

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ROMA N.11/2006

TAVOLA ROTONDA ANAAO ASSOMED "PRIMA DI VOTARE PENSA ALLA SALUTE!" - 2 APRILE

I MEDICI sono pronti al confronto con il Governo che VERRÀ

“**I**temi della salute vengono affrontati nei programmi politici in modo generico, demagogico. Ma la sanità ha problemi con un peso specifico enorme che non si possono eludere e devono essere risolti a monte, evitando slogan. Per questo i medici terranno alta la guardia. Siamo pronti al confronto con il futuro Governo per lavorare sui problemi rimasti inevasi”.

Ha parlato chiaro Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anaao Assomed, nel corso della tavola rotonda "Prima di votare pensa alla salute!", organizzata il 2 aprile alla Residenza di Ripetta a Roma. Al dibattito, aperto da Domenico Iscaro, presidente dell'Associazione, hanno partecipato Domenico Di Virgilio del

Popolo della Libertà, Erminia Emprin Gilardini della Sinistra l'Arcobaleno, Gero Grassi del Partito Democratico, e Luciano Ciocchetti dell'Unione di Centro. Un confronto voluto non per fare campagna elettorale e prendere posizioni specifiche, ha chiarito Lusenti, ma per rendere trasparenti gli orientamenti dei vari interlocutori politici e offrire elementi di giudizio a chi deve andare a votare.

“Le differenze tra le diverse compagini politiche sono sempre esistite - ha detto Lusenti - ma, in passato, ci sono stati momenti in cui si sono ridotte per andare incontro alle esigenze del servizio sanitario pubblico. Ecco, sentiamo la mancanza di questo spirito di responsabilità rispetto ad un tema fondamentale come quello del diritto alla salute. Un diritto che riguarda ogni persona e l'accompagna per tutta la vita. Non dimentichiamo che è sulla sanità che si costruisce l'identità di un Paese”.

Ma in campagna elettorale i temi della sanità sono stati utilizzati in maniera superficiale e demagogica, ha commentato Lusenti. Si parla genericamente, ha aggiunto, di riduzione delle liste

d'attesa, di innalzare la qualità dei servizi sanitari, di portare la politica fuori dal Ssn, senza analizzare i problemi che sono a monte. Mentre questioni sostanziali come i rapporti di potere tra Stato e Regioni, l'applicazione del federalismo fiscale, la ripartizione dei fondi del sistema sanitario regionale rimangono fuori dalla discussione.

“È su temi come questi - ha osservato Lusenti - che si perde o si guadagna il consenso. Per quel che ci riguarda ci sentiamo più vicini a chi difende il Ssn pubblico, ugualitario e omogeneo, chi valorizza la competenza delle professioni e rilancia gli

investimenti strutturali. Con il prossimo Governo lavoreremo sui problemi rimasti irrisolti, quale il precariato dei medici, i salari, la rivalutazione dell'indennità di esclusività”.

Tutte bandiere che l'Anaao Assomed “ha tenuto ben alte durante l'ultima legislatura” e che, promette il segretario nazionale, “non abbiamo intenzione di ammainare dopo le elezioni”.

Lusenti si è soffermato in particolare sull'indennità di esclusività di rapporto che, a suo parere, “è diventata un elemento residuale”. È invece necessario scegliere: “O si prende atto che si tratta di un elemento residuale e lo si abbandona, oppure si ribadisce quella scelta, che io condivido pienamente, di premiare chi negli ospedali offre tutta la sua professionalità. Questo è un tema sul quale ci siamo confrontati con il Governo e il ministro della Salute uscenti dai quali abbiamo avuto sempre ampie rassicurazioni, ma pochissimi fatti. Sono questioni sulle quali continueremo a batterci”.



ULTIM'ORA

CCNL, ROTTE LE TRATTATIVE

Il rinnovo del Ccnl della dirigenza medica e veterinaria del Ssn, scaduto da 28 mesi, è naufragato in dirittura di arrivo: l'Aran ha abbandonato, il 10 aprile, il tavolo della trattativa per il rinnovo del contratto.

Ad un passo dalla conclusione dell'accordo hanno pesato l'inadeguatezza dell'Aran e la rigidità delle Regioni. A nulla è servita la disponibilità manifestata unitariamente da tutte le Oo.Ss. mediche e veterinarie - Anaao Assomed, Cimo Asmd, Cisl Medici, Civemp, Federazione Medici aderente Uil Fpl, Fesmed, Fp Cgil Medici, Um sped - a trovare una soluzione equilibrata riguardo al recepimento del Decreto Legislativo 66/2003 (orario di lavoro e turni di riposo) che garantisca i diritti dei medici, la sicurezza delle cure e la qualità dell'assistenza ai cittadini.

La sospensione unilaterale della trattativa da parte dell'Aran costituisce un fatto di estrema gravità, al quale tutte le Oo.Ss. rispondono con la dichiarazione dello stato di agitazione. Le Oo.Ss. richiamano al senso di responsabilità la parte pubblica per l'immediata riapertura delle trattative al fine di evitare un ulteriore inasprimento del confronto sindacale fino alla proclamazione dello sciopero nazionale.

alle pagine 2-4 un confronto tra le proposte in materia di salute dei partecipanti alla tavola rotonda



TAVOLA ROTONDA ANAAO ASSOMED "PRIMA DI VOTARE PENSA ALLA SALUTE!" - 2 APRILE

La sanità nei programmi dei partiti

Come saranno affrontati i temi più caldi della sanità nella futura legislatura? Quale sarà il ruolo riservato ai medici? Nelle risposte a nove domande focali per la sanità, Domenico Di Virgilio del Popolo della Libertà, Erminia Emprin Gilardini della Sinistra l'Arcobaleno, Gero Grassi del Partito Democratico, e Luciano Ciocchetti dell'Unione di Centro hanno disegnato gli scenari futuri

Nei vostri programmi quale priorità attribuite al diritto alla salute e al Servizio sanitario nazionale?



GERO GRASSI
Partito Democratico



La salute è un diritto importantissimo dei cittadini italiani garantito dalla Costituzione.

Il PD nel suo programma si prefigge di potenziare il Ssn riducendo al minimo il gap territoriale tra il Nord e il Sud Italia.

Tale azione è già iniziata con il Governo Prodi. Si pensi anche alla mia Proposta di Legge "Interventi straordinari per la sanità del Mezzogiorno", che prevede uno stanziamento aggiuntivo di risorse economiche per migliorare le strutture sanitarie e la qualità dei servizi erogati e agli innumerevoli progetti a favore del Sud firmati dal Ministro Turco e finalizzati a recuperare il ritardo della sanità.

L'abbattimento delle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie è un altro degli obiettivi che il PD si pone.

Inoltre verrà istituito il Fondo per le cure odontoiatriche e la telemedicina, grazie alla quale i pazienti anziani potranno essere seguiti in modalità più sicure.



ERMINIA EMPRIN GILARDINI
La Sinistra l'Arcobaleno



Come abbiamo scritto sul programma, la salute e il modo in cui lo Stato organizza il sistema sanitario sono questioni politiche di prima grandezza, che coinvolgono tutte e tutti.

Né si possono sottovalutare le determinanti di salute, l'incidenza che hanno l'ambiente fisico e quello sociale, la distribuzione del reddito e l'organizzazione del lavoro, il sistema educativo e quello alimentare come l'ambiente urbano e quello naturale. Per questo, noi riteniamo che il sistema sanitario, l'attenzione che si presta al complesso di attività di prevenzione, cura e riabilitazione sia uno dei più sensibili misuratori del livello di civiltà di un paese: un paese che assicura la salute solo a chi può pagare è un paese barbaro e senza futuro. La consapevolezza della salute come diritto di tutte e di tutti ha connotato la legge di riforma sanitaria 833 del 1978 ed ha contribuito alla crescita di una richiesta di servizi non solo quantitativa ma anche personalizzata e di qualità. Questa è stata e ancora rimane una sfida, cui è dimostrato che le politiche liberiste, in particolare l'apertura di un mercato delle prestazioni sanitarie, non danno risposta adeguata: crescono le disuguaglianze nella salute insieme al crescere della spesa sanitaria privata. Noi pensiamo invece che sia necessario migliorare il sistema sanitario pubblico e universalistico, improntato sulla giustizia sociale e sulla qualità.



DOMENICO DI VIRGILIO
Il Popolo della Libertà



Forza Italia, ora Popolo della Libertà, certamente ha sempre attribuito una importanza assoluta al tema "salute".

Basti dire che uno dei primi provvedimenti del Governo di centro-destra nel 2001 fu l'approvazione della legge n. 317 del 3 agosto 2001 che ripristinava il Ministero della sanità, denominandolo Ministero della salute, portando alcune innovazioni nella struttura organizzativa, che il governo di centro-sinistra aveva accorpato nel 1999 costituendo un unico ministero denominato Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. La decisione di ripristinare il ministero della salute fu dettata dalla convinzione, che condiviso in pieno, che la tutela della salute umana, sanità veterinaria e l'intera organizzazione sanitaria, data l'ampiezza della materia e le funzioni che deve svolgere, dalla programmazione alla prevenzione, dalle risorse umane delle professioni sanitarie alle risorse tecnologiche e innovative, debbano essere trattate da un Ministero ad hoc. La salute dei cittadini e l'efficienza del servizio sanitario nazionale rappresentano un bene primario su cui deve essere concentrata la maggiore attenzione possibile delle istituzioni di ogni livello, ma benché sia materia concorrente tra Stato e Regioni (modifica del Titolo V della Costituzione), è necessario che esista una supervisione di un Ministero centrale che individui regole uguali per tutti.



LUCIANO CIOCCHETTI
Unione di Centro



Noi riteniamo che vada ridata centralità al rapporto cittadino - paziente perché questo

possa essere concretamente posto nelle condizioni di scegliere liberamente il proprio medico e il luogo di cura. Inoltre, chiediamo la piena riaffermazione del Servizio sanitario nazionale, con le sue caratteristiche originarie di universalità e solidarietà. Bisogna investire nuove risorse in termini di infrastrutture edilizie e nella collaborazione tra ricerca pubblica e privata nell'ambito del Ssn anche attraverso l'incremento del fondo risultante dal 5 per mille dell'Irpef per il fondo di ricerca del Ssn.



Ritenete necessarie modifiche legislative in campo sanitario? Quali?



Va rivista la distribuzione delle risorse per la quota capitaria che oggi è determinata in gran parte solo dalla anzianità della popolazione.

Va invece considerata la povertà quale criterio di distribuzione anche perché l'Oms riconosce la povertà come malattia.



La legge 229 del 1999, che abbiamo contribuito ad approvare, rappresenta a nostro giudizio un punto di equilibrio tra l'interesse generale alla salute e l'interesse di chi esercita le professioni sanitarie.

La legge richiede, al massimo, qualche aggiornamento, anche sulla base dell'applicazione (in qualche caso disapplicazione) che ne è stata fatta. Ad esempio, riteniamo opportuno intervenire in tema di partecipazione e di ruolo degli enti locali, così come per quanto riguarda le nomine dei Direttori generali e i concorsi medici.



Innanzitutto crediamo che la legge Bindi vada riveduta totalmente, se non addirittura abrogata, visto che ha fortemente danneggiato gli operatori sanitari medici e non, contribuendo a ledere il rapporto di fiducia che deve esistere tra medico e paziente.

In particolare e sinteticamente:

- 1 deve essere dato il giusto valore all'atto medico, ora impropriamente nelle mani dei Direttori Generali, nelle decisioni di stretta pertinenza sanitaria, dando nuovamente dignità agli operatori sanitari;
- 2 occorre ripristinare la meritocrazia nei concorsi per primari e responsabili di dipartimento, rivedendo le norme concorsuali attualmente assolutamente non attendibili;
- 3 occorre garantire la libera scelta dei cittadini che non devono essere penalizzati a scegliere obbligatoriamente il provato visti i lunghi tempi di attesa per avere prestazioni negli ospedali pubblici; quindi abbattimento delle liste di attesa;
- 4 proporre, come è nel programma del Popolo della Libertà, concrete iniziative per vincere il problema della malasanità, e quindi istituzione di una équipe multidisciplinare per il risk management, di un fondo per l'assicurazione obbligatoria dei medici e degli altri operatori sanitari a carico del Ssn, di uffici di conciliazione breve per la soluzione rapida delle molteplici divergenze tra cittadini e operatori sanitari.



Prima di tutto va modificata la legge di governo delle aziende sanitarie locali. Inoltre va incrementata la medicina di prossimità, per fare sì che i medici di base facciano ambulatorio dalle 8 alle 20 compresi i festivi.





Quale ruolo pensate di riservare ai medici nelle aziende sanitarie e come intendete definire i rapporti tra organi professionali e gestionali?



GERO GRASSI
Partito Democratico



I medici rappresentano il punto di riferimento della sanità ad ogni livello. Riteniamo opportuno continuare a salvaguardare la professionalità di chi opera nel settore anche a livello gestionale. Le scelte dovranno essere fatte solo in base alla meritorietà e professionalità e va rivista la procedura concorsuale.



ERMINIA EMPRIN GILARDINI
La Sinistra l'Arcobaleno



Riteniamo indispensabile che non solo i medici, ma l'insieme delle professioni, siano coinvolti nell'individuazione delle linee strategiche della politica sanitaria aziendale, nelle scelte relative all'ammodernamento tecnologico e nella programmazione della formazione, sia pur nel rispetto delle reciproche prerogative e responsabilità. Inoltre, vanno rafforzati i poteri dei revisori dei conti, rendendo possibile un effettivo controllo di merito sulla gestione economico finanziaria e sulla correttezza delle procedure.



DOMENICO DI VIRGILIO
Il Popolo della Libertà



(vedi risposta alla domanda precedente)



LUCIANO CIOCCHETTI
Unione di Centro



Occorre ampliare la possibilità di dare ai medici l'organizzazione diretta del lavoro attraverso lo strumento del governo clinico, in modo da evitare che decisioni strategiche come nomine di primari o di unità operative dipartimentali, vengano prese dai direttori generali. Siamo convinti che bisogna tener fuori la politica dalle scelte di carriera dei medici, ad esempio attraverso la previsione di un concorso nazionale per i Direttori generali, con graduatoria unica cui attingere per le nomine regionali.

Come giudicate la libera professione intramoenia? Ritenete utile investire sull'esclusività di rapporto?



Ogni professionista è sicuramente libero di esercitare la sua professione anche in regime privato. Vanno individuate le modalità di esercizio che evitino inutili clientelismi e diversità di trattamento in base al tipo di rapporto che si instaura tra medico e paziente. Evitare che il paziente si senta più considerato e abbia più attenzioni se si rivolge privatamente dal medico è ciò per cui ci battiamo. All'uopo è stata approvata dal Parlamento la Proposta di Legge n. 1598 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" con la quale si definiscono le nuove regole di espletamento dell'attività libero professionale in ambito sanitario, in regime intramoenia.

L'interesse mostrato nei confronti di questa legge da parte del Parlamento deriva dall'attenzione posta in materia di sicurezza delle cure, di responsabilità civile delle strutture e del personale sanitario e di definizione delle controversie riguardanti danni provocati dagli operatori sanitari. Sono definite le disposizioni concernenti l'attività professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del Ssn che fino al 31 Luglio 2007 prevedevano che ogni professionista poteva svolgere la propria attività in studi privati. La legge dispone una modifica e invita le Regioni e le Province autonome ad ultimare i lavori di ammodernamento delle strutture sanitarie pubbliche esistenti in modo da poter ospitare anche l'attività intramuraria della dirigenza sanitaria, medica e veterinaria del Ssn.



Condividiamo la regolamentazione della libera professione intramuraria introdotta con la legge 120 del 2007 e pensiamo che i dirigenti di unità semplici e complesse, in quanto connessi al ruolo di responsabilità gestionale, debbano essere tenuti all'esclusività del rapporto per la durata dell'incarico.

Nello stesso senso, peraltro, si sono espresse tutte le forze politiche presenti al Senato, senza distinzione alcuna, quando si è votata l'approvazione della relazione conclusiva dell'indagine conoscitiva sulla libera professione.



Per il Popolo della Libertà, la libera professione del medico va garantita come la libera scelta dei cittadini, nel rispetto delle regole, delle leggi, anche quelle fiscali, in un regime di libera concorrenza tra pubblico e privato, dando la priorità ad un Servizio sanitario nazionale veramente universale e solidaristico.



Come è stata fatta fino ad oggi la libera professione intramoenia è inutile perché non sono stati fatti investimenti infrastrutturali e non è stata effettivamente valutata l'autonomia gestionale del dirigente medico. Ritengo che si debba continuare su questa strada, lasciando quindi al medico la possibilità di scelta di lavorare o all'interno o all'esterno, ma devono essere fatti investimenti organizzativi adeguati e sostanziosi.

La sanità è oggi un sistema misto pubblico-privato. Come intendete definire gli spazi di queste componenti?



Il Ssn è adeguatamente all'altezza dei bisogni dei cittadini italiani. La scelta di usufruire di servizi privati è una scelta autonoma del cittadino contro cui nessuno può aver da ridire. Il nostro impegno è orientato a migliorare il Ssn per consentire ai cittadini di usufruire di servizi sempre più adeguati ai propri bisogni. In ogni caso mai il Ssn potrà essere privato.



Restiamo convinti che la sanità, come la scuola, debba rimanere un sistema pubblico e che in ogni caso le strutture private debbano essere accreditate sulla base di un sistema rigoroso, che ne certifichi l'elevata qualità. Infatti, nel nostro Paese, una forte presenza del privato porta disavanzi regionali più elevati e più in generale, anche dai confronti internazionali emerge che in sanità il pubblico è più efficiente e meno costoso.



Noi siamo per una coesistenza pubblico-privato basata su criteri di efficienza, efficacia ed economicità con una particolare priorità per il pubblico e con la richiesta al privato di stessi standard di efficienza e organizzazione del servizio pubblico.



Bisogna assolutamente mettere in concorrenza il pubblico con il privato, dando al cittadino, come già avviene in alcune regioni italiane, la possibilità di accedere liberamente o all'uno o all'altro. In questo modo si crea una sana concorrenza che porterà ad elevare i livelli di qualità e gli standard assistenziali.





I rapporti tra Università e Ssn rimangono conflittuali. Quali sono le vostre proposte in merito?



GERO GRASSI
Partito Democratico



La nostra proposta è di affidare la proprietà degli immobili dei Policlinici universitari a Fondazioni ad hoc a maggioranza pubblica, costituita paritariamente da Regione, Comune e Università. Verrebbe così risolto l'annoso conflitto tra Università e Servizio Sanitario Nazionale e nel contempo si eviterebbe che le conseguenze maggiori ricadano sui cittadini. Una gestione di questo tipo sarebbe partecipata, coinvolgerebbe equamente le Istituzioni, definirebbe le responsabilità e snellirebbe il Sistema sanitario nazionale. Così si darà vita ad una nuova governance che risolve ogni problema gestionale.



ERMINIA EMPRIN GILARDINI
La Sinistra l'Arcobaleno



L'Università deve fondamentale rispondere alla sua missione, che è di formazione e di ricerca, ed alle quali devono essere finalizzati i compiti assistenziali, senza occupare spazi propri del servizio sanitario nazionale. Semmai, sarebbe opportuno investire anche sugli ospedali come centri di promozione culturale e scientifica, promuovendoli anche sul terreno della formazione e ricerca.



DOMENICO DI VIRGILIO
Il Popolo della Libertà



Il contratto di lavoro dei dipendenti del Ssn, scaduto da oltre 2 anni, non è stato rinnovato dal Governo Prodi, suscitando apprensioni e delusione nei medici dipendenti. Il Popolo della Libertà crede fortemente che i contratti vadano discussi mediante il sistema della concertazione con i sindacati più rappresentativi della categoria, e non diventino oggetto di disputa con soluzioni sine die. Ci impegneremo affinché si chiuda rapidamente questa vertenza, compatibilmente con le disponibilità economiche sempre minori. Ma perché non è stato utilizzato parte del cosiddetto "tesoretto", tanto sbandierato dal governo di centro-sinistra?



LUCIANO CIOCCHETTI
Unione di Centro



Sicuramente occorre tornare ad un proficuo rapporto di collaborazione, unendo quelli che sono gli intenti comuni della ricerca e dell'assistenza. Sono entrambi importanti.

Il finanziamento del Ssn e dei contratti di lavoro sarà all'ordine del giorno della prossima finanziaria. Quali impegni potete assumere?



Impegni correlati alla situazione economica. Per aumentare l'input economico si deve anche fare risparmio evitando sprechi e doppioposti inutili.



Come è noto, noi riteniamo che, oggi, sia prioritario tutelare e difendere i redditi medio bassi; ferma restando questa priorità, riteniamo che debba essere fatto ogni sforzo per garantire l'adeguamento al tasso di inflazione programmata anche delle retribuzioni dei medici, programmando risorse aggiuntive correlate all'impegno.



Il contratto di lavoro dei dipendenti del Ssn, scaduto da oltre 2 anni, non è stato rinnovato dal Governo Prodi, suscitando apprensioni e delusione nei medici dipendenti. Il Popolo della Libertà crede fortemente che i contratti vadano discussi mediante il sistema della concertazione con i sindacati più rappresentativi della categoria, e non diventino oggetto di disputa con soluzioni sine die. Ci impegneremo affinché si chiuda rapidamente questa vertenza, compatibilmente con le disponibilità economiche sempre minori. Ma perché non è stato utilizzato parte del cosiddetto "tesoretto", tanto sbandierato dal governo di centro-sinistra?



Il prossimo Governo dovrà dare risposte anzitutto adeguando gli stipendi dei dirigenti medici all'effettiva capacità di acquisto attraverso l'adeguamento della base stipendiale che è ferma a cinque anni fa e almeno al raddoppio dell'indennità di esclusività ferma a dieci anni fa.

Il diritto alla salute è un diritto di cittadinanza. Come intendete garantirne la esigibilità in maniera omogenea in tutto il Paese?



Aiutando le Regioni meno sviluppate a recuperare la differenza anche attuando i poteri sostitutivi dello Stato.



È indispensabile ampliare e rifinanziare i Livelli essenziali di assistenza sanitaria che devono essere resi in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, in modo che le Regioni abbiano più strumenti e risorse per la prevenzione, l'assistenza distrettuale e l'integrazione sociosanitaria, ma anche per assicurare le cure odontoiatriche, cominciando dai soggetti più fragili (bambini ed anziani). Parallelamente, vanno definiti i livelli essenziali di assistenza sociale, definendo un fondo dedicato per la non autosufficienza. Inoltre, vanno definiti standard sia organizzativi che di offerta, in modo che sia assicurata l'uniformità dei servizi da rendere e, per questa via, anche l'esigibilità del diritto alla salute.



Attraverso un fondo comune di perequazione tra le varie regioni italiane, fondo che servirà a garantire un livello assistenziale comune elevato, con standard di qualità di livello.



Attraverso un fondo comune di perequazione tra le varie regioni italiane, fondo che servirà a garantire un livello assistenziale comune elevato, con standard di qualità di livello.

Il suo prossimo Governo manterrà in vita il ministero della Salute?



Il ministero della Salute è fondamentale per i cittadini italiani perché il diritto alla salute non può essere sottoposto a discrezionalità di nessun genere.



Sì. In tal senso avevamo già coerentemente votato nel 2001.



Sì, ritengo che vada mantenuto ma che sia accorpato al Ministero degli Affari Sociali diminuendo il numero dei Ministeri.



Sì, ritengo che vada mantenuto ma che sia accorpato al Ministero degli Affari Sociali diminuendo il numero dei Ministeri.



IL DIBATTITO AL FORUM SANITÀ FUTURA 2008 A CERNOBBIO DAL 17 AL 19 MARZO

L'Ecm riparte con le rappresentanze professionali

La nuova Commissione nazionale Ecm avrà maggiori poteri e sarà composta per metà da rappresentanti delle professioni sanitarie. Le linee di indirizzo sono: accreditamento dei provider, anziché dei singoli eventi, più formazione a distanza e più valorizzazione dell'esperienza "sul campo"

Eva Antoniotti

Il sottosegretario Serafino Zucchelli lo dice con chiarezza: "Lo scorso anno l'appuntamento del Forum Sanità Futura venne annullato, perché tirava un'aria liquidatoria verso l'esperienza dell'Ecm. Ma noi eravamo politicamente convinti della necessità della formazione continua e per questo abbiamo sviluppato il nuovo assetto dell'Ecm in Conferenza Stato-Regioni". E così quest'anno l'appuntamento di Cernobbio c'è stato, forte dell'Accordo Stato-Regioni siglato il 1° agosto scorso, che ha definito un piano di riordino del sistema della formazione continua, perfezionato poi con la legge finanziaria di quest'anno.

Fulcro di questa nuova fase dell'Ecm è la Commissione nazionale per la formazione continua che non avrà più solo compiti consultivi, ma dovrebbe assumere un ruolo pienamente decisionale. E questa nuova Commissione, il cui decreto istitutivo è stato siglato lo scorso 16 marzo, sarà composta per metà da rappresentanti delle professioni sanitarie e per metà da responsabili politici, equamente ripartiti tra il ministero della Salute e le Regioni.

Ulteriori novità sono la collocazione della Commissione stessa, che non sarà più presso il ministero ma presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (ovvero la Agenas, nuovo acronimo per la Assr) e l'accreditamento non più dei singoli eventi ma dei provider, ovvero dei soggetti organizzatori degli eventi.

A definire nel dettaglio le norme per la definizione del piano formativo per i professionisti e quelle per l'accreditamento dei provider dovrà ora pensare la Commissione nazionale, anche se molti speravano di poter avere indicazioni certe già durante le giornate di Cernobbio.

L'unica cosa certa è che per il triennio 2008-2010 ogni professionista che operi nel Servizio sanitario nazionale dovrà acquisire almeno 90 nuovi crediti, con un minimo di 30 e un massimo di 70 ogni anno. A questi si dovranno poi aggiungere i 60 crediti acquisiti nella fase sperimentale, tra il 2004 e il 2007, per un totale di 150 crediti al 2010.

Ad occuparsi della registrazio-

ne dei crediti, sia su base nazionale che su base regionale, sarà il Cogeaps, il Consorzio creato dalle Federazioni degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni delle professioni sanitarie.

Interessante la proposta avanzata nel corso del dibattito da Aldo Ancona, direttore dell'Agenas, per la creazione di un fondo per l'Ecm finanziato dalle aziende farmaceutiche, così come avviene già per la ricerca e l'informazione sui farmaci attraverso l'Aifa. L'istituzione di un fondo comune consentirebbe di superare il rischio sempre presente di conflitto di interesse tra finanziatori e organizza-

tori degli eventi formativi. Ma l'orientamento è anche quello di ridurre sempre più gli eventi cosiddetti residenziali, più costosi, e favorire invece la formazione a distanza e la cosiddetta autoformazione, all'interno delle strutture sanitarie. "Il peso dei convegni è eccessivo rispetto ad altri strumenti - ha spiegato Ancona - bisogna fare in modo che i crediti arrivino anche attraverso l'operatività sul campo, i processi formativi e l'impegno dei professionisti sulle nuove procedure della sanità che stanno emergendo, come nel lavoro necessario per stilare le linee guida. E bisogna potenziare la formazione a distanza".

INTERVISTA A MARIA LINETTI, DIRETTORE DELL'UFFICIO PER LA FORMAZIONE CONTINUA DEL MINISTERO DELLA SALUTE

"La burocrazia garantisce il rispetto delle regole"

"Si parla sempre tanto di burocrazia, ma la burocrazia non è altro che l'attuazione delle norme che regolano il procedimento amministrativo. Guai se l'amministrazione non avviasse sistemi burocratici perché altrimenti sarebbe autoreferenziale, decidendo da sola che cosa fare. Invece, l'adeguarsi ai regolamenti è una tutela per il cittadino: più noi siamo, non cavillosi, ma attenti alle regole e alla correttezza della loro attuazione, più il cittadino è garantito".

Maria Linetti è stata direttore dell'Ufficio per la formazione continua del ministero della Salute in questi faticosi anni di avvio, partecipando anche ai lavori della vecchia Commissione nazionale Ecm e della Segreteria che faceva da tramite tra Commissione e Ufficio. Insomma, se non richiamasse altre scabrose vicende della sanità, verrebbe da chiamarla "lady Ecm".

Dottorssa Linetti, cosa succede ora che si esce dalla fase sperimentale?

La novità più importante è il ruolo assegnato alle professioni sanitarie: i destinatari dell'attività di formazione diventano protagonisti della definizione delle regole.

E poi si passerà dall'accreditamento dei singoli eventi a quello dei provider...

In una prima fase d'avvio è previsto ancora l'accreditamento dei singoli eventi residenziali, ma poi saranno accreditati direttamente i provider, con norme che dovranno essere definite dalla nuova Commissione in modo che garantiscano la capacità organizzati-

va, una significativa capacità di determinare i contenuti culturali e scientifici dei corsi e soprattutto l'indipendenza da intermediazioni che rientrano nell'ambito commerciale del sistema salute.

Ma affidare ai provider la definizione dei corsi richiederà un forte sistema di controllo.

Certo, ma io credo, e mi auguro che la pensi così anche la nuova Commissione nazionale, che non sia necessario procedere per via ispettiva quanto piuttosto attraverso verifiche, perché chi altera le regole del gioco non può giocare insieme agli altri.

Un sistema che deve dare formazione non può avere regole rigide, ma deve essere permeabile alle esigenze. È un sistema che si rivolge agli adulti e tra adulti, se le cose si vogliono fare, è meglio una stretta di mano che un'ispezione militaresca.

Gli obiettivi formativi saranno definiti centralmente o ciascun professionista potrà decidere da solo?

L'accordo tra Stato e Regioni prevede che il 50% degli obiettivi formativi saranno agganciati agli obiettivi aziendali e regionali, il 20% saranno obiettivi nazionali e il 30% potremo definirli professionali, cioè strettamente connessi con la realtà di ciascun professionista.

Cosa succederà con i crediti acquisiti in questi anni di sperimentazione?

Occorre fare chiarezza. Il fatto che per cinque anni sia stato un sistema sperimentale, non significa che chi si è aggiornato in que-

sto periodo ha perso tempo o che non verrà tenuto in considerazione.

Ma bisogna anche tener conto che dai monitoraggi che l'Ufficio ha condotto, comunicandole alla Segreteria e alla Commissione, è emerso che molte professioni purtroppo sono state povere di offerta formativa e quindi non a tutti è stato possibile acquisire i 150 crediti previsti nel quinquennio, che poi in realtà è arrivato a circa sei anni. Dunque, per premiare chi è stato virtuoso, è stato stabilito che chi ha acquisito almeno 70 crediti formativi, tra il 2004 e il 2007, avrà uno sconto di venti crediti annui nel futuro triennio, per il quale sono previsti 150 crediti formativi complessivi, e dovrà dunque ottenere solo 30 crediti formativi ogni anno.

Come si deve interpretare lo spostamento della Commissione presso l'Agenas?

Si è scelto di trovare una sede che potesse essere una casa comune tra ministero della Salute, Regioni e rappresentanti delle professioni. L'allocazione della Commissione presso l'Agenzia risponde ad una convergenza d'intenti e di condivisione, ma la Commissione mantiene una sua autonomia, perché è una materia così specifica e atipica, che incrocia interessi, obiettivi e attività, che riguardano sia il livello regionale che il livello nazionale, oltre che le diverse specializzazioni.

Lei e il suo staff dove andrete?

Noi speriamo che, tenuto conto che i primi passi sono stati compiuti, venga anche definito il nostro futuro, il futuro di chi ha contribuito a fare. Oppure che si crei un ponte, come è già stato siglato tra ministero della Salute e Agenzia, per poter trasferire se non le persone almeno le conoscenze.

PRESENTATI AL SENATO I PRIMI RISULTATI DEL MONITORAGGIO DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE PER LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

Intramoenia al rallentatore

Ester Maragò

Come procedono i lavori per garantire ai camici bianchi l'intramoenia nelle aziende sanitarie? Con andamento lento e differenziato. C'è, infatti, chi si è già attivato e chi invece stenta a prendere il ritmo. E c'è anche chi non sembra molto interessato a muovere un passo.

A sette mesi dall'approvazione della legge 120/2007 – che ha imposto alle realtà locali di garantire con piani ad hoc, tariffe sotto controllo e spazi adeguati l'attività intramoenia entro il 31 gennaio 2009 – solo otto Regioni sono in regola. Appena quattro Regioni hanno interamente utilizzato le risorse disponibili per l'adeguamento degli spazi dedicati. Due regioni, Calabria e Sicilia sono rimaste la palo.

Sono questi i primi risultati del monitoraggio svolto dall'Osservatorio nazionale per la libera professione intramuraria illustrati da **Aldo Ancona**, direttore dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) nel corso di un convegno organizzato, il 12 marzo scorso al Senato, per la presentazione dei volumi che raccolgono i risultati dell'indagine conoscitiva condotta nel 2007 dalla Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama. Come previsto dalla legge 120 approvata il 3 agosto 2007, la relazione trimestrale sull'attuazione del provvedimento è stata trasmessa al ministero della Salute da diciotto Regioni ad eccezione della Calabria, del Lazio e della Sicilia.

Nella maggior parte delle Regioni, le strutture sanitarie hanno presentato i piani aziendali relativi ai volumi dell'attività istituzionale e in intramoenia, richiesti dalla leg-

ge. Ma di fatto hanno realizzato l'en plein, con tutte le Aziende in regola, solo otto Regioni: Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana e Umbria.

Invece in Puglia, Piemonte, Veneto e Campania, solo una parte delle strutture sanitarie è in linea con le disposizioni di legge. In Abruzzo, Molise e Sardegna nessuna Azienda ha presentato i piani richiesti. Non hanno comunicato alcun dato Calabria e Sicilia, accompagnate da Lazio, Valle D'Aosta, Bolzano e Trento.

La stragrande maggioranza delle Regioni, ben sedici, ha individuato la necessità di interventi di ristrutturazione edilizia (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Lombardia e Lazio). Non è emerso alcun dato dalle relazioni di Bolzano, Trento e Campania. Mancano all'appello, anche in questo caso, Calabria e Sicilia: non hanno inviato la relazione trimestrale e hanno preso parte all'audizione.

In particolare, dal monitoraggio è emerso che è stato utilizzato il 69,9 per cento dei fondi stanziati per la realizzazione di spazi ad hoc. E, ancora una volta, il quadro è a macchia di leopardo. Trento, Veneto, Toscana e Basilicata hanno usato il 100 per cento dei finanziamenti, mentre percentuali superiori al 90 per cento si registrano in Umbria, Emilia Romagna e Lazio. La Sardegna ha utilizzato l'80 per cento dei finanziamenti. Le altre Regioni, chi più chi meno, si sono date da fare o si stanno attivando. Sicilia e Calabria si sono mostrate totalmen-

te inadempienti: non c'è stata, infatti, da parte loro alcuna richiesta di fondi.

Dodici Regioni hanno avviato azioni in accordo con i sindacati della dirigenza medica: Liguria, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Trento, Campania, Friuli, Lazio e Molise. Le rimanenti Regioni non hanno specificato nulla. Non ha preso alcun accordo la Sardegna.

Tirando le somme c'è ancora molto da fare. Ma, ha ricordato il senatore **Paolo Bodini**, relatore dell'indagine conoscitiva condotta dalla 12a Commissione parlamentare, diagnosi e terapia per curare i mali dell'intramoenia sono state individuate e si può uscire dall'impasse. Grazie alla legge 120, ha aggiunto il ministro della Salute, **Livia Turco**, "la libera professione dei medici all'interno delle strutture pubbliche è, infatti, finalmente regolamentata dopo anni di proroghe rivelatesi inconcludenti. L'intramoenia non sarà più una 'scorciatoia' obbligata per avere subito una prestazione che non si riesce ad ottenere in regime ordinario, ma sarà esclusivamente una possibilità in più offerta al cittadino dal servizio pubblico".

Ora, ha sottolineato **Ignazio Marino**, presidente della Commissione Sanità del Senato, "bisogna garantire che il ricorso alle prestazioni intramoenia sia determinato dalla libera scelta dei cittadini e non dalle carenze organizzative dell'attività istituzionali, assicurando il rispetto dei tempi medi d'attesa per le prestazioni fissati dalle Asl, in particolare per le urgenze differibili".

La parola passa quindi alle Regioni: hanno ancora qualche mese di tempo per rimettersi in carreggiata.

INTERVISTA AD ALDO ANCONA, DIRETTORE DELL'AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (AGENAS)

La legge 120? Una spinta per le realtà meno dinamiche

Dal primo bilancio stilato dall'Osservatorio nazionale per l'intramoenia sembrerebbe emergere con chiarezza che i ritardi e le criticità rilevate, in particolare nel Sud del Paese, siano da imputare essenzialmente a deficit organizzativi. Dottor Ancona, è d'accordo?

Ci sono sicuramente problemi organizzativi, ma anche culturali. Nel senso che il sistema dell'intramoenia dovrebbe essere percepito e accettato dall'Azienda sanitaria come una delle modalità con cui il servizio pubblico si presenta al cittadino per garantire il diritto alla libera scelta del professionista al quale rivolgersi, quindi come uno strumento per migliorare la qualità e la trasparenza del servizio pubblico. Invece, a volte, ho l'impressione che in diverse realtà l'intramoenia sia vista semplicemente come un modo per concedere al professionista la possibilità di svolgere attività privata. Un approccio culturale sbagliato. Tanto è vero che si è sviluppata una tendenza a delegare il pro-

cesso di attuazione della libera professione al medico. E lo dimostrano i risultati dell'indagine conoscitiva del Senato, dai quali è emerso che una delle maggiori criticità era da individuarsi nell'affidamento al professionista delle procedure di prenotazione e riscossione degli onorari, e questo prescindendo da una volontà specifica del medico.

Com'è la situazione attuale?

Lo stato di avanzamento dell'intramoenia è a macchia di leopardo non solo da Regione a Regione, ma anche tra le diverse Aziende regionali, al punto che la Puglia, ad esempio, ha commissariato alcune delle sue strutture. Ci sono Regioni che negli anni si sono attivate, come dimostra l'utilizzo dei fondi per la realizzazione degli spazi intramoenia. Sono quindi più avanti sul fronte strutturale. Perciò si sono potute concentrare sull'adempimento delle procedure indicate dalla legge 120/2007, ossia sulla gestione delle prenotazioni e delle riscossioni da

parte del personale aziendale e sulla realizzazione di un Cup autonomo non intersecato con quello delle prenotazioni istituzionali per evitare l'effetto dei vasi comunicanti. Altre realtà sono decisamente più indietro, sia per quanto riguarda la creazione degli spazi idonei all'esercizio della libera professione, sia per quanto concerne le procedure di gestione dell'intramoenia. Ci sono poi le grosse eccezioni di Sicilia e Calabria che non hanno chiesto i fondi e non hanno trasmesso alcun tipo di informazione.

Calabria e Sicilia rimarranno al palo?

Penso che in questo momento la Calabria abbia problemi molto più gravi da risolvere. Diversa è la realtà della Sicilia che, relativamente al sistema sanitario, non ha una situazione così destrutturata come la Calabria: in questo caso sembra che ci sia soprattutto una sorta di disinteresse e comunque di mancata risposta alle richieste di dati. Insom-

ma, va per conto suo. Immagino che qualcosa stia facendo, ma non si sa cosa. D'altro canto dobbiamo anche tener conto del fatto che l'Osservatorio ha una funzione di monitoraggio e non ha compiti sanzionatori, quindi non possiamo obbligare le Regioni a fornire informazioni. Non dimentichiamo inoltre che la trasmissione dei dati non è così facile, automatica, esistono difficoltà tecniche che rallentano i tempi.

La legge 120 sta creando benefici?

La legge 120/2007 ha una valenza importante. Innanzitutto, è stato un provvedimento bipartisan: infatti è stato approvato all'unanimità dalla Commissione di Palazzo Madama. Poi ha avuto un effetto positivo in quanto ha sbloccato una situazione di stagnazione, quasi di rassegnazione sul fatto che si potesse cambiare lo stato delle cose. In particolare, aver legato l'assenza di adempimenti alla decadenza del Direttore generale, quindi al commissariamento dell'Azienda, ha fatto sì che le Regioni recuperassero una forma di "interventismo" che era stato abbandonato.

Quali sono le previsioni per il futuro?

Nel corso delle audizioni le Regioni hanno dichiarato che riusciranno a raggiungere gli obiettivi richiesti entro la scadenza fissata dalla legge.



Ma è altrettanto vero che difficilmente questo potrà realizzarsi in tutte le Aziende. Ad esempio in Toscana, dove sono stati utilizzati

il cento per cento i fondi disponibili per gli interventi edilizi, e sono state effettuate tutte le procedure richieste, già da ora c'è la certezza che un'Azienda non riuscirà ad adempiere in toto a quanto stabilito. Però in questi casi la legge interviene disponendo che laddove non si riuscissero a realizzare gli obiettivi previsti è possibile affittare, acquistare spazi ambulatoriali esterni o stringere convenzioni per acquisirli. E molte Aziende sapendo che non potranno a rispondere agli obblighi di legge, già da oggi, si stanno organizzando. L'importante è che la sede dove viene esercitata la libera professione, qualunque essa sia, non sia lo studio privato del medico, ma un presidio pubblico. (E.M.)

I DATI DEL RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO (DATI SDO 2005)

Diminuiscono i ricoveri e aumenta l'appropriatezza

Ester Maragò

Va sempre meglio l'ospedale italiano. Calano i ricoveri e cresce ancora il day hospital. Soprattutto, c'è un utilizzo sempre più appropriato dell'assistenza ospedaliera, in particolare nelle strutture del Nord Italia. Tuttavia la necessità di correggere il tiro rimane ancora in piedi: se la qualità si impone nelle corsie ospedaliere, l'eccessivo ricorso al parto cesareo continua a rimanere una macchia nell'appropriatezza delle cure. Così come prosegue incessante l'esodo dei pazienti dalle strutture del Sud verso quelle del Nord.

È questa la "diagnosi" sulle strutture italiane effettuata dal Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2005, elaborato dal ministero della Salute attraverso la lettura del flusso informativo sulle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) di 1.337 strutture ospedaliere pubbliche e private, di cui 740 pubblici ed equiparati pubblici (99,9%) e 597 privati (95,5%), accreditati e non accreditati.

Un Rapporto che, come ogni anno, dà la misura della complessa attività del sistema ospedaliero italiano: i ricoveri sfiorano i tredici milioni, sono oltre 79 milioni le giornate di degenza, 4 milioni e 700 mila gli interventi chirurgici.

IL QUADRO GENERALE

Quali sono le novità del 2005? Diminuisce anche se lievemente il numero dei ricoveri complessivi. Il motivo? La significativa riduzione dei ricoveri in regime ordinario, circa 140 mila in meno, e il contemporaneo e consistente ricorso al day hospital, circa 97 mila in più (una tendenza questa che per altro si era già evidenziata negli ultimi anni). E ancora, aumentano in modo rilevante le dimissioni dalla riabilitazione (16 mila casi in più), sia nella modalità ordinaria che nella modalità diurna; cala invece il numero dei dimessi dai reparti di lungodegenza (circa 3 mila in meno).

Si riduce, coerentemente con l'andamento del numero dei ricoveri, il tasso di ospedalizzazione: è pari a 137,8 per mille abitanti per il regime ordinario e a 66,3 per il day hospital (strutture pubbliche e private accreditate). Tuttavia, tra ricoveri ordinari e in regime diurna, il valore complessivo rimane ancora lontano dagli standard indicati dalla programmazione nazionale e dal Patto per la salute (i valori sono di circa 204 per mille abitanti rispetto ai 180 indicati). E sono soprattutto le Regioni centro-meridionali, in particolare quelle sottoposte ai Piani di Rientro, a presentare tassi di ospedalizzazione ancora elevati.

Come emerso già dai precedenti Rapporti, i pazienti trascorrono in media 6,7 giorni nelle corsie degli ospedali. E la loro permanenza nelle strutture ospedaliere cresce con l'aumentare dell'età: 8 giorni dai 65-74 anni, 9 tra gli over 75 ed oltre.

Per quanto riguarda la degenza media pre-operatoria, sintomo di appropriatezza organizzativa, continua il trend in lieve riduzione già evidenziato negli anni precedenti e si assesta, a livello nazionale, a due giorni.

In generale, si ricoverano di più gli uomini rispetto alle donne, fanno eccezione le donne in età fertile. Infatti, nelle fasce d'età che vanno dai 25 ai 44 anni, 134 ricoveri su mille sono appannaggio delle donne contro i 63 dei maschi; mentre dai 65 ai 74 anni, 293 ricoveri su mille sono degli uomini e 196 delle donne. In media i ricoveri ordinari degli uomini hanno costi superiori di quelli delle donne: la remunerazione media a prestazione è, infatti, di 2.850 euro per le femmine e di 3.255 euro per i maschi.

È sempre più gettonata la day surgery o la "one day surgery" con un pernottamento a seguito di intervento chi-

urgico: negli ultimi cinque anni la percentuale di dimessi è passata dal 10% al 14% dell'attività annuale complessiva.

Migliora l'appropriatezza dei ricoveri nelle strutture sanitarie. Si ricorre sempre di meno all'ospedale per trattare patologie croniche quali diabete e asma, che vengono quindi curate nei centri territoriali in modalità ambulatoriale. Soprattutto, diminuisce il ricorso al ricovero per appendicectomia, isterectomia, e tonsillectomia. Al contrario, dal punto di vista dell'appropriatezza clinica, si registra ancora un incremento del ricorso al taglio cesareo, che viene effettuato nel 38,2% dei parti complessivi, questo nonostante le indicazioni nazionali ed internazionali suggeriscano di promuovere il parto naturale, contenendo il cesareo al 15-20% dei parti. Su questo fronte sono notevoli le diversità a livello regionale: si va dai valori della Campania con un tasso del 60% a quelli opposti di Bolzano con il 23,2%. Valori superiori al 40% si rilevano nel Lazio e nelle Regioni meridionali, ad eccezione della Sardegna, il cui valore è comunque elevato (38,9%).

La mobilità ospedaliera continua ad essere un fenomeno, anche se stabile, presente sul territorio italiano si attesta sul 7,3% per il regime ordinario e 6,2% nel regime diurno. In costante e consistente crescita negli anni l'assistenza ospedaliera erogata per i cittadini stranieri: oltre 508 mila pazienti nel 2005.

I RICOVERI SOTTO LALENTE

Come abbiamo visto, il numero dei ricoveri cala di quasi 24 mila e arriva nel 2005, a quota 12.966.874 (erano

12.991.102 nel 2004). In particolare, diminuiscono le dimissioni per acuti in regime ordinario (-1,7%) e quelle di lungodegenza (-2,5%) e i neonati sani (-1,3%) mentre si fa più spesso ricorso al day hospital (+2,5% nei reparti per acuti). È positivo il bilancio della riabilitazione: aumenta in entrambe i regimi di ricovero (+3,5% in quello ordinario e addirittura +11,3% in day hospital). Per quanto riguarda la lungodegenza è interessante notare che mentre scende il numero di dimissioni, sale quello delle giornate erogate con conseguente incremento della degenza media.

Ma entriamo nello specifico.

Nei reparti per acuti sono stati effettuati oltre 12,1 milioni di ricoveri: il 94% di tutti i ricoveri ospedalieri. Di questi circa 8,2 milioni (67,7%) in regime di degenza ordinaria e oltre 3,9 milioni (32,3%) in day hospital. La degenza media si è stabilizzata e si conferma, come da quattro anni a questa parte, pari a 6,7 giorni. A livello regionale, varia da un minimo di 5,44 giorni

Il numero complessivo dei ricoveri

- Acuti - ricoveri ordinari 8.200.636
- Acuti - day hospital 3.913.856
- Riabilitazione - ricoveri ordinari 283.708
- Riabilitazione - day hospital 67.761
- Lungodegenza 97.712
- Neonati sani 392.209
- Totale 12.955.882

Graduatoria dei primi 10 Drg degli acuti in regime ordinario. Anni 2003 - 2005

Drg	2003	2004	2005	Posizione 2003
I Parto vaginale senza diagnosi complicanti	324.975	324.811	320.567	I
II Insufficienza cardiaca e shock	190.340	195.119	198.614	II
III Parto cesareo senza complicazioni	182.541	191.535	193.145	III
IV Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori	113.775	123.145	128.684	X
V Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	125.081	126.773	126.923	V
VI Interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea	98.783	114.529	122.864	XIII
VII Esofagite, gastroenterite e misc. mal.app. dig. età >17 anni senza Cc	134.501	124.971	121.268	IV
VIII Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	123.310	121.271	120.379	VI
IX Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza Cc	116.554	121.173	118.739	VIII
X Malattia polmonare cronica ostruttiva	113.959	105.134	107.138	IX

Graduatoria dei primi 10 Acc per diagnosi e procedura degli acuti in regime ordinario - Anno 2005

Acc-Diagnosi	Dimessi	Acc-Procedura	Dimessi
I Gravidanza e/o parto normale	250.550	I Altre procedure di assistenza al parto	235.016
II Aterosclerosi coronarica e altre malattie ischemiche cardiache	220.993	II Elettrocardiogramma	223.437
III Insufficienza cardiaca congestizia, non da ipertensione	188.287	III Taglio cesareo	211.853
IV Malattie delle vie biliari	159.512	IV Radiografia del torace di routine	192.420
V Chemioterapia e radioterapia	148.961	V Altre procedure terapeutiche	186.119
VI Aritmie cardiache	142.106	VI Tac del capo	172.309
VII Ernia addominale	139.075	VII Altre procedure diagnostiche	140.796
VIII Polmoniti	134.139	VIII Diagnostica a ultrasuoni del cuore	129.673
IX Vasculopatie cerebrali acute	132.835	IX Cateterismo cardiaco diagnostico	126.300
X Infarto Miocardio acuto	119.685	X Diagnostica a ultrasuoni addominale o retroperitoneale	122.034

per la Campania ad un massimo di 8,39 nella Valle d'Aosta.

Nelle Aziende ospedaliere e negli ospedali a gestione diretta, il volume dei ricoveri per acuti è circa il 72% del totale, sia per il regime ordinario che per il day hospital. Policlinici universitari ed Irccs effettuano rispettivamente, il 2,9% e il 4,7% dei ricoveri ordinari per acuti, mentre la percentuale dei ricoveri è rispettivamente, il 6,3 e il 6,9 di quelli Dh, con variazioni di scarso rilievo rispetto al 2004. Le case di cura private accreditate raccolgono il 15,2% nelle discipline per acuti in ricovero ordinario e l'11,2% in Dh. Il privato accreditato continua a mantenere il suo appeal nelle Regioni meridionali, con percentuali di ricovero elevate in Abruzzo e Campania (oltre 26%) e Calabria (27,7%).

Si ricorre al day hospital, che cresce soprattutto nel privato, soprattutto in Lombardia (15,7%), Campania (15,1%), Emilia Romagna (14,6%) e Lazio (14,1%).

È in lieve diminuzione la degenza media pre-operatoria (pari nel 2005 a 2,04 giorni a livello nazionale, erano 2,08 nel 2003), un dato che segnala una sempre maggiore appropriatezza organizzativa. A livello regionale, la durata più bassa è nelle Marche (1,5 giorni) e in Friuli Venezia Giulia (1,4).

Oltre un ricovero su tre, richiede un intervento in sala operatoria. I dimessi dalle chirurgie sono stati circa 4 milioni e 700 mila nel 2005, di questi circa 3 milioni e 13 mila in regime ordinario e un milione 691 mila in day hospital. In pole position, come già nel 2004, troviamo il parto con taglio cesareo (complessivamente circa 212 mila interventi), ma diversamente dal precedente Rapporto, al secondo posto si piazza la colecistectomia ed esplorazione del dotto comune (100 mila), seguite da riparazione di ernia inguinale (93.000) e dalla sostituzione di anca (82 mila circa).

In regime di day hospital, l'intervento chirurgico più frequente in assoluto è quello sul cristallino con 340 mila ricoveri (se ne contano altri 76 mila in regime di ricovero ordinario) seguito dall'aborto (150 mila casi).

I ricoveri ordinari di riabilitazione sono stati 283.708.

La durata della degenza non si protrae oltre 60 giorni nel 94% dei casi, comunque si rimane mediamente nelle strutture sanitarie 26 giorni. Ci si ricovera di più nel privato accreditato, mentre in regime diurno il 77% delle dimissioni avviene nel pubblico, in particolare in Aziende e Irccs.

Sono 96.388 i ricoveri di lungodegenza (diminuiti del 2,5% rispetto al 2004). Fanno la parte del leone in quest'area, gli ospedali a gestione diretta e le strutture private accreditate con il 90% dei ricoveri.

DISCIPLINE E CAUSE DI RICOVERO

Come già negli anni precedenti la frequenza maggiore di dimissioni per categorie diagnostiche maggiori è attribuita alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (oltre un milione e 200mila casi pari al 14,6%), seguite da quelle del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (980mila casi pari al 12%), dalle malattie dell'apparato digerente (812mila casi pari al 9,9%). E ancora, troviamo poi gravidanza, parto e puerperio (758mila casi pari al 9,3%) e le patologie del sistema nervoso (618mila casi pari al 7,6 %).

La riduzione del numero di dimissioni tra i ricoveri per acuti in regime ordinario riguarda tutte le categorie diagnostiche maggiori in particolare per le malattie di occhio, orecchio, naso, bocca e gola, apparato cardiocircolatorio, apparato digerente e sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo.

Guidano la classifica delle principali cause di ricovero il "parto vaginale senza diagnosi complicanti" (320.567 casi). Al secondo posto troviamo "insufficienza cardiaca e shock" (198.614 casi), al terzo "parto cesareo senza complicazioni" (193.145 casi). Rimontano nella graduatoria, posizionandosi al quarto posto con 128.684 casi, gli "interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori" (occupavano la decima posizione nel 2003 e la sesta nel 2004), seguiti da "chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia". Risalgono la classifica anche "interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea" che passano dalla tredicesima posi-

zione del 2003 alla nona del 2004 per arrivare alla sesta nel 2005. Seguono: "esofagite, gastroenterite e apparato digerente"; le "malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio", "interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza Cc"; "malattia polmonare cronica ostruttiva".

COMPLESSITÀ ED EFFICIENZA

Anche nel 2005 sono ospedali del Nord a trattare le casistiche più complesse. Dall'analisi della distribuzione regionale dell'Indice di case mix (Icm) emerge che è la Toscana la Regione in cui si registrano valori più elevati (1,14) seguita da Piemonte e Liguria (1,13) e dal Friuli Venezia Giulia (1,11), mentre le regioni centro-meridionali presentano valori prossimi o inferiori all'unità.

Il peso medio o relativo (che esprime il rapporto tra costo medio del Drg specifico e costo medio complessivo) ha un valore medio nazionale di 1,26 per il regime ordinario e di 0,82 per il Dh. Anche in questo caso sono le Regioni settentrionali a conquistare i valori più elevati rispetto a quello nazionale. Le Regioni con peso medio superiore al valore nazionale in regime ordinario (oltre 0,90) sono Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Toscana.

La percentuale dei casi complicati (caratterizzati da Drg con complicanze) sul totale dei casi afferenti a "famiglie" di Drg omologhi (caratterizzati da Drg con e senza complicazioni e/o comorbidità) è 28,75% a livello nazionale e supera il 35% in Valle d'Aosta (39,35%) e Liguria (38,25%).

L'indice comparativo di performance (Icp), che esprime l'efficienza operativa valutata attraverso la degenza media standardizzata rispetto al case-mix, registra valori inferiori a uno (media nazionale) in Umbria (0,91), Sicilia e Campania (0,92), Emilia Romagna (0,94) e Abruzzo (0,96), mentre è quasi pari a 1 in Lombardia (0,98) e Toscana (0,99). Il valore più elevato si registra nel Lazio (1,10) seguito dalla P.A. di Trento (1,09) e da Veneto e Molise (1,08).

Distribuzione per Regione dei dimessi

REGIONE	ACUTI						RIABILITAZIONE						LUNGODEGENZA					
	Regime ordinario		Day hospital		Totale		Regime ordinario		Day hospital		Totale		Regime ordinario		Day hospital		Totale	
	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%
Piemonte	468.032	63,5	268.832	36,5	736.864	100	30.788	91,3	2.952	8,7	33.740	100	10.079	100	-	-	10.079	100
Valle d'Aosta	13.920	70,5	5.828	29,5	19.748	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	1.356.418	69,5	595.736	30,5	1.952.154	100	89.118	84,7	16.108	15,3	105.226	100	2.898	99,8	7	0,2	2.905	100
P. A. Bolzano	77.540	75,1	25.699	24,9	103.239	100	1.983	96,2	79	3,8	2.062	100	2.042	100	1	0,0	2.043	100
P. A. Trento	53.823	69,1	24.105	30,9	77.928	100	6.084	84,8	1.088	15,2	7.172	100	3.242	100	-	-	3.242	100
Veneto	579.093	69,0	260.168	31,0	839.261	100	22.546	77,2	6.665	22,8	29.211	100	13.379	99,2	110	0,8	13.489	100
Friuli-Venezia G.	153.807	76,5	47.237	23,5	201.044	100	2.711	95,4	130	4,6	2.841	100	21	-	-	-	21	-
Liguria	220.458	56,6	169.267	43,4	389.725	100	8.082	80,7	1.933	19,3	10.015	100	-	-	-	-	-	-
Emilia-Romagna	595.710	74,2	207.098	25,8	802.808	100	16.888	80,1	4.205	19,9	21.093	100	29.169	100	-	-	29.169	100
Toscana	448.084	68,8	203.396	31,2	651.480	100	11.268	84,0	2.154	16,0	13.422	100	2.449	100	-	-	2.449	100
Umbria	113.959	66,7	56.786	33,3	170.745	100	2.325	68,0	1.094	32,0	3.419	100	163	100	-	-	163	100
Marche	199.602	74,7	67.445	25,3	267.047	100	2.961	84,6	541	15,4	3.502	100	4.123	100	-	-	4.123	100
Lazio	844.258	62,4	508.378	37,6	1.352.636	100	31.532	65,0	16.964	35,0	48.496	100	4.301	100	-	-	4.301	100
Abruzzo	256.915	73,8	91.232	26,2	348.147	100	16.028	93,6	1.094	6,4	17.122	100	1.219	100	-	-	1.219	100
Molise	59.946	76,3	18.631	23,7	78.577	100	1.272	86,4	200	13,6	1.472	100	247	100	-	-	247	100
Campania	817.212	66,2	416.752	33,8	1.233.964	100	12.231	72,4	4.665	27,6	16.896	100	9.619	91,4	906	8,6	10.525	100
Puglia	628.831	78,2	175.238	21,8	804.069	100	13.363	92,5	1.085	7,5	14.448	100	7.290	100	-	-	7.290	100
Basilicata	69.594	64,9	37.633	35,1	107.227	100	963	65,1	517	34,9	1.480	100	415	100	1	0,2	416	100
Calabria	277.842	71,4	111.163	28,6	389.005	100	4.485	85,9	737	14,1	5.222	100	1.927	100,0	-	-	1.927	100
Sicilia	13.734	58,0	516.774	42,0	1.230.508	100	8.624	61,5	5.407	38,5	14.031	100	2.915	90,7	299	9,3	3.214	100
Sardegna	251.858	70,3	106.458	29,7	358.316	100	456	76,1	143	23,9	599	100	890	100	-	-	890	100
ITALIA	8.200.636	67,7	3.913.856	32,3	12.114.492	100	283.708	80,7	67.761	19,3	351.469	100	96.388	98,6	1.324	1,4	97.712	100

Nota: - 10.992 schede di dimissione non sono state considerate per errori relativi al regime di ricovero, tipo attività, tipo istituto e durata della degenza / presenza

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

direttore
Carlo Lusenti
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:
Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia, Gianluigi Scaffidi,
Costantino Troise
coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

hanno collaborato:
Lorena Giudici,
Ester Maragò

progetto grafico
e impaginazione:
Daniela Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.



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)
Finito di stampare nel mese di aprile 2008