



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



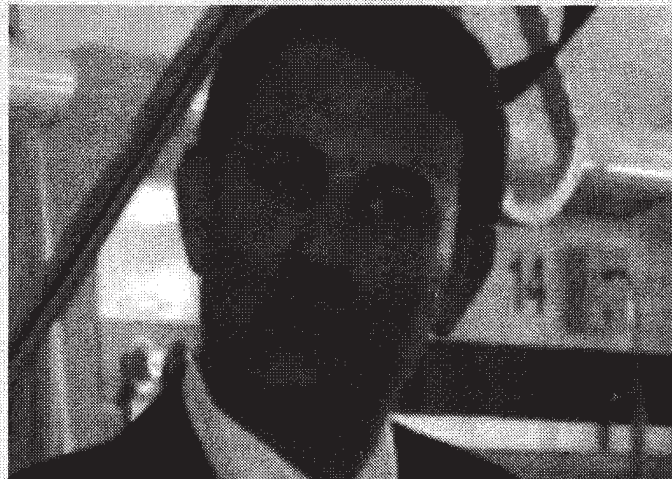
IL DISCUSO COMMISSARIO ALLA SANITÀ OGGETTO DI UNA RIUNIONE DI MAGGIORANZA IN PROGRAMMA OGGI

Regione, Polimeni nel mirino: in arrivo la “sfiducia”

NAPOLI - “Sanità e costi della politica. Domani porterò alla riunione di maggioranza alcune proposte su questi due temi per chiedere il sostegno degli altri partiti della coalizione e del presidente De Luca”.

Lo ha detto il consigliere

regionale dei Verdi, Francesco Emilio Borrelli (nella foto a sinistra), precisando: “Per la sanità chiederò che il Consiglio regionale voti un ordine del giorno in cui si manifesti la sfiducia verso il commissario Polimeni e si chieda al Governo di affidare il commissariamento al presidente De Luca visto l’atteggiamento poco collaborativo mostrato sinora dal commissario; sempre per la sanità, ribadirò la necessità della collaborazione con gli altri rappresentanti istituzionali e i cittadini per trovare una soluzione che permetta di salvare il San Gennaro, al di là delle stru-



• JOSEPH POLIMENI

mentalizzazioni e delle polemiche politiche”. “Per quanto riguarda, invece, i costi della politica chiederò il sostegno per la proposta di legge che prevede l’abolizione del vitalizio per chi ha già un

altro trattamento economico simile per aver ricoperto altri ruoli istituzionali oltre alla reversibilità dei vitalizi per gli eredi, a meno che non sia l’unico reddito a disposizione” ha concluso Borrelli.



Il decreto fiscale

Cartelle rottamate, sanatoria al via allarme Anci: esclusi tanti Comuni

Zanetti: non solo Equitalia. Ecco in quali casi conviene aderire**Luca Cifoni**

ROMA. Chi vuole aderire alla rottamazione delle cartelle dovrà attendere ancora qualche giorno. Il decreto fiscale del governo è stato pubblicato in Gazzetta ufficiale e quindi è in vigore da ieri, ma servirà comunque un po' di tempo - al massimo quindici giorni, secondo quanto prescrive lo stesso decreto - per la messa a punto dei moduli con i quali il debitore potrà chiedere di essere ammesso alla procedura. Ma anche il testo definitivo non cancella tutti i dubbi sulla "definizione agevolata" e non è escluso che alla fine per un chiarimento definitivo si rendano necessari ritocchi in Parlamento.

Il primo punto da approfondire riguarda la possibilità di applicare la procedura a livello locale. Sono circa 4.500, dunque più della metà del totale, i Comuni che non si servono più di Equitalia. Ieri l'Anci ha chiesto che anche in questi paesi e città ci sia «parità di trattamento per i contribuenti». Ovvero sia possibile rottamare le cartelle sia per quanto riguarda tributi locali sia le multe stradali. Forse era questa la volontà del governo, come sembrano indicare le parole del sottosegretario all'Economia Zanetti: «Non è una norma solo su Equitalia, è una misura destinata a operare su tutti i ruoli affidati ai concessionari della riscossione».

Ma il problema sta proprio nel termine «ruoli» con il quale si apre l'articolo 6 del decreto. I Comuni che si servono di altre società di riscossione almeno in larghissima maggioranza hanno infatti scelto il sistema alternativo della cosiddetta "ingiunzione di pagamento" e quindi non rientrerebbero nel provvedimento appena approvato. Questo è ciò che segnala l'Anci, che pure apprezza i possibili «effetti positivi» delle misure del governo.

Ma i Comuni fanno con forza anche un'altra richiesta: poter decidere se applicare o meno nel proprio territorio la definizione agevolata. Questo perché in alcune realtà i sindaci utilizzando forme di collaborazione volontaria sono riusciti in larga parte a recuperare le somme dovute dai cittadini ed hanno poi concentrato la propria attenzione su pochi grandi evasori, i

quali paradossalmente con la nuova procedura riuscirebbero a sottrarsi al giudizio in corso.

Infine potrebbe essere necessario un aggiustamento tecnico per le multe stradali, le quali essendo di per sé sanzioni (e non tributi) non rientrano nella sanatoria, se non per gli interessi e per le maggiorazioni di un decimo ogni semestre previsto dalla legge del 1981.

Una volta chiarito il quadro, i contribuenti avranno tempo fino al 21 gennaio per fare le proprie scelte. In alcuni casi aderire sarà conveniente, in altri meno. La decisione dell'esecutivo di fissare a quattro il numero massimo di rate riduce forse l'appetibilità dell'opzione nel caso in cui la somma dovuta sia piuttosto consistente nonostante gli sconti: gli interessati potrebbero non essere in condizione di versarla tutta entro il 15 marzo 2018, ovvero nell'arco di un anno e mezzo. E dovranno soppesare con attenzione il da farsi anche coloro che hanno già iniziato a pagare a rate i ruoli oggetto di definizione: la riduzione dell'importo complessivo potrebbe non compensare il fatto di dover appunto pagare al massimo in quattro rate, mentre con la rateazione ordinaria si può arrivare a 72 mensili, un arco di tempo più lungo.

Chiaramente una cartella sarà più conveniente da rottamare se antica e dunque più carica di interessi, oppure se si riferisce ad un tributo che prevede una sanzione particolarmente elevata. Le multe stradali, come si è detto, potrebbero non risultare particolarmente appetibili.

C'è invece tempo fino al 31 luglio 2017 per aderire alla seconda edizione della voluntary disclosure, per le violazioni commesse fino al 30 settembre di quest'anno. Nel caso di contanti e valore al portatore contenuti in cassette di sicurezza c'è una procedura specifica che prevede l'apertura davanti al notaio, la dichiarazione che le somme non sono i proventi di reati e il versamento presso intermediari finanziari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Non cambierà nulla**

Per il ministro dell'Interno, dopo l'eventuale lettera Ue «l'Italia non farà nulla come hanno fatto i Paesi destinatari delle precedenti missive»

Costa**Famiglie, meno tasse**

Il ministro per gli Affari regionali: «Serve un fisco che consideri di più le famiglie specie quelle numerose: è l'obiettivo del 2018»

Prestigiacomo**La fine delle prediche**

Per l'esponente di Forza Italia «la probabile bocciatura dell'Ue dimostrerà a Renzi che a Bruxelles le sue prediche non contano»

La sanità Dopo lo stop di Polimeni all'apertura di De Luca

Asl, sindacati contro il commissario «Basta balletti sui tetti di spesa»

Le organizzazioni attaccano
«Irresponsabile lo stop
tutelare i diritti dei pazienti»

Sabino Russo

Il braccio di ferro sui tetti di spesa tra De Luca e il commissario ad acta alla Sanità campana manda su tutte le furie le parti sociali, che contestano da una parte la gestione «ragionieristica» di Polimeni, mentre dall'altra chiedono una revisione complessiva del settore e dei rapporti tra pubblico e privato.

Tutto nasce da una circolare inviata giovedì scorso da Polimeni e il suo vice D'Amario, indirizzata a tutte le direzioni strategiche delle Asl campane, in cui si smentiva l'efficacia della lettera d'intenti di De Luca in merito alla possibilità di remunerare, sia pure solo per i costi di produzione, le prestazioni rese dai soggetti accreditati oltre la soglia dei tetti di spesa e per prestazioni considerate essenziali, utilizzando a tal fine fondi aggiuntivi con eventuali contratti integrativi, confermando la vigenza di tutte le precedenti contestatissime disposizioni, valide sia per la specialistica ambulatoriale che per l'ospitalità privata, ribadendo che i manager devono «in caso di esaurimento del tetto di spesa garantire le prestazioni ritenute essenziali ricorrendo alle strutture sanitarie pubbliche, se necessario anche di altre Asl e aziende ospedaliere». Saranno dunque considerate non remunerabili le prestazioni rese dai privati oltre i limiti di spesa. «Grave che un commissario pubblicamente smentisca il governatore della Regione - ha detto Pietro Antonaccio, segretario della Cisl Fp di Sa-



lerno - Gestire con tagli ragionieristici è da salumieri. Che la politica riprenda il governo del comparto sanitario, altrimenti oltre a un impoverimento dei diritti assisteremo a una debacle di tutto il sistema sanitario. Basta con questo gioco al rimpiazzino sui diritti fondamentali della gente e con i piani rientro».

Stando all'ultimo monitoraggio dell'Asl di Salerno riferito al periodo gennaio/settembre, oltre a oltre a cardiologia, medicina nucleare e radioterapia, che già hanno raggiunto il 100 per cento del tetto assegnato, a stretto giro di boa dovrebbero giungere a esaurimento anche tutte le altre branche, ad

I tempi

A fine mese budget esaurito per tutte le visite specialistiche

eccezione dei laboratori di analisi, la cui data presunta di sfioramento è stimata al 3 di dicembre.

La prima, in ordine di tempo, dovrebbe essere, a fine mese, la branca delle visite specialistiche ambulatoriali. Il 3 e il 18 novembre, invece, dovrebbe essere la volta, rispettivamente, della diabetologia e della radiologia, entrambe già oltre all'85 per cento del tetto assegnato. «E' giunta l'ora di fare chiarezza nei rapporti tra De Luca e Polimeni - ha tuonato Biagio Tomasco, segretario politiche sanitarie della Uil Fp Salerno - Da una parte bisogna rivedere il settore, perché ogni anno i fondi non possono esaurirsi a settembre, dall'altro non è possibile che quanto spesso nel privato venga rimborsato a piede lista, senza il controllo con gli strumenti che l'Asl ha e che se non li ha deve dotarsi. Infine bisogna capire che il convenzionato è complementare al pubblico e non un competitor».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano **sanità**.it

Lunedì 24 OTTOBRE 2016

Salvaguardia Ssn. Oggi alla Camera la mozione di SI: dall'abolizione del superticket ai fondi per la messa in sicurezza degli ospedali. Ma anche farmaci epatite C e lotta corruzione

La mozione, a prima firma Marisa Nicchi, impegna il Governo in ben 31 punti al fine di attuare un "profondo cambiamento" del Servizio sanitario nazionale per garantire equità ed universalità. Chiesti all'Esecutivo impegni ben precisi anche in tema di cure primarie e prevenzione, garanzie sulla piena applicazione della legge 194 su tutto il territorio e svincolo delle risorse destinate ai servizi socio-sanitari ed al welfar dal Patto di stabilità. [LA MOZIONE](#)

Sbarca oggi alla Camera la mozione di Sinistra Italiana, a prima firma **Marisa Nicchi**, che impegna il Governo in ben 31 punti al fine di garantire un "profondo cambiamento" del Servizio sanitario nazionale finalizzato ad una maggiore equità ed universalità per tutti i cittadini. Tra i numerosi impegni chiesti al Governo spiccano l'abolizione del cosiddetto "**superticket**" e progressivamente l'abolizione graduale delle compartecipazioni alla spesa sanitaria, soprattutto in presenza di disabilità, "al fine di garantire l'universalità delle cure e l'accesso ai servizi da parte dei cittadini".

Sinistra Italiana chiede inoltre un piano di **edilizia sanitaria**, supportato da adeguate risorse finanziarie, finalizzato alla messa in sicurezza alla manutenzione e al recupero delle strutture. Quanto agli sprechi, si richiede di mettere in campo efficaci iniziative, anche normative, volte a intensificare il **contrasto alle frodi e alla corruzione**, nonché alle diseconomie e agli sprechi interni alla sanità, prevedendo che tutte le risorse certificate liberatesi vengano reinvestite unicamente nel Servizio sanitario nazionale.

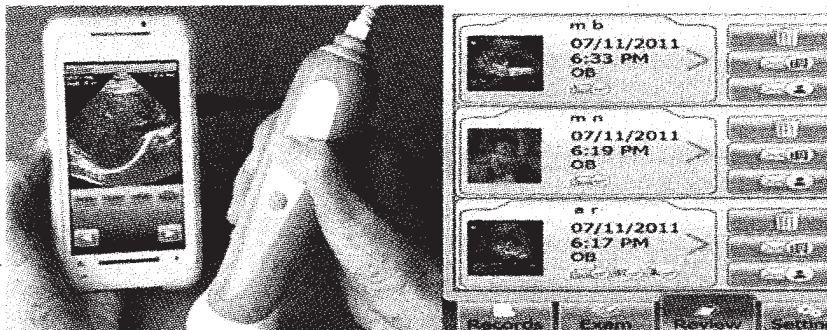
Passando poi al territorio, i deputati di SI chiedono al Governo di rinnovare con adeguate risorse il sistema delle **cure primarie**, investendo sulla prevenzione e sull'assistenza domiciliare e territoriale. Si punta, inoltre, su un'implementazione dell'**assistenza territoriale**, delle reti di poliambulatori collegati telematicamente con gli ospedali e nuove forme organizzative in grado di erogare prestazioni assistenziali sulle 24 ore.

Restando sull'attualità, a seguito delle recenti polemiche sulla reale applicazione della **legge 194**, nella mozione si impegna l'Esecutivo sia a valorizzare e ridare piena centralità ai consultori, sia a garantire la piena applicazione della legge in tutte le strutture e su tutto il territorio nazionale.

Non manca poi un richiamo ai farmaci innovativi, ed in particolare a quelli per l'**Epatite C**. La richiesta, qui, è quella di avviare quanto prima le opportune iniziative volte a modificare l'attuale normativa nazionale al fine di ricomprendere anche l'"emergenza sanitaria" (di cui all'accordo TRIPs) [richiamata settimane fa dallo stesso sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo](#), tra le condizioni per la concessione dell'uso del brevetto senza il consenso del titolare, e ad adottare conseguentemente tutte le iniziative in sede internazionale per chiedere quindi, sulla base del citato TRIPs, la prevista deroga alla protezione brevettuale attraverso la "licenza obbligatoria" per i nuovi farmaci antivirali ad azione diretta contro il virus dell'epatite C, al fine di produrli a costo contenuto garantendo l'accesso al trattamento a tutti coloro che ne hanno bisogno.

A livello europeo si impegna poi il Governo ad opportune iniziative volte a prevedere l'esclusione dal rispetto del **patto di stabilità** delle spese relative ai servizi socio-sanitari e al welfare.

Infine, si punta all'iscrizione delle **persone senza fissa dimora**, e quindi prive della residenza anagrafica, negli elenchi degli utenti del Servizio sanitario nazionale relativi al comune in cui si trovano.



Ecco l'ecografo per la formazione dei futuri medici

NUOVE TECNOLOGIE

SEMPRE più tecnologico, l'ecografo è l'attore principale della formazione. Entrato in sordina nel bagaglio culturale del medico, lo strumento si sta rivelando fondamentale. Non solo in campo diagnostico, ma anche in quello operativo. Serve per il "fegato grasso" (steatosi) di cui valuta grado, ma è anche supporto fondamentale alla termoablazione per il trattamento di alcune metastasi, in alternativa al bisturi. In più, l'ecografo, soprattutto nei suoi modelli

tecnologicamente più avanzati, oggi fa parte delle normali dotazioni strumentali di molti pronto soccorso. E dove c'è, dà una mano notevole al medico che grazie alla capacità perlostrativa dello strumento, riesce a confermare o meno il sospetto diagnostico. Ausilio così indispensabile da essere salito in cattedra insieme al docente che ha il compito di formare sia gli studenti in medicina, sia gli specializzandi delle varie discipline. Ancora una volta, a dirigere il corso in programma giovedì e venerdì (9 - 18) nell'aula Bottazzi del complesso di Sant'Andrea delle Dame al Vecchio Policlinico, sarà Rosario Zappalà, direttore della scuola campana Simeu di Ecografia in Emer-

genza-urgenza e per 35 anni clinico a Villa Betania. «Non a caso i corsi periodici si terranno in un polo universitario - spiega il docente - luogo ideale per insegnare come si usa l'ecografo e come sia il supporto strategico insostituibile durante l'esame di ogni singolo paziente. I giovani devono rendersi conto che così come un tempo era inimmaginabile visitare senza il fonendoscopio, adesso è impossibile prescindere dall'ecografo».

All'orizzonte si profila anche un'altra innovazione tecnologica, in linea con i tempi da smartphone. Ed è così che a breve a ogni medico sarà possibile scaricare una app sul proprio cellulare a cui si potrà collegare in wireless una sonda ecografica. «E infine va ricordato, sempre ai giovani - conclude Zappalà - che la pratica quotidiana è quella che consente di ottenere diagnosi attendibili: più i futuri medici avranno dimestichezza con la sonda ecografica, migliori saranno le risposte diagnostiche per i pazienti. Oltretutto, vincendo anche la sfida del risparmio sulla spesa sanitaria. Perché, grazie alla precisione dell'ecografia, si eviteranno tante indagini inutili, a confronto ormai generiche e meno attendibili. E si ridurranno anche i ricoveri ospedalieri e quegli accessi in pronto soccor-

Un corso giovedì e venerdì nel complesso di Sant'Andrea delle Dame al Vecchio Policlinico

so definiti inappropriati. Se il medico di base sarà in grado di fare una buona valutazione clinica, ci saranno meno pazienti ad affollare pronto soccorso e reparti di degenza». La scuola campana e la faculty diretta dal pioniere dell'ecografia didattica in Campania ha già formato oltre 600 medici. (g. d. b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I malati
 Sono 4,5 milioni. Il 5% soffre del tipo 1, che colpisce bambini e giovani. Il 95% è del tipo 2, che insorge in età adulta ed è legato all'alimentazione



I misuratori
 In commercio in Italia ci sono 20 tipi di misuratori. Ma soltanto 10-12 sono gli apparecchi considerati di provata attendibilità



Il meccanismo
 Gli apparecchi leggono la glicemia attraverso una goccia di sangue capillare che viene aspirata da una striscia usa e getta



I budget
 Gli apparecchi sono gratuiti. Le strisce costano 0,3-0,4 centesimi ognuna. In un mese un paziente ne usa tra le 3 e le 600 a seconda della gravità

Diabete. Le regioni vanno in ordine sparso. Ma l'obiettivo è risparmiare sugli apparecchi che misurano lo zucchero nel sangue. Fanno le gare. Scelgono quelli più economici. I pazienti però insorgono: così si creano disparità. E si penalizzano gli anziani

La glicemia sale i costi scendono

MICHELE BOCCI

Il misuratore di glicemia è il compagno di vita di ogni persona con il diabete, cioè di circa 4 milioni e mezzo di italiani. Per questo c'è grande attenzione da parte delle associazioni di malati sulle scelte che fanno le Regioni quando si tratta di consegnare ai pazienti, sempre gratuitamente, questo strumento. «Purtroppo le amministrazioni locali si comportano in modo molto diverso tra loro in questo campo», dice Albino Bottazzo, presidente della Fand, la federazione di associazioni di diabetici che conta il maggior numero di iscritti, cioè circa 25mila. «Si creano così disparità per i malati, che a seconda di dove abitano hanno a disposizione apparecchiature di tipo diverso. Viene violato il principio di equità».

Sul mercato italiano ci sono una ventina di misuratori, prodotti anche dalle più grandi multinazionali del farmaco. Le Regioni generalmente non li pagano. L'accordo con l'industria prevede infatti un corrispettivo solo per le cosiddette "strisce" usa e getta abbinata ai dispositivi, che servono ad "aspirare" la piccola goccia di sangue che viene analizzata dal misuratore per ottenere il livello glicemico. Ogni paziente ne usa una quantità variabile a seconda della gravità della sua patologia, si va perciò dalle 6 al mese dei casi meno gravi alle 300 di chi deve tenere costantemente sotto controllo la glicemia.

Ogni striscia può essere usata solo con un tipo di misuratore, il prezzo varia dagli 0,3 agli 0,4 centesimi a seconda della Regione. In questi mesi le amministrazioni locali stanno iniziando a fare delle gare per scegliere quali strumenti e relative strisce dare ai propri pazienti. La prima è stata il Piemonte, che ha risparmiato circa 5 milioni di euro utilizzando un bando già fatto dalla Consip, la centrale di acquisto per la pubblica amministrazione. Procedendo in questo modo, attraverso i suoi centri antidiabete, ha dato al 70% dei suoi malati il misuratore



L'associazione

La Fand Associazione nazionale diabetici è nata nel 1982 ed è la più grande del paese. Conta circa 25mila iscritti

meno costoso, ma giudicato comunque di qualità dai suoi esperti, e all'altro 30% ha consegnato prodotti diversi, come chiesto dai medici per i casi particolari dei loro pazienti.

Come il Piemonte stanno partendo, in realtà in modo diverso tra loro, altre Regioni. Ad esempio Emilia, Toscana, Liguria e Lombardia, contro la quale hanno fatto un ricorso le associazioni di malati bloccando la prima gara. E in effetti la Fand è molto contraria a questa impostazione. «Con il meccanismo della gara si mira al risparmio - dice sempre Bottazzo - e va a finire che i malati hanno trattamenti diversi a seconda di dove vivono. E magari si devono adeguare a cambiare misuratore». Bottazzo è innervosito soprattutto con il Piemonte, dove secondo lui ci sarebbero stati problemi per i pazienti a causa della gara. Gli strumenti che registrano il livello di glicemia, infatti, funzionano in modo abbastanza diverso tra loro, in modo che i pazienti vengano "fidelizzati" e, soprattutto quelli anziani, una volta imparato a usare un modello cambino malvolentieri.

Per Bottazzi «Il risparmio si raggiunge, senza penalizzare i pazienti, con una prescrizione oculata e con prezzi unici di rimborso a livello nazionale, che porterebbero a una riduzione dei costi tra i 100 e i 150 milioni di euro. Nei prossimi giorni andrò all'Anac, l'Autorità anticorruzione, a parlare del nostro progetto. Il costo deve essere lo stesso per ciascuna tipologia di misuratori di glicemia, identico in tutta Italia. In questo modo, tra l'altro, si ridurrebbero gli sprechi e si tutelerebbero i pazienti». I prezzi dovrebbero così essere fissati a seconda della tipologia di misuratore, nel senso che gli strumenti possono essere raggruppati a seconda dei pazienti per i quali sono stati pensati. Ci sono quelli per i bambini e i ragazzi colpiti dal diabete di tipo 1 e che rappresentano circa il 5% dei pazienti, quelli per le donne incinta e per gli adulti con il diabete di tipo 2. Anche tra loro ci sono differenze, a seconda ad esempio che si tratti di un anziano o di un giovane adulto molto sportivo. Gli esperti individuano quattro o cinque tipologie nelle quali dividere i circa 20 misuratori sul nostro mercato.

LEGGE DI BILANCIO

Manovra sull'ottovolante

Fsn da 113 mld nel 2017 ma l'Italia "attende" Bruxelles

L'effetto sorpresa, indubbiamente, c'è stato: 113 miliardi per il Fondo sanitario nazionale erano stati promessi dal Def e dalla Nota di aggiornamento, 113 mld sono stati confermati dal Governo. Il Consiglio dei ministri che sabato 15 ottobre ha varato il Ddl di Bilancio ha smentito i "guffi" spesso citati dal premier Renzi. Almeno stando alle promesse. Perché al momento in cui andiamo in stampa, il testo della manovra 2017 ancora non c'è. Soltanto slide, che poco dicono dei dettagli. Quel che è certo è che lo scoglio del monitoraggio attento di Bruxelles grava su

una manovra per cui il Governo ha alzato l'asticella nominale a 27 mld, bollandola come "espansiva" e respingendo le accuse di documento pro Referendum. Sul fronte sanitario, infatti, Renzi e la ministra della Salute Lorenzin hanno incassato i placet delle categorie a cui la legge di Bilancio fa promesse. Ma se le farmaceutiche ringraziano per gli 1,2 mld in più, i medici sono sulle spine.

Idem i governatori, in allerta su una spending review che potrebbe picchiare duro e incidere sulla tenuta complessiva dei bilanci.

GOBBI E TURNO A PAG. 4-5

MANOVRA 2017 / Conti sub judice a Bruxelles ma il Fsn avrà i 2 miliardi aggiuntivi

Bottino (al buio) da 113 mld

Confermate le cifre del Def - Governatori cauti sulla spending review

L'effetto sorpresa, indubbiamente, c'è stato: 113 miliardi per il Fondo sanitario nazionale erano stati promessi dal Def e dalla Nota di aggiornamento, 113 miliardi sono stati confermati dal Governo. Il Consiglio dei ministri che sabato 15 ottobre ha varato il Ddl di Bilancio ha smentito i "guffi" tanto spesso citati dal premier **Matteo Renzi**. Almeno stando alle promesse. Perché al momento in cui andiamo in stampa il testo della manovra 2017 ancora non c'è. Soltanto slide, che poco dicono dei dettagli. Quel che è certo è che lo scoglio del monitoraggio attento di Bruxelles grava su una manovra per cui il Governo ha alzato l'asticella nominale a 27 mld, bollandola come "espansiva" e respingendo le accuse di documento pro Referendum costituzionale. Il braccio di ferro con l'Europa si fa sentire anche in termini di ritardi sul calendario istituzionale: al Quirinale, al Parlamento, in definitiva agli italiani che vorrebbero conoscerne i det-

tagli, la manovra arriverà al limite del tempo massimo.

Il punto è capire quanto il controllo in sede europea passerà sopra quei quattro decimali che potrebbero far "sballare" l'Italia rispetto ai parametri Ue: il peggioramento del saldo strutturale dal -1,2% di quest'anno al -1,6%, che si traduce in 7 miliardi sonanti. La partita si gioca sulla contabilizzazione o meno della clausola migranti - carta che l'Italia ha già speso in passato come "circostanza eccezionale" ma che Renzi punta a rendere strutturale, scontando dai vincoli tutte le spese aggiuntive rispetto a una situazione che ci vede in prima fila nei soccorsi agli stranieri che approdano sulle nostre coste. L'idea sarebbe quest'anno di farsi scontare 2,8 miliardi, cioè ben 2,3 mld in più rispetto ai 500 milioni che l'Ue concederebbe. Poi ci sarebbe la sommatoria delle spese post terremoto. Non solo Amatrice: l'Italia chiede di liberare tutte le risorse che servono (3,4 mld invece dei 2,8 mld che l'Ue concederebbe)

per finanziare il Piano nazionale di riqualificazione antisismica, ritenuto non procrastinabile.

Rispetto a queste clausole e quindi rispetto a tutta l'architettura della legge di Bilancio, la suspense durerà con ogni probabilità fino al 27 ottobre, quando il Ddl dovrebbe entrare alla Camera per l'avvio dell'iter parlamentare e quando, probabilmente, sarà già arrivato il verdetto europeo. Con l'asticella del deficit complessivo al 2,3%, che il ministro dell'Economia **Pier Carlo Padoan** rivendica come «il più basso da molti anni».

Sul fronte sanitario, intanto, pare di navigare in acque più tranquille. Renzi ma anche la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** hanno incassato i commenti benevoli delle categorie a cui la legge di Bilancio promette soldi in più: da Farmindustria ai medici. Ma se le farmaceutiche ringraziano per gli 1,2 miliardi aggiuntivi - 500 milioni agli innovativi anti epatite C, 500 mln il Fondo per i farmaci oncologici e il resto tra vaccini e risorse per la farmaceutica pubblica inserite nel Fsn - i medici sono sulle spine. Sugli 1,9 miliardi promessi per il rinnovo dei contratti, i camici bianchi tengono alta la guardia (*si legga l'articolo in pagina*). Senza contare, aggiungiamo, che nel documento programmatico di Bilancio inviato a Bruxelles la manovra 2017 vale 26,3 miliardi, e non i 27 tondi annunciati dal Governo. A spiegare la differenza è proprio la voce "pubblico impiego": rinnovo dei contratti, assunzioni e stabilizzazione degli 80 euro per militari e polizia valgono secondo il documento intorno al miliardo di euro.

Cauti, pure se promuovono il Fondo sanitario nazionale con 2 miliardi in più, anche i governatori. Il 27 tomeranno ad esprimersi con le carte della manovra in mano, si spera, ma intanto giovedì scorso hanno fatto il punto tra spending, sanità e conti extra-sanitari. Si di-

chiarano disposti a fare la loro parte, purché un mix tra tagli e blocco delle risorse per la spesa corrente non «porti a un fermo nei bilanci problematico». Il presidente **Stefano Bonaccini** ha riacceso i riflettori sulla spending review, che nel complesso quest'anno dovrebbe valere 3,3 miliardi. Le Regioni non si sottraggono. Ma - ha precisato Bonaccini - «dobbiamo evitare che il combinato disposto tra qualche taglio reale con l'impossibilità di spendere risorse per la spesa corrente o investimenti, porti a un fermo nei bilanci problematico». Intanto, Bonaccini conferma la valutazione positiva sul capitolo Sanità: «Possiamo dire che quasi nessuno credeva che ci sarebbero stati i due miliardi di euro aggiuntivi, previsti dall'accordo dello scorso anno con il governo». Fondi che, ha spiegato il presidente emiliano-romagnolo, danno lo spazio per coprire «le spese per i farmaci oncologici, per quelli contro l'epatite C o per quelli innovativi». Più cauto il vicepresidente **Giovanni Toti** (Regione Liguria). Intanto, sulle stime e sulle cifre: «La valutazione vera comincerà quando vedremo i numeri neri su bianco». E sul Fsn così come sui tagli previsti nel piano di finanza pubblica, tiene a frenare: «L'incremento di 2 mld è certamente una buona notizia, ancorché si tratta di risorse vincolate a tutta una serie di spese e costi nuovi rispetto all'anno passato. Non si tratta di un reale incremento ma della copertura di costi, ma ben venga la copertura dei costi perché poteva non esserci neppure quella. Il vero problema è sul bilancio non sanitario e sui tagli previsti già dal piano pluriennale di finanza pubblica. Su quello - ha concluso Toti - la situazione è piuttosto preoccupante e ci riserviamo di approfondire con il governo».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'evoluzione del Fondo sanitario nazionale (miliardi di euro)

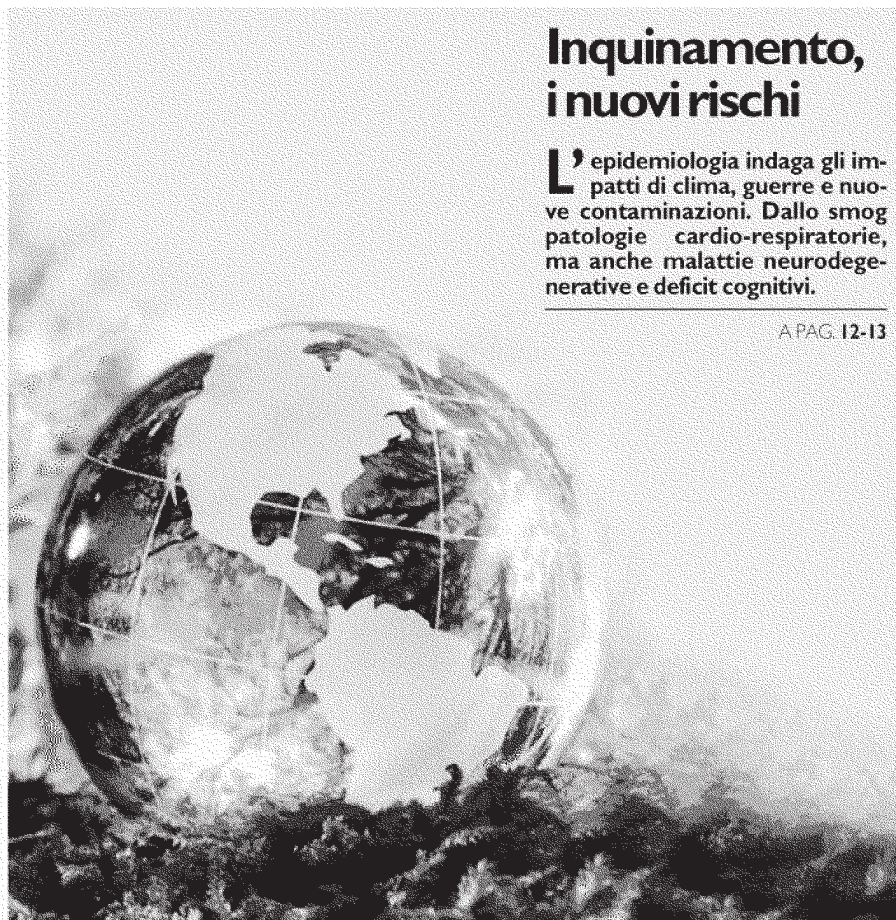
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Fondo sanitario nazionale (Fsn)	105,57	106,90	107,96	107,00	109,90	109,70	111,00	113,00	114,00
Variazione Fsn rispetto all'anno precedente		1,3%	1,0%	-0,9%	2,7%	-0,2%	1,2%	1,8%	0,9%
Variazione cumulata Fsn			1,4%			5,5%			6,4%

La manovra raccontata dal ministero della Salute

- Incremento del Fsn (113 mid) dell'1,8%
- Stabilizzazione del Fondo farmaci innovativi, che da temporaneo diventa strutturale (300 mln l'anno)
- Farmaci innovativi oncologici: per la prima volta viene costituito un Fondo specifico da 500 milioni di euro
- Nuove assunzioni e stabilizzazioni dei precari: sarà garantito un primo sblocco del turnover (10mila nuove assunzioni nella Pa). Vengono assunti/stabilizzati sia medici che infermieri: 7mila persone
- Nasce un Fondo per il concorso alle Regioni per l'acquisto dei vaccini ricompresi nel nuovo Pnv: 99 mln nel 2017 e con 186 mln nel 2018
- Giro di vite sui Piani di rientro aziendali: si applicheranno alle Aou, agli Irccs o agli altri enti pubblici sanitari che presentino uno scostamento pari al 5% dei ricavi o a 5 mln di euro, rispetto allo scostamento del 10% o di 10 mln
- Fondo "non autosufficienze": è rifinanziato con 50 mln
- Programmi di miglioramento e riqualificazione dei servizi sanitari: sono approvati dalla commissione Lea entro marzo 2017. Alle Regioni che li attuano va un "premio" complessivamente pari allo 0,1% del Fsn (oltre 112 milioni)



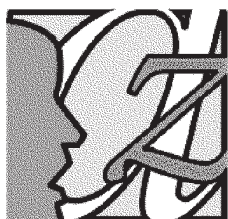
Jean Claude Juncker e Matteo Renzi



Inquinamento, i nuovi rischi

L'epidemiologia indaga gli impatti di clima, guerre e nuove contaminazioni. Dallo smog patologie cardio-respiratorie, ma anche malattie neurodegenerative e deficit cognitivi.

A PAG. 12-13



ISEE 2016 / L'epidemiologia fa il punto sui legami con le malattie neurodegenerative

Se lo smog colpisce il cervello

Sotto la lente gli impatti del piombo sui deficit cognitivi dei bambini

DI FRANCESCO FORASTIERE *

L'inquinamento dell'aria rappresenta un rischio per la salute umana, e questo è noto da tempo. Già alla fine degli anni Novanta due studi di grandi dimensioni condotti negli Stati Uniti avevano evidenziato un aumentato rischio di morte per cause cardio-respiratorie e per tumore del polmone nelle persone residenti in città con elevati livelli di particolato atmosferico rispetto alle persone che vivevano nelle città meno inquinate. E sulla base delle stime di rischio ottenute in questi studi condotti in Nord America, nella prima metà degli anni 2000 il programma della Unione europea *Clean air for Europe* aveva stimato una riduzione nella speranza di vita di 1-2 anni per le popolazioni europee residenti in aree con i più elevati livelli di polveri fini (PM 2,5), ad esempio il bacino della Pianura Padana e l'area della Ruhr.

Numerosi studi di diversi Paesi del mondo, e anche in Italia attraverso il progetto EpiAir, hanno inoltre messo in luce come nei giorni a più elevati livelli di inquinanti vi sia un aumento nel numero di ricoveri e di decessi per malattie respiratorie e cardiovascolari. Più recentemente l'inquinamento da polveri è stato riconosciuto cancerogeno per il polmone dalla Agenzia internazionale di Ricerca sul cancro di Lione (Iarc) e l'Organizzazione mondiale della Sanità ha sancito l'importanza dell'inquinamento come fattore di rischio per la popolazione mondiale.

In Italia è stato stimato dal progetto Viias (www.viias.it) che almeno 35mila sono i decessi ogni anno attribuibili all'inquinamento e che se solo si rispettasse la normativa europea sui valori limite si risparmierebbero 11.000 vite umane ogni anno.

A questo quadro, già abbastanza

preoccupante, si aggiungono le nuove evidenze sugli effetti sanitari che sono state presentate durante il Convegno Isee 2016 di Roma e riassunte nell'intervento di **Annette Peters** del Centro Helmholtz di Monaco (Germania). Le novità sostanziali sono la possibile relazione con i disturbi cognitivi nei bambini e con le malattie neurodegenerative come la demenza, la sclerosi multipla e il Parkinson.

Se fino a oggi la grande maggioranza degli studi sugli impatti dell'inquinamento dell'aria si è focalizzata su cuore e polmoni, ora il nuovo target della ricerca è il sistema nervoso centrale e la salute mentale. Perché

l'inquinamento atmosferico possa agire anche a questo livello non è ancora chiaro da un punto di vista scientifico, e le prove che l'epidemiologia sta raccogliendo sono ancora allo stato iniziale, ma non per questo da sottovalutare.

Gli studi pionieristici sull'inquinamento da piombo hanno mostrato chiaramente l'effetto di questa sostanza sullo sviluppo neurologico dei bambini, con fenomeni quali iperattività, caduta dell'attenzione e a altri deficit cognitivi.

Da quando nel 2014 è stato ipotizzato un effetto neurotossico dell'inquinamento dell'aria sui bambini, molti studi hanno approfondito questo tema. Alcuni di questi hanno osservato come l'esposizione ad alti livelli di inquinamento atmosferico durante il periodo fetale - attraverso l'esposizione della madre - o nei primi mesi di vita del neonato, possa tradursi in ritardi cognitivi, probabilmente per l'interferenza degli inquinanti con lo sviluppo neo-corticale

che avviene in quelle fasi di vita. Queste ricerche, ancora controverse nei risultati, mostrano comunque alcuni segnali. In uno studio condotto in Italia e pubblicato questo anno sulla rivista *Epidemiology* (Porta et al), sono stati seguiti i bambini di Roma nel progetto Gaspai, una coorte di neonati seguiti dal 2003.

Lo studio ha messo in luce una relazione stretta tra la residenza della mamma durante la gravidanza in vicinanza delle strade ad alto traffico e la esposizione a biossido di azoto (NO₂), un gas derivante dagli scarichi veicolari specie diesel, e disturbi cognitivi della sfera del linguaggio all'età di 8 anni. La valutazione delle capacità cognitive è stata effettuata con test psicologici approfonditi.

Un altro ambito sotto la lente dei

ricercatori è il possibile rapporto fra esposizione agli inquinanti e lo sviluppo del morbo di Alzheimer, di altre forme di demenza e del Parkinson. È noto come un lungo periodo di declino cognitivo, con scarse prestazioni nei test, precede di solito la demenza conclamata. Una maggiore esposizione al particolato fine (PM 2.5) è stata associata con prestazioni peggiori nei test cognitivi, in particolare nei test di valutazione della memoria episodica, che di solito declina nelle prime fasi della malattia di Alzheimer.

Fra le cause di questo declino si ipotizza anche una sequela di insulti ischemici al cervello che la letteratura ha già riscontrato potenzialmente legata all'inquinamento: in uno studio pubblicato nel 2015 si è infatti osservata una correlazione fra i picchi di concentrazione di inquinanti gassosi e di particolato e i ricoveri ospedalieri e la mortalità per ictus.

Sempre l'anno scorso, un gruppo di ricercatori guidati da **Elissa Wilker** del Beth Israel Deaconess Medical Center, ha esaminato invece le associazioni tra esposizione residenziale a lungo termine all'inquinamento atmosferico e i marker di invecchiamento del cervello con la risonanza magnetica tra gli over 60 non affetti da demenza o ictus.

L'esposizione a elevati livelli di PM 2,5 era associata con un volume del cervello inferiore e con quote più elevate di infarti cerebrali. Un'ampia statistica su tutti i pazienti over 65 delle città del Nord Est degli Stati Uniti iscritti al programma Medicare ha confermato un legame fra esposizione a PM 2.5 e ospedalizzazione per demenza, Alzheimer e Parkinson.

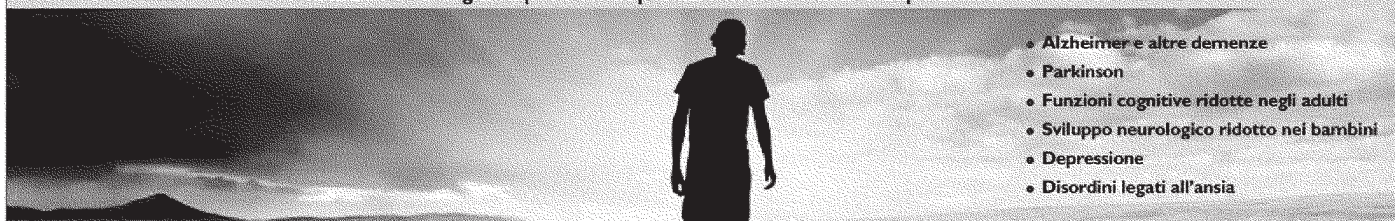
Molti sono i meccanismi ipotizzati per spiegare l'effetto dello smog sul

cervello: il trasporto diretto delle particelle attraverso l'epitelio olfattivo, e da lì il passaggio della barriera metabolica; un trasporto sistemico attraverso la barriera emato-encefalica, e altro ancora. Mentre si discute su questi aspetti, vi sono già prove sperimentali di cambiamenti nella risposta immunitaria innata, nell'interruzione della funzione sinaptica e negli indici di neuro-infiammazione in risposta all'inquinamento atmosferico.

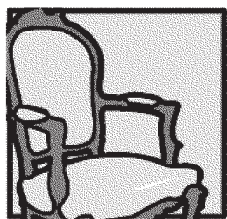
«Degli effetti sulla salute dell'inquinamento abbiamo ancora molto da scoprire, in realtà conosciamo solo la punta dell'iceberg» ha concluso Annette Peters nella sua relazione al Convegno Isee 2016 di Roma. «Anche perché gli inquinanti non agiscono da soli, sono molto diversi fra loro, in natura e dimensione, ognuno con il suo specifico effetto. Inoltre gli individui sono sempre esposti a una pluralità di fattori di rischio, che includono stili di vita, condizioni socioeconomiche e altre esposizioni, come il rumore. E se gli studi devono ancora progredire per dare un quadro più chiaro della situazione, esistono già molte prove che devono indurci a ridurre al minimo l'inquinamento dell'aria al più presto, con politiche coraggiose basate su radicali cambi di paradigma energetico e di mobilità».

* dipartimento di Epidemiologia
Ssr Regione Lazio

Condizioni neurologiche e psichiatriche potenzialmente associate all'inquinamento atmosferico



- Alzheimer e altre demenze
- Parkinson
- Funzioni cognitive ridotte negli adulti
- Sviluppo neurologico ridotto nei bambini
- Depressione
- Disordini legati all'ansia



Il ministero della Salute invia alla Stato-Regioni le linee guida per risolvere le criticità

Nutrizione, il piano anti-obesi

In Italia quasi 15 milioni di persone sovrappeso: costi per 2,5 miliardi

L'obesità può ridurre l'aspettativa di vita anche di 8 anni e compromettere fino a 19 anni la buona salute di un adulto. Un paziente obeso, inoltre, ha un impatto sui costi del sistema sanitario dal 25 al 51% in più rispetto a una persona normopeso (circa 1.700 euro). E ancora. Ogni chilogrammo di peso eccedente costa mediamente 156 euro in più all'anno. E in Italia, dove la percentuale di obesi supera il 20% della popolazione, i chili in eccesso hanno un costo sanitario di 2,5 miliardi di euro l'anno. Dunque, ipotizzando una vita media attesa della persona obesa di 75 anni, un diciottenne obeso comporta un costo sociale totale di circa 100mila euro in più rispetto ad un coetaneo normopeso.

Per questo il ministero della Salute ha messo a punto un documento con la «Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016-2019», già inviato alla Conferenza Stato-Regione per un esame preliminare all'accordo.

In Italia risultano essere in sovrappeso 11,8 milioni di persone secondo l'indice della massa corporea (Bmi), mentre 3,6 milioni di cittadini sono obesi. La numerosità aumenta vertiginosamente con la diagnosi basata sulla massa grassa,

che introduce anche nuovi fenotipi obesi a rischio: studi condotti su un campione rappresentativo della popolazione italiana dimostrano che il 34% dei partecipanti non sarebbero stati diagnosticati come obesi sulla base dei valori di Bmi.

Il costo della spesa sanitaria, quindi, dovrebbe essere circa un terzo in più rispetto alle stime correnti. Continuare a rimandare la pianificazione strutturale e organizzativa di queste problematiche potrebbe rivelarsi nel giro di pochi decenni un effetto boomerang per la società italiana. Ecco perché il ministero ha ritenuto di dover lanciare un piano dedicato alle criticità nutrizionali con proposte sostenibili di intervento dal punto di vista dell'informazione, della comunicazione, dell'educazione, del welfare, della cultura e dell'eco-sostenibilità.

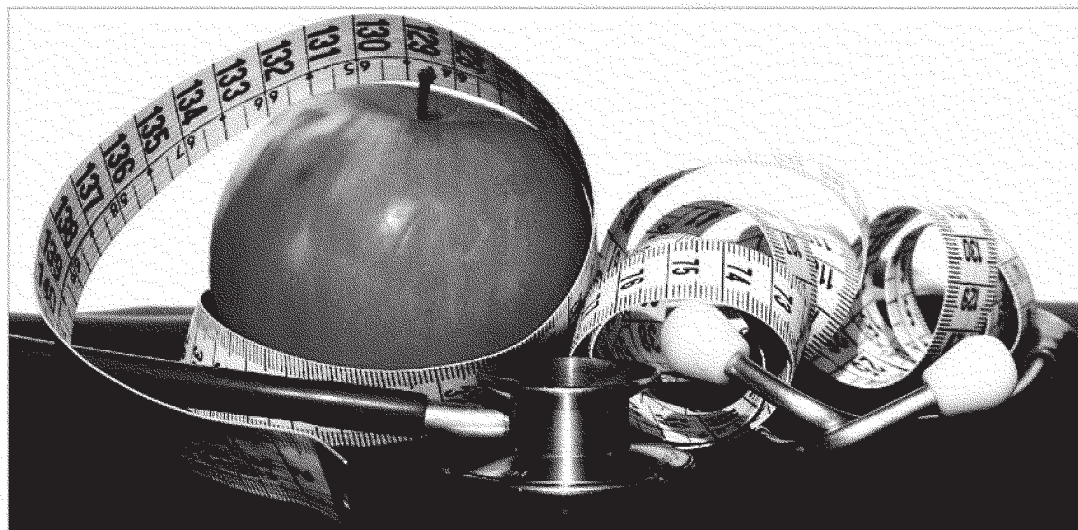
Fra le linee di intervento quelle che sembrano risultare più urgenti sono: l'inserimento della nutrizione clinica nei piani formativi del medico risolvendo anche la confusione di ruoli e competenze tra le tante, troppe, figure professionali che offrono prestazioni in ambito nutrizionale; il superamento dell'insufficiente integrazione tra ambiente e salute; il miglioramento dell'organizzazione strutturale pubblica in

nutrizione clinica e preventiva; l'introduzione dell'educazione alimentare vincolante nei piani formativi scolastici; la creazione di una task force di specialisti del settore che contrasti l'emissione di messaggi scorretti e fuorvianti sui media.

Risultano carenti, inoltre, le attrezzature adatte a un'approfondita valutazione dello stato di nutrizione e all'assistenza di pazienti con quadri di grave obesità, sia nei pochi servizi di dietetica e nutrizione clinica presenti sia, in generale, nelle strutture ospedaliere. Ogni azienda sanitaria e territoriale, dunque, dovrebbe dotarsi di una struttura di riferimento per la nutrizione clinica e preventiva.

Andrebbero altresì previste strutture riabilitative in grado di trattare coerentemente aspetti metabolici, dietetici e psicologici per obesità e disturbi del comportamento alimentare. Tutte le strutture di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dovrebbero fare riferimento a pratiche evidence-based e dotarsi di modalità di monitoraggio (standard e relativi indicatori) dei risultati dell'attività svolta in coerenza con la pianificazione (Piano nazionale della Prevenzione 2014-19 e Piani regionali applicativi).

Ernesto Diffidenti



Sostenibilità e categorie

In Italia il dibattito sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, e dunque della tenuta della spesa e delle prestazioni, continua a essere affrontato in maniera opportunistica dai vari stakeholder.

CARTABELLOTTA A PAG. 17



ANGOLO DI PENNA

La sostenibilità, le soluzioni e l'opportunismo degli stakeholder

di Nino Cartabellotta *

La sostenibilità dei sistemi sanitari è oggi minata da diversi fattori: il progressivo invecchiamento delle popolazioni, il costo crescente delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche, il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti. Tuttavia, il problema non è soltanto di natura finanziaria, perché un' aumentata disponibilità di risorse non permette di risolvere criticità ampiamente documentate: la variabilità nell' utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie; gli effetti avversi dell' eccesso di medicalizzazione; le diseguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall' elevato value, come ad esempio efficaci strategie di prevenzione; gli sprechi che si annidano a tutti i livelli del sistema.

A dispetto di queste evidenze, in Italia il dibattito sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale continua a essere affrontato in maniera opportunistica dai vari stakeholder, il cui unico obiettivo sembra essere quello di reperire risorse per mantenere lo status quo, allontanando la discussione dalla profonda riorganizzazione e dalle innovazioni di rottura necessarie per garantire la sopravvivenza della sanità pubblica. Nel 2013 la Fondazione Gimbe ha lanciato la campagna #salviamoilSsn, per diffondere la consapevolezza

che il Ssn è una conquista sociale da preservare alle future generazioni: grazie a studi, consultazioni e analisi indipendenti condotti nell' ambito della campagna è nato il Rapporto Gimbe - presentato lo scorso 7 giugno in Senato - che esamina la sostenibilità del Ssn con un orizzonte temporale decennale (2016-2025).

Analizzati i trend della spesa pubblica, della compartecipazione alla spesa e dell' incremento delle addizionali regionali Irfpe ed esaminate criticità e opportunità della sanità integrativa, il Rapporto definisce la tassonomia degli sprechi, stimandone l' impatto sulla spesa pubblica: oltre 24 miliardi di euro erosi da sovra-utilizzo, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sotto-utilizzo, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell' assistenza. Infine, per raggiungere il fabbisogno stimato per il 2025 di euro 200 miliardi, il Rapporto suggerisce un apporto costante di tre "cunei di stabilizzazione": adeguata ripresa del finanziamento pubblico, incremento della quota intermediata della spesa privata e piano nazionale di disinvestimento dagli sprechi.

Considerato che le attività di un' organizzazione indipendente finalizzate a informare il Paese sulla salute, l' assistenza sanitaria e la ricerca biomedica possono determinare grandi benefici sociali ed economici, la Fondazione Gimbe ha re-

centemente istituito l' Osservatorio sulla sostenibilità del Ssn per monitorare in maniera continua e sistematica responsabilità e azioni di tutti stakeholder, con il fine ultimo di ottenere il massimo ritorno in termini di salute del denaro pubblico investito in sanità.

Riguardo le decisioni politiche centrali, l' Osservatorio Gimbe vigilerà su dinamiche ed entità del finanziamento pubblico del Ssn, identificare carenze legislative e normative, agire sulle criticità dei disegni di legge in corso di discussione e monitorare l' applicazione delle leggi vigenti.

A livello regionale l' Osservatorio mira a identificare la percentuale di risorse destinate ai tre livelli di assistenza (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) e la ripartizione tra pubblico e privato accreditato, oltre definire un set di indicatori per monitorare le Regioni nel processo di disinvestimento e riallocazione, proponendo la loro integrazione nella griglia Lea e, in caso di inadempimento ripetuto, nei criteri di riparto del Fondo sanitario.

A livello aziendale l' obiettivo è quello di identificare aree di overuse e underuse di servizi e prestazioni sanitarie: in tal senso sono già stati avviati studi per valutare il potenziale recupero di risorse da farmaci

(shift vs equivalenti e biosimilari, deprescription, farmaci oncologici nei pazienti terminali), da prestazioni inappropriate di diagnostica ambulatoriale (Rc/Rmn nella lombalgia, doppler Tsa), da inappropriatezza organizzativa utilizzando gli indicatori del Pn e gli adempimenti Lea. Le priorità identificate per la riallocazione delle risorse recuperate in aree di sotto-utilizzo sono costituite da innovazioni dall' elevato value, screening oncologici, vaccinazioni,

assistenza domiciliare e hospice, continuità terapeutica.

Altra area d' intervento riguarda la riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie rispetto alla diagnosi precoce dei tumori, alle malattie croniche e al percorso nascita. Last not but least, nella consapevolezza che la sostenibilità del Ssn è indissolubilmente legato all' integrità morale e alla professionalità di tutti gli attori coinvolti, l' Osservatorio ha già avviato studi sulle fonti di finanziamento di società scientifiche, associazioni di pazienti e organizzazioni civiche, utilizzando i dati oggi pubblici grazie al disclosure code di Farmindustria.

* presidente Fondazione Gimbe

AZIENDE & TERRITORIO

SICUREZZA/ I recenti eventi sismici hanno riproposto con forza il tema della fragilità delle strutture sanitarie

Ospedali, ecco la cura anti terremoto

Serve un sistema informativo per aggiornare le mappe e il fabbisogno finanziario

I recenti eventi sismici hanno riproposto tra i tanti temi riguardanti la sicurezza sismica del patrimonio edilizio del Paese anche quello relativo alle strutture sanitarie con particolare riguardo agli ospedali.

Il tema della sicurezza dal rischio sismico declinato in Sanità è complesso perché, oltre agli aspetti propri della sicurezza ovvero dei requisiti che deve possedere la struttura ospedaliera in relazione alla classificazione sismica della zona in cui è stata costruita, devono essere affrontati, stante il ruolo dell'ospedale, anche gli aspetti dell'emergenza nella fase immediatamente post sisma e in quelle successive.

Evacuare o meno un ospedale è una decisione importante per la sicurezza e la salute dei pazienti ricoverati e degli operatori sanitari. La decisione, peraltro, deve essere presa tempestivamente ma in maniera ponderata in base a preventivi dati conoscitivi delle eventuali criticità strutturali dell'ospedale e a valutazioni di contesto, da effettuarsi immediatamente dopo il sisma, circa la risposta che la struttura ha dato alle sollecitazioni subite. La decisione, qualunque essa sia, deve essere l'esito di una ben definita catena di comando.

La conoscenza delle caratteristiche strutturali e la provata capacità di risposta alle occorse sollecitazioni sismiche serviranno a meglio qualificare il ruolo dell'ospedale come luogo di cura "sicuro" nel periodo successivo all'evento sismico di

maggiore magnitudine: situazioni di emergenza sismica si sono protratte e si stanno protrando, causa lo sciame sismico, per lunghi periodi (terremoti del Pollino, del L'Aquila, dell'Emilia e di Amatrice).

Venendo, però, ad affrontare il tema sotto della sicurezza sismica delle strutture sanitarie ex ante, sotto il profilo prettamente tecnico, pare opportuno richiamare brevemente i testi normativi di riferimento.

Cronologicamente il primo testo normativo è l'ordinanza del Presidente del Consiglio dei ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 «Primi elementi in materia di criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e di normative tecniche per le costruzioni in zona sismica».

L'ordinanza all'articolo 2, comma 3, prevede che: «è fatto d'obbligo procedere a verifica, da effettuarsi a cura dei rispettivi proprietari, sia degli edifici di interesse strategico e delle opere infrastrutturali la cui funzionalità durante gli eventi sismici assume rilievo fondamentale per le finalità di protezione civile, sia degli edifici e delle opere infrastrutturali che possono assumere ri-

levanza in relazione alle conseguenze di un eventuale collasso. Le verifiche di cui al presente comma dovranno essere effettuate entro

cinque anni dalla data della presente ordinanza e riguardare in via prioritaria edifici e opere ubicate nelle zone sismiche 1 e 2 secondo quanto definito dall'allegato 1».

L'elemento innovativo introdotto dall'ordinanza è l'obbligo di effettuare le verifiche di vulnerabilità sismica per edifici di interesse strategico, nella cui fattispecie ricadono certamente gli ospedali, e per le opere infrastrutturali.

Va precisato che l'obbligo di eseguire le verifiche è stato più volte posticipato fino a fissarne definitivamente la scadenza al 31 marzo 2013, con l'articolo 1, comma 421, della legge n. 228 del 24 dicembre 2012 (legge di Stabilità).

Nel frattempo con il Dm 14 gennaio 2008 - Norme tecniche per le costruzioni (Ntc) - sono stati definiti i criteri generali per la valutazione della sicurezza e per la progettazione, l'esecuzione e il collaudo degli interventi sulle costruzioni esistenti. Il paragrafo 8.3 del Dm ha stabilito che le costruzioni esistenti, aldilà delle verifiche di vulnerabilità sismica, devono essere sottoposte a

valutazione della sicurezza quando ricorra anche una delle seguenti situazioni:

- riduzione evidente della capacità resistente e/o deformativa della struttura o di alcune sue parti dovuta ad azioni ambientali (sisma, vento, neve e temperatura), significativo degrado e decadimento delle caratteristiche meccaniche dei materiali, azioni eccezionali (urti, incendi, esplosioni), situazioni di funzionamento e uso anomalo, deformazioni significative imposte da cedimenti del terreno di fondazione;
- provati gravi errori di progetto o di costruzione;
- cambio della destinazione d'uso della costruzione o di parti di essa,

con variazione significativa dei carichi variabili e/o della classe d'uso della costruzione;

- interventi non dichiaratamente strutturali, qualora essi interagiscano, anche solo in parte, con elementi aventi funzione strutturale e, in modo consistente, ne riducano la capacità o ne modifichino la rigidità.

Ulteriori riferimenti normativi, di particolare rilievo, sono le circolari del Dipartimento di Protezione civile del 21 aprile 2010, del 9 ottobre 2010 e del 4 novembre del 2010.

Queste circolari stabiliscono gli obblighi conseguenti agli esiti delle verifiche della vulnerabilità sismica degli edifici di interesse strategico e delle opere infrastrutturali. In particolare si stabilisce che la verifica è obbligatoria, mentre non lo sono gli immediati interventi di adeguamento o miglioramento strutturale salvo il caso che «non siano soddisfatte le verifiche relative alle azioni controllate dall'uomo, ossia prevalentemente ai carichi permanenti e alle altre azioni di servizio» o salvo il caso che «il proprietario o gestore disponga di risorse ordinarie sufficienti per l'esecuzione» di detti interventi di adeguamento o miglioramento strutturale.

Gli interventi di adeguamento o miglioramento devono essere però tenuti in considerazione nella programmazione triennale e nell'elenco annuale che le Amministrazioni sono tenute a fare per l'esecuzione dei lavori pubblici.

Decisamente più complessa, rispetto alle sollecitazioni statiche o comunque controllate dall'uomo di cui la struttura edilizia si fa carico, è la valutazione su come intervenire nel momento in cui gli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica palesino «l'inadeguatezza di un'opera rispetto le azioni ambientali non controllabili dall'uomo e soggette ad ampia variabilità nel tempo e incertezza nello loro deter-

minazione. Per le problematiche connesse, non si può pensare di imporre l'obbligatorietà dell'intervento o del cambiamento di destinazione d'uso o, addirittura, la messa fuori servizio dell'opera, non appena se riscontri l'inadeguatezza. Le decisioni da adottare dovranno necessariamente essere calibrate sulle singole situazioni (in relazione alla gravità dell'inadeguatezza, alle conseguenze, alle disponibilità economiche e alle implicazioni in termini di pubblica incolumità). Saranno i proprietari o i gestori delle singole opere, siano essi enti pubblici o privati o singoli cittadini, a definire il provvedimento più idoneo, eventualmente individuando uno o più livelli delle azioni, commisurati alla vita nominale restante e alla classe d'uso, rispetto ai quali si rende necessario effettuare l'intervento entro un tempo prestabilito».

Quanto appena illustrato, desunto direttamente dalla circolare del Dipartimento di Protezione civile del 4 novembre del 2010, deve essere quindi operativamente declinato, in termini di prevenzione sismica, in interventi di miglioramento/ adeguamento delle strutture sanitarie in correlazione alla severità degli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica.

Gli esiti delle verifiche, essendo il patrimonio edilizio sanitario di questo Paese caratterizzato da una certa vetustà che unita alla riclassificazione del territorio nazionale, avvenuta nel decennio precedente, portano il più delle volte a evidenziare la necessità di azioni di miglioramento. Ne dovrebbe derivare, come ovvia e logica conseguenza, l'articolazione di una programmazione di interventi in coerenza con quanto stabilito dalle sopra richiamate circolari. La programmazione degli interventi, anche in ragione di principi di pragmaticità, non può che avere una prospettiva di lungo periodo. L'obiettivo è, tuttavia, l'avvio subitaneo e sistematico di azioni di prevenzione sismica sia sugli elementi strutturali (pilastri, travi, muri portanti ecc.) sia sugli elementi non strutturali (pareti, oggetti, controsoffitti, vetrate, lampade scialitiche, attrezzature biomediche in genere), in modo da contenere subito e quanto più possibile il rischio sismico nelle strutture sanitarie migliorando il livello di risposta degli edifici alle sollecitazioni sismiche.

Per il Servizio sanitario nazionale il tema della prevenzione sismica e

della programmazione degli interventi di miglioramento/ adeguamento si correla fortemente con il Dm 2 aprile 2015, n. 70 che definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei sul territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, risorse impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati fissando gli standard qualitativi, strutturali e tecnologici relativi all'assistenza ospedaliera.

Una corretta programmazione degli interventi pertanto non potrà che avere come riferimento il Dm 2 aprile 2015, n. 70 con alla base elementi di approfondita conoscenza del patrimonio edilizio sanitario e delle sue criticità acquisibili solamente tramite le verifiche di vulnerabilità sismica e dovrà essere il portato di azioni sinergiche tra il livello locale (le aziende sanitarie proprietarie degli immobili), il livello regionale e il livello nazionale.

La creazione di un sistema informativo, analogamente con quanto fatto in materia di prevenzioni incendi per dare attuazione al Dm 19 marzo 2015, che permetta al livello nazionale di raccogliere, sulla base di criteri condivisi con le Regioni, le informazioni derivanti dalle verifiche di vulnerabilità sismica delle strutture sanitarie appare una prima opportunità non procrastinabile per avviare un percorso che in primo luogo porti a una migliore conoscenza del patrimonio edilizio sanitario di questo Paese, alla piena consapevolezza da parte

delle Aziende sanitarie della necessità di miglioramenti e alla loro attuazione (in alcuni casi realizzabili con oneri contenuti: si pensi agli interventi localizzati su elementi strutturali o alle misure di prevenzione da applicarsi agli elementi non strutturali) e all'individuazione del fabbisogno finanziario necessario per cogliere progressivamente ma compiutamente l'obiettivo di contenere al massimo il rischio sismico nelle strutture sanitarie garantendo in tal modo al cittadino "la sicurezza delle cure" anche sotto questo profilo.

Fabio Rombini
responsabile Servizio strutture

*e tecnologie Regione Emilia Romagna
e membro del Nucleo di valutazione
degli investimenti pubblici*
Marco Spizzichino
*presidente del Nucleo
degli investimenti pubblici in sanità*

Necessario
curare gli aspetti
dell'emergenza
post scosse

Tutte le norme
in vigore
di Palazzo Chigi
e Protezione civile





CREA SANITÀ/ Arriva il capitolo 2016 dello studio che analizza le performance dei Ssr

Veneto vola in testa al gruppo

Seguono Trento, Toscana e Piemonte - La maglia nera alla Campania

I Servizi sanitari di Veneto, Pa di Trento, Toscana, Piemonte con Performance nell'area dell' "eccellenza", Liguria, Valle d'Aosta, Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Molise, Puglia, Calabria, Campania con Performance "critiche" e le restanti nell'area "intermedia". Sono i risultati presentati nella quarta edizione del ranking dei Servizi sanitari regionali, elaborata nell'ambito del progetto "Una misura di Performance dei Ssr", condotta dal Crea Sanità, il consorzio per la Ricerca economica applicata in Sanità dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

Il progetto ha come obiettivo quello di contribuire alla valutazione della performance dei servizi sanitari e, parallelamente, anche allo sviluppo di metodologie di valutazione innovative. Si tratta, infatti, di un metodo di valutazione multidimensionale, che "media" le prospettive di cui i diversi stakeholder del sistema sono portatori.

Il metodo di valutazione si avvale del competente contributo di un panel qualificato di rappresentanti di diversi stakeholder: "Utenti", "Management aziendale", "Professioni sanitarie", "Istituzioni" e "Industria medica". Oltre che della partnership, e al contributo incondizionato, offerto

da un gruppo di aziende del settore medicale. Quest'anno il panel di esperti è stato ulteriormente ampliato fino a contare 83 componenti, così come il set di indicatori da cui sono stati selezionati quelli ritenuti dal panel maggiormente rappresentativi della Performance dei Ssr.

Il metodo di ricerca 2016. Il panel, che si è riunito il 22 giugno scorso, ha selezionato 12 indicatori (si veda la *tabella 1*), partendo da un set iniziale di 144, prescelti dal team di ricerca del Crea Sanità per le loro caratteristiche di standardizzabilità e rilevanza, poi ridotti a 22 dopo una prima selezione effettuata a distanza dalla quale sono stati preselezionati quelli votati da almeno il 20% dei membri del panel. I singoli componenti del panel, adjuvati da un sistema informatico web-based sviluppato ad hoc dal Crea Sanità, hanno successivamente partecipato a un processo di elicitazione, prima delle preferenze in tema di utilità/valore attribuito ai livelli dei vari indicatori; quindi della potenziale "sostituibilità" del contributo che gli outcome prodotti dai diversi indicatori portano al risultato finale.

Ogni membro del panel ha effettuato le valutazioni singolarmente, utilizzando procedure computer assisted; le risposte sono state elaborate da un

applicativo (Logical decision®) che, mediante l'implementazione di funzioni di utilità multi-attributo, permette di produrre una sintesi, espressa da una misura unica di performance. Cinque indicatori erano stati già scelti nell'edizione precedente, quattro nella seconda e sei nella prima: "Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata" e "Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con Drg inappropriati" sono indicatori ritenuti rappresentativi della performance in tutte le edizioni del progetto.

Novità e conferme. Confrontando i risultati con quelli della precedente annualità, in questa quarta edizione, pur confermandosi l'importanza della Dimensione Sociale, si è osservata una riduzione del suo contributo, che è sceso al 24,4% (dal 27,6%). Di contro è continuato ad aumentare il contributo della Dimensione Esiti (27,0%) e quella Economico-Finanziaria che ha raggiunto il 24,1% (dal 20,5% nell'ultima edizione). Infine la Dimensione Appropriatezza passa al 25,2% dal 24,9% della precedente edizione (si veda *figura 1*).

Per la categoria degli Utenti, Esiti e Appropriatezza contribuiscono per quasi il 55% alla misura della performance del sistema sanitario (30,2% e 23,6% rispettiva-

mente); la Dimensione Sociale e quella Economico-Finanziaria, rispettivamente il 23,5% e il 22,7 per cento. Degna di nota la grande attenzione che in questa edizione gli Utenti hanno attribuito alla dimensione Esiti, che rispetto alla precedente ha guadagnato ben il 12 per cento.

Le Professioni sanitarie danno importanza soprattutto al Sociale (27,5%), all'Appropriatezza (25,9), agli Esiti (23,9%) e, infine, dalla Dimensione Economico-Finanziaria (22,7%).

Per il Management aziendale è la Dimensione Esiti che contribuisce in maggior misura alla Performance (26,8%), seguita dal Sociale (24,8%), dalla Dimensione Economico-Finanziaria (24,7%) e dall'Appropriatezza (23,8%).

I rappresentanti delle Istituzioni sembrano invece attribuire maggior importanza alla Dimensione Appropriatezza,

il 27,4%, poi agli **Esiti** con il 27,2%, alla Dimensione **Economico-Finanziaria** che ha raggiunto il 24,3% a fronte del 15,4% della precedente edizione). La dimensione **Sociale** contribuisce per il 21,1 per cento. Gli appartenenti all'**Industria**, analogamente a quanto espresso nelle edizioni precedenti, mantengono un atteggiamento di sostanziale neutralità fra le varie Dimensioni, attribuendo loro pressoché lo stesso peso.

Analizzando i risultati negli anni, emerge chiaramente come il contributo delle singole Dimensioni vari nel tempo: come tendenza generale osserviamo che, a eccezione della categoria **Industria**, che ha mantenuto una attribuzione di neutralità alle dimensioni sin dall'inizio, per le altre stiamo assistendo a una progressiva riduzione delle differenze di peso attribuite alle diverse Dimensioni (si veda *figura 2*).

Dalla seconda edizione in poi, riscontriamo come la Dimensione **Sociale** e quella **Economico-Finanziaria** abbiano ridotto il loro peso, cedendolo progressivamente a **Esiti** e **Appropriatezza**.

In particolare gli **Utenti** hanno spostato negli anni la loro attenzione dal **Sociale** verso gli **Esiti**: fenomeno probabilmente associato allo sviluppo dell'empowerment dei pazienti.

Per i **Professionisti sanitari**, **Sociale** e **Appropriatezza** si sono confermate essere le Dimensioni più importanti, a parte la parentesi, probabilmente attribuibile all'introduzione del decreto sulla Spending Review, che aveva spostato l'attenzione (anche dei **Professionisti**) sulla Dimensione **Economico-Finanziaria** (edizione del 2014). Il peso di tale Dimensione si è poi ridotto, probabilmente in parallelo alla luce della riduzione dei disavanzi economico-finanziari dei sistemi sanitari regionali, mantenendosi comunque al di sopra del 22% nelle ultime due edizioni.

Per il **Management aziendale** è aumentata negli anni l'attenzione per il **Sociale** e gli **Esiti**: fenomeno, il primo, che proviamo a spiegare con l'ormai evidente difficoltà delle famiglie ad accedere alle prestazioni sociali, spesso a pagamento; difficoltà che il Mana-

gement di un'azienda sanitaria si trova a dover comunque "gestire"; il secondo fenomeno è certamente legato alla sempre maggior presenza di sistemi di valutazione degli **Esiti**, che a cascata vengono ribaltati sugli obiettivi che il **Management** è tenuto a raggiungere.

I rappresentanti delle **Istituzioni** hanno invece spostato negli anni la loro attenzione su **Appropriatezza** ed **Esiti**, riducendo quella per il **Sociale**: il fenomeno è probabilmente spiegabile con l'acquisizione di una crescente consapevolezza da parte delle Istituzioni della possibilità che l'intervento su quelle due aree automaticamente "liberi" risorse, riducendo così le problematiche sociali di rinuncia alle cure e gli elevati carichi sulle famiglie in termini di spesa sanitaria privata out of pocket. Gli appartenenti alla categoria **Industria** invece hanno coerentemente mantenuto negli anni un atteggiamento abbastanza neutrale, equi-pesando le quattro dimensioni della Performance dei Ssr. Posta pari a 1 la performance "ottimale", convenzionalmente definita come quella di un'ipotetica Regione capace di registrare i migliori livelli di performance individuati dal panel in tutti gli indicatori prescelti, l'indice complessivo di performance oscilla da un massimo di 0,63 del **Veneto** a un minimo di 0,33 della **Campania** (si veda *figura 3*).

Si conferma anche in questa edizione un atteggiamento "prudente" da parte dei componenti del panel nella valutazione delle performance attuali, che porta a valutare il risultato migliore nell'ordine del 60% della performance "ideale".

Eccellenze. A quattro Ssr (l'area "dell'eccellenza") è associato una misura di performance sensibilmente superiore al 57%, con modeste variazioni intra gruppo (**Veneto, Pa di Trento, Toscana, Piemonte**); seguono altre 8 (**Friuli Venezia Giulia, Pa di Bolzano, Lombardia, Basilicata, Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lazio**), con livello abbastanza omogeneo e prestazioni nel range 52-55 per cento.

Area flop. Per le ultime 9, convenzionalmente l'area "critica", (**Liguria, Valle d'Aosta, Abruzzo, Sardegna, Sici-**

lia, Molise, Puglia, Calabria, Campania) si intravede uno "scalino" (negativo) della Performance, registrando valori che scendono progressivamente fino allo 0,33 dell'ultima.

I gruppi non sono "nuovi", ma è interessante notare che, ad esempio, una Regione gravata da un grave deficit come il **Lazio**, mediando le varie Dimensioni si ritenga abbia performance migliori di altre finanziariamente più "sane".

Date le differenti prospettive di cui sono portatori i differenti stakeholder, le valutazioni delle performance dei Ssr sono da considerarsi "medie" di valutazioni che si modificano a seconda della Categoria.

Si noti che per alcuni Ssr la "posizione" rimane stabile indipendentemente dalla prospettiva della Categoria; per altri la posizione varia a seconda della Categoria presa in analisi, rimanendo però più o meno sempre nella stessa "area di merito". Per questa ragione possiamo giudicare le valutazioni quantitativamente diverse, ma con un giudizio complessivo qualitativamente omogeneo.

Dal punto di vista "Utenti". Rispetto alla classifica generale, per gli **Utenti** il Ssr di **Bolzano** scavalca la **Toscana**, entrando nell'area d'eccellenza, e facendo passare quest'ultima nell'area intermedia. Il **FriuliVG** perde una posizione diventando sesta; il Ssr pugliese ne recupera due, non uscendo però dall'area "critica". Restano invece invariate le ultime due posizioni di **Calabria** e **Campania**.

Per le **Professioni sanitarie** le modifiche nel ranking risultano sostanzialmente "inter-area". Rispetto alla classifica generale, la Pa di Bolzano perde tre posizioni, restando sempre nell'area intermedia, come anche la Lombardia che perde quattro posti e diventa undicesima. Per il **Management aziendale** si confermano la prima e ultima posizione; si registrano invece modifiche di posizioni, ma per nessun Ssr cambia l'area di appartenenza.

Per i rappresentanti delle **Istituzioni**, il **Veneto** mantiene la prima posizione, seguita poi da Trento e dalla Toscana. Il Ssr friulano perde due posizioni rispetto alla valutazione complessiva, restando comunque nell'area intermedia, e quello lucano ne perde cinque raggiungendo la tredicesima posizione ed entrando così nell'area "critica".

Nelle ultime tre posizioni,

si registra un cambiamento nella terz'ultima posizione, con il **Molise** che prende il posto della **Calabria**, che balza al diciassettesimo posto. Un cambiamento rilevante riguarda il **Lazio**, che recupera ben sette posizioni, restando sempre nell'area intermedia ma in una posizione prossima all'area dell'eccellenza. La **Basilicata** recupera sei posizioni diventando seconda, mentre la Pa di Trento abbandona l'area di "eccellenza" entrando in quella intermedia. La Lombardia perde una posizione restando comunque nell'area intermedia.

Complessivamente quindi il ranking dei Ssr varia, a seconda della prospettiva adottata, ma in maniera più significativa per le Regioni che occupano le posizioni centrali: Valle d'Aosta, Basilicata, Umbria e Marche.

Fra le migliori il Veneto, che conserva la prima posizione in tutte le prospettive, mentre fra le ultime la Campania cede la posizione alla Calabria solo nella prospettiva dell'**Industria**.

La Pa di Trento segue in generale il Veneto, anche se perde qualche posizione secondo le prospettive dell'**Industria** e delle **Professioni sanitarie** (che hanno dato più peso agli indicatori di spesa sanitaria che, com'è noto, registrano valori elevati nella Pa di Trento).

La valutazione sulla **Basilicata** è notevolmente migliore secondo le prospettive dell'**Industria** e delle **Professioni sanitarie**.

Le **Marche** sono valutate meglio della media dalle Istituzioni, le **Professioni sanitarie** e gli **Utenti**.

Non possiamo non sottolineare come anche il diverso contributo delle varie Dimensioni di Performance si dimostri variabile nel tempo: dinamica coerentemente legata all'evoluzione del contesto istituzionale e politico.

Quest'ultimo non sembra, invece, influenzare l'andamento della funzione valore dei singoli indicatori, ovvero del valore relativo attribuito

alle determinazioni numeriche degli indicatori, che rimane stabile in quasi tutti gli indicatori (quattro su cinque di quelli confermatasi nelle varie annualità). In altri termini, rimane stabile il "valore" attribuito ai singoli indicatori, mentre è "dinamico" il peso relativo ad essi attribuito nella determinazione della Performance complessiva.

Negli anni continuiamo ad assistere a un processo di progressivo spostamento dell'"interesse" dall'efficienza tecnica verso le dimensioni dell'efficienza allocativa e della qualità. Il fenomeno è associato tanto alla crescente consapevolezza a livello politico del complessivo risanamento finanziario operato negli ultimi anni, in particolar modo nelle

Regioni in piano di rientro, quanto alla crescente mole di informazioni disponibili sugli esiti e in generale sulla qualità dei servizi, che sensibilizza tutti gli stakeholder verso temi legati alla qualità delle risposte del sistema sanitario pubblico.

In conclusione, giunti ormai alla quarta edizione, possiamo affermare come lo strumento implementato consenta una misura coerente e significativa delle Performance dei Ssr, che tiene conto tanto delle diverse "opinioni" dei diversi stakeholder del sistema, quanto dei cambiamenti indotti dalle modificazioni del contesto politico, ovvero delle priorità che lo stesso stabilisce.

Nonostante i limiti, sostanzialmente legati all'impossibilità ad oggi di "coprire" alcune

aree di assistenza, per effetto di una carenza dei flussi informativi, si conferma che la misura di Performance proposta può rappresentare uno strumento finalizzato ad incentivare il miglioramento e la crescita delle Istituzioni sanitarie, nonché a orientare gli interventi di politica sanitaria, ben rappresentando le multidimensionalità dei giudizi, le diverse prospettive degli stakeholder e la dinamica del contesto politico-istituzionale.

Daniela d'Angela
Crea Sanità
Università degli studi
Roma Tor Vergata

Tabella I - Indicatori di performance

Dimensione	Indicatore
Sociale (equità)	● Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	● Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie
	● Quota di persone che rinuncia a curarsi
Economico-finanziaria	● Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	● Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
	● Quota del Pil destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
Esiti	● Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche
	● Tasso di mortalità evitabile
	● Speranza di vita libera di disabilità (75+)
Appropriatezza	● Tasso di ricorso al pronto soccorso
	● Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con Drg inappropriati
	● Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie

Fonte: elaborazione Crea Sanità su risultati televoto del panel

Figura 1 - Contributo delle dimensioni alla performance dei Ssr (%)

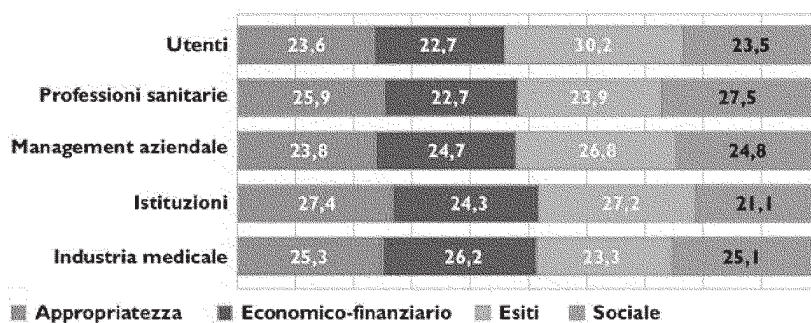
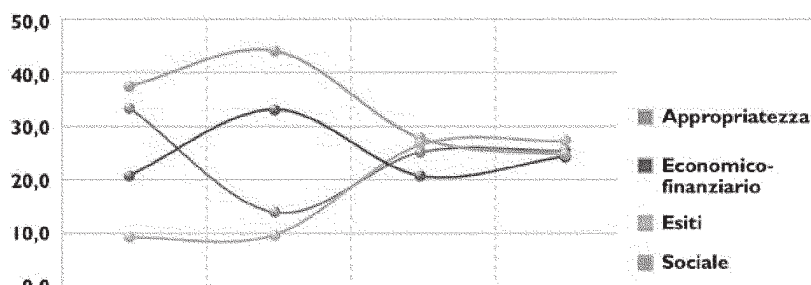
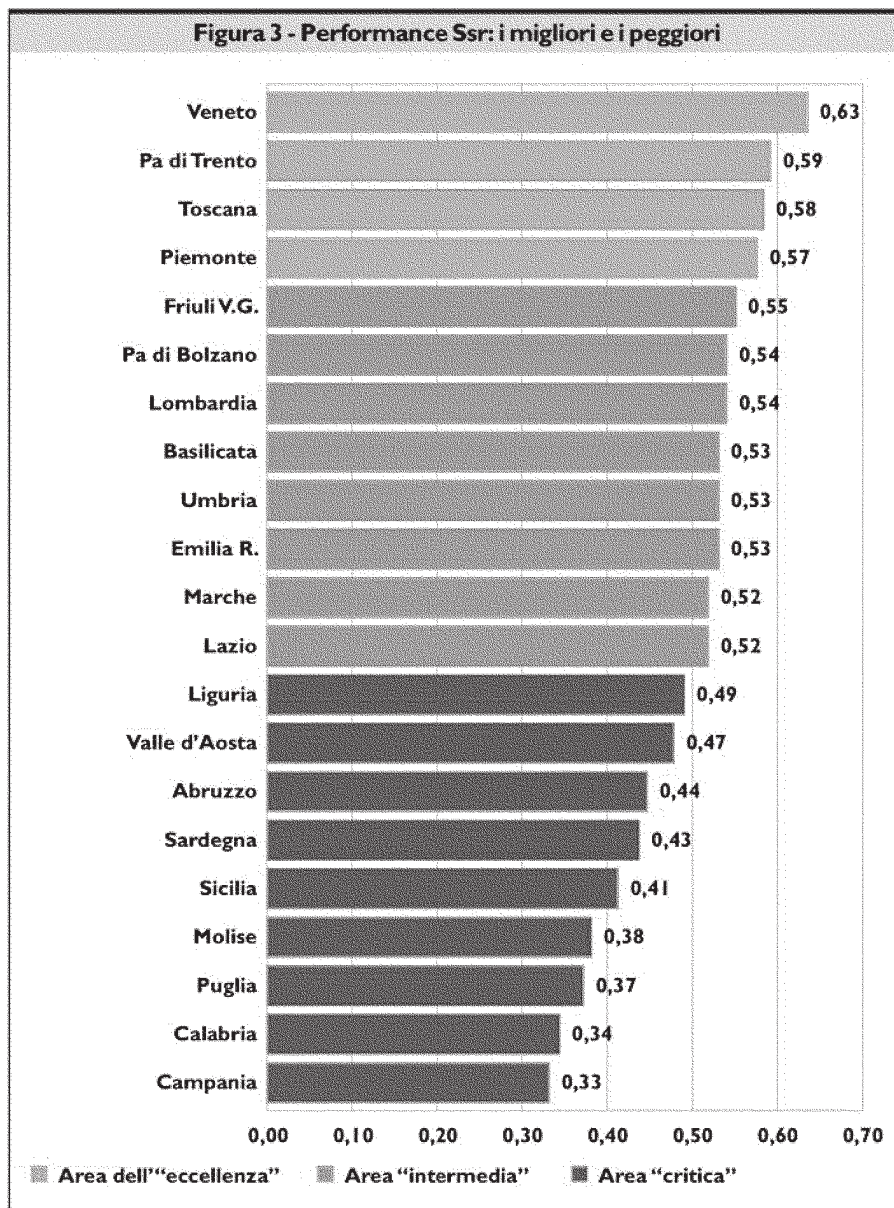


Figura 2 - L'andamento delle singole "dimensioni" (%)





L'ANALISI

La sanità va a tre marce Vince chi investe (bene)

DI DANIELA D'ANGELA * E FEDERICO SPANDONARO *

Spostamento delle priorità: da efficienza tecnica ad allocativa

Il ranking emerso dalla quarta annualità dell'esercizio di valutazione della performance dei Ssr promosso da Crea Sanità, ci restituisce una Sanità tripartita: un gruppo di quattro Regioni complessivamente "eccellenti" e un altro di nove (concentrato soprattutto nel Sud) che versa in condizioni "critiche". In mezzo un gruppo piuttosto ampio di Regioni con performance intermedie.

Il dato è che il gradiente della performance è strettamente e direttamente legato a quello della spesa: per avere buone performance bisogna investire. I Piani di rientro hanno avuto l'indubitabile pregio di riportare (e anche rapidamente) sotto controllo la spesa sanitaria, in particolare nelle Regioni meridionali; ben diverso sarà però l'impegno per fare uscire queste Regioni dall'area "critica" delle performance, perché questo implica agire sulla qualità e sull'efficienza effettiva dei servizi.

La complessità intrinseca nel sistema sanità richiede, quindi, una governance capace di sposare logiche multi-dimensionali; l'importanza di questo approccio è sempre più evidente, enfatizzandosi progressivamente la necessità di un equilibrio fra il perseguimento del controllo economico-finanziario e quello del miglioramento della qualità e responsiveness dei servizi.

In questa ottica sono indubbiamente fondamentali le valutazioni e in generale la disponibilità di benchmark. Mentre osserviamo che la letteratura è concorde nel ritenere che già la sola disponibilità di sistemi di monitoraggio e valutazione incentivi il perseguimento di migliori performance, aggiungiamo che ogni metodo di valutazione coglie aspetti peculiari del sistema, arricchendo e perfezionando la capacità complessiva di giudizio.

Valutazione al check. In Italia, fortunatamente, negli ultimi anni sono stati sviluppati numerosi sistemi di valutazione dei servizi sanitari regionali: a partire da quelli istituzionali come la cosiddetta griglia Lea del ministero della Salute e il Piano nazionale Esiti implementato dall'Agenas a quelli di istituti di ricerca, quale il sistema dei "bersagli" sviluppato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e il nostro.

Nello specifico, il nostro progetto, che unisce multidimensionalità - quindi assumendo che la performance sia la composizione dei risultati ottenuti su fronti diversi, quale quello degli esiti e della appropriatezza, ma anche quelli economi-

co-finanziario e dell'equità sociale - e multiprospettiva - ovvero riconoscendo che persone o gruppi di interesse diversi, possono legittimamente avere idee/preferenze diverse in ordine alle priorità da soddisfare - e poiché adotta una procedura "democratica" di composizione delle preferenze, è orientato a riconoscere elementi di valore che esulano dalla mera dimensione tecnica della gestione, ponendo al centro della valutazione della performance gli stakeholder del Sistema.

Giunti alla quarta edizione del progetto di valutazione, possiamo ormai ragionevolmente sostenere che i risultati raggiunti indicano chiaramente come diversi gruppi di stakeholder abbiano effettivamente preferenze differenti e, quindi, giudizi non perfettamente sovrapponibili sulle performance dei Sistemi sanitari regionali.

Diversità peraltro coerenti con le aspettative a priori, ovvero con gli interessi, culture e ruoli di cui i diversi stakeholder sono portatori. A titolo di esempio si ricorda come gli Utenti risultano in generale più orientati a considerare rilevante la dimensione Sociale, e da quest'anno anche gli Esiti; mentre il Management aziendale si concentra su Esiti e Sociale e le Istituzioni su Esiti e Appropriatezza.

L'applicazione negli anni dell'esercizio ci insegna sempre qualcosa di nuovo. Se si conferma che i giudizi di valore sui livelli degli indicatori rimangono stabili nel tempo, osserviamo come invece le priorità cambiano, seguendo l'evoluzione del quadro generale di politica sanitaria; il nostro panel di esperti esprime una progressiva riduzione delle differenze di peso attribuite alle diverse Dimensioni.

In corrispondenza di una progressiva riduzione dei disavanzi economico-finanziari regionali si riduce il peso attribuito nella performance alla dimensione Sociale e a quella Economico-finanziaria e, allo stesso tempo, la maggiore disponibilità di informazioni sugli esiti (basti pensare all'implementazione del Piano nazionale Esiti) si associa a una crescita progressiva del peso delle Dimensioni Esiti e Appropriatezza. Gli Utenti spostano negli anni la loro attenzione dal Sociale agli Esiti: fenomeno riconducibile allo sviluppo dell'empowerment dei pazienti; il Management aziendale sposta negli anni l'attenzione per il Sociale e gli Esiti, fenomeno, il primo, evidentemente riferibile alla ormai evidente difficoltà delle famiglie ad accedere a prestazioni sociali spesso a pagamento, che comunque il top management di un'Azienda sanitaria si trova a dover "gestire". Il secondo alla sempre maggior presenza di sistemi di valutazione degli Esiti che, a cascata, vengono ribaltati sugli obiettivi che gli stessi Direttori sono tenuti a raggiungere. I rappresentanti delle Istituzioni hanno spostato negli anni la loro attenzione sulle Dimensioni Appropriatezza ed Esiti, riducendo invece quella per il Sociale, dimostrando l'acquisizione di una crescente consapevolezza sulla possibilità che l'intervento sulle

due aree citate possa "liberare" risorse, riducendo così le problematiche sociali di rinuncia alle cure e gli elevati carichi sulle famiglie in termini di spesa sanitaria privata "out of pocket".

Potremmo sintetizzare questi fenomeni, pur con qualche evidente approssimazione, dicendo che assistiamo a un progressivo spostamento delle priorità: dall'efficienza tecnica a quella allocativa.

Sempre associabile al quadro complessivo dell'evoluzione delle politiche sanitarie, risulta un'apparente minore attenzione effettiva verso la prevenzione in generale e sulle vaccinazioni in particolare: nonostante 10 indicatori presenti nel set iniziale, solo 3 sono stati preselezionati e poi nessuno è entrato nel set finale (si veda la descrizione tecnica); riteniamo di poter interpretare il fenomeno come la conferma che in una fase di risorse fortemente limitate, pur riconoscendo teoricamente l'importanza del tema, la tendenza è quella a concentrarsi sulla gestione corrente e di conseguenza a rimandare gli investimenti in prevenzione.

L'esperienza recente delle vaccinazioni, cadute sotto i livelli soglia, e il contestuale riaffacciarsi di patologie in via di debellamento, insegna però che un sistema che non investe è destinato a collassare, e in Sanità a fare passi indietro più rapidamente di quanto ci si aspetterebbe.

Sicuramente il sistema presenta ancora dei limiti legati principalmente alla scelta degli indicatori, o meglio ad alcune carenze delle fonti informative a oggi disponibili. Sarebbe opportuno integrare le aree di assistenza ad esempio Assistenza primaria (Mmg/Pls, Servizio di Emergenza urgenza territoriale 118), Prevenzione (anche relativa al settore alimentare), Disabilità, Malattie rare, Cronicità (prevalenza "reale" delle patologie), attività ospedaliera e territoriale erogata agli Stp (stranieri temporaneamente presenti) o Cscs (comunitario senza copertura sanitaria) oggetto di valutazione attraverso un contestuale aggiornamento delle fonti informative. Per alcune di tali aree, pur essendo disponibili fonti informative, non è possibile costruire indicatori che soddisfino i criteri riportati nella metodologia, in particolare di confrontabilità.

* Crea Sanità - Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Copertura scesa sotto la soglia del 95%

L'allarme del Ministero della Salute "Sono tornate malattie scomparse"

ROMA - I dati sono allarmanti e in Italia sono sempre di più i genitori che decidono di non vaccinare i bambini. Emerge dai dati pubblicati dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute, e l'andamento negativo è confermato in tutte le Regioni. In particolare nel 2015 la media per le vaccinazioni contro poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse e Hib è stata in media del 93,4 per cento. Sebbene esistano importanti differenze tra le regioni, solo 6 superano la soglia del 95 per cento per la vaccinazione anti-polio, mentre ben 11 sono sotto il 94 per cento. Le vaccinazioni incluse nel vaccino esava-

lente, generalmente impiegato in Italia nei neonati per il ciclo di base, avevano superato il 95 per cento, soglia raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per ottenere anche la cosiddetta immunità di popolazione; infatti, se almeno il 95% della popolazione è vaccinata, si proteggono indirettamente coloro che, per motivi di salute, non si sono potuti vaccinare. Dal 2013 si sta registrando un progressivo calo, con il rischio di focolai epidemici di grosse dimensioni per malattie attualmente sotto controllo, o addirittura di ricomparsa di malattie non più circolanti nel Paese.

© 2016 L'ESPRESSO