



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Dopo i tagli le addizionali regionali al massimo

Aliquota al 3,33%. Piemonte al top
In Lombardia gli sgravi più alti

di **Corinna De Cesare**

MILANO Alla fine si torna sempre alla metafora della coperta troppo corta: quest'anno le Regioni subiranno una riduzione delle risorse erogate dallo Stato di 3,5 miliardi di euro. E come faranno mai gli enti regionali a compensare questo mancato flusso in arrivo da Roma? La risposta sta nel decreto legislativo 68 del 2011 sul federalismo regionale e in altre leggi, che per quest'anno, come spiegano i tecnici della Cgia di Mestre, ampliano al massimo l'autonomia tributaria delle Regioni. Nel caso specifico, per l'Irpef, l'imposta sul reddito delle persone fisiche. Se nel 2012 e nel 2013 l'aliquota massima consentita arrivava fino all'1,73% e nel 2014 saliva al 2,33%, da quest'anno gli enti locali potranno applicare un'aliquota fino al 3,33%.

Non solo, perché in un guazzabuglio di leggi in materia di federalismo fiscale, alcune Regioni in deficit sanitario che non raggiungono alcuni obiettivi di rientro, non solo possono, ma devono aumentare le tasse. Con un'aggravante: «se il deficit sanitario è particolarmente grave — spiega la Cgia — le Regioni sono obbligate a un piano di rientro, mancato il quale scattano ancora le aliquote dell'addizionale regionale di un ulteriore 0,3 per cento oltre la misura massima prevista dalla legislazione vigente». In un cortocircuito in cui gli enti locali inadempienti vengono sì penalizzati, ma a danno dei portafogli dei cittadini.

Il Molise ad esempio, arriva ad ottobre 2014 con un esercizio 2013 che aveva mancato alcuni obiettivi, è stato «bocciato» dal «tavolo per la verifica degli adempimenti e il comita-

to permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza». Che hanno il compito di monitorare l'attuazione dei piani di rientro dei deficit sanitari delle Regioni. E così, ha fatto sapere il Tesoro con una nota consultabile sul suo sito Internet, «per l'anno d'imposta 2014, nella suddetta Regione, si sono rea-

Più autonomia

Quest'anno viene ampliata al massimo l'autonomia tributaria delle Regioni

lizzate le condizioni per confermare l'applicazione automatica delle maggiorazioni dell'aliquota dell'Irap nella misura di 0,15 punti percentuali e dell'addizionale regionale Irpef, nella misura di 0,30 punti percentuali».

E nelle altre Regioni? Per ora, come ha evidenziato uno studio degli artigiani di Mestre, sono solo cinque i governatori che hanno modificato le addizionali Irpef ma con un numero di contribuenti che rappresenta il 41,4% del totale nazionale. Le Regioni interessate sono Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia e Piemonte. Escluso dall'analisi il Lazio che, seppur in una seduta notturna di consiglio del 30 dicembre ha approvato una superaliquota del 3,33% si è riservato di presentare, entro aprile, un'ulteriore legge regionale per esentare i redditi più bassi. Ma per le altre cinque Regioni, gli aumenti scatteranno a partire da quest'anno con le tratte-

nute a decorrere dal 2016: in generale per i lavoratori dipendenti il pagamento sarà detratto dalle buste paga nel conguaglio di fine anno mentre per i lavoratori autonomi la spesa sarà da mettere in conto durante la dichiarazione dei redditi.

Gli aumenti, come si legge nel grafico, vanno dai 32 ai 38 euro dell'Abruzzo con un rincaro che varrà per quasi tutti i livelli di reddito, fino a toccare i 1.560 euro in più per i redditi più elevati della Liguria dove i contribuenti con più di 25 mila euro si troveranno invece a pagare 58 euro di differenza rispetto all'anno precedente. In Piemonte l'incremento Irpef comporterà un inasprimento della tassazione significativo da 30 mila euro in su: se per i redditi più bassi infatti l'aumento sarà pari a zero, per quelli oltre la soglia dei 30 salirà gradualmente dai 9 fino a 2.500 euro (per la fascia 300 mila).

Secondo questo studio della Cgia, le tasse saliranno soprattutto per i contribuenti con redditi medio alti. In particolare modo in Lombardia dove fino ai 100.000 euro (di reddito imponibile Irpef) non si avverterà alcuna differenza rispetto all'anno scorso e anzi in alcuni casi potrebbe esserci anche un decremento Irpef. Idem per l'Emilia Romagna dove nelle fasce più basse si pagherà fino a 28 euro in meno.

 **corinnadecesare**
© RIPRODUZIONE RISERVATA

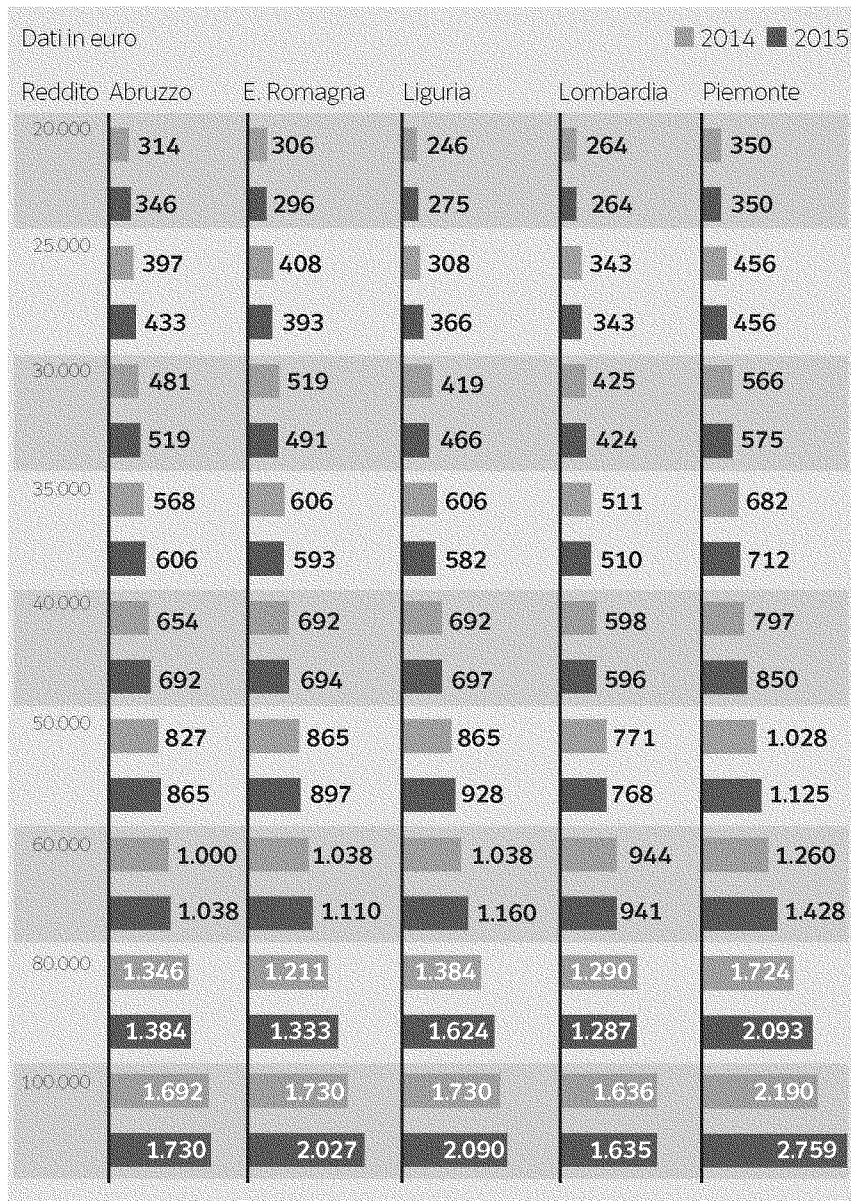
La vicenda

● Sono cinque le Regioni che hanno modificato le addizionali Irpef. A dirlo la Cgia di Mestre con uno studio che rileva che, ad esclusione della Lombardia, gli aumenti per il 2015 interesseranno i contribuenti con redditi medio-alti

● In linea generale, gli incrementi di imposta scatteranno per i redditi con più di 40.000 euro: se in Abruzzo il rincaro sarà di 38 euro e varrà per quasi tutti i livelli di reddito, in Emilia Romagna i redditi sino a 39.000 euro addirittura ci guadagnano

● In Liguria i contribuenti con più di 40.000 euro si troveranno un aumento di 5 euro, fino a toccare i 1.560 euro in più per i più ricchi

Irpef, così gli aumenti



Le ipotesi sul tavolo del governo

Partite Iva, nuove soglie o forfait al 5%



Il ministro
Giuliano
Poletti

ROMA Il ministro del Lavoro, Giuliano Poletti, conferma che il governo correggerà il tiro sulla tassazione per le partite Iva, appena cambiata con la legge di Stabilità. Due le ipotesi. La prima, avanzata dal sottosegretario all'Economia Enrico Zanetti, è la reintroduzione delle vecchie regole (forfait del 5% sotto i 30 mila euro di fatturato) per i giovani under 35 anni o per i primi cinque anni di attività. Un sistema che andrebbe in parallelo alle soglie differenziate per tipo di attività introdotte un mese fa e che potrebbe entrare in un

emendamento al decreto legge Milleproroghe. La seconda ipotesi, contenuta in una risoluzione del Pd, è rivedere da capo soglie e aliquote per alcune categorie. Oggi il governo presenterà i suoi emendamenti alla riforma della pubblica amministrazione. Il ministro Marianna Madia conferma l'intenzione di «snellire i procedimenti» disciplinari, aggiungendo che per gli statali, in caso di licenziamento, il reintegro è la regola generale.

L. Sal.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

il caso

PAOLO RUSSO
ROMA

Per la Sanità cura dimagrante da 4 miliardi in arrivo. Oggi i Governatori si vedranno a Roma per decidere se indicare in quali pieghe dei loro bilanci è possibile ricavare i risparmi imposti dalla Legge di stabilità. Che dà tempo fino al 31 gennaio per esercitare l'opzione. Altrimenti scatta la clausola di salvaguardia che impone d'imperio il taglio del Governo sul Fondo sanitario nazionale. Lo stesso che Regioni e Ministro della salute, sei mesi fa, avevano stabilito di incrementare di due miliardi sigillando il Patto per la salute.

Che le Regioni non abbiano alcuna intenzione di impugnare le forbici ma preferiscano addossare all'Esecutivo la responsabilità della mazzata su asle e ospedali lo conferma il coordinatore degli assessori regionali alla salute, il veneto Luca Coletto. «E' difficile che le regioni diano indicazioni e non per mancato spirito di collaborazione ma solo perché un taglio del genere va ad incidere su funzioni vitali come trasporto e sanità. Così rimarcaci mettono in ginocchio e anche chi è in equilibrio con il bilancio sanitario, rischia di andare in piano di rientro».

L'indagine sugli sprechi

A smentire il mantra delle regioni "tagli ai loro bilanci uguale taglio alla sanità" è però un'indagine condotta dagli specialisti di "Quotidianosanità.it", che sono andati a fare le pulci alle spese regionali, dimostrando che, solo a voler eliminare inefficienze e sprechi, si potrebbe intervenire senza

La scadenza
I governatori hanno tempo fino al 31 gennaio per indicare i risparmi di bilancio imposti dalla Legge di stabilità



Tagli alla Sanità Le Regioni lasciano la scure al governo

Imposti risparmi per 4 miliardi, oggi summit a Roma

Siracusa

L'ecografia? Quando il bimbo ha 3 mesi

■ Al terzo mese di gravidanza una donna è andata all'Asp di Siracusa per prenotare un'ecografia morfologica, ma il primo giorno utile sarebbe stato a settembre, quando il neonato avrebbe già compiuto il terzo mese di vita. A denunciare il caso è il deputato del M5S, Stefano Zito, marito della donna. Zito ha fatto alcuni conti e accusa: «Nel 2013 in provincia di Siracusa ci sono state 3.172 nascite, per 60 ecografie morfologiche a settimana nei 5 ospedali della provincia; diviso per 5 giorni significa 2 morfologiche al giorno. Impossibile farle?».

toccare, o quasi, la sanità. Su oltre 160 miliardi di spese regionali correnti (trasporti esclusi) il 70%, quasi 119 miliardi, sono in effetti trasferimenti alle Asl. Tolte le spese incomprimibili per il personale restano circa 44 miliardi da attaccare. Di questi 2,6 si riferiscono a beni non durevoli, cose tipo cancelleria, dove una sforbiciata sarebbe tutt'altro che impossibile.

Compensi e rimborsi

Idem per gli 800 milioni di consulenze esterne e i 902 di costi della politica. Compensi e

rimborsi ai consiglieri tra i quali la magistratura sta trovando di tutto. A completare l'elenco ci sono poi i 3,2 miliardi di trasferimenti ad "aziende regionalizzate, provincializzate e consortili" sui quali vale lo stesso discorso sui costi di cui sopra.

Assistenza essenziale

Invece alla fine la scure cadrà sulla sanità. Questo proprio mentre la Titolare della salute, Beatrice Lorenzin, si appresta a varare i nuovi livelli essenziali di assistenza, inserendo nel super-elenco delle prestazioni rimborsabili cure per oltre 100 malattie rare e i celiaci, fecondazione eterologa, epidurale per le partorienti. Costi in più che a fronte dei tagli obbligheranno a far leva anche sui ticket. Il Patto per la salute ne prevedeva la riforma ma senza costi aggiuntivi per i cittadini. L'idea non è quella di togliere le esenzioni agli over 65, ma ridurre in toto la sterminata platea degli esenti applicando un'Isee "corretto" per la sanità.

Soldi da reinvestire per abbattere i super ticket su visite e analisi, che oggi a chi non è esente arrivano a pesare anche mille euro l'anno. Ma la rinuncia delle regioni a indicare tagli fuori dal perimetro sanitario obbligherà di fatto i tecnici della Lorenzin a tagliare sulle esenzioni senza ridurre al contempo i super ticket. Che secondo uno studio della Uil Servizio politiche territoriali fanno incassare alle asl solo un miliardo e mezzo. In media 24 euro a testa. Che metà della popolazione, quella che consuma l'80% della spesa sanitaria, oggi non paga, scaricando spese ben superiori a quei 24 euro sulle spalle di chi esente non è ed ha necessità di cure. Una distorsione che la Lorenzin voleva correggere ma che rischia ora di trasformarsi in un "ticket più cari per tutti".

Le cifre

160

miliardi

Sono le spese regionali correnti, trasporti esclusi

119

miliardi

Sono quelli effettivamente trasferiti alle aziende sanitarie locali

800

milioni

È la spesa delle Regioni per le consulenze esterne

Allo studio delle Regioni le modifiche alla spesa del settore attraverso l'eliminazione degli sgravi per i 65enni

Sanità allo sfascio ed esenzione a rischio

LA SITUAZIONE

I servizi che mancano

NAPOLI (rr) - I Pronto soccorso al collasso, pazienti sulle barelle, posti che mancano nei reparti: alla situazione di collasso della sanità campana ora potrebbe aggiungersi anche lo stop all'esenzione automatica dai ticket sanitari al compimento dei 65 anni. La proposta partita ieri dal tavolo tecnico delle Regioni in vista della riforma della compartecipazione alla spesa sanitaria ha fatto rumore. Prevede di togliere l'attuale esenzione automatica per i 65enni con reddito entro i 36.151 euro annui, lasciarla agli anziani con pensioni sociali, patologie gravi, ed estenderla a disoccupati e famiglie numerose. Venerdì se ne potrà parlare in un incontro al ministero. In Campania avrebbe un effetto dirompente e aggraverebbe una situazione in cui praticamente le strutture, non per loro colpa nè per quella dei medici, hanno difficoltà anche a garantire i servizi minimi.

"Eliminare il superticket e conservare la competitività del servizio pubblico sul privato". È quanto chiede il Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, associazione di cittadini e di pazienti che si dice preoccupata per le indiscrezioni emerse sulla riforma dei ticket. In merito alla preannunciata revisione del sistema della compartecipazione alla spesa sanitaria, il coordinatore

nazionale **Tonino Aceti** esprime *"contrarietà sia nel metodo che nel merito. Nel metodo - spiega - contestiamo ancora una volta lo stile autoreferenziale e il mancato coinvolgimento dei cittadini su temi di notevole impatto, reiterando quanto fatto in occasione del Patto per la Salute"*. Nel merito, si rischia *"di peggiorare la realtà a danno, ancora una volta, dei diritti e dei redditi dei cittadini"*. Quindi la proposta: *"eliminare il super ticket sulla ricetta, una vera e propria 'tassa' che ad oggi sta favorendo il sistema privato a scapito di quello pubblico", "introdurre un sistema di progressività di compartecipazione in*

base alla capacità reddituale del singolo". A preoccupare, inoltre, anche la possibilità che lo strumento per stabilire la capacità reddituale sia il nuovo Isec, *"iniquo perché considera fonti di reddito tutte le prestazioni assistenziali come le indennità di invalidità civile ed accompagnamento, oltre che i contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche"*. Prospettiva di fronte alla quale, conclude Aceti, *"siamo pronti alla mobilitazione delle 300 sezioni del Tribunale per i diritti del malato e delle oltre 100 associazioni di pazienti"*.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Emergenza barelle al Loreto Mare

L'approccio multidisciplinare al carcinoma polmonare

Primo congresso regionale Fonicap presso l'azienda ospedaliera dei Colli

NAPOLI. Il carcinoma polmonare non a piccole cellule continua a rappresentare la principale causa di morte per cancro in Italia. La notevole incidenza e mortalità di questa malattia rende necessaria una diagnosi quanto più precoce possibile. D'altra parte le maggiori acquisizioni in campo chirurgico e nella ricerca rendono, oggi più che in passato, imprescindibile una interdisciplinare "presa in carico" del paziente. L'obiettivo di poter personalizzare il trattamento richiede attenzione per il paziente che può beneficiare delle migliori strategie terapeutiche, senza trascurare che l'attuale contesto socio-economico impone

un appropriato utilizzo delle risorse disponibili. Il 1° congresso regionale Fonicap, spiega il dottor Piantedosi responsabile dell'Unità Pneumologica dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, ha lo scopo di mettere a confronto le esperienze delle diverse figure professionali che operano nel campo dell'oncologia polmonare, condividendo quei percorsi diagnostico-terapeutici che, partendo dalle linee guida e dall'evidence based medicine, si calano nella quotidiana pratica clinica, in modo da poter migliorare l'aspettativa e la qualità di vita del paziente affetto da carcinoma polmonare non a piccole cellule.



● Ospedale Monaldi

Gli investitori. Gli operatori potrebbero temere un rallentamento delle riforme se le votazioni per il nuovo capo dello Stato dovessero protrarsi a oltranza

La buona stabilità che serve ai mercati

I MERCATI

La buona stabilità necessaria

di **Isabella Bufacchi**

IL SEGNALE POLITICO

Mercati e partner europei si attendono che in qualsiasi circostanza prevarrà un senso di responsabilità e di massima affidabilità

Inflazione e quantitative easing, Grexit ed elezioni greche, petrolio e tassi Usa. Di questo si stanno occupando a tempo pieno i mercati, in questo inizio anno. L'uscita di scena di Napolitano e le elezioni del presidente della Repubblica non risultano in cima alla lista degli investitori. Le dimissioni del capo dello Stato e la scelta del successore al Quirinale in questo momento non sono considerati determinanti per le scelte di investimento dei grandi portafogli, in senso negativo o positivo, per la loro portata destabilizzante o per le loro aperture a nuove opportunità di profitto.

Il rischio-Italia oltretutto è "neutralizzato" dalla prospettiva dell'avvio degli acquisti in BTP da parte della Bce nell'ambito dell'allargamento del QE ai titoli di Stato: «Se nel peggiore dei casi la chiusura dell'era Napolitano dovesse aprire una nuova fase di instabilità politica in Italia - ha tagliato corto ieri uno strategist - un eventuale allargamento dello spread o un aumento del rendimento dei BTP sarebbero evitati del tutto se nel contempo la Bce iniziasse ad acquistare i titoli di Stato italiani».

I mercati funzionano sulla base di scenari ipotetici. Lo scenario prevalente nelle strategie di investimento in Italia e all'estero è attualmente anche quello più favorevole al rischio-Italia: il pericolo di instabilità politica in Italia è considerato molto ridotto rispetto al passato perché Matteo Renzi è visto come un premier forte e l'opposizione è invece molto debole, disorganizzata, frastagliata e all'aricerca di un leader a sua volta forte. In questo contesto le elezioni del presidente della Repubblica, stando alle tesi prevalenti sui mercati, difficilmente destabilizzeranno il sistema; in aggiunta, l'ipotesi che la Bce decida di rimandare ulteriormente gli acquisti dei titoli di Stato nell'ambito del QE oppure di ridurli a poca cosa è considerata dai più marginale, residuale.

I mercati tuttavia sanno anche di potersi sbagliare. Sanno che devono essere pronti a

confrontarsi con l'imprevisto o con i casi avversi. Ecco che anche per l'Italia (come per le elezioni in Grecia) si ponderano in questi giorni anche le scelte di investimento in risposta agli scenari peggiori anche se meno probabili. Nel caso in cui le votazioni per l'elezione del presidente della Repubblica dovessero protrarsi a oltranza (è già capitato) facendo emergere un Renzi più debole delle attese, i mercati sarebbero di cattivo umore perché inizierebbero a temere un rallentamento del cammino delle riforme strutturali (e istituzionali) e un alleggerimento dell'agenda del governo sulle misure più controverse o politicamente più difficili da attuare ma anche più necessarie ai fini di crescita e sostenibilità del debito pubblico (riforma del lavoro, della giustizia, della pubblica amministrazione, taglio della spesa pubblica non produttiva, smantellamento delle municipalizzate e partecipate a livello locale, snellimento della macchina pubblica). Ancor peggio verrebbe accolto il rischio di elezioni anticipate.

Meno riforme, meno tagli improduttivi alla spesa pubblica, meno risorse per il rilancio dell'economia si traducono in meno crescita. E tanto più la crescita potenziale italiana rimane asfittica, tanto più i mercati si preoccupano per la sostenibilità del debito pubblico. Stando alle ultime statistiche pubblicate ieri dalla Banca d'Italia, all'estero sono detenuti ancora oltre 700 miliardi di titoli di Stato italiani: un ammontare estremamente elevato, che impone estrema cautela, anche quando lo scenario più probabile è anche quello migliore e più favorevole al rischio-Italia.

L'Italia, dunque, non può permettersi colpi di testa proprio adesso in occasione dell'elezione del presidente della Repubblica, anche se questo passaggio politico potrebbe coincidere con l'inizio degli acquisti di titoli di Stato da parte della Bce nel QE allargato e proprio perché c'è l'attesa per questo quantitative easing.

Il segnale politico che i mercati, e i partner europei che con le loro banche centrali sosterranno il QE per contrastare la deflazione, si attendono dall'Italia è che in qualsiasi circostanza prevarrà un senso di responsabilità e di massima affidabilità che si traduce nel voler assicurare al mondo degli investitori, a tutti i costi e in qualsiasi circostanza, un Paese sano e in crescita in grado di garantire il pagamento puntuale e integrale del debito pubblico in scadenza.

Organizzazione. Dopo il monitoraggio gli uffici con più pendenze sollecitati a risolvere le cause a rischio risarcimento

Nove mesi per azzerare l'arretrato

Da cancellare le giacenze con più di tre anni per tagliare gli indennizzi

LE CONSEGUENZE

Lo smaltimento prioritario potrebbe comportare l'invarianza dei carichi. Sarà rivisto l'incentivo per le sedi «produttive»

Giovanni Negri

■ Azzerare entro settembre le oltre 210mila **cause arretrate** che sono pendenti da più di tre anni. Limitando in questo modo in maniera drastica anche il rischio di risarcimenti da legge Pinto, che oggi si avviano a costare allo Stato circa 500 milioni all'anno. È questo l'obiettivo illustrato ieri dal ministro della Giustizia, Andrea Orlando, e da Mario Barbuto, direttore del dipartimento dell'Organizzazione giudiziaria. Si apre quindi, con l'inizio del 2015 e alla vigilia dei diversi momenti che la prossima settimana segneranno l'inaugurazione dell'anno giudiziario, la fase 2 della strategia del ministero per ricondurre lo stock di cause arretrate a volumi più gestibili e soprattutto meno rischiosi sul piano dei possibili indennizzi.

Terminato questo secondo step, cancellate le giacenze più vetuste, il processo civile potrà avviarsi - anche grazie alla riforma del Codice di procedura - a una durata complessiva che non dovrà sfiorare i tre anni ma che, per le controversie commerciali, non dovrebbe andare oltre i 12 mesi.

Poche settimane fa si era invece concluso il monitoraggio dell'Organizzazione giudiziaria e dell'Ufficio statistiche del ministero per la "targatura" dell'arretrato. Con l'identificazione, tribunale per tribunale, del grado di incidenza delle pendenze e della loro "anzianità". Un lavoro di conoscenza che ha permesso di riconoscere gli uffici dove l'emergenza è più elevata e la necessità di intervento è immediata.

Saranno allora proprio queste le sedi che da subito saranno messe sotto pressione e "vivamente" richieste (nel rispetto

dell'autonomia organizzativa dei vertici dell'ufficio) di applicare il programma Strasburgo 2, che ha permesso a Barbuto, quando era presidente del Tribunale di Torino, di ottenere risultati di eccellenza nel recente passato. Il ministero ha già predisposto una bozza di circolare.

Il programma Strasburgo 2 si affianca, precisa il ministero, alle risorse di natura economica già previste nella legge di stabilità con l'istituzione di un fondo per l'efficienza del sistema giudiziario (50 milioni per il 2015, 90 per il 2016 e 120 dal 2017) presso il ministero. A queste vanno aggiunti gli interventi per il reclutamento di risorse umane da destinare agli uffici giudiziari: 1.031 posti di personale amministrativo (su 9mila vacanti) saranno coperti con l'imminente bando di mobilità volontaria esterna, altre 71 unità sono già state trasferite da altri ministeri grazie alla mobilità e 144 unità sono in corso di assunzione mediante utilizzazione di graduatorie rimaste parzialmente inutilizzate da parte di altre amministrazioni. Le nuove risorse finanziarie saranno assegnate - assicurano alla Giustizia - secondo un criterio meritocratico e cioè prioritariamente agli uffici che fin qui hanno saputo utilizzare meglio quelle loro già destinate in precedenza.

Al dipartimento dell'Organizzazione giudiziaria ricordano che avere individuato come priorità lo smaltimento delle cause "a rischio Pinto" potrebbe avere due conseguenze collaterali e sgradite nel singolo ufficio: l'invarianza delle pendenze finali e la perdita dell'incentivo economico istituito nel 2011 e legato allo smaltimento di almeno il 10% dell'arretrato. Ma è alle viste una modifica proprio su questo punto, per rendere fruibili risorse economiche a chi riesce a cancellare non tanto e non solo l'arretrato seriale a prescindere dalla sua vetustà, ma anche a chi riesce a rispettare il programma

del ministero sull'arretrato ultratriennale.

Così, entro i prossimi sei mesi dovranno essere smaltiti gli affari contenziosi iscritti a ruolo nel secolo scorso e quindi fino al 2000 (86.283 in tutto); mentre entro 9 dovranno essere definiti quelli iscritti fino al 2005 (in totale 127.146). La terza fase sarà all'insegna della gestione ordinaria dell'arretrato rimasto e cioè degli 835.190 affari del periodo 2006-2010 e dei 2.692.504 degli ultimi tre anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cifre-chiave

213.429

Pendenti da più di tre anni
Con la fase 2 messa a punto dal dipartimento dell'Organizzazione giudiziaria del ministero della Giustizia, l'obiettivo è quello di smaltire entro settembre gli oltre 210mila affari civili che sono pendenti da oltre tre anni e che sono maggiormente a rischio di risarcimento per effetto di una legge Pinto che si avvia a costare allo Stato 500 milioni all'anno

2.692.504

Stock ordinario
Sono poco più di due milioni e mezzo le controversie giacenti da meno di tre anni e che dovranno essere gestite in via ordinaria per consentire una durata del processo di non più di tre anni e di un anno per le cause commerciali

Mercoledì 14 GENNAIO 2015

Quanto "costano" i DRG. Nei primi sei mesi remunerati 13,8 mld. In media 3.178 euro a dimissione e 471 euro al giorno

Secondo il Rapporto preliminare sulle Sdo nel primo semestre 2014, la remunerazione complessiva dei Drg per i ricoveri ospedalieri si è attestata a circa 12,6 miliardi di euro per l'attività per Acuti (di cui 11,55 miliardi in regime ordinario e 1,04 miliardi in regime diurno), poco più di un miliardo di euro per l'attività di riabilitazione (di cui circa 35 milioni per il regime diurno) e circa 223,3 milioni per l'attività di lungodegenza, per un totale di circa 13,8 miliardi di euro complessivi.

Confrontando le cifre pagate per i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati, con il numero di dimissioni (4.352.458) e le giornate (29.237.850) trascorse in corsia, emerge come in media la remunerazione (la cifra pagata per il servizio) **per un ricovero** sia stata **in media di 3178 euro e per giornata di degenza sia stata di 471 euro.**

Per quanto riguarda gli acuti in regime ordinario sono stati remunerati in media 3599 euro a dimissione e 530 euro per giornata di degenza. Per i ricoveri per acuti in regime diurno remunerati invece 1129 euro a dimissione e 605 euro a giornata di degenza. Per la riabilitazione ogni ricovero in media è stato remunerato 5902 euro (in media 235 euro a giornata di degenza), mentre per la lungodegenza la cifre remunerata è stata di 4168 euro (in media 149 a giornata di degenza).

quotidianosanità.it

Mercoledì 14 GENNAIO 2015

Rapporto Sdo 2014. Sempre meno ricoveri in ospedale. Giù acuti e day hospital. Un “giorno” di ricovero vale 471 euro. I dati dei primi 6 mesi

Calano dimissioni (-9% rispetto al 2013) e giornate di degenza (-6%). Crollo delle attività di Day Hospital: -18,5 e -23,5% le giornate. Si riduce il tasso di ospedalizzazione da 107 a 98,5 dimissioni per mille abitanti in regime ordinario e da 37 a 29,6 dimissioni in regime diurno per mille abitanti. Parto prima causa di ricovero e poi cardiovascolari e respiratorie. [IL RAPPORTO](#) - [LE TAVOLE](#)

Sempre meno ricoveri e sempre meno giornate di degenza. Con un trend sempre più in discesa. Le dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza negli ospedali italiani sono diminuite nei primi sei mesi del 2014 del 9% rispetto al primo semestre dell'anno precedente. Mentre le giornate di degenza sono scese del 6%. Cala vertiginosamente l'attività in Dh: il numero di dimissioni per acuti in regime diurno è sceso del 18,5%, le giornate del 23,5%.

Diminuisce quindi il tasso di ospedalizzazione che si riduce da 107 a 98,5 dimissioni per mille abitanti in regime ordinario e da 37 a 29,6 dimissioni in regime diurno per mille abitanti. Il tasso complessivo per acuti si riduce da 144 a 128 dimissioni per 1.000 abitanti.

Rimangono le differenze tra regione e regione e aumenta la mobilità interna.

A scattare la fotografia sull'attività di ricovero nelle strutture sanitarie italiane nel primo semestre 2014 è il **Rapporto Sdo** a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria, pubblicato sul sito del ministero della salute. Un'analisi preliminare dell'andamento dell'assistenza ospedaliera nella prima parte del 2014, basata sui dati provvisori disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute alla data del 2 dicembre 2014.

Dati da leggere partendo da una considerazione, sottolinea la Direzione generale della programmazione sanitaria: “non è possibile effettuare un confronto diretto dei valori assoluti (dimissioni, giornate) in questa pubblicazione con quelli delle pubblicazioni annuali degli anni precedenti, mentre è possibile confrontare i valori espressi come percentuale o come tasso. E nell'effettuare il confronto, tuttavia, occorre considerare l'eventualità di fenomeni di stagionalità dei ricoveri nel corso dell'anno, che potrebbero influire sull'effettiva comparabilità rispetto agli anni precedenti”.

Comunque sono numeri importanti quelli registrati negli ospedali italiani che continuano a rimanete il cuore del Ssn, nonostante negli anni abbia modificato i propri andamenti. Sono state ben 3.208.701 le dimissioni per acuti in regime ordinario e 920.757 in regime diurno (pari al 22,3% del totale delle dimissioni per acuti), 169.429 quelle in riabilitazione (di cui poco più del 92% in regime ordinario) e 53.571 le dimissioni per lungodegenza. E ancora, 21.778.462 giornate per acuti in regime ordinario e 1.716.604 accessi in regime diurno, 4.244.555 giornate in riabilitazione (di cui oltre il 95% in regime ordinario) e 1.498.229 giornate in lungodegenza.

In ogni modo, nonostante le avvertenze del ministero nella lettura dei dati, il trend dell'attività di ricovero nei primi sei mesi del 2014 rispetto all'anno precedente è chiaro: c'è una generale diminuzione del volume di attività erogata. Il numero complessivo di dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza passa da 4.782.288 a 4.352.458 unità, con una diminuzione di circa il 9%; il corrispondente volume complessivo di giornate passa da 31.092.743 a 29.237.850, con una riduzione del 6% circa.

Le dimissioni per acuti in calo.Entrando nel dettaglio, il numero di dimissioni per acuti in regime ordinario nel primo semestre 2014 passa da 3.419.669 a 3.208.701 unità, con una riduzione del 6,2% rispetto allo stesso periodo del 2013, mentre il corrispondente volume di giornate si riduce del 5,3% (da 23.003.068 a 21.778.462 unità).

Diminuisce in maniera marcata il numero di dimissioni per acuti in regime diurno: -18,5%, passando da 1.129.535 a 920.757 dimissioni. Calano notevolmente anche le giornate in Dh: da 2.243.081 a 1.716.604 giornate (-23,5%).

Il numero di dimissioni per riabilitazione in regime ordinario si riduce del 2,9% (da 160.835 a 156.245 unità), mentre il corrispondente volume di giornate rimane praticamente costante (-0,7%, da 4.090.892 a 4.062.792 unità), coerentemente con l'aumento della degenza media osservato, che passa da 25,4 a 26 giorni; l'attività di riabilitazione in regime diurno mostra una riduzione più marcata: -22% per le dimissioni (da 16.912 a 13.184 unità) e -14,6% per le giornate (da 212.828 a 181.763 unità).

Infine, per l'attività di lungodegenza si osserva una riduzione delle dimissioni da 55.337 a 53.571 unità (-3,2%) e delle giornate da 1.542.874 a 1.498.229 unità (-2,9%).

Il tasso di ospedalizzazione in acuti. Rispetto al primo semestre 2013, il tasso di ospedalizzazione in acuti per il primo semestre 2014 in Italia si riduce da 107 a 98,5 dimissioni per mille abitanti in regime ordinario, e da 37 a 29,6 dimissioni in regime diurno per 1.000 abitanti; si osserva, inoltre, una discreta variabilità regionale. Il tasso complessivo per acuti si riduce da 144 a 128 dimissioni per 1.000 abitanti. Da notare che i valori del tasso di ospedalizzazione per l'intero anno 2013 sono leggermente differenti da quelli osservati per il solo primo semestre: il valore complessivo è stato di 142,3 per 1.000 abitanti, suddiviso rispettivamente in 104 per il regime ordinario e 38,3 per il regime diurno.

Le principali cause (acute) per cui si ricorre all'ospedale. Continua a guidare la classifica delle cause di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario il parto con 137.765 dimissioni per **parto naturale** e 74.713 dimissioni per parto cesareo senza complicanze. Escludendo il parto le principali patologie che portano i pazienti nelle corsie ospedaliere sono le **patologie cardiovascolari** (Insufficienza cardiaca e shock) e quelle **respiratorie** (Edema polmonare e insufficienza respiratoria). Seguono gli interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori.

La mobilità. La mobilità complessiva a livello nazionale per acuti in regime ordinario è del 7,6% (era 7,4% nel primo semestre 2013 e si è attestata a 7,6% nell'intero anno) quella in regime diurno dell' 8,7% (era 7,9% nel primo semestre 2013, poi stabilizzato a 8% nell'intero anno).

La mobilità per riabilitazione è pari al 15,1% (era 14,8% nel primo semestre 2013, e 15,2% nell'intero anno) in regime ordinario e al 8% in regime diurno (con una riduzione di quasi un punto rispetto al valore di 9,1% del primo semestre 2013, e di circa 3 punti rispetto al 10,8% dell'intero anno precedente), e si attesta al 4,1% per lungodegenza (sostanzialmente costante rispetto al 3,9% del primo semestre 2013, poi stabilizzatosi al 4,2% per l'intero anno).

Le Regioni che hanno fatto registrare le più alte percentuali di mobilità passiva per le attività per acuti in regime ordinario sono il Molise (23,3%), la Basilicata (22,1), la Calabria (20,7%), l'Abruzzo (15,9%), la valle d'Aosta (15,6%) e le Marche (14,2%). La Lombardia è la regione con il più basso dato relativo alla mobilità passiva (3,3%).

In calo gli errori di compilazione delle schede. Migliora la qualità della compilazione rispetto al valore osservato per l'anno 2013: il numero di errori per 100 schede si riduce da 47,4 nel 2013 a 40,8 nel primo semestre 2014, con una diminuzione di 6,6 punti. Anche la distribuzione degli errori migliora, infatti il numero medio di errori per scheda si riduce da 0,5 a 0,4 (mentre il numero mediano di errori per scheda permane pari a zero), e la deviazione standard del numero di errori per scheda si riduce da 0,8 a 0,7 (cfr Tav. 1.3).

Infine, per avere una reale misura della dimensione dell'errore occorre considerare che una scheda SDO contiene 45 variabili: nell'anno 2013 sono pervenute 9.843.992 schede, per un totale di 442.979.640 informazioni distinte raccolte ed una percentuale complessiva di errori del 1,1%, mentre nel primo semestre 2014 sono pervenute 4.532.720 schede, per un totale di 203.972.400 informazioni complessive ed un numero di errori pari a 1.848.665, ovvero una percentuale di errore pari a 0,9%.

quotidianosanità.it

Giovedì 15 GENNAIO 2015

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

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

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

Queste le principali sfide che attendono la sanità italiana, indicate dall'Ocse per il nostro Paese. L'analisi è contenuta nella *'Revisione Ocse sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia'*, frutto di un lavoro di indagine e ricerca avviato da un progetto del 2012 finanziato dal ministero della Salute ed elaborato dalla Divisione Salute dell'Ocse di Parigi, con la collaborazione di Agenas e della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

Lo studio, presentato oggi a Roma alla presenza del Ministro **Beatrice Lorenzin**, mette subito in evidenza quelli che sono gli aspetti positivi del Ssn individuati nel documento. Emergono in primis gli indicatori di esito, qualità ed efficienza che risultano uniformemente notevoli. L'aspettativa di vita, 82,3 anni, è la quinta più alta tra i Paesi Ocse. I tassi di ricovero per asma, malattie polmonari croniche e diabete (indicatori di qualità delle cure primarie) sono tra i migliori e quelli di mortalità a seguito di ictus o infarto (indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera) sono ben al di sotto della media.

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

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

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

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

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

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

Sotto un profilo strutturale, L'Italia è un paese molto eterogeneo, sia dal punto di vista sociale che economico: la PA di Bolzano ha un PIL pro capite di 39.170 dollari e un tasso di disoccupazione del 4,1%, la Campania ha un PIL pro capite di 17.120 e un tasso di occupazione del 19,39%. Tale eterogeneità si riflette nel sistema sanitario. Malgrado i tentativi di armonizzazione, osserva l'Ocse, le differenze regionali in termini di qualità dell'assistenza rimangono significative. La percentuale di pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica entro 48 ore dall'infarto varia da ~15% nelle Marche, Molise e Basilicata a ~50% in Valle d'Aosta e Liguria.

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

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

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

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

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

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

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

Rafforzare la governance della qualità nell'assistenza sanitaria:

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

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

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

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

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

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

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

personale per il miglioramento della qualità, oppure facendo in modo che l'erogazione di parte o di tutto il contributo, sia condizionata al raggiungimento di determinati obiettivi o all'implementazione di nuovi processi.

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

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

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

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

- aggiornamento dei LEA in attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica (art. 1, comma 3)
- riparto del finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato effettuato anche tenendo conto del trend di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità (art. 1, comma 2)
- predisposizione da parte del Ministero di un documento di proposte per la Conferenza SR per implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale ai fini del monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi (art. 1, comma 8)
- aggiornamento degli obiettivi, struttura e funzionamento del sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (art. 10, comma 7)
- adozione del regolamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (art. 3, comma 1)
- stipula dell'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del paziente (art. 3, comma 2)
- definizione di un documento di indirizzo per individuare i criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi (art. 3, comma 3)
- individuazione e condivisione in Conferenza Stato-Regioni di strumenti di valutazione della soddisfazione del paziente e della qualità percepita, omogenei sul territorio nazionale (art. 4, comma 4)
- riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'istituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie e le Aggregazioni Funzionali Territoriali, comprese la definizione, nell'ambito dell'NSIS, di un sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate e di un sistema di codifica delle prestazioni omogeneo sul territorio nazionale (art. 5)
- predisposizione da parte del Ministero del "Piano nazionale delle cronicità" (art. 5, comma 21)
- impegno delle regioni nella definizione e attivazione delle reti integrate dei servizi sociosanitari (art. 6)
- aggiornamento del sistema di monitoraggio, supporto, verifica, e rafforzamento dei servizi sanitari regionali (art. 12)
- definizione del "Piano di Evoluzione dei Flussi NSIS" come strumento di programmazione degli interventi di aggiornamento e sviluppo sui sistemi informativi (art. 15).

Giovedì 15 GENNAIO 2015

Formazione medica. Intervista a Calabrò (Ncd): “Ultimi anni specializzazioni in medicina con contratti Ssn? Ecco perché dico no”

L’inserimento dei medici specializzandi nell’ultima fase del corso all’interno delle aziende del Ssn “avrà inevitabilmente ripercussioni sulla qualità dell’assistenza erogata. È evidente che questi futuri medici formati negli ospedali servono per reperire forza lavoro a basso costo”. La proposta: “Più compartecipazione Ssn-Università e volumi ed esiti anche per chi eroga formazione”.

“No” agli ultimi anni di specializzazione in medicina con contratti presso strutture del Ssn. “Perché cambiare, peggiorando, ciò che funziona? Tutti devono seguire lo stesso percorso formativo”. Parole di **Raffaele Calabrò**, Capogruppo NCD-AP in Commissione Affari Sociali che in questa intervista bocchia il progetto di riforma contenuto nella [bozza](#) del Ddl delega ex art. 22 del Patto della Salute su “gestione e sviluppo delle risorse umane del Ssn”. Per il deputato “è evidente che questi futuri medici formati negli ospedali servono per reperire forza lavoro a basso costo per sopperire al blocco del turn over e alla carenza di personale, con il risultato finale di aumentare il precariato”. Ma quale allora la formula? “Aumento del livello di qualità degli standard delle università e degli ospedali che devono far parte della rete formativa”.

Onorevole Calabrò, perché è contrario al progetto di mettere sotto contratto presso il Ssn gli specializzandi negli ultimi anni di corso?

Perché cambiare, peggiorando, ciò che funziona? Se il nostro sistema nazionale è tra i migliori del mondo è merito anche della capacità delle nostre università che negli anni sono riusciti a preparare medici che ci invidiano in tutto il mondo. Qui si sta giocando con la salute degli italiani!

E in che modo?

L’idea di separare i percorsi formativi tra i giovani che si prepareranno secondo l’attuale sistema che vede una rete formativa tra università e strutture del servizio sanitario sotto il coordinamento universitario e quelli che saranno contrattualizzati negli ospedali, avrà inevitabilmente ripercussioni sulla qualità dell’assistenza erogata nelle nostre strutture sanitarie. La politica sanitaria è diventata un’appendice di quella economica, perché è evidente che questi futuri medici formati negli ospedali servono per reperire forza lavoro a basso costo per sopperire al blocco del turn over e alla carenza di personale, con il risultato finale di aumentare il precariato. Tra occupazione dei giovani medici e qualità delle cure ai cittadini, sceglierei comunque la seconda.

Quindi non c’è nulla da modificare.

Troppo facile far passare i difensori dell’attuale sistema di preparazione come conservatori e difensori di un sistema baronale che si oppongono ad una formazione negli ospedali che dovrebbe essere, non si capisce perché più moderna. Tanto più che l’attuale ordinamento è stato modificato nel 2013 con la legge Carrozza. Si punti, invece, ad aumentare gli standard di accreditamento, basati su volumi ed esiti, sia per le università che per le strutture ospedaliere chiamate a far parte della rete formativa.

Valutazioni su volumi ed esiti anche per chi eroga formazione?

Mi sembra una vistosa contraddizione, considerare gli esiti e i volumi i nuovi dogmi per un sistema sanitario di qualità e poi formare i futuri camici bianchi in strutture minori dove non sanno cosa sia la complessità della casistica. Inevitabilmente ci troveremo medici di serie A e quelli di serie B destinati, si spera per i futuri pazienti, a non potere mai eseguire un intervento più complesso.

Ma qual è la sua proposta?

La formula migliore che andrebbe incontro a tutti potrebbe prevedere, come già specificato, l’aumento del livello di qualità degli standard delle università e degli ospedali che devono far parte della rete formativa. Si può, inoltre immaginare una maggiore compartecipazione delle strutture del sistema sanitario nella formazione, fermo restando che non ci saranno contratti, ma più borse di studio con fondi Miur e delle Regioni, ma tutti gli specializzandi, qualunque sia la provenienza finanziaria delle borse, devono seguire lo stesso percorso formativo. Quest’ultimo poi sarà deciso dal Miur, mentre al Ministero della Sanità spetterà stabilire quali sono le strutture idonee a formare i futuri camici bianchi. Infine, al Consiglio delle scuole di specializzazione sarà affidato il tutoraggio del singolo studente. Solo così ci assicureremo che un giovane medico abbia una formazione completa.

Giovedì 15 GENNAIO 2015

Diabete. Basterà un 'tatuaggio' per monitorare i livelli di glucosio

Simile ad un tatuaggio temporaneo, un sensore ultra-sottile da applicare sulla pelle potrebbe rilevare i livelli di glucosio estraendoli dal liquido tra le cellule cutanee. Il dispositivo ha mostrato una precisione pari a quella dei sistemi di monitoraggio tradizionali. E' ancora un prototipo ma si sta già lavorando al modello definitivo. Lo studio* su Analytical Chemistry. Crediti immagine: Jacobs School of Engineering/UC San Diego

Un sensore ultra-sottile, simile ad un 'tatuaggio' temporaneo, estrae e misura i livelli di glucosio nel liquido presente tra le cellule della pelle. Ne hanno realizzato un prototipo i ricercatori della Jacobs School of Engineering della University of California (UC) – San Diego, pubblicando i risultati dello studio* su *Analytical Chemistry*.

Flessibile, ultra-sottile e semplice da indossare, questo sensore è costituito da elettrodi 'disegnati' con attenzione, stampati su un tatuaggio temporaneo. Questo 'cerotto' potrebbe in futuro essere utile per i pazienti diabetici ed è stato studiato dai ricercatori nell'obiettivo di rintracciare metodiche per monitorare i livelli di glucosio.

Molti pazienti diabetici, infatti, spesso devono effettuare questo monitoraggio più volte al giorno, utilizzando dispositivi che prelevano una piccola quantità di sangue dalla punta delle dita.

Al momento, i ricercatori di ingegneria elettrica ed informatica del Center for Wearable Sensors stanno mettendo a punto la visualizzazione numerica perché il paziente possa leggere il risultato di cui ha bisogno per monitorare il proprio livello di glucosio: questo strumento non è ancora disponibile ma è in fase di lavorazione ed "avrà anche funzionalità Bluetooth per inviare direttamente in tempo reale le informazioni al medico oppure memorizzarle in un cloud", ha spiegato **Amay Bandodkar**, nel gruppo guidato dal Professor **Joseph Wang** del NanoEngineering Department e del Center for Wearable Sensors alla Jacobs School of Engineering at UC San Diego.

Nello studio, il 'tatuaggio' è stato testato dal team di ricercasu sette volontari di entrambi i sessi, di età compresa tra i 20 e i 40 anni e non affetti da diabete: nessuno di loro ha riportato sensazione di fastidio durante il test, riferiscono i ricercatori, mentre soltanto pochi partecipanti hanno avvertito un leggero formicolio nei primi dieci secondi dell'indagine.

Per verificare con quale precisione il tatuaggio riesce a rilevare il picco nei livelli di glucosio dopo un pasto, i volontari hanno consumato in laboratorio un pasto ricco di carboidrati composto di un panino e di una soda. Dall'analisi risulta che il dispositivo rileva questi livelli in maniera altrettanto precisa quanto un tradizionale monitor finger-stick.

Il Centro di ricerca "prevede l'utilizzo di questi sensori-tatuaggio per monitorare in maniera continua i livelli di glucosio di un'ampia popolazione in funzione delle sue abitudini alimentari", ha detto Bandodkar. "I dati di questa popolazione più vasta potrebbero aiutare i ricercatori a raggiungere una maggiore comprensione delle cause e delle potenzialità in materia di prevenzione del diabete, una malattia che colpisce centinaia di milioni di persone ed è una delle principali cause di morte e disabilità in tutto il mondo".

Ma come funziona il dispositivo? In pratica, una leggerissima corrente elettrica applicata alla pelle costringe gli ioni sodio presenti nel liquido in mezzo alle cellule della pelle a spostarsi verso gli elettrodi del dispositivo. Questi ioni portano con sé molecole di glucosio anch'esse presenti nel fluido: un sensore costruito nel tatuaggio misura la carica elettrica prodotta dal glucosio per fornire una stima dei livelli complessivi di glucosio.

"La concentrazione di glucosio estratta dal dispositivo del tatuaggio non-invasivo è quasi cento volte inferiore rispetto al corrispondente livello presente nel sangue umano", aggiunge Amay Bandodkar. "Così abbiamo dovuto sviluppare un sensore di glucosio ad elevata sensibilità che potrebbe rilevare livelli così ridotti di glucosio in maniera altamente selettiva".

"Attualmente i sensori possono facilmente durare un giorno", prosegue Bandodkar, "si tratta di dispositivi poco costosi – pochi centesimi – che possono essere sostituiti senza che il paziente abbia un carico economico di rilievo". I ricercatori stanno lavorando per far durare più a lungo il dispositivo.

I ricercatori spiegano che il dispositivo potrebbe essere utile per misurare altri importanti componenti come ad esempio l'acido lattico, un metabolita preso in considerazione soprattutto negli atleti anche per monitorare la loro forma fisica.

Viola Rita

Crediti immagine: Jacobs School of Engineering/UC San Diego

*Amay J. Bandodkar et al., Tattoo-Based Noninvasive Glucose Monitoring: A Proof-of-Concept Study. *Analytical Chemistry*, 2015; 87 (1): 394 DOI: 10.1021/ac504300n



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Uoc, proroghe di sei mesi per 13 dirigenti

La delibera

Incarichi rinnovati per sei mesi
«Necessari per evitare
interruzioni del servizio»

Prime, temporanee riconferme all'Asl di Benevento, in attesa che dalla Regione arrivi il nome del nuovo manager. Sono in tutto tredici le proroghe fatte dal direttore generale fa-

cente funzioni, Gelsomino Antonio Ventucci, che riguardano gli incarichi dirigenziali delle unità operative complesse. Con una delibera del 9 gennaio, Ventucci ha prorogato gli incarichi per ulteriori sei mesi, fino al 30 giugno, a 7 dirigenti Uoc: Emma Bianco (Provveditorato-Economato), Anna Bisesti (Servizio Relazioni con il Pubblico), Antonio Clemente (Affari Generali), Pietro Crisci (Coordinamento Servizi socio-sanitari), Pietro Paolo Pedicini (Servizio Qualità e Formazione), Vincenzino Gianni

Perfetto (Servizio ispettivo) e Alberto Traglia (Direzione amministrativa Ds BN2). La necessità dei rinnovi, come si apprende dall'atto della scorsa settimana, «arriva per evitare sia rallentamenti nel buon andamento della Pubblica Amministrazione sia interruzioni del pubblico servizio».

Ventucci ha rinnovato anche altri sei contratti ai dirigenti Federico Russo (Area Farmaceutica Aziendale e Uoc Farmaceutica Territoriale); Giovanni Beatrice (Uoc Centro Raccolta ed Elaborazione Dati); Annarita Citarella (Uoc Servizio Epidemiologia e Prevenzione); Alberto Lombardi (ingegnere dirigente biomedico), Lucio Luciano (Uoc Salute Mentale); Roberto De Toma (Uoc Tecnico Manutentiva). Costituito anche il nuovo Team per la gestione rischio clinico formato da Alberto Laganà (Coordinatore medico igienista esperto); Ida Rossi (medico legale); Vincenzo Biacolilli (medico infettivologo); Giovanni Di Santo (clinico di area medica); Angelo Aceto (clinico di area chirurgica), Angelo Campone (clinico di area critica), Caterina Costantini (dirigente area giuridico-amministrativa) e Gaetano Simeone (dirigente assistenza infermieristica).

Le nomine
Costituito
anche
il Team
per
la gestione
del rischio
clinico

Le questioni della sanità

Asl, Ventucci verso la nomina a commissario



L'azienda sanitaria Oggi scade il termine come reggente di Ventucci dalla Regione adesso potrebbe arrivare una mini proroga di trenta giorni

Scade oggi il termine come reggente dalla Regione mini-proroga di 30 giorni

Mino Ventucci succede a se stesso al vertice dell'Asl. Dovrebbe essere questa la soluzione-ponte che la Regione Campania adotterà per sopperire alla vacatio che si andrà a determinare dalla mezzanotte di oggi nell'unica Azienda sanitaria del Sannio. Sono in scadenza, infatti, i 60 giorni previsti dalla legge quale termine massimo entro cui provvedere a normalizzare gli assetti apicali, con l'individuazione del nuovo direttore generale. Qualora la Regione non provveda, o non sia in condizione di farlo come nel caso in questione (l'apposita commissione di valutazione dei candidati non ha ancora definito la cinquina dei nomi all'interno della quale Caldoro pescherà il successore di Michele Rossi), occorre nominare un commissario. Strada che si appresterebbero ad imboccare a Palazzo Santa Lucia, nel solco di quanto già fatto qualche settimana fa al Pascale, allorché Loredana Cici, che era già facente funzioni dopo la scadenza dell'incarico ricoperto dall'oncologo beneventano Tonino Pedicini, è stata nominata commissario dell'istituto per la cura dei tumori. La durata? Trenta giorni e comunque sino alla nomina del direttore generale, il che significa che il mandato provvisorio potrebbe interrompersi anche prima del mese indicato, qualora il governatore Caldoro riuscisse a far quadrare anzitempo i conti.

Nel caso di nomina del commissario, ipotesi come detto più che probabile, visto che la struttura tecnica della Regione è orientata in tale direzione, che sarebbe condivisa dalla parte politica, se per Ventucci cambia poco, anzi, nulla, non altrettanto si può dire per il direttore amministrativo: Antonio Mennitto, pur preceduto dal direttore sanitario all'atto di scegliere il direttore generale facente funzioni, in virtù della maggiore età di Ventucci, ha continuato in questi due mesi a svolgere l'incarico a suo tempo conferitogli dall'ex manager Rossi. Che andrebbe, invece, ad interrompersi con l'eventuale commissariamento. Pertanto, per proseguire avrebbe bisogno di un nuovo mandato, ma da parte della Regione in quanto il commissario non potrebbe riaffidarglielo. Ipotesi, questa, alquanto remota poiché ben di rado la Regione è andata al di là del solo commissario. È da ritenersi un'eccezione l'affiancamento qualche anno fa al commissario La Catena dei sub commissari Marchiello e Spinosa al vertice dell'Asl.

Certo è che con la Regione Cam-

pania è proibito azzardare atteggiamenti univoci. Ad esempio, quattro anni fa, dopo essere stato indicato facente funzioni all'Azienda ospedaliera Rummo, senza che fosse precisato il termine di scadenza del mandato, Michele Rossi restò in sella circa sei mesi prima che l'incarico gli fosse tramutato in commissario, senza che fossero adottati ulteriori provvedimenti. Anzi, la trasformazione non sarebbe neppure avvenuta se non fosse intervenuta la legge che riduceva lo stipendio dei vertici delle aziende sanitarie del 20%: quale facente funzioni non sarebbe stato possibile applicargli l'alleggerimento.

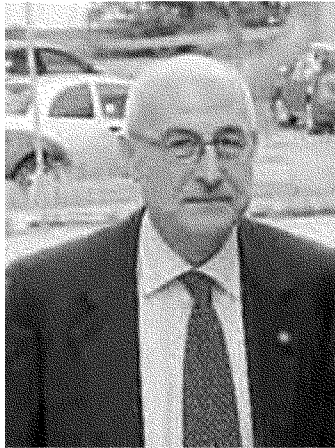
Al «Rummo», non dovrebbero eserci scossoni, poiché Gianpiero Berruti è nell'esercizio delle funzioni da poco più di un mese, precisamente dall'11 dicembre, per cui dovrebbe essere in scadenza l'8 febbraio. Un minimo di incertezza è dovuto al ritardo nell'assunzione del mandato, in quanto l'inizio della vacatio risale, così come all'Asl, alle 24 del 16 novembre. Il dilemma se il criterio di autonomia fosse costituito dall'anzianità tra direttore sanitario e direttore amministrativo, oppure la delega affidata da Boccalone ad Alberto Di Stasio determinò, come noto, l'entrata nelle funzioni di Berruti tre settimane dopo. In ogni caso, pure per lui la nomina a commissario sarebbe scontata, anche se si dovesse considerare il 17 novembre l'inizio dei 60 giorni di incarico provvisorio. Così come Mennitto, decadrebbe solo il direttore amministrativo nominato da Berruti, ossia Ida Ferraro che però è dirigente interno all'azienda.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità

Asl, Ventucci verso la nomina a commissario

In arrivo «mini-proroga»
di 30 giorni, poi il manager



Mino Ventucci succede a se stesso al vertice dell'Asl. Dovrebbe essere questa la soluzione-ponte che la Regione dotterà per sopperire alla vacatio che si andrà a determinare dalla mezzanotte di oggi nell'unica Asl del Sannio. Sono in scadenza i 60 giorni previstiquale termine entro cui provvedere a normalizzare gli assetti apicali, con l'individuazione del nuovo direttore generale. Qualora la Regione non provveda, o non sia in condizione di farlo, occorre nominare un commissario.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News

