Arco dell'Angelo s.r.l. di Cagliari ed un massimo di 14.05% per la Casa di cura S. Francesco di Bergamo.

Uomini. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 14.16%. In settantaquattro strutture si osservano un numero di reinterventi a 6 mesi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.24% per Malatesta Novello di Cesena e un massimo di 14.07% per la Casa di cura S. Francesco di Bergamo.

Donne. Le proporzioni grezze variano tra un minimo di 0% ed un massimo del 12.02%. In centocinquantanove strutture si osservano un numero di reinterventi a 6 mesi pari a 0, nelle altre le proporzioni aggiustate variano tra un minimo di 0.52% per il Casa di cura S. Francesco di Verona e un massimo di 13.97% per la Casa di cura S. Francesco di Bergamo.

31

MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO PER TUMORE MALIGNO DEL POLMONE

La coorte selezionata sulla ba-

se dei criteri descritti nel protocollo è costituita da 26587 ricoveri per tumore maligno del polmone (uomini: 19261; donne: 7326), con una mortalità media pari a 1.98% (uomini: 2.41%; donne: 0.85%).

Sono riportati i risultati delle strutture con un volume di ricoveri >100 (calcolato sui quattro anni del periodo di reclutamento) che consente di segnalare come statisticamente significativo un rapporto tra il rischio osservato nella specifica struttura e il rischio osservato nella popolazione complessiva pari a 3.

Popolazione di confronto. È rappresentata dall'intera popolazione in studio (media: 1.98%), che è stata utilizzata anche nelle analisi stratificate per genere.

Analisi della mortalità per struttura. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 4.62%. In due strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.33% per il Po. S. Paolo di Bari e un massimo di 4.37% per l'Aou Careggi di Firenze.

Uomini. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 5.17%. In sei strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.72% per l'Ospedale S. Giovanni Battista Molinette di Torino e un massimo di 4.55% per l'Aou Careggi di Firenze.

Donne. I tassi di mortalità grezzi variano tra un minimo di 0% ed un massimo di 5.26%. In quarantuno strutture si osservano un numero di decessi pari a 0, nelle altre i tassi di mortalità aggiustati variano tra un minimo di 0.53% per l'Istituto clinico Humanitas di Rozzano e un massimo di 9.29% per l'Ospedale casa sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotondo.

Riconfermato alla presidenza della **FEDERAZIONE DEGLI ORDINI**

BIANCO: "BASTA CON LE NOMINE POLITICHE"

Per il suo terzo mandato alla guida della Fnomceo Amedeo Bianco ha già pronto un programma di lavori intenso: definire la riforma degli Ordini, intervenire sul nodo caldo della responsabilità civile del medico e dell'assicurazione obbligatoria, addirittura aprire un laboratorio di idee multidisciplinare per definire il "nuovo medico" e la "nuova sanità". E ridiscutere "pacatamente" dell'aziendalismo in sanità, ben oltre quanto si sta discutendo nel Ddl sul "governo clinico".

Presidente Bianco, al di là degli impegni normativi, perché è necessaria una riforma degli Ordini?

Lavoriamo da anni a questo progetto e non come ad un atto burocratico, ma per due ragioni forti: da una parte occorre ammodernare gli Ordini sul piano organizzativo-amministrativo e nelle forme della rappresentanza, rispetto alla quale diventa cruciale un diverso sistema elettorale; dall'altra è necessario ridefinire gli ambiti del loro intervento, per far sì che queste istituzioni siano concretamente un'ulteriore leva per lo sviluppo della qualità professionale, così come avviene in altri paesi europei a cominciare dalla Gran Bretagna.

Come possono intervenire gli Ordini in materia di qualità professionale?

Penso innanzi tutto alla formazione di base e specialistica dei professionisti e poi allo sviluppo nel tempo del loro patrimonio culturale e delle loro competenze, anche irrobustendo il sistema di Ecm per aprirlo all'idea più matura dello sviluppo continuo professionale. Credo che questo rientri pie-

Appena riconfermato alla guida della Federazione degli Ordini, Amedeo Bianco traccia il programma per il prossimo triennio: il tema più urgente è quello della responsabilità civile del medico e dell'assicurazione obbligatoria, ma serve anche un ripensamento radicale del modello aziendalista. A partire dalle nomine

↳ Eva Antoniotti

namente nei compiti di tutela generale che ha l'Ordine, perché adoperarsi per la qualità dei professionisti è non solo nel loro interesse ma soprattutto nell'interesse pubblico.

Come si articola il vostro impegno sul tema della formazione?

Innanzitutto dialogando con il sistema formativo, aprendolo ad un confronto tra formazione e professione, che non necessariamente coincidono. Nel far questo occorre tenere presenti le criticità del sistema universitario, aggravate dalla restrizione delle risorse disponibili, sollecitandolo a rivedere i suoi obiettivi in termini di quantità, attraverso una programmazione che eviti il ricostituirsi di nuove "gobbe" generazionali e previdenziali, ma ha anche di qualità della formazione, perché la medicina, come scienza biotecnologica, cambia rapidamente, così come la sanità e la società ed è evidente che alcuni paradigmi formativi devono essere rivisti.

Altro momento importante è quello della formazione specialistica, che rappresenta un aspetto particolare delle nostre facoltà mediche, visto che

i medici sono gli unici ad avere un percorso così lungo e gravato da costi non indifferenti, anche in ragione del fatto che sono anche gli unici ad essere giustamente retribuiti. Proprio per questo la formazione dei giovani medici deve essere davvero professionalizzante, ovvero capace di determinare conoscenze e competenze già immediatamente spendibili. Va dunque realizzato l'assunto andragogico dell'imparar facendo, rafforzando l'intreccio tra sistema formativo universitario e sistema sanitario.

E per quanto riguarda la formazione continua, l'Ecm?

Il nostro sistema Ecm, pur con tutti i suoi limiti, è un modello molto avanzato, da valorizzare come elemento caratterizzante del nostro sistema sanitario. Sono convinto che il grande merito dell'Ecm stia nell'aver costruito una cultura dell'aggiornamento delle conoscenze e delle competenze come strumento fondamentale nel rimodellamento delle organizzazioni e della qualità delle cure. Da solo non basterà, ma intanto ha avviato questo processo e lo ha fatto con pochi mezzi, purtroppo.

Tra le molte questioni in sospeso ce n'è una particolarmente urgente: quella della responsabilità civile dei medici. Come vi state muovendo?

Più che un'urgenza questa è ormai un'emergenza, visto che la Finanziaria prima e il decreto sulle liberalizzazioni poi prevedono l'obbligo per tutti i medici di avere un'assicurazione. Il paradosso è che proprio in queste settimane le assicurazioni stanno disdicendo le polizze e i costi stanno lievitando enormemente. Non è un fenomeno nuovo ed è già accaduto in altri Paesi con effetti devastanti, ma proprio per questo occorre intervenire subito prima che la situazione diventi insostenibile sul piano economico e professionale, per la sanità pubblica e quella privata. È un problema che è ben presente al ministro Balduzzi e anche alle Commissioni parlamentari che seguono la sanità, e voglio sperare che vengano messi in campo al più presto provvedimenti incisivi ed efficaci.

In Parlamento è in discussione da tempo il ddl sul governo clinico. Pensa che si arriverà all'approvazione?

Francamente: il ddl sul gover-

no clinico è un lavoro generoso, apprezzabile in alcuni passaggi, ma che interviene su un modello di organizzazione dei servizi sanitari, quello aziendalista, che mostra ormai tutte le sue criticità. La stessa mission originaria di questo modello – ovvero governare i costi di produzione controllando i fattori di produzione, cioè tecnologie, beni e servizi, professionisti – ha registrato clamorosi fallimenti. Non è un mistero, infatti, che le aziende in pareggio sono in larghissima parte quelle inserite in sistemi regionali nei quali l'autonomia gestionale è del tutto ausiliaria a rigide programmazioni regionali, mentre l'autonomia finanziaria è allineata a quella contabile dei budget assegnati, e su tutto incombe il filo doppio che lega i vertici aziendali e il management intermedio, compreso quello professionale, alle prerogative della politica.

Se il modello aziendalista ha fallito, in che direzione pensa che si debba andare?

Bisogna ridiscutere i fondamenti: i "prodotti" di una "azienda" sanitaria, sono in realtà complessi e delicati servizi di tutela della salute. Per realizzarli occorre ridisegnare i modelli di organizzazione e gestione, i ruoli, le responsabilità di tutti gli attori in funzione non solo della tenuta dei bilanci ma anche della qualità, efficacia e appropriatezza del prodotto. Credo che serva un'azienda speciale, un'azienda di servizi.

Più professionisti e meno management?

Credo che la situazione ci costringa tutti a uscire allo scoperto, senza riproporre vecchie discussioni. Perché continuiamo a stupirci se ci sono nomine "politiche" in sanità? Il sistema attuale lo prevede, così come prevede il modello azienda. Credo che non funzioni, come mostrano i fatti, perché un servizio sanitario non può reggersi senza una reale partecipazione dei professionisti, senza una forte condivisione di valori etici e civili, senza trasparenza ed efficienza nella gestione delle risorse, senza la valorizzazione professionale secondo il merito.



Amedeo Bianco

L'Aquila A TRE ANNI DAL TERREMOTO

OSPEDALE SAN SALVATORE, RECUPERO AL RALLENTATORE

Il ritorno alla normalità continua ad essere una chimera per l'ospedale abruzzese colpito pesantemente dal sisma. La situazione è indiscutibilmente migliorata, ma la struttura continua a funzionare al 70% delle sue potenzialità. Come lo scorso anno. Parla Alessandro Grimaldi, segretario aziendale Anaa Assomed del San Salvatore

↳ Ester Maragò

La parola normalità è ancora assente dal vocabolario dei medici e degli infermieri che lavorano nell'ospedale simbolo del capoluogo abruzzese. A tre anni esatti dal sisma che ha colpito mortalmente L'Aquila, il recupero in toto della funzionalità del San Salvatore non è ancora compiuto.

Le tende sono ormai un ricordo, e non è poco. Le camere operatorie funzionano a pieno ritmo, Utic, cardiologia, pronto soccorso pediatrico, nefrologia, dialisi e malattie infettive lavorano a regime in reparti completamente ristrutturati.

Tuttavia la struttura prefabbricata del G8, sistemazione "nobile" ma pur sempre provvisoria, continua a ospitare l'otorino, l'oculistica, il maxillo-facciale e l'ambulatorio dei trapianti. Solo il reparto di endoscopia è riuscito ad abbandonare l'ospedale da campo e a riconquistare un posto tra le mura dell'ospedale. Un obiettivo raggiunto anche dal centro trasfusionale che fino allo scorso anno era ancora nel container, dove al contrario continuano a lavorare gli ana-

tomopatologi e i farmacisti. Soprattutto l'ala della struttura abruzzese conosciuta dagli addetti ai lavori come "Delta 8", sede del dipartimento chirurgico di rilevanza strategica per l'attività ospedaliera, che sarebbe dovuto tornare a regime già dagli inizi del 2011 come annunciato dalla direzione aziendale, è ancora al palo. O meglio, come ha spiegato Alessandro Grimaldi, direttore della Uoc Malattie infettive e segretario aziendale Anaa Assomed del San Salvatore, si sono appena concluse le gare di appalto che daranno il via alla sua ristrutturazione. Va peggio per il Delta medico: tutto è fermo. E così alcuni professionisti hanno iniziato a migrare verso altre strutture.

"Rispetto a un anno fa abbiamo compiuto ulteriori piccoli passi in avanti - ha spiegato Grimaldi - ma non ci sono stati progressi eclatanti. Tanti reparti sono stati tolti dai container, e a breve sia l'anatomia patologica sia la farmacia dovrebbero ritornare nella struttura, tuttavia solo adesso si sono completate le gare d'appalto per il Delta chirurgico, mentre quelle per

il Delta medico si spera partano entro l'anno, ma a tutt'oggi nulla è stato fatto. Il recupero del Delta chirurgico consentirebbe un ritorno alla completa normalità. Inoltre se riconquistassimo anche il Delta medico, potremmo liberare spazi per riportare le strutture amministrative all'interno dell'ospedale. Ed anche recuperare soldi: l'amministrazione attualmente è in affitto in una palazzina lontana dal San Salvatore. Insomma - ha aggiunto - i lavori proseguono con troppa lentezza: abbiamo infatti recuperato solo il 70% delle potenzialità dell'ospedale".

Le cause? Per Grimaldi sono ancora da imputare al fatto che i 47 milioni di euro ricavati dalla riscossione della polizza assicurativa stipulata dal San Salvatore prima del sisma sono stati risucchiati nel fondo indistinto della Asl de L'Aquila, Avezzano e Sulmona; e quelli del fondo nazionale per l'edilizia sanitaria, sui quali l'ospedale avrebbe dovuto fare affidamento, sono stati solo parzialmente spesi per ristrutturarlo.

"Continuo a essere convinto che per colpa di questa ope-

razione abbiamo perso la grande occasione di riprogettare il nostro ospedale in maniera più razionale" ha aggiunto il segretario aziendale dell'Anaa Assomed. Basta pensare che le spese generali di manutenzione (riscaldamento luce ecc.) del San Salvatore pesano per circa 12 milioni l'anno. "Non solo - ha proseguito - potevamo realizzare un adeguamento termico adottando nuove tecnologie, come il solare: ogni anno il riscaldamento ci costa 5 mln di euro".

Ma i medici non demordono. E hanno reagito riconquistando la mobilità attiva, fiore all'occhiello della struttura aquilana. Il San Salvatore, lo ricordiamo era, o meglio è, un ospedale Hub. Prima del si-

sma aveva la più alta mobilità attiva in Regione, il 48% di quella per i ricoveri ordinari e il 64% per i Day hospital, un altissimo peso medio dei ricoveri, intorno a 1,10, il più basso tasso di ricoveri inappropriati.

"A distanza di tre anni da una tragedia così importante - ha detto Grimaldi - abbiamo recuperato il ruolo leader di ospedale ad alta specialità con un'alta mobilità attiva extra Regione. Invece, ancora non abbiamo riconquistato la mobilità intra-regionale in quanto molti aquilani risiedono ancora in altre provincie e si rivolgono quindi alle Asl di pertinenza".

Concludendo, più che con ottimismo, si guarda al futuro con realismo. "Osserviamo i progressi giorno per giorno - ha concluso Grimaldi - soprattutto da parte dei giovani c'è la volontà di reagire. Per questo ci stiamo battendo affinché queste forze nuove escano da una situazione di precariato, si stabilizzino e diventino il carburante per rilanciare il nostro ospedale".



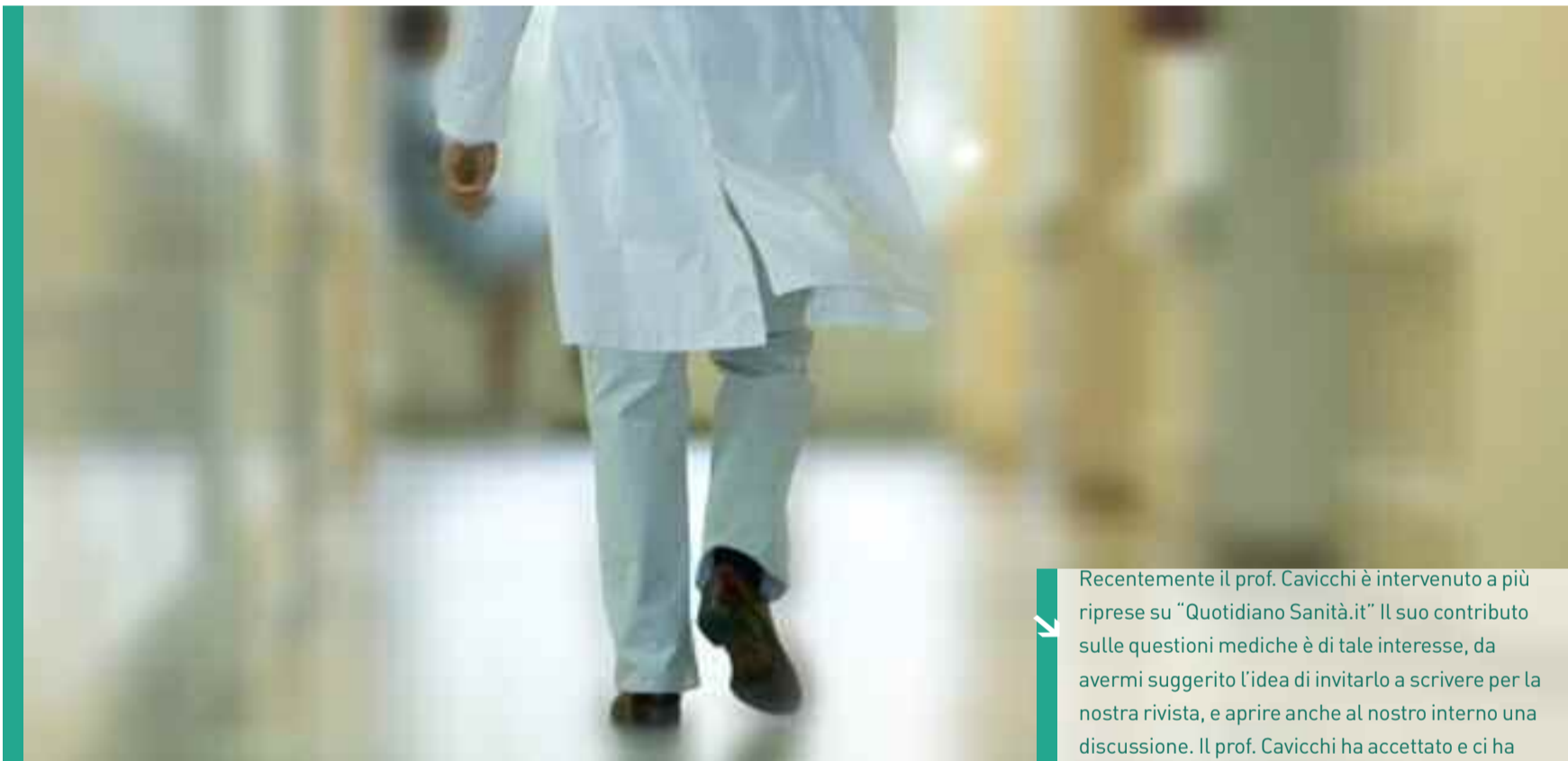
San Salvatore 2009



San Salvatore 2012

Lo scrittore e sociologo della sanità si interroga **SUL FUTURO DELLA PROFESSIONE**

MEDICI. QUEGLI INTERESSANTI SEGNI DI INSOFFERENZA



Recentemente il prof. Cavicchi è intervenuto a più riprese su "Quotidiano Sanità.it" Il suo contributo sulle questioni mediche è di tale interesse, da avermi suggerito l'idea di invitarlo a scrivere per la nostra rivista, e aprire anche al nostro interno una discussione. Il prof. Cavicchi ha accettato e ci ha inviato questo articolo che pubblichiamo volentieri. Nel ringraziarlo per la sua disponibilità vorrei ricordare i suoi due ultimi lavori, che fanno da sfondo alle tesi qui illustrate, ai quali rimanderei per gli approfondimenti: "Una filosofia per la medicina. Razionalità clinica attualità e ragionevolezza" (Dedalo 2011), che è un lavoro su come ripensare la medicina oggi e quindi il medico; "I mondi possibili della programmazione sanitaria. Le logiche del cambiamento" (Mc Graw-Hill 2012) che è una proposta di ripensamento delle politiche e delle organizzazioni sanitarie, dell'impiego delle professionalità, ecc. Anche partire dagli spunti offerti da questo libro l'Istituto superiore di sanità ha organizzato un convegno il 9 maggio.

Costantino Troise



↳ Ivan Cavicchi

I sindacalismo medico e le più importanti rappresentanze ordinistiche, nelle loro multiformi espressioni, da un po' di tempo stanno manifestando interessanti segni di insofferenza. In un momento in cui la crisi recessiva si fa più acuta e la sanità pubblica rischia di piegarsi sotto i limiti economici e la delegittimazione sociale, i medici sottolineano con più forza del solito il grave disagio in cui si trovano. Viene fuori una

pesante critica all'azienda sanitaria, la ricerca di nuove soluzioni organizzative, giuridico-contrattuali e, in alcune posizioni, un bisogno di ripensamento della professione e della medicina più in generale. Con l'autonomia professionale ridotta al lumicino si torna a parlare di "centralità medica". Saranno i medici i nuovi "indignados" della sanità? Molto probabilmente sì, anche se l'indignazione per ottenere dei risultati, ha bisogno di una piattaforma e di controparti appropriate. Recentemente Troise, ha sostenuto non senza ragioni, che i medici soffrono l'insufficienza del loro stato giuridico, che l'osimoro tra dipendente e dirigente è ormai un rottame di altri tempi e che, ai medici, il contenitore della dipendenza va stretto...ecc. Si tratta di questioni "pesanti" nel senso che implicano ripensamenti

non semplici da attuare con ricadute significative sul piano dell'organizzazione del lavoro, dei rapporti con altre categorie, e per le quali presumo servano controparti meno effimere delle attuali ma soprattutto aperte al cambiamento. Una necessità che diventa ancora più forte, se accanto alle questioni giuridico-contrattuali, si aggiungono quelle dei modelli di organizzazione, dell'azienda, del sistema pubblico, della domanda sociale. Per cui la mia sensazione è che il mondo della rappresentanza medica stia "incubando" un pensiero, ma per spenderselo al momento giusto.

QUALE RIVENDICAZIONE?

Supponiamo di dover mettere a punto una piattaforma che riunifichi il mondo vario e diverso del sindacalismo medi-



Ivan Cavicchi

A leggere alcuni commenti che sono comparsi sui giornali, si ha la sensazione che il vissuto "sindacale" di molti medici sia quello di un soggetto detronizzato ingiustamente, che rivendica la centralità perduta proponendo sì di cambiare delle cose, ma perché funzionali a tale centralità

co, quello dell'associazionismo scientifico, quello ordinistico, cioè supponiamo che si ponga alla attenzione della politica, la "questione medica", quale rivendicazione?

Le possibilità sono diverse:

- si possono estrapolare i problemi più urgenti come quelli contrattuali, quindi giuridici, il che presupporrebbe una sostanziale invarianza della professione, della formazione, dei contesti di lavoro;
- oppure si potrebbero integrare i problemi contrattuali e giuridici con quelli dei modelli organizzativi, ma anche istituzionali, per esempio aziendali, ma sempre in costanza di professione;
- infine si potrebbero ricomporre in una piattaforma organica i principali problemi della professione che, nel tempo, sono sorti a causa dei difficili rapporti con la società (contenzioso legale, medicina difensiva), con l'economia (forti condizionamenti finanziari), con modelli di organizzazione obsoleti, con altre categorie (penso agli infermieri e ai direttori generali), con i contratti ormai congelati da tanto tempo.

Si tratta di tre ipotesi con gradi di complessità diversi che implicano gradi diversi di cambiamento professionale, ma anche controparti diverse nel senso che più si allargano le questioni e più crescono gli interlocutori di riferimento. La questione derimente tuttavia è una sola: cosa è disposta a dare la professione in cambio della soddisfazione delle proprie rivendicazioni. Cioè quale genere di transazione il medico intende fare con le sue controparti? Non si tratta di una questione di poco conto, ma di decidere un atteggiamento politico. A leggere alcuni commenti che sono com-

parsi sui giornali, si ha la sensazione che il vissuto "sindacale" di molti medici sia quello di un soggetto detronizzato ingiustamente, che rivendica la centralità perduta proponendo sì di cambiare delle cose, ma perché funzionali a tale centralità. Altre posizioni rivendicano anche esse centralità, ma nello stesso tempo, rendendosi disponibili a ridiscutere la professione. Nel primo caso il medico è un soggetto innocente che chiede di essere risarcito almeno contrattualmente, nel secondo caso no, è anche un soggetto corresponsabile dei suoi problemi, che si rende disponibile per questo ad una transazione politica accettando di scambiare auto-cambiamento con reddito, autonomia ecc. Quali delle due suggestioni è la migliore? Cioè quale atteggiamento politico è da preferire? La domanda giusta tuttavia è un'altra: "quale conviene di più". "Convenienza" è un termine che ho imparato dai pragmatisti americani, e che non vuol dire qualcosa che costa poco o di meno, o che da di più, ma qualcosa che interpreta meglio le difficoltà delle situazioni, quindi qualcosa che media meglio con la complessità che si deve affrontare. L'atteggiamento più "conveniente" è quello che funziona meglio nella complessità data. Ne deriva che non si può capire il grado di convenienza senza capire il grado di complessità e che la maggiore convenienza di una rivendicazione deriva dalla capacità a leggere la propria complessità e a renderla praticabile. La "questione medica" è in se, oggettivamente, una questione complessa perché fatta da tante cose (sociali, etiche, economiche, tecniche, scientifiche, organizzative ecc). Es-

sa è resa ancora più complessa dal contesto in cui si trova, dai ritardi anche culturali che si sono accumulati nel tempo, dalle difficoltà politiche e finanziarie del paese, dai cambiamenti, dai conflitti sociali che stanno emergendo tra diritti e risorse, dalla insufficienza delle politiche sanitarie, dal pensiero debole che in questi anni ha assoggettato la medicina e la sanità, dai conflitti con altre categorie, ecc. La complessità è una bestia difficile da governare, ma non impossibile, e l'unico modo efficace che io conosco è misurarsi con essa con la stessa logica. Una volta ho avuto da ridire con un illustre maître a penser dell'azienalismo sanitario, che sosteneva che la complessità andava semplificata, riducendo i problemi, organizzandoli per priorità, (è inutile dire che per lui la prima priorità era economica). Gli ho dovuto spiegare che in medicina ci sono cose che non sono semplificabili, un medico non può non essere etico, non può non essere scientificamente appropriato, non può non avere autonomia interpretativa, non può non scegliere quello che secondo lui è meglio per il suo malato. Il medico e la medicina non sono semplificabili perché entrambi non sono riducibili a cose più semplici o a priorità. Quindi bisogna fare di necessità virtù, semplicemente imparando a ragionare con la logica della complessità.

REGRESSIVITÀ E COMPOSSIBILITÀ: IL NUOVO MEDICO.

Le rivendicazioni che si intravedono dietro alle iniziative dei medici, ai loro incontri, al dialogo che sta nascendo tra sigle sindacali diverse, hanno naturalmente una forte componente rivendicativa di natura sindacale. Si tratta di richieste, in genere comprese, tra la questione della natura giuridica della professione e quindi il suo ruolo e la sua redditività e la questione delle forme organizzative più idonee. Dietro all'idea generale

di una nuova "centralità medica" prendono così forma interessanti proposte che riguardano l'atto medico, il ruolo, ma anche l'azienda, i modelli operativi, le pratiche cliniche. In questo quadro, secondo me, in se già sufficientemente complesso, va inserito il tema del "nuovo medico", cioè la necessità fortemente avvertita in questa società di procedere ad un vero e proprio ripensamento della medicina per giungere ad una ragionevole ricontestualizzazione della professione.

La necessità del "nuovo medico" viene fuori da grandi contraddizioni epocali e da grandi cambiamenti che non possono essere ignorati. Da una parte il medico avrebbe dovuto, da tempo, ripensarsi per rispondere ai cambiamenti di questa società, dall'altra egli avrebbe dovuto ripensarsi per essere economicamente appropriato, costare il meno possibile rispetto ad una spesa sanitaria pubblica continuamente crescente. Oggi la società e l'economia chiedono al medico di cambiare ma in funzione di *necessità contrapposte*. Egli è come incastrato in una contraddizione che però è quella tipica del nostro tempo e che contrappone i diritti alle risorse. Tale contraddizione, che non nasce con questa crisi ma viene da lontano, si può rimuovere ma solo mettendo mano ad un cambiamento. In questi anni, a parte poche voci isolate, a partire dal mondo medico non si è mai posto seriamente il problema del "nuovo medico". La politica sanitaria sempre più instupidita dal pensiero unico dell'economicismo si è limitata a sollecitare in tutti i modi un medico più *responsabile, appropriato, meno dispendioso, più proceduralista, osservante degli obiettivi aziendali, evidenzialista*. Cioè per essa era sufficiente razionalizzare il medico che c'era (anche ricorrendo all'Ecm) al fine di avere semplicemente un "medico più economico" anche se sempre più inadeguato nei confronti dei crescenti bisogni sociali. I medici, senza una loro proposta

di ripensamento, hanno secondo me fatto un errore strategico, cioè hanno finito per accettare di essere "il problema" accettando con responsabilità di adattarsi alle necessità aziendali. Ma il loro sforzo di essere compatibili con l'economia non ha prodotto nulla che andasse a favore di un loro rafforzamento sociale e politico anzi ha finito con l'inguaiarli ancora di più creando sempre maggiori fenomeni di delegittimazione. Le soluzioni della 229 oggi si rivelano ampiamente inadeguate. Non è un caso se la critica più forte all'azienalismo oggi viene proprio dai medici. Oggi, secondo me, a questo errore bisogna riparare. Il problema è mettere in campo un medico che sia *compossibile*, cioè che non sia in contraddizione né con la società né con l'economia, quindi che sia doppiamente conveniente. Vorrei provare a riassumere la situazione:

- vi è una vecchia crisi della medicina causata da grandi cambiamenti oggi aggravata da una crisi finanziaria;
- a questa crisi che va avanti da tempo è corrisposta una sostanziale invarianza della professione;
- l'invarianza della professione ha prodotto nel tempo regressività;
- la regressività è diventata il problema principale del medico;
- oggi i segnali che vedo nel mondo medico mi dicono che si stanno raccogliendo le idee per affrontare e risolvere il problema della regressività;
- tale regressività è ridiscutibile ridiscutendo l'invarianza della professione, cioè riallineando la medicina ai bisogni sociali e ai bisogni dell'economia;
- ciò è possibile ripensando la professione e quindi la professionalità;
- oggi il medico "tradizionale" è sempre meno "conveniente" perché è sempre meno in grado di governare le nuove complessità del nostro tempo;
- una eventuale rivendicazione sindacale dei medici sbilan-

ciata sulle questioni giuridiche e contrattuali, sarebbe comunque parziale e inefficace e accentuerebbe ancor di più la perdita di credibilità della professione perché ne accentuerebbe il grado di regressività;

- si tratta allora di pensare ad una piattaforma che integri le questioni più tipicamente sindacali con quelle più tipicamente ordinistiche;
- oggi le questioni della professione non sono separabili dalle questioni contrattuali, esattamente come quelle della medicina non sono separabili da quelle della sanità.

PROFESSIONE, ORGANIZZAZIONE, CONVENIENZE

L'idea di ricostruire una non meglio definita "centralità medica" sotto sotto è una idea reattiva alla regressività in cui è caduta in questi anni la professione medica. Ritornare al centro di un sistema significa molto semplicemente cambiare ruolo nel sistema. Un'impresa non semplice perché essa dovrà armonizzarsi con altre figure professionali, quindi confrontarsi con le questioni annose della divisione del lavoro e dotarsi di una coerente organizzazione. Si potrebbe dire: quale azienda o quale organizzazione, serve per sviluppare la professione medica nei confronti della società e dell'economia, in modo da accrescerne le convenienze? Oppure: quale professione serve per sviluppare una nuova idea di organizzazione in modo tale da realizzare più convenienze possibili? E infine quali convenienze si giustificerebbero rispetto ad una nuova professione svolta in un nuovo contesto aziendale? Come si vede l'idea forza di una eventuale piattaforma si fonda sulla complementarietà dei termini "professione, organizzazione, convenienza" nella quale la "professione" sta ad indicare i ripensamenti che accetta di mettere in campo, "l'organizzazione" le soluzioni che rendono compostibili i diritti con le

risorse, le "convenienze" il risultato finale che retribuisce attraverso la professione e l'azienda sia i bisogni sociali che quelli dell'economia. Questa secondo me è la complessità con la quale confrontarci. Non mi pare il caso di definire qui cosa vuol dire ripensare la professione, rinvio alla letteratura e alle posizioni ufficiali della Fnomceo, propongo quindi di assumere il ripensamento professionale come un postulato, stabilendo semplicemente che con l'espressione "nuova professione" intendiamo un medico ridefinito sul piano della formazione, su quello delle pratiche e delle metodologie, su quello delle relazioni, volto a soddisfare al meglio i bisogni di salute della nostra società e nello stesso tempo a contribuire all'economicità del sistema.

Definita la "nuova professione" quale "piede di partenza", è necessario declinarla in due direzioni: quella giuridica contrattuale e quella *organizzativa di sistema*.

Si tratta di mettere a punto una piattaforma che sia in grado di interconnettere coerentemente professione, organizzazione, stato giuridico-contrattuale. In passato, cioè sino ad ora, la coerenza tra queste tre importanti variabili non c'è stata, anzi si sono costruite consapevolmente vistose contraddizioni che la professione medica sta pagando a caro prezzo, in particolare tra azienda e professione, tra professione e stato giuridico, tra stato giuridico e redditività. I fautori dell'azionalismo hanno ritenuto di poter fare le aziende semplicemente razionalizzando i comportamenti professionali, ma soprattutto mantenendo obsoleti stati giuridici, compreso quello promiscuo del "tempo pieno/tempo definito" riconvertito nell'attuale libera professione intramoenia. Più volte ho sostenuto che avrebbe avuto poco senso ripensare il medico per rimetterlo dentro contesti organizzativi e giuridici obsoleti, come è per certi versi l'azienda. L'esperienza

degli infermieri è sotto gli occhi di tutti, essi hanno radicalmente riformato il loro profilo professionale ma le organizzazioni invariati, alla fine rifiutano la loro pur importante innovazione. Ne deriva che contenitori/contenuti devono essere intrinsecamente coerenti quindi che "professione, organizzazione, convenienze" devono essere armonizzate.

Se il "piede di partenza" è la nuova professione perché espressione della complessità del nostro tempo, quale stato giuridico, e quindi quale organizzazione? Il quesito vuole rimarcare una differenza culturale importante soprattutto rispetto alla mentalità dell'economia. Per me, per la mia formazione si tratta di partire sempre dalle possibilità, per l'economia si tratta di partire sempre dai limiti. Partire dalle possibilità per esempio del cambiamento, o del ripensamento, significa partire dai soggetti, partire dai limiti significa sempre riferirsi ad uno status quo da gestire e quindi dal condizionamento degli oggetti e dei soggetti che lo status quo contiene. L'azienda fu fatta assumendo il limite economico come sopravveniente e gli operatori come subvenienti mettendo in crisi la professione medica e non solo. La regressività di cui parlavo prima si è accentuata con la visione ottusa dell'azienda che vedeva ai medici e agli altri operatori, quindi al lavoro, esclusivamente come fattori di costo. E' chiaro che se il medico è solo un fattore di costo egli è destinato ad essere compresso sempre di più.

AUTORI E AZIENDE DI SERVIZIO A MANAGEMENT DIFFUSO

Chiarito che "professione, organizzazione, convenienze" si muovono nella logica delle possibilità che deriverebbero da un ripensamento della professione, non resta che ricavarne delle conseguenze. Sul piano giuridico-contrattuale si pone la necessità di ripensare il *genere* di operatore, intendendo per genere l'insie-

me delle caratteristiche fondamentali che sino ad ora hanno definito l'operatore quale dipendente pubblico della sanità. Tale operatore è stato definito soprattutto sulla base dei compiti da svolgere, delle dichiarazioni professionali, del mansionario, delle funzioni, degli atti ecc cioè sulla base di una definizione burocratica del lavoro da svolgere alla quale corrispondeva una retribuzione (*ascription*). L'azienda si preoccupava che i compiti fossero svolti nel modo più economico possibile, cioè più appropriato, più razionale, arrivando ad incentivare gli obiettivi di economicità. La figura dell'operatore quale *compitiere* oggi è palesemente anacronistica, appartiene alle visioni burocratiche del passato, è radicalmente distante dalle nuove esigenze sociali, ed è strutturalmente antieconomica. Ciò il *compitiere* è un modo di essere dell'operatore che è a bassa convenienza in tutti i sensi. Per cui diventa discutibile pretendere da lui l'appropriatezza nel momento in cui il suo ruolo, il suo modo di essere, la sua matrice di riferimento, è strutturalmente inappropriata. Oggi conviene di più ripensare il modo di essere degli operatori, quindi fare "propriety" rispetto ai loro modelli operazionali di riferimento, che non fare "appropriateness" alla maniera suggerita dalla 229, rispetto alle prestazioni che derivano da vecchi modelli. Se fai "propriety" fai automaticamente "appropriateness". Per fare un esempio ba-

nale: è inutile imporre al medico delle note limitative sulla prescrizione dei farmaci senza ripensare una cultura terapeutica in una nuova relazione con il malato. La stessa cosa per le analisi diagnostiche, per i ricoveri, per le visite specialistiche ecc. Oggi la sfida quindi passa per un genere nuovo di operatore e quindi per un genere nuovo di medico.

Il nome che io do a questo nuovo operatore e di medico è "auto-re" cioè un soggetto con un più alto grado di autonomia e un più alto grado di *responsabilità*. L'autore non è un *compitiere*, è una figura che garantisce certamente dei compiti ma soprattutto degli impegni, (*achievement*) e che viene pagato in due modi: per i compiti che svolge riceverà una *retribuzione mensile*, per gli impegni che garantirà riceverà una *attribuzione annuale*, calcolata sulla base degli esiti misurati che l'impegno saprà assicurare, quindi variabile e sulla base delle convenienze sociali ed economiche che egli produrrà.

L'autore è un medico che tratta la sua professionalità in cambio di una redditività economica e sociale. Egli è disposto ad una transazione nuova: più autonomia dando in cambio più responsabilità. Quindi è disposto a gestire la propria autonomia in funzione delle convenienze sociali ed economiche che egli sarà in grado di produrre e alle quali corrisponderà un "profitto". Siamo oltre la vecchia storia degli incentivi, come siamo oltre le fallimen-



tari esperienze circa la produttività. In questi casi si dava per scontato un lavoro ordinario a bassa produttività al quale si aggiungeva un incentivo per un lavoro extra-ordinario. L'esempio della libera professione intramoenia è sotto i nostri occhi. Il paradosso sottolineato anche da Troise è che nell'azienda sanitaria, nel lavoro ordinario, il medico ha grosse difficoltà a svolgere la sua professione, per cui la libera professione diventa quasi una compensazione professionale. Oggi il problema è il lavoro ordinario, cioè quello fondamentale, quindi si tratta di ripensare la produttività fondamentale delle professioni. Il medico autore non è compatibile con il modello vigente di azienda. Per cui si tratta di definire quella che da tempo ho chiamato "azienda sui generis" cioè una speciale azienda tarata sulle complessità medico-sanitarie, pensata per produrre convenienze compatibili con il diritto alla salute e con le risorse limitate e non solo per gestire ed amministrare dei limiti di bilancio. L'autore è una figura che si spiega nella logica dell'imprenditorialità non in quella burocratica della dipendenza. L'autore è una specie di "imprenditore" che sovraintende l'attività della propria professione e il suo tratto distintivo è l'innovazione produttiva, è la scelta dei modi più convenienti di operare, è anche colui che combina al meglio i fattori produttivi che attengono all'esercizio della sua professionalità, che persegue obiettivi di massimizzazione delle convenienze. I trattati di economia per primi ci dicono che nessun in-

centivo sarà efficace se manca la libertà di intraprendere aggiungendo che due sono le "qualità" da assicurare sul piano del sistema: la più ampia apertura al talento imprenditoriale e il più avveduto accertamento a posteriori sui risultati ottenuti. Quindi quale azienda è più adatta agli autori? Personalmente ho sempre avuto una forte simpatia per l'azienda di servizio proposta da Norman perché si tratta di una azienda fortemente orientata alla domanda ma che correggerei con la necessità di superare la particolare forma di gestione burocratica delle attuali aziende con una nuova idea di management diffuso, quindi sulla capacità degli "autori" di governare localmente le proprie situazioni lavorative. Oggi se vogliamo dei medici autori dobbiamo ripensare le aziende in un quadro di responsabilizzazione diffusa dove l'autonomia del manager fa dell'autonomia e della responsabilità dei medici la propria forza. Cioè dove il manager e l'autore negoziano le convenienze reciproche. Rispetto a queste idee si comprende bene che la soluzione legislativa in corso sul "governo clinico" risulta particolarmente inutile sul piano pratico. Per non apparire né velleitario e tanto meno ingenuo, so da me che questo genere di proposta non è implausibile in quanto tale, ma lo diventa se non è sottoposta ad un forte sistema di controllo, cioè a quelli che l'economia chiama "avveduti accertamenti a posteriori". Ma il "piano nazionale degli esiti" curato da Perucci per conto dell'Agendas va esattamente in questa dire-

zione per cui non è impossibile organizzare un sistema di controllo che valuti le convenienze prodotte dagli autori. In altri momenti ho parlato del "potenziale di abuso" che esiste nel sistema sanitario e che offre occasioni speculative. Per cui si sappia che scambiare autonomia con responsabilità implica che quest'ultima sia misurabile e controllabile. Altrimenti è meglio lasciare perdere.

COEVOLUZIONI

Una volta definito l'autore come nuovo genere di operatore, dentro un contesto aziendale a managerialità diffusa, si tratta di ricavare le ridefinizioni a livello di singole specie di professioni. Cosa vuol dire medico-autore, infermiere-autore, tecnico-autore ecc? Da un po' di settimane il dibattito medico ha puntato l'attenzione sul problema del ruolo medico. I ruoli sociologicamente non sono altro che delle aspettative che convergono su qualcuno, in questo caso il medico, in quanto occupa una determinata posizione professionale, ma dentro una strutturata rete di relazioni sociali ed intraprofessionali. Cioè definire un ruolo qualunque fuori dalle relazioni con gli altri non è né consigliabile, né utile. I ruoli autoriferiti producono contraddizioni e paradossi come fare il padre senza i figli o il contrario. A causa del forte disagio professionale che sente il medico in qualche caso si ha l'idea che la centralità e quindi il ruolo professionale, sia invocato come un autoriferimento. Ma questo credetemi non convie-

ne a nessuno. Da tempo abbiamo capito che la medicina è un'impresa sociale fondata sull'equipe, sul gruppo, sulla integrazione funzionale, sulle interconnessioni non sulle divisioni. Si pone quindi un problema di coevoluitività. Aver definito il ruolo dell'infermiere al di fuori di una coevoluzione del ruolo del medico, ha creato conflittualità, sarebbe la stessa cosa il contrario. Quindi è importante che si entri in una logica di coevoluitività della squadra. Accenno di sfuggita ai vantaggi politici che deriverebbero da una proposta condivisa dalle due categorie più importanti della sanità. Oggi le alleanze sono fondamentali a convincere una politica dal pensiero debole a imboccare la strada del cambiamento. Quindi "professione, organizzazione, convenienze" devono certamente riguardare le varie specie di professioni, ma essendo vincoli comuni ad un comune genere di operatore, quale è l'autore, devono avvenire in un quadro di coevoluitività. Del resto proprio per risolvere i problemi di conflittualità in essere tra medici e infermieri, ma anche per risolvere le differenze anche giuridiche-contrattuali che in buona misura ostacolano i processi di integrazione tra ambiti diversi del sistema sanitario (ospedale/territorio ad esempio), la variabile da usare è proprio quella dell'organizzazione del lavoro. In generale la spinta, da anni va verso il superamento di qualsiasi forma di organizzazione tayloristica (reti, dipartimenti, distretti, percorsi terapeutici, continuità, ecc), in questo quadro si aprono

notevoli possibilità. Non esistono però solo i problemi tra medici e infermieri, esistono anche problemi tra medici e medici, dovuti alle storiche divisioni tra ospedale e territorio. Questi problemi, come è noto, sono nati da definizioni giuridiche-contrattuali diverse, da trattamenti retributivi pure diversi, da ruoli solo teoricamente complementari, e che oggi come dimostrano le intese tra medici di famiglia e medici ospedalieri, necessitano di un serio ripensamento. Se con il termine "autore" intendo quello che ho detto, non ha più senso distinguere il medico di medicina generale dal medico ospedaliero, entrambi sono autori, ed entrambi operano in una azienda di servizio a managerialità diffusa. Per cui non vedo impossibile una riunificazione dei due ruoli in un unico trattamento giuridico-contrattuale. Credo ragionevole superare da una parte la classica dipendenza, per tutte le ragioni dette da Troise, e dall'altra la convenzione per tutti i problemi che essa comporta ed ha comportato, ma anche tutte le altre convenzioni, come la specialistica ecc. Cioè non vedo impossibile una coevoluzione verso una terza soluzione. Sono intimamente convinto che non sarebbe conveniente né una estensione della dipendenza ai medici convenzionati, né il contrario. Oggi abbiamo un problema di vera e propria "unità delle tutele" altrimenti è inutile parlare di integrazione. Penso che un comune status giuridico-contrattuale che riunifichi tutti gli autori sia il miglior incentivo a tale unità.



DIRIGENZA MEDICA
Il mensile
dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via XX Settembre, 68
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaa.it
www.anaa.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini
Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORIALE

Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

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 s.r.l. - Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di aprile 2012