



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La sanità, la riorganizzazione

Annunziata, chiudono i reparti: è protesta

Dal primo luglio il nuovo assetto della struttura. I sindacati: «Così si taglia l'assistenza»

Maria Pirro

Hanno portato via cinque incubatrici. Quanto basta per far scattare la protesta: una manifestazione potrebbe avvenire già questa mattina, in prima linea ci sono le donne che abitano nei pressi dell'antico ospedale Annunziata dove i pochi reparti rimasti, pezzo dopo pezzo, devono traslocare o riorganizzarsi. E più si avvicina il primo luglio, la data che segna un nuovo assetto per la struttura, più la tensione aumenta.

A intervenire sono anche i sindacati dei medici. Ermanno Scognamiglio, segretario provinciale della Cimo (la sigla dei primari), nonché primario del laboratorio di analisi all'Annunziata, afferma: «Tra la mamme del centro storico c'è allarme per la paventata chiusura degli ultimi gioielli: dopo la maternità, la terapia intensiva neonatale, la pediatria e la guardia anestesiológica. Dove saranno garantiti i tanti ricoveri che attualmente si eseguono nell'ospedale? E le oltre trentamila visite all'anno in quella che non si vuole chiamare più accettazione per 24 ore, ma che di fatto lo è, grazie alla presenza del reparto di pediatria e dei colleghi anestesisti?».

E però. Il nuovo piano ospedaliero parla chiaro: «Le attività di degenza at-

tualmente svolte nel presidio (ad eccezione della terapia intensiva neonatale; difatti, le incubatrici sono state consegnate al policlinico della Seconda Università di Napoli) vengono trasferite al Santobono-Pausilipon».

La struttura, annessa al polo pediatrico, torna invece all'Asl Napoli 1 per la «riconversione»: negli spazi dell'Annunziata, si legge nel piano, dovrà essere realizzato un «nuovo modello», di ospedale-territorio, per «l'area pediatrica», anche attraverso la costituzione di un «dipartimento funzionale integrato» tra le due aziende. In particolare, l'atto di indirizzo prevede di mantenere «l'antichissima vocazione materno-infantile» con la creazione di un'unità di cure primarie dedicata ai bambini, ma corredata da una serie di servizi aggiuntivi di tipo «sociale, multi-culturale e multi-etnico». E l'operazione è data per imminente, perché dal primo luglio è fissata l'intesa tra Santobono e Asl Napoli 1.

Di qui l'agitazione. Egli appelli indirizzati al presidente della Regione, Vincenzo De Luca. «Sono convinto - incalza Scognamiglio - che al governatore non sia stato adeguatamente rappresentato quanto sta accadendo in ospedale. Lui aveva promesso che nessuna

struttura sarebbe stata chiusa, al massimo riconvertita e rigenerata, ma quella che si profila può essere considerata una vera e propria dismissione».

In un documento il sindacalista chiarisce così la sua tesi: «C'è una contraddizione tra quanto previsto nel piano ospedaliero e la sua attuazione, perché, da una parte, si dispone l'apertura di due nuovi reparti di pediatria, al Loreto Mare e al San Giovanni Bosco, che fanno parte dell'Asl; dall'altra, si chiude la pediatria in funzione all'Annunziata, ma trasferendo il personale al Santobono. Così facendo, con lo striminzito sblocco del turnover e quindi con parziali autorizzazioni per assumere medici e infermieri, difficilmente l'Asl Napoli 1 potrà attivare in tempi ragionevoli i nuovi reparti programmati nei due ospedali per potenziare l'assistenza ai bambini che abitano nel centro della città».

Non è della stessa opinione Gaetano Di Pietro, direttore sanitario del presidio Annunziata che definisce «una grande opportunità» la creazione del dipartimento integrato Santobono-Asl per l'Annunziata. «Nella struttura - afferma - si offriranno una serie di servizi di facile accesso per i bimbi, ma con una specializzazione maggiore». Ad esempio, «qui resterà anche il chirurgo e il cardiologo pediatrico, e sarà garantita una continuità tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera. Sarà un modello nuovo, e importante, per la regione Campania».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il quartiere

Le mamme

«Pronte

a scendere

in piazza»

Di Pietro:

«Servizi

più efficienti»



quotidiano **sanità**.it

Giovedì 16 GIUGNO 2016

Ospedale Annunziata, il 1° luglio si chiude. Un pezzo di storia della Pediatria campana che nessuno vuole salvare

Gentile Direttore,

dal prossimo primo luglio, pare, l'Ospedale SS. Annunziata di Napoli chiude definitivamente. I 20 posti letto di pediatria e la Terapia intensiva neonatale dovrebbero tornare al Santobono mentre lo scheletro dello storico ospedale di Forcella che nel 2010 faceva 1500 parti accoglierà ancora circa 200 dipendenti tra amministrativi infermieri formati per la pediatria e medici che non si sa che fine faranno. Quel che è certo è che se un ospedale non ricovera più, non può chiamarsi più ospedale. Certo, manca l'ufficialità, e quindi manca la certezza formale, ma quella verrà probabilmente con un blitz dell'ultim'ora per evitare che la gente organizzi proteste. Dal primo luglio prossimo venturo la statua della Madonna dell'Annunziata, che secondo la leggenda da secoli consuma le sue scarpine per il suo girar di notte per i reparti a vegliare sui piccoli ricoverati, non avrà più su chi vegliare e vagherà malinconica per le stanze vuote a ricordare di quando vi venivano accolti e salvati bambini e venivano alla luce tanti neonati, ma veramente tanti, ben oltre i mille per anno, certo più che altrove. Ma forse questa era la vera "colpa" dell'ospedale.

Il Presidente De Luca aveva solennemente promesso che nessun ospedale di quelli che il famigerato decreto 49 del 2010 disponeva di chiudere sarebbe stato chiuso, ma al massimo sarebbe stato riconvertito e rigenerato. Ebbene, tra pochi giorni verrà chiuso un ospedale del quale il decreto 49 non disponeva la chiusura e lo stesso non verrà neppure riconvertito in nulla nonostante fosse forse l'unico per il quale c'era un ambizioso progetto di riconversione in presidio intermedio per la tutela della salute della donna e del bambino, in linea con le precedenti programmazioni regionali e le vigenti norme e che scaturiva da un decreto che stanno surrettiziamente stravolgendo, a dispetto delle regole sulla buona e trasparente amministrazione della cosa pubblica. Ci piace pensare che il Presidente questo non lo sa, perché gli hanno forse abilmente rappresentato una realtà distorta ed impedito di ascoltare voci diverse da quelle che hanno già in passato prodotto quella sanità di cui lui stesso ha denunciato il malessere. Tra pochi giorni andranno via dall'ospedale gli ultimi gioielli: dopo la maternità andranno via la Terapia intensiva neonatale, la pediatria e la guardia anestesiológica. **Dove andranno a finire quei tanti ricoveri che attualmente si fanno in pediatria?**

E dove andranno gli oltre trentamila accessi a quella che non si vuole chiamare più accettazione per 24 ore ma che di fatto lo è, grazie alla presenza di un reparto di pediatria ed una copertura anestesiológica? Eppure nel piano ospedaliero è disposta l'apertura di reparti di pediatria al Loreto Mare, dove è prevista anche una terapia intensiva neonatale, ed al San Giovanni Bosco, perché lo Stato ha finalmente detto che le pediatrie non devono essere concentrate ma distribuite sul territorio. E che si fa? Proprio mentre la Asl Na 1 dovrebbe aprire due Pediatrie ed una Terapia intensiva neonatale e proprio mentre sta per riprendersi l'Annunziata, si svuota, con il consenso del suo commissario straordinario, l'ospedale di pediatria e terapia intensiva neonatale e si disperde il personale, senza neppure rispettare gli accordi regionali, e così, con lo striminzito sblocco del turnover, che verrà in gran parte assorbito dall'ospedale del mare e da tutte le altre urgenti necessità, questi reparti non si potranno mai aprire ex novo in tempi ragionevoli. **Eppure il Loreto Mare dovrebbe avere la pediatria sottratta all'ospedale del Mare** in un processo che ha visto in cinque anni prima ridurre drasticamente e poi sopprimere del tutto le sue finzioni di assistenza a gravide e bambini.

E così quell'esigenza del territorio sancita dallo Stato sarà ancora una volta disattesa, o meglio la legge sarà di fatto elusa, probabilmente grazie a nostre misere manovre locali. Volendo ironizzare sembra proprio che qualcuno sia venuto da lontano o dalle zone alte a vender "pacchi" proprio a Forcella e alla Duchesca. Che dire poi del dipartimento ospedale-territorio tra Asl e Santobono messo nel piano ospedaliero. Il decreto ministeriale cui si devono adeguare indica per queste esigenze strumenti a costo zero, certamente più snelli,

flessibili, efficienti e che valgono per tutta la Regione e non solo per la città di Napoli. Possibile che gli esperti non lo sappiano? Allora che c'è dietro? Dicono in Regione che in fondo c'è l'accordo tra le aziende. Ma De Luca tuona sui giornali che gli atti aziendali li devono fare i nuovi direttori generali e non certo i commissari aziendali di passaggio. **Perché allora affidare ad un commissario di passaggio una programmazione di tanto rilievo aziendale ed assistenziale? Che fretta c'è?**

Perché la Regione non lascia alle convenzioni tra aziende certe cose e le mette invece in un piano ospedaliero? Dov'è la politica? Dove sono le Istituzioni regionali e locali? Dove sono i nostri snob-intellettuali capaci di mobilitarsi per la laicità della deputazione del tesoro di San Gennaro, che forse pochi napoletani conoscono, e restano indifferenti mentre un pezzo rilevante della Real Casa della SS. Annunziata, che tanto ha fatto per donne e bambini di questa città, che ha salvato da un triste destino gli antenati di tutti gli Esposito e di tanti napoletani, che è stata sede di insegnamento universitario della pediatria fin dal XIX secolo, subisca tutto questo? **Quello che è successo negli ultimi anni nell'assistenza materno-infantile, di cui la triste vicenda dell'Annunziata è solo una piccola parte, meriterebbe un'inchiesta** degli organi istituzionali deputati ad azioni di controllo. Noi stiamo a disposizione ed abbiamo una ricca documentazione al riguardo.

Ermanno Scognamiglio

Segretario Provinciale Cimo Napoli

quotidiano **sanità**.it

Giovedì 16 GIUGNO 2016

Sanità in crisi? Anche perché ci sono pochi infermieri

Gentile Direttore,

la scorsa settimana si sono susseguiti una serie di rapporti sulla sanità che hanno dato vita a diverse prese di posizione. Ne è mancata una, però, prettamente infermieristica. Dopo i dati della Corte dei Conti e del Censis, sabato scorso a Genova, sono stati presentati anche i primi dati dello studio Rn4Cast svolto in Italia.

I primi due rapporti hanno evidenziato come, in questi anni, da una parte si sia ampiamente risparmiato sul personale pubblico attraverso il taglio delle dotazioni organiche e il blocco stipendiale ([Corte dei Conti](#)) e, dall'altra, che 11 milioni di nostri cittadini hanno rinviato o rinunciato alle prestazioni sanitarie, con la notizia che buona parte della popolazione ritiene che la qualità del proprio servizio sanitario regionale sia peggiorata negli ultimi due anni ([Censis](#)).

I primi dati del terzo studio sono arrivati a fine settimana in una conferenza internazionale a Genova, dove la prof.ssa **Loredana Sasso** ha presentato i primi risultati dello studio RN4CAST (Registered Nurse Forecasting).

Uno studio già svolto in altri 14 paesi europei, oltre che in altri paesi su diversi continenti, che ci permette di analizzare l'impatto di un numero adeguato di personale infermieristico (staffing) sulla sicurezza del paziente e sulla qualità dell'assistenza con dati fondati scientificamente e con una metodologia che permette il raffronto tra i 40 ospedali delle 13 regioni italiane che hanno partecipato allo studio e gli altri paesi europei.

Uno studio che in Italia mancava (Nursind nel 2013 né è stato finanziatore e promotore) e che sarà alla base delle politiche sanitarie dell'Unione europea per far fronte al crescente bisogno sanitario della popolazione, per l'enorme impatto che l'ambito sanitario ha nel mondo del lavoro e per il valore strategico che la salute dei cittadini europei ha in termini di politiche generali (immigrazione, scambi commerciali, lavoro, difesa militare, ...).

Cosa ci dicono in sintesi i primi dati dello studio?

Anzitutto che il rapporto pazienti/infermieri nei reparti di chirurgia e medicina in Italia è di 9,54 (valore minimo 7,08 – valore massimo 13,65) mentre il livello ritenuto ottimale per evitare esiti importanti sulla salute dei malati è di 6:1.

In secondo luogo i dati ci dicono che le cure mancate riguardano principalmente aspetti *core* della professione infermieristica, cioè quelli che più interessano l'area di autonomia professionale (pianificazione delle cure, sorveglianza adeguata dei pazienti, sviluppo o aggiornamento dei piani di assistenza e programmi, cambio frequente della posizione, confort/dialogo col paziente, educazione del paziente e della famiglia, la cura del cavo orale) e che questi variano in base al numero di infermieri e al loro carico di lavoro. Particolare influenza ha l'ambiente di lavoro dove si associa un più alto rischio di *burn out* e dove agli aspetti di soddisfazione legati al godimento dei diritti, alla flessibilità e all'autonomia professionale si contrappongono alti valori di insoddisfazione per lo stipendio e l'avanzamento di carriera.

In Italia il 36,15% degli infermieri (età media 41 anni) avrebbe intenzione di lasciare il lavoro nel prossimo anno, un dato preoccupante se pensiamo che il futuro dell'Italia e dell'Europa richiederà un maggior numero di professionisti di infermieri.

In sostanza un sistema che "brucia" la sua risorsa più preziosa. Ancora una volta le condizioni lavorative incidono notevolmente sulle scelte individuali: il desiderio/volontà dell'infermiere di cambiare struttura aumenta del 50% in presenza di impossibilità di completare le attività di gestione del dolore per mancanza di tempo

riconoscimento della professione e ascolto da parte della dirigenza.

Sono primi dati che richiederanno diverse analisi e rapporti con altri dati di carattere economico, per esempio, al fine di valutare se il costo di un infermiere in più è giustificato economicamente rispetto al costo che il sistema deve sostenere per gli esiti delle mancate cure. Tuttavia pare indubbio che la *spending review* sia stata efficace nel rientro economico delle regioni ma è altrettanto provato che ciò è anche andato a discapito della qualità dell'assistenza (il 40% degli infermieri ritiene che la qualità sia mediocre o scadente), degli esiti e della sicurezza (solo il 30% degli infermieri ritiene che il livello di sicurezza dei pazienti sia molto buono o eccellente). Inoltre non abbiamo prova che con i tagli economici si siano adottati più efficienti ed efficaci modelli organizzativi.

La prof.ssa **Linda Aiken** nel suo intervento ha ribadito che i precedenti studi del consorzio Rn4Cast hanno correlato la mortalità nelle strutture ospedaliere a due variabili: al rapporto pazienti/infermieri (la mortalità è più bassa negli ospedali in cui un infermiere segue meno pazienti) e al più elevato titolo di studio dello staffing (il 50% degli infermieri italiani sono laureati).

La difficoltà di svolgere la professione infermieristica in situazioni di carenza d'organico è testimoniata dal fatto che il 79% degli infermieri dice di non essere abbastanza presente al letto del paziente. Non ci sono abbastanza infermieri. Tra i 40 ospedali italiani si osservano differenze rilevanti: si passa da strutture con il rapporto nelle 24 ore di un infermiere per 6 pazienti a strutture con il rapporto di un infermiere per 11 pazienti.

Appare quindi evidente – e le sfaccettature di queste evidenze saranno oggetto di studio e pubblicazione nel proseguo delle analisi e comparazioni tra i dati – che c'è una correlazione significativa tra staffing (formazione, composizione e numero di personale addetto all'assistenza), ambiente lavorativo e qualità e sicurezza delle cure. Una tale correlazione non può che avere come corollario l'affermazione che l'assistenza infermieristica non è il problema ma soluzione dei problemi di salute dei pazienti.

In sostanza, permettendomi una riflessione personale, si vede confermato ciò che da tempo andavamo affermando: la questione infermieristica (l'infermiere che non c'è) è rilevante per la qualità delle cure. I tagli lineari, il blocco dei contratti e del turn over hanno aggravato le condizioni lavorative e peggiorato l'ambiente lavorativo, due fattori che hanno inciso sulla qualità e sicurezza delle cure offerte alle persone bisognose. I tavoli ministeriali sulla professione infermieristica non potranno non partire da queste considerazioni ora avallate anche da dati oggettivi e da comparazioni internazionali.

Andrea Bottega
Segretario nazionale Nursind

Riforma della Pa

RATING 24



Il bilancio parziale

Con i 3 Dlgs approvati mercoledì salgono a 4 i provvedimenti giunti al traguardo, altri sei hanno ottenuto solo il primo via libera

Riforma Madia, all'appello mancano 10 decreti

Prossime tappe la revisione delle regole sui premi di produttività degli statali e il riordino della dirigenza

Gianni Trovati

ROMA

Archiviata mercoledì la questione «furbetti» insieme ai decreti su conferenza dei servizi e Scia, la riforma della Pa apre il secondo capitolo dell'attuazione, che conta una decina di decreti in attesa del primo via libera (mentre altri sei, tra i quali il taglio alle partecipate) stanno ultimando il passaggio in Parlamento prima di tornare a Palazzo Chigi.

In prima fila ci sono gli interventi paralleli su dirigenza e pubblico impiego, chiamati a decidere su articolo 18 e premi di produttività. Il passaggio è indispensabile per rinnovare i contratti nazionali, passati da 1 a 4 grazie al ridisegno approvato sempre mercoledì. Il dibattito sugli statali e le loro buste paga, insomma, entra ora nel vivo. Lo stallo sul riordino della geografia del pubblico impiego ha infatti rappresentato finora un ottimo pretesto per non mettere mano ai nuovi contratti, su cui sia il governo sia i sindacati si giocano una parte importante della loro credi-

bilità nella battaglia per rinnovare davvero la pubblica amministrazione: con il testo sui nuovi comparti, che la prossima settimana tornerà all'Aran per la sigla definitiva e sarà quindi in vigore nei primi giorni di luglio dopo l'ok della Corte dei conti, la partita si riapre ufficialmente. Sul risultato finale giocherà però un ruolo determinante un altro pezzo della riforma Madia in arrivo, quello che appunto riscrive il testo unico del pubblico impiego e che entro la prima metà di luglio potrebbe arrivare sul tavolo del consiglio dei ministri insieme alla riforma della dirigenza: lì si riscriveranno le regole per i premi di produttività dei dipendenti pubblici. Viste le cifre, esili, che accompagnano i nuovi contratti (300 milioni, più una settantina, cioè lo 0,4% della massa salariale, che regioni ed enti locali devono stanziare), le sorti delle buste paga reali si giocheranno proprio su integrativi e premi. «Licenziamo i furbetti e valorizziamo i bravi», ha sintetizzato ieri in un tweet il premier Matteo Renzi: dopo il decreto anti-assenteismo, quindi, ora tocca alla seconda mossa.

Anche su questo aspetto la situazione è andata in stallo con il blocco contrattuale introdotto nel 2010. La riforma Brunetta aveva tentato di rivoluzionare il quadro imponendo una doppia regola, mai applicata. La quota maggioritaria delle risorse integrative deve andare alla produttività, e i premi devono andare per metà ai dipendenti «eccellenti», pari al 25% del totale, e per l'altra metà al 50% degli organici, collocati in fascia media, lasciando a secco l'ultimo quarto del personale. Per la riforma Madia il sentie-

ro è stretto, perché l'obiettivo è di superare la rigidità delle tre fasce, che ha contribuito non poco all'altro mancata attuazione, senza mettere in discussione il principio che concentra i premi su una quota di «migliori» e li azzerava per una fascia di persone giudicate meno produttive. L'idea potrebbe tradursi nel mantenimento di una soglia in alto, che individua la quota di personale a cui attribuire i premi maggiori, e di una in basso, per blindare il concetto che non possono esserci premi per tutti, e ampliare gli spazi di autonomia della contrattazione. Una semplificazione drastica, poi, dovrebbe arrivare per la giungla di regole che in questi anni ha creato il caos nella gestione dei fondi decentrati, quelli che finanziano la parte integrativa della busta paga, con l'obiettivo di cancellare le indennità che ancora "premano" aspetti ordinari (e spesso in pratica la stessa presenza in servizio).

Il rafforzamento della contrattazione decentrata sarà anche una delle linee guida dell'atto di indirizzo con cui la Funzione pubblica

aprirà ufficialmente le trattative dei rinnovi. L'altra punterà a evitare un mini-ritocco del tabellare uguale per tutti, introducendo una progressività che concentri gli effetti sulle fasce più basse e li alleggerisca via via che cresce il peso dello stipendio. L'atto di indirizzo, comunque, non indicherà soglie (e quindi nemmeno l'ipotesi di bloccare gli aumenti a quota 26 mila euro circolata ma smentita da Palazzo Vidoni), ma il principio.

L'altro rebus da sciogliere con i rinnovi contrattuali è quello dell'incrocio con gli 80 euro, perché una fetta consistente del pubblico impiego si affolla fra 24 mila e 26 mila euro di reddito, cioè nella fascia in cui può bastare un piccolo aumento per uscire dal raggio d'azione del bonus. Due le ipotesi al momento: inserire l'effetto 80 euro direttamente nelle tabelle, oppure indicare nell'atto di indirizzo l'esigenza di tenerne conto nella modulazione degli aumenti.

Sul fronte semplificazioni, invece, manca solo il tassello rappresentato dal via libera finale al Dpr

taglia-tempi, quello che dimezza i termini per l'autorizzazione delle opere (infrastrutture e impianti produttivi) considerate «strategiche» e commissariale amministrazioni che non rispettano il calendario abbreviato: dopo un tira e molla con le regioni, l'accordo è stato trovato sul passaggio attraverso un altro decreto, da scrivere entro due mesi dopo l'entrata in vigore del primo, per fissare i criteri con cui individuare gli interventi strategici. Il grosso del lavoro, comunque, è contenuto dalle riforme di Scia e conferenza dei servizi approvate mercoledì, che nella sintesi via twitter del premier produrranno «tempi certi, finalmente». Gli effetti attesi sono stati riassunti in una serie di slide diffuse ieri sul sito della Funzione pubblica: agibilità immediata per gli edifici (oggi si aspettano 60 giorni), riduzione a tre dei regimi per le autorizzazioni (attività libera per la manutenzione ordinaria, Scia per la ristrutturazione e permesso di costruire per i nuovi edifici) e domanda unica online per aprire un'attività. Definite le regole, però, la possibilità di arrivarci davvero passa anche dalla riorganizzazione delle amministrazioni, a partire da Palazzo Chigi e ministeri la cui struttura sarà rivista dal secondo pacchetto di decreti attuativi in arrivo.

gianni.trovati@ilssole24ore.com

LE SEMPLIFICAZIONI

Tre regimi nell'edilizia:
attività libere (manutenzioni),
Scia (ristrutturazioni) e
permesso di costruire
Domanda online nel commercio

La mappa dell'attuazione

Approvati In itinere Da varare

FOIA

Con quattro decreti che hanno tagliato il traguardo e altri sei, come quelli sul riordino delle partecipate e dei servizi pubblici locali, che sono attualmente all'esame del Parlamento per i pareri, l'attuazione della delega Madia per la riforma della Pa (legge 124/2015) ha passato il primo giro di boa. All'appello mancano ancora dieci provvedimenti tra cui i testi unici di dirigenza e pubblico impiego che dovrebbero arrivare sul tavolo del Consiglio dei ministri entro metà luglio

SCIA

Più trasparenza su dati e documenti della Pa
Quello sul Freedom of information act è l'unico decreto che è già stato pubblicato sulla Gazzetta ufficiale. Riconosce il diritto di accedere a dati e documenti in possesso della pubblica amministrazione, anche senza un interesse diretto

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA ALTA

CONFERENZA SERVIZI

Decisione entro 60 giorni rappresentante unico per lo Stato
La nuova Conferenza dei servizi prevede la partecipazione di un solo rappresentante per livello di Governo, 60 giorni di durata (che possono salire a cinque mesi in caso di ricorsi), silenzio-assenso e riunioni via mail

ASSESENTISTI

Licenziamenti veloci per i «furbetti» del cartellino
Incasso di flagranza (timbratura del cartellino e uscita dall'ufficio) per il dipendente pubblico scatta una sospensione in 48 ore e a seguire il licenziamento arriva in 30 giorni. Sanzioni per «omissione di atti» al dirigente che non ha vigilato

PARTECIPATE

Limiti stretti per il riordino Fatturato minimo a 1 milione
Il testo unico, atteso per il via libera finale entro giugno, impone limiti stretti per la conferma di società esistenti (tra cui un fatturato di almeno 1 milione), vincoli alle nuove partecipazioni e un nuovo organi di controllo all'Economia

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA MEDIA

SERVIZI LOCALI

Nuovi limiti agli affidamenti diretti trasporto pubblico da riformare
È il decreto parallelo rispetto al testo unico partecipate. Punta a liberalizzare il settore dei servizi pubblici locali con nuovi limiti agli affidamenti diretti e riformare il trasporto pubblico con incentivi all'innovazione e alla lotta all'evasione tariffaria

DIRIGENTI ASL

Elenco nazionale per la scelta dei vertici delle strutture sanitarie
Il provvedimento cambia le regole sulla scelta e sulla revoca dei direttori sanitari di Asl e ospedali. L'obiettivo è una maggiore trasparenza sui requisiti anche per i direttori generali, che saranno scelti sulla base di un elenco nazionale

PA DIGITALE

Entro il 31 dicembre 2017 a regime la comunicazione on line con la Pa
Obiettivo spostato in avanti, perché il traguardo è al 31 dicembre 2017. In quella data, secondo il decreto, sarà esteso a regime il meccanismo dell'identità digitale unica per tutte le comunicazioni digitali con la Pubblica amministrazione

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA MEDIA

FORZE DI POLIZIA

I Corpi ridotti da cinque a quattro Forestale accorpata ai Carabinieri
Scompare il corpo autonomo della Forestale, accorpandola ai Carabinieri, e punta a evitare le sovrapposizioni di competenze fra gli altri 4 Corpi di polizia e a migliorare l'efficienza grazie alla gestione associata delle attività comuni

PORTI

Solamente 15 le nuove Autorità Governance più leggera
Si riducono da 24 a 15 le Autorità portuali, con un alleggerimento della governance e misure di semplificazione nella gestione. Partita ancora aperta sui tempi alla luce della richiesta delle Regioni di prevedere un allungamento dei tempi

DIRIGENZA

Abolite le fasce, incarichi a tempo rinnovabili una sola volta
Potrebbe arrivare entro metà luglio sul tavolo del consiglio dei ministri il nuovo testo unico che ristride le regole per la dirigenza: vengono abolite le fasce e gli incarichi saranno a termine rinnovabili una sola volta. Più poteri di controllo sugli uffici

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA MEDIA

PUBBLICO IMPIEGO

Un testo unico con nuove regole per mobilità e valutazione del merito
Insieme alla riforma della dirigenza a metà luglio potrebbe arrivare anche il testo unico del pubblico impiego. Prevede l'abito il rafforzamento dei criteri di valutazione e premio delle professionalità. Messa a regime poi della mobilità tra diverse Pa

CAMERE COMMERCIO

In arrivo la cura dimagrante si passa da 105 a non più di 60
Cura dimagrante in arrivo per le Camere di commercio. La delega prevede il passaggio dalle attuali 105 a non più di 60. Prevista la possibilità di singoli enti con una soglia minima di 75.000 imprese iscritte

ACI-PRA

Nasce il documento unico di proprietà e circolazione
Previsto il riordino del Registro automobilistico con trasferimento al ministero per i Trasporti. Obiettivo la riduzione dei costi connessi alla gestione dei dati sui veicoli. Nascerà il documento unico di proprietà e circolazione

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA MEDIA

PCM E MINISTERI

Verso la riorganizzazione della macchina statale
L'articolo 8 prevede deleghe per la riorganizzazione della presidenza del Consiglio e dei ministri delle agenzie governative e degli enti pubblici non economici nazionali. A Palazzo Chigi un'unità per l'analisi delle politiche

PREFETTURE

Dopo la riforma delle province riassetto degli uffici di governo
Previsto il riordino degli uffici territoriali delle amministrazioni centrali con riduzioni e accorpamenti sia per le Prefetture sia per le sedi ministeriali. Una riassetto necessario dopo la riforma delle province e delle città metropolitane

ENTI DI RICERCA

Semplificazione al via, garantita la protabilità dei progetti
La semplificazione degli enti pubblici di ricerca prevista dalla delega partirà dal recepimento della Carta europea che garantisce la portabilità dei progetti. Si punta a semplificare i vincoli amministrativi, contabili e legislativi

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA ALTA

EFFICACIA ALTA

CORTE CONTI

Cambia il giudizio davanti alla magistratura contabile
La riforma Madia della Pa prevede una ridefinizione dell'attuale disciplina processuale davanti alla Corte dei conti, compresi i giudizi pensionistici, quelli di conto e quelli su istanza di parte

AVVOCATURA

In arrivo nuove regole per gli Avvocati dello Stato
Un altro dei decreti attuativi mancanti punta a introdurre una nuova "governance" per l'Avvocatura dello Stato. Tra l'altro si introduce il vincolo per i vice avvocati generali: non potranno durare più di 4 anni

CONCILIAZIONE

Conciliazione dei tempi di vita e lavoro
Il decreto legislativo allo studio punta ad adottare misure organizzative per riuscire a conciliare i tempi di vita e di lavoro con forme di telelavoro da adottare per il 10% dei dipendenti entro un triennio

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA BASSA

EFFICACIA MEDIA

EFFICACIA MEDIA

SANITÀ MONDIALE

**CON LA CRISI ECONOMICA
PIÙ MORTI DI TUMORE**

La crisi economica ha provocato 500 mila casi di cancro in più in tre anni (2008-2010). Lo sostiene la ricerca dell'epidemiologo Mahiben Maruthappu su *Lancet*. Dall'analisi di dati su economia e salute in 70 Stati ad alto e medio reddito risulta che un aumento dell'1 per cento della disoccupazione si traduce in 0,37 morti per tumore in più ogni

100 mila persone, contro lo 0,0053 di morti in più causate dal taglio dell'1 per cento alla spesa sanitaria. Nei 35 Paesi Ocse questi due fattori hanno provocato 263 mila morti, concentrati nei Paesi in cui non c'è sanità gratuita, come Usa o Polonia. Dove c'è, come Italia, Francia, Gran Bretagna, l'aumento è stato minimo o nullo. (al. sa.)

SIGLATO L'ACCORDO TRA LA REGIONE E L'IKTAM

Biotechologie, patto Campania-Germania

NAPOLI. Si rafforza l'asse Campania-Germania sul fronte delle biotechologie della salute. Biocam,* Aggregazione pubblico-privata della Regione Campania specializzata nella ricerca e nel trasferimento tecnologico delle biotechologie applicate alla salute dell'uomo, sigla un protocollo di intesa con l'Itkam-Camera di Commercio Italiana per la Germania, per avviare e consolidare le collaborazioni di ricerca e di sviluppo con i più avanzati centri biotecnologici tedeschi e alcuni dei più importanti gruppi industriali europei. La Germania è infatti leader in Europa nel mercato delle innovazioni biotecnologiche e sede dei più importanti centri di sviluppo di prodotti destinati al commercio e utilizzo clinico. A siglare il Protocollo Lucio Annunziato, presidente di Biocam Scarl, ed Emanuele Gatti, presidente di Itkam. Firmano il protocollo anche altre tre società biotecnologiche aderenti a Biocam: Neatech.It srl rappresentata da Joseph Grosso, Genetic spa rappresentata da Rocco Carmelo Pavese e Merigen Research srl rappresentata da Sebastiano Di Biase. «La firma di questo Memorandum accelera un percorso di internazionalizzazione strategico per tutti i nostri partner e per il sistema biotecnologico campano nel suo complesso» afferma Lucio Annunziato, presidente di Biocam Scarl e ordinario di Farmacologia alla Federico II di Napoli.

quotidianossanità.it

Venerdì 17 GIUGNO 2016

Spesa sanitaria. In Italia raddoppio da qui al 2040: spenderemo quasi 6mila dollari a testa. Nel 2013 ne spendevamo poco più di 3mila

Il dato in uno studio dell'Institute for Health Metrics and Evaluation e finanziato dalla Bill & Melinda Gates Foundation, pubblicato oggi su Lancet. I ricercatori hanno effettuato le previsioni per 184 Paesi. La spesa sanitaria globale, pubblica e privata, passerà dai 7,83 trilioni di dollari del 2013 ai 18,28 del 2040 con un tasso di crescita annuo della spesa procapite del 2,4%. Ma nonostante la crescita globale resterà un gap elevato tra ricchi e poveri. [LO STUDIO](#)

E' prassi comune che man mano che una nazione cresce da un punto di vista economico, aumenti anche la spesa *pro capite* destinata alla sanità, sia statale che privata. A differire però da una nazione all'altra sono la velocità e l'entità di questi cambiamenti, anche a parità di crescita. Nel 2013 la spesa sanitaria pro capite nella Repubblica Democratica del Congo era di appena 24 dollari e quella della Repubblica Centrafricana di 26 dollari, con il risultato di una bassissima aspettativa di vita tra la popolazione e un'elevata mortalità infantile.

Un contrasto stridente e drammatico con la realtà degli Usa che al momento hanno una spesa sanitaria media pro capite di 16.592 dollari (per il 42% pubblica e per il 48,7% privata).

Uno studio pubblicato su *Lancet*, realizzato da **Joseph Dieleman** e colleghi dell'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (Seattle, USA) e finanziato dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*, andando a valutare le tendenze passate (estrapolando i dati dall'*Health Spending Observatory* dell'OMS e dal rapporto *Financing Global Health 2015* dell'*Institute for Health Metrics*) ha disegnato una stima di come e quanto si andrà a spendere in futuro per la sanità, con un'estensione temporale fino al 2040, in 184 Paesi.

Secondo gli autori, la spesa globale per la salute passerà dai 7,83 trilioni di dollari del 2013, ai 18,28 trilioni (con un margine di incertezza tra 14,42 a 22,24) nel 2040. In questo lasso di tempo, secondo gli esperti la spesa sanitaria pro capite aumenterà del 2,7% l'anno nelle nazioni ad alto reddito, del 3,4% l'anno per quelle a reddito medio-alto, del 3% in quelle a reddito medio-basso e infine del 2,4% nei paesi a basso *income*.

Per l'Italia si stima un tasso di crescita annuale del 2,6% che porterebbe nel 2040 a una spesa sanitaria (pubblica e privata) procapite di 5.968 dollari (con un *range* tra 5.013 e 6.804 dollari), a fronte dei 3.077 del 2013, per quasi l'80% coperta dalla sanità pubblica e il resto come spesa privata. L'incidenza sul Pil passerebbe dal 9,1% del 2013 all'11,1% del 2014 (range 9,3/12,6%).

Le vette di spesa, rapportate al Pil, per il 2040 si raggiungeranno negli Usa (23,2%), nelle isole Marshall (23,8%) e in Micronesia (18%).

La disparità nell'allocazione delle risorse destinate alla sanità, tra i vari paesi, permarrà tuttavia anche negli anni futuri. Così, se tra il 1995 e il 2015 i paesi a basso reddito spendevano 0,03 dollari per ogni dollaro speso nelle nazioni ricche, anche dopo aver considerato il diverso potere d'acquisto, gli esperti stimano che nel 2040 questo rapporto di spesa per la sanità tra paesi poveri e ricchi, rimarrà invariato. Insomma i paesi a basso reddito continueranno ad avere pochi fondi da investire in sanità.

Secondo le stime degli autori di questo studio inoltre entro il 2014 solo una nazione tra le 34 a basso reddito e solo 36 tra le 98 a medio reddito raggiungeranno l'obiettivo della *Chatham House* di allocare il 5% del PIL in spesa sanitaria statale.

17/6/2016

Spesa sanitaria. In Italia raddoppio da qui al 2040: spenderemo quasi 6mila dollari a testa. Nel 2013 ne spendevamo poco più di 3mila

In conclusione, nonostante i tanti progressi fatti nel campo della salute, le nazioni a basso e medio reddito non riusciranno entro il 2040 a centrare gli obiettivi di spesa sanitaria definiti a livello internazionale. Anche il *gap* di spesa sanitaria tra i paesi più poveri e quelli più ricchi non si andrà restringendo in maniera significativa nei prossimi anni, a meno che non si intervenga con interventi politici importanti e azioni concertate. Gli autori si augurano che le previsioni contenute in questo rapporto fungano da catalizzatore di cambiamento e aiutino ad indirizzare gli aiuti internazionali in maniera mirata.

Maria Rita Montebelli

Innovazione tecnologica, la chance dei contratti di partnership pubblico-privato

di *Veronica Vecchi (professore di Public management, Sda Bocconi) e Stefano Bergamasco (vice-presidente Associazione italiana Ingegneri clinici)*



I contratti di partnership pubblico-privato (Ppp), soprattutto secondo la forma della concessione di costruzione e gestione

finanziata in project finance, sono stati da anni utilizzati in sanità per la realizzazione di grandi investimenti con lo scopo precipuo di far integrare risorse pubbliche (principalmente quelle dell'articolo 20 della legge 67/1988) e private. La complessità del modello e la mancanza di adeguate competenze non ha consentito in passato di utilizzare al meglio queste soluzioni, anche se un importante risultato raggiunto è stato il rinnovamento di una fetta significativa della rete ospedaliera, specie in alcune Regioni, quali Lombardia, Veneto e in parte Emilia Romagna e Toscana.

Oggi i contratti di Ppp si stanno trasformando verso soluzioni "light". Da un lato, quelli relativi alla costruzione di nuovi ospedali dovranno affidare all'operatore privato solo progettazione, costruzione, manutenzioni e gestione energetica. Dall'altro, sta crescendo l'interesse per contratti di Ppp finalizzati all'efficientamento energetico e alla gestione e rinnovo delle tecnologie sanitarie.

Proprio con riferimento a quest'ultimo ambito, il 18 maggio scorso, presso Expo Sanità, l'Associazione italiana Ingegneri clinici (Aiic) ha organizzato in collaborazione con Sda

Bocconi un workshop sui modelli di finanziamento delle tecnologie sanitarie, il cui stato di obsolescenza, determinato dalla carenza del necessario rinnovo periodico, rappresenta uno degli anelli più deboli della sanità italiana.

La situazione della vetustà del patrimonio tecnologico è stata recentemente messa in evidenza all'interno del rapporto Oasi di Cergas - Università Bocconi, secondo cui l'età media di tutte le tecnologie biomediche in Italia è pari al 75% del loro percorso di ammortamento, il che è un dato molto alto considerando che si tratta di una media e che vi sono molte apparecchiature che sono ben oltre la soglia di obsolescenza. Particolarmente significativo il dato pubblicato a fine 2015 dal Centro Studi di Assobiomedica con il dettaglio sulle apparecchiature di diagnostica per immagini (radiologia, ultrasuoni e medicina nucleare), che per costo e impatto sui percorsi assistenziali costituiscono un segmento tecnologico particolarmente rilevante. Per molte classi tecnologiche (es. mammografi convenzionali, risonanze magnetiche, sistemi radiografici fissi e mobili...) l'età funzionale limite di riferimento è stata mediamente

superata di diversi anni, con un elevatissimo numero di apparecchiature che hanno superato tali limiti in modo inaccettabile (con età riscontrate di 20 anni e più). Il profilo di vetustà delle apparecchiature non è omogeneo, confermando che in Italia, nel corso degli anni passati, non sono stati adottati politiche e provvedimenti sistematici volti al rinnovo del parco tecnologico più obsoleto, con un approccio alla sostituzione e al rinnovo delle apparecchiature non pianificato e strutturato. Come sottolineato dal rapporto di Assobiomedica, adottare nuove apparecchiature significa ridurre i tempi di attesa per analisi e risultati, ma soprattutto aumentare la capacità di diagnosi con notevoli benefici in termini di produttività dei sistemi, tempi e costi di ospedalizzazione e di qualità di cura dei pazienti.

La nuova formulazione del Codice dei Contratti in materia di Ppp offre grandi opportunità alle aziende sanitarie per concepire contratti finalizzati a ottimizzare la spesa per l'approvvigionamento e la gestione delle tecnologie, trasferendo all'operatore economico il rischio di disponibilità delle macchine, la loro performance coerentemente

alle esigenze in evoluzione delle aziende e quello tecnologico.

I contratti di Ppp generalmente includono la fornitura delle attrezzature, la loro manutenzione nel tempo, la formazione del personale utilizzatore, il rinnovo tecnologico; in taluni casi è possibile includere anche la gestione del servizio clinico o diagnostico, come per esempio avviene per la dialisi. In questi casi, comunque, il governo clinico rimane sempre in capo all'azienda sanitaria.

In Europa questi contratti sono fortemente incentivati, direttamente o indirettamente. Nel Regno Unito, l'incentivo è fiscale: i contratti di Ppp nel settore tecnologico, chiamati Mes (Managed equipment aervice), beneficiano di una Iva agevolata sul canone corrisposto dall'azienda rispetto a quella dovuta sull'acquisto delle singole tecnologie. In Francia, l'incentivo è indiretto: gli ospedali vengono remunerati con Drg decrescenti in funzione del tasso di obsolescenza delle tecnologie.

In Italia? Il contratti di Ppp fanno paura e non perché non funzionino. Certamente le criticità generate dai grandi Ppp ospedalieri non hanno

aiutato a creare un adeguato clima di fiducia. Tuttavia, quello che manca è il commitment politico verso questo tipo di contratti, il cui sviluppo è lasciato nelle mani di coraggiosi manager pubblici, che si muovono in un contesto di forte incertezza, non normativa, ma istituzionale.

Una delle principali paure è come giustificare questi contratti rispetto all'acquisto della fornitura mediante Consip o altre centrali di committenza.

Si tratta di un prospettiva sbagliata. Infatti, il Ppp non rappresenta certamente una alternativa all'acquisto centralizzato, che può essere appropriato quando l'esigenza è quella di acquistare un singolo macchinario e le gare vengono predisposte rispondendo alle esigenze tecnologiche e qualitative espresse dalle strutture sanitarie e aggiudicate secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa e non unicamente al prezzo più basso, tenendo quindi conto del ciclo di vita della tecnologia o non del mero costo di acquisto.

Il Ppp ben si presta, invece, per equipaggiare un nuovo presidio o un nuovo reparto; oppure

per dotare l'ospedale di innovazioni tecnologiche adeguate a competere o eccellere in una certa specialità.

Da un punto di vista clinico-tecnologico le competenze del partner privato sono fondamentali per assicurare la disponibilità delle tecnologie secondo i più alti standard richiesti. Da questo punto di vista è indispensabile l'esperienza specialistica degli ingegneri clinici (operanti sia all'interno delle strutture sanitarie dal lato della domanda e della valutazione, sia presso i partner esterni) che, come evidenziato da un recente studio di Aiic, si è evoluta dal tradizionale ambito manutentivo ad attività innovative quali Hta e pianificazione, approvvigionamento e progettazione integrata.

Da un punto di vista economico e finanziario, il Ppp consente una pianificazione degli investimenti nel tempo a fronte di un costo certo, che consente un'ottimizzazione nella gestione delle risorse disponibili.

Un esempio può essere utile per comprenderne i vantaggi economico-finanziari (i dati numerici riportati sono i risultati di sintesi di uno studio sul value for money in un caso reale

sviluppato insieme all'ingegneria clinica di una azienda sanitaria, con diversi scenari in termini di acquisti, sostituzioni, manutenzioni).

Si prenda il caso di un'azienda sanitaria che deve aggiornare la dotazione tecnologica di un presidio di nuova realizzazione, per un valore di investimento di poco superiore a 10 milioni di euro. Un contratto di Ppp consente di affidare a un operatore economico la responsabilità di riadeguare in parte le tecnologie già di proprietà, mixandole con l'acquisto di nuove nell'ambito di un contratto che consentirà all'azienda di avere a disposizione un parco tecnologico aggiornato ogni 5/8 anni, in base alle esigenze.

A fronte di questo servizio l'azienda pagherà un canone annuo di 2 milioni di euro all'anno per 14 anni (le durate dei contratti di Ppp possono essere anche inferiori). L'alternativa al contratto di Ppp sono acquisti puntuali di tecnologie e contratti di manutenzione sull'intero parco, soggetti a un rischio tecnico e amministrativo che può essere stimato pari al 3% del valore di acquisto delle tecnologie e che nel caso del Ppp può essere interamente trasferito alla controparte privata. A questi

rischi si deve poi aggiungere quello di obsolescenza dei macchinari, come dimostrato dalla vetustà del patrimonio tecnologico medio italiano, sopra descritto.

Il confronto tra un modello tradizione e il Ppp con riferimento al caso specifico porta a un risultato che dimostra inequivocabilmente il value for money del Ppp. Il costo attuale del Ppp è pari a 28 milioni di euro, contro un costo nell'ipotesi tradizionale di 30 milioni se i rinnovi vengono effettuati ogni 12 anni (situazione limite) oppure di 44 milioni se i rinnovi vengono effettuati ogni 8 anni.

Il Ppp è una sfida da cogliere, non solo per l'accesso alle necessarie risorse finanziarie per far fronte al rinnovo e mantenimento del parco tecnologico, ma anche come modalità per integrare le competenze tecnologiche e cliniche per conseguire livelli di maggior efficienza ed efficacia. Serve ora un maggior commitment politico per sostenere alcune sperimentazioni che possano diventare casi da replicare e, perché no, anche migliorare.