

Patto salute: pronta prima bozza del Ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane

Tutte le novità per il personale Ssn. Dai requisiti di accesso alla carriera dei dirigenti

Con qualche giorno di ritardo rispetto al ruolino di marcia, il 10 novembre scorso è arrivata la bozza del Ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane del Ssn messo a punto dal Tavolo politico che avrebbe dovuto terminare i suoi lavori, secondo il cronoprogramma stabilito dal Patto della salute, lo scorso 31 ottobre.

Nel documento si legge come il Governo, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni è delegato ad emanare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi che dovranno osservare alcuni principi e criteri direttivi.

Vengono definiti i requisiti di accesso per il personale del Ssn il titolo di formazione di base e l'abilitazione all'esercizio della relativa professione. Viene poi previsto l'inserimento nell'azienda per lo svolgimento delle attività proprie della professione e in coerenza con il grado di conoscenze, competenze ed abilità acquisite, tenendo conto delle disposizioni previste nell'ambito della Contrattazione collettiva di settore previa soppressione di un numero di posti nelle dotazioni organiche delle aziende ed enti sanitari equivalenti nel piano finanziario.

Viene proposta, inoltre, la possibilità per i professionisti, al termine di un periodo di prova, di

Requisiti d'accesso per il personale del Servizio sanitario nazionale, riforma degli ordinamenti didattici, disciplina della carriera della dirigenza con una distinzione tra carriera professionale e manageriale e stabilizzazione dei precari. Questi i temi affrontati dal Ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane



accedere, per esigenze del Ssr, in soprannumero, ad una scuola di specializzazione di area sanitaria. Possibilità che dovrà però essere valutata dal Miur. Verranno, invece, affidate ad alcuni protocolli d'intesa, le modalità di frequenza del corso, lo svolgimento della parte teorica presso la sede universitaria e della parte pratica presso l'azienda di

appartenenza.

Di conseguenza, nel documento si propone una ridefinizione degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione di area sanitaria. Si dovranno, dunque, ridefinire le modalità – anche mediante la riformulazione dello schema di contratto di formazione specialistica – per l'inserimento dei

medici specializzandi nell'ultima fase del corso di specializzazione tenendo conto della durata del corso stesso, all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale prevedendo che: la valutazione finale del medico in formazione specialistica resta di competenza della scuola di specializzazione, e l'inserimento dei medici in formazione specialistica nelle aziende del Servizio sanitario nazionale comporta la graduale assunzione, fino alla completa autonomia, nell'ultimo anno del corso, delle responsabilità assistenziali, secondo gli obiettivi definiti dall'ordinamento didattico del relativo corso di specializzazione.

Nel testo si affronta anche lo sviluppo professionale di carriera della dirigenza, introducendo misure per una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle risorse umane, definendo e differenziando all'interno della dirigenza medica e sanitaria percorsi di natura gestionale e percorsi di natura professionale. Prevista quindi una carriera professionale

distinta da quella manageriale, stabilendo che la retribuzione di posizione contrattuale e aziendale possa essere equivalente a quella prevista per i direttori di struttura complessa e che le indennità contrattualmente definite per la parte tabellare della retribuzione e per l'esclusività di rapporto per i dirigenti di struttura siano attribuibili anche ai dirigenti con incarico professionale in identica misura. Saranno inoltre implementati sistemi di valutazione delle competenze professionali acquisite.

Si rimarca, inoltre, la necessità di individuare standard di personale, al fine di determinare il fabbisogno di professionisti dell'area sanitaria tenendo conto:

- 1) di parametri qualitativi e di efficienza di utilizzo delle risorse umane;
- 2) degli obiettivi e dei livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
- 3) delle reti di offerta territoriali ed ospedaliere e del loro sviluppo;
- 4) dei cambiamenti della domanda di salute, legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche;
- 5) della evoluzione tecnologica;
- 6) dello sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari.

Il Governo dovrà, infine, individuare, per assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza delle cure, specifiche misure per la stabilizzazione del personale precario, attraverso concorsi, anche tenendo conto della riorganizzazione della rete dei servizi. **Y**

Paese che vai, sanità che trovi

Studio OCSE sulle disomogeneità dell'assistenza sanitaria: in Italia "resta anomalia dei troppi parti cesarei"

Viola Rita

L'Italia, insieme ad altri Paesi, mostra un'ampia disomogeneità, a livello territoriale, rispetto all'adozione di alcune pratiche medico-sanitarie. Ad esempio, nel periodo 2007-2011, nel nostro Paese è stato rilevato un tasso di incidenza di parto cesareo più elevato di altri Paesi, con grandi differenze rispetto al ricorso di questo intervento (da 664 cesarei su 1000, a Napoli, fino a 111 cesarei su 1000, a Crotone). A presentare questi dati, è un nuovo Studio

I livelli di assistenza sanitaria cambiano notevolmente da Paese a Paese e, all'interno del singolo paese, fra le regioni. Le maggiori variazioni riguardano gli interventi cardiaci. In Italia, si rileva un'elevata disomogeneità rispetto al ricorso al parto cesareo.

Ocse: "Nonostante sforzi attuati, ancora necessarie terapie mirate per ridurre il numero di parti cesarei". Anche l'isterectomia sotto attenzione

Ocse 2014, intitolato "Geographic Variations in Health Care. What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?" che for-

nisce informazioni su 10 differenti pratiche/interventi di assistenza sanitaria all'interno di 13 Paesi, offrendo indicazioni sui possibili approcci da mettere in

atto per migliorare i livelli di queste attività e affinché i governi incrementino gli sforzi per garantire servizi sanitari ottimali. La pubblicazione è stata realizzata

in collaborazione con Ministero della Salute e Agenas. Oltre alla pubblicazione, che analizza le variazioni geografiche dell'assistenza sanitaria in maniera approfondita

Studio OCSE. Parto cesareo e isterectomia in Italia

Tra i 13 Paesi considerati dallo studio Ocse l'Italia possiede tra i più alti tassi di incidenza di casi di parto cesareo - pratica in aumento negli ultimi dieci anni nella maggior parte delle nazioni-, insieme al continente australiano, al Portogallo e alla Svizzera: nel 2011 in questi paesi oltre 300 parti su 1000 (oltre il 30%) è avvenuto mediante taglio cesareo, un'incidenza circa doppia rispetto a quella della Finlandia (161 su 1000). All'interno dei Paesi, la variabilità geografica maggiore rispetto a questo intervento è ancora riscontrata in Italia. Il ricorso a tale intervento varia di ben 6 volte sul territorio: su 1000 parti si passa da oltre 600 cesarei (664) a Napoli in Campania, fino a circa 100 (111) a Crotone, in Calabria. In particolare, in questo caso, oltre alle necessità mediche, i fattori che guidano la variabilità territoriale a livello delle singole nazioni sono legati anche alle richieste da parte delle pazienti e al fatto che, ad esempio nelle zone rurali della Finlandia, dove il tasso di cesarei è elevato, ospedali di

piccole dimensioni non possono dare garanzia di poter fronteggiare situazioni di emergenza.

Tali variazioni geografiche sono fonte di dibattito a livello medico ed anche per la gestione socio-economica. Il Rapporto Ocse rende noto che l'Italia, la Francia, la Spagna e l'Inghilterra hanno messo in atto politiche per ridurre il numero di tagli cesarei non necessari. Anche la variabilità locale rispetto all'incidenza dell'isterectomia all'interno dei vari Paesi considerati dall'Ocse è elevata (un salto di 4 volte tra zone diverse in Canada e Repubblica Ceca). In questo caso, facendo una media dei 13 Paesi presi in considerazione, il ricorso a tale intervento risulta statisticamente più frequente tra le donne che vivono in condizioni economiche meno agiate, oltre che a seconda del giudizio del medico.

In Italia, nell'anno 2011 circa 228 su 100mila sono state sottoposte ad isterectomia (con una variazione da circa 144 a Livorno, Toscana a circa 368 a Lecco, Lombardia).



Questi risultati potrebbero aiutare a mettere in rilievo, all'attenzione della politica e delle istituzioni, aree specifiche di intervento che potrebbero meritare ulteriori ricerche e sforzi. Il parto cesareo ne rappresenta un esempio evidente

da una necessità medica, ma talvolta il ricorso ad esso risulta anche connesso a fattori che riguardano ciò che viene proposto e ciò che viene richiesto nelle singole situazioni (vedere l'approfondimento). In ogni caso, le linee guida mediche raccomandano l'uso di questo tipo di procedura soltanto quando necessaria.

Sempre nel periodo considerato (2007-2011), al Nord-Italia il tasso di in-

terventi compresa l'artroscopia del ginocchio (-27%). Tale riduzione comprende anche i ricoveri in ospedale (-14%), interventi di cateterismo (-11%), isterectomie (-8%) e una lieve riduzione anche dei casi di parto cesareo (-3%). Nel nostro Paese, a livello territoriale, la maggiore variabilità rispetto all'adozione di una pratica riguarda il cateterismo, un intervento che prevede l'introduzione di un catetere nel corpo umano (ad esempio a livello cardiaco), con variazioni rispetto al ricorso a questa pratica pari al 101% a seconda della provincia, seguita dall'artroscopia del ginocchio (42%), dal bypass coronarico (30%) e dal parto cesareo. Nel panorama dei 13 Paesi considerati dallo studio Ocse, l'Italia possiede tra i più alti tassi di inci-

denza del **parto cesareo** - pratica in aumento nel decennio appena trascorso nella maggior parte delle nazioni, nonostante un lieve decremento proprio in Italia e in Portogallo, relativo agli ultimi anni-, insieme al continente australiano, al Portogallo e alla Svizzera: nel 2011 in questi paesi oltre 300 parti su 1000 (oltre il 30%) è avvenuto mediante taglio cesareo, un'incidenza circa doppia rispetto a quella della Finlandia (161 su 1000). Numerosi studi, si legge nel documento Ocse, riferiscono che l'intervento di parto cesareo non sempre può essere motivato

cidanza di **isterectomia** è maggiore rispetto al Centro e al Sud. Nel Nord-Est si riscontrano i più alti tassi di interventi sul ginocchio e - insieme all'Emilia Romagna - della chirurgia successiva alla frattura dell'anca; nel Nord-Ovest, più bassi tassi della chirurgia di sostituzione del ginocchio.

Al Centro-Italia, poi, nel periodo di riferimento (2007-2011) sono

stati registrati più bassi tassi di ricoveri e rivascolarizzazioni rispetto al resto del Paese; mentre al Sud-Italia si è riscontrata una più alta incidenza di parti cesarei insieme ad una più bassa quantità di interventi di sostituzione del ginocchio. Nelle Isole, Sicilia e Sardegna, sono stati osservati alti tassi di isterectomie e chirurgia per la frattura dell'anca.

Questi risultati potrebbero aiutare a mettere in rilievo, all'attenzione della politica e delle istituzioni, aree specifiche di intervento che potrebbero meritare ulteriori ricerche e sforzi, si legge nello studio. Il parto cesareo ne rappresenta un esempio

evidente, si legge sempre nel Report: in alcuni casi, infatti, "nonostante recenti sforzi a livello della politica, sono ancora necessarie terapie mirate per migliorare i risultati e diminuire significativamente il numero di parti cesarei, attraverso attività specifiche, come favorire l'aumento della consapevolezza delle donne sul tema del parto e condurre pratiche evidence-based tra i medici. Lo stesso vale anche per l'isterectomia", riportano le conclusioni Ocse del capitolo relativo all'Italia. Riguardo all'isterectomia "Il monitoraggio di routine delle procedure ospedaliere, insieme ad una valutazione scientifica dei fattori che determinano interventi potenzialmente inappropriati [...] sono elementi che dovrebbero ricevere la priorità nel futuro". Nelle conclusioni, il testo sottolinea alcune limitazioni presenti nello studio Ocse, data la potenziale eterogeneità delle pratiche medico-sanitarie prese in considerazione e la difficoltà di applicare definizioni comuni senza una rigorosa valutazione dell'impatto di queste differenti pratiche. Lo studio, inoltre, non cerca di identificare potenziali fattori che possano determinare una variazione delle pratiche descritte. Di seguito, in calce all'articolo, alcuni approfondimenti sui dati relativi ad alcune pratiche/interventi medico-sanitari, nei 13 Paesi presi in considerazione dall'OCSE e nel periodo di riferimento (2007-2011). **Y**

data per ciascun paese, il Focus on Health: Geographic Variations in Health Care mette in luce alcuni dei principali risultati dello studio complessivo.

Le prestazioni sanitarie a disposizione dei cittadini variano notevolmente a seconda della Nazione in cui essi abitano e, all'interno del singolo paese, a seconda della regione e della provincia di appartenenza. Le attività indagate dallo studio Ocse sono le seguenti: ricovero medico ospedaliero, bypass coronarico, cateterismo, ricovero/intervento chirurgico in seguito a frattura dell'anca, chirurgia di sostituzione del ginocchio ed artroscopia del ginocchio, parto cesareo, isterectomia, esame di imaging di risonanza magnetica e esame di tomografia computerizzata. I Paesi presi in considerazione sono questi: Australia, Belgio, Canada, Finlandia, Francia, Germania, Israele, Italia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Spagna e Svizzera. Lo studio Ocse misura il tasso 'grezzo' (rapporto matematico tra il numero di casi riscontrati e la popolazione totale del Paese), oltre a questo parametro, tra gli altri, viene valutato anche il tasso standardizzato, che rappresenta una media matematica 'non pesata' dei tassi calcolati nelle diverse regioni di uno stesso paese, standardizzati utilizzando la misura della popolazione dell'Ocse.

I più alti livelli di disomogeneità territoriale, nei diversi Paesi, riguardano gli interventi cardiaci. In generale, dal 2007 al 2011 in Italia lo studio Ocse registra un aumento della chirurgia di sostituzione del ginocchio (+9%), insieme ad una riduzione di alcuni



Qualche dato sui ricoveri nei 13 Paesi dello studio

Il tasso di ricoveri varia in maniera significativa tra i 13 Paesi presi in considerazione dallo studio OCSE, e anche all'interno di essi: il tasso 'grezzo' (rapporto matematico tra il numero di casi riscontrati e la popolazione totale del Paese) più alto è quello della Germania, mentre il più basso si riscontra in Canada (considerando però una sottostima relativamente lieve dovuta al fatto che non sono stati presi in considerazione gli ospedali per la salute mentale). In Italia, nel 2011 i ricoveri sono stati in media oltre 7400 ogni 100mila persone, passando dalle 5490 dimissioni di pazienti a Biella (Piemonte) alle 12039 a Foggia (Puglia). Oltre al tasso 'grezzo', viene valutato il tasso standardizzato, che rappresenta una media matematica non pesata dei tassi calcolati nelle diverse regioni di uno stesso paese, standardizzati utilizzando la misura della popolazione dell'Ocse (in tal caso il numero del 2011 è pari a 6370).

La massima disomogeneità riguarda gli interventi cardiaci

Gli **interventi cardiaci** fanno rilevare una disomogeneità territoriale che, almeno nella metà dei Paesi esaminati, risulta ai più alti livelli rispetto ai diversi tipi di interventi e settori medici presi in considerazione dallo studio OCSE. Gli interventi di rivascolarizzazione sono meno diffusi all'interno di regioni a scarsa densità abitativa, in paesi a basso reddito e non elevati livelli di scolarizzazione e formazione. In Italia, nel 2011 i casi di bypass coronarico sono circa 47 su 100mila; il tasso varia da 12 dimissioni ogni 100mila persone, a Rimini (Emilia Romagna), a 82 su 100mila a Lecco (Lombardia).