



Numero 83

22/02/2013

Prot. 7/2013

1. EDITORIALE

Cari Soci,

in precedenti newsletters, in particolare sulle numero 81 e 82, avevo fatto cenno alla delicatezza e anche, per certi versi, eccezionalità del momento che sta attraversando il Servizio Sanitario Nazionale, sotto il profilo della cosiddetta "sostenibilità".

Ci teniamo molto alle prospettive del SSN, nato nel 1978 universalistico e in quel tempo evidentemente ritenuto "sostenibile", ma anche perché l'indimenticabile Legge 833 ha portato un contributo importante all'affermarsi di una cultura della prevenzione e di promozione della salute.

Tuttavia, seguiremo con molta attenzione e faremo conoscere anche la nostra voce quando, tra non molto, prenderà avvio la nuova legislatura, la diciassettesima, e ogni cittadino avrà la possibilità di verificare che tipo di modificazioni il Sistema Sanità potrà ricevere dalle forze politiche che andranno a formare il nuovo Parlamento e in tre Regioni i nuovi Consigli regionali.

Come Assistenti sanitari auspichiamo un serio impegno per la prevenzione e la promozione della salute in linea con le strategie dei Paesi più avanzati dove l'investimento nelle aree sopracitate diventa alla fine anche strumento di controllo della spesa sanitaria e mezzo per la produzione di benessere comunitario.

Da parte di alcuni Soci, assidui lettori di questi nostri fogli, ci sono pervenute considerazioni interessanti, educate, anche se un po' preoccupate, riguardo alla raffica di nuovi provvedimenti legislativi che per vari versi hanno toccato il tema della salute. Osserviamo al riguardo che non è facile per nessuno governare un panorama normativo così complesso e complicato, un po' da specialisti; però riteniamo che essere a conoscenza di come evolve il Sistema delle regole nel campo della tutela della salute è importante.

Questa Newsletter cade in un momento di vacanza dell'Istituzione legislativa nazionale; in questo periodo elettorale abbiamo raccolto, dalle opinioni espresse dalle forze politiche in competizione, anche qualche interessante spunto di ulteriore riflessione.

Con questa Newsletter carichiamo ulteriormente il peso dell'approccio normativo, e però riteniamo utile portarvi a conoscenza di alcune interessanti novità.

Buona lettura e un cordiale saluto.

La Presidente Nazionale

IN QUESTO NUMERO	
1- Editoriale	Pag. 1
2- “In sonno” la vicenda ordinistica	Pag. 2
3- Il cosiddetto “Decreto Balduzzi”	Pag. 3
4- Legge 24.12.12, n. 228 “disposizione per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” – Legge di Stabilità 2013	Pag. 3-4
5- Un’importante novità in materia di responsabilità penale dell’esercente le professioni sanitarie	Pag. 5
6- Legge 14.01.2013 n. 4 “Disposizioni in materia di professioni non organizzate”	Pag. 5-6
7- Piano sulla malattia diabetica	Pag. 6
8- Documento su TBC	Pag. 6
9- Il modello valutazione dei rischi	Pag. 6 -7
10- In materia di vaccinazioni	Pag. 7
11- In materia di DRG (Diagnosis Related Groups) - a cura di G. Salciccia e C. Riva	Pag. 8-11
12- Opportunità occupazionali	Pag. 12
13- Opportunità formative	Pag. 12

2. “IN SONNO” LA VICENDA ORDINISTICA

Non si sono verificati nella materia, quei miracoli accennati nella Newsletter 82 del 21.12.2012: il ddl AS 2935 (ex ddl Fazio), arricchito dall’emendamento riguardante gli Ordini delle professioni sanitarie “non mediche” non è stato approvato dal Parlamento nazionale.

In questo momento esso è tra le moltissime norme in attesa di approvazione che la chiusura anticipata della sedicesima legislatura ha costretto all’attesa e all’eventuale riproposizione al Parlamento all’avvio della diciassettesima ad intervenute elezioni politiche e costituzione del nuovo parlamento

Altissimo il numero dei provvedimenti in stand-by non pochi dei quali attinenti a materie di notevole rilievo da vari punti di vista: economico, etico, politico.

Occorrerà ricominciare.

L’ultimo scorcio di legislatura sembra avere mostrato qualche prospettiva positiva sulla problematica ordinistica che ci interessa.

Importante e auspicabile sarà il riprodursi, innanzitutto, di una omogeneità di vedute a livello di Commissione Sanità dei due rami del Parlamento (nella precedente legislatura, infatti, l’approvazione fu politicamente bipartisan).

Altro elemento interessante è rappresentato dall’inesistenza di costi per la finanza pubblica, non indifferente in rapporto alla persistente crisi economica.

Ma insistiamo, come dimostrano gli interventi di AsNAS in sedi interassociative e istituzionali, ad esempio nel CoNaPS, sull’esigenza che le iniziative di pressione verso la Politica e le Istituzioni si irrobustiscano e si armonizzino, che il fronte sia comune, coeso ed aperto e disponibile al coinvolgimento di forze sociali comunque interessate a che questo neo, rappresentato dalle professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate, compresa la nostra regolamentata ma erroneamente ordinata, venga finalmente eliminata.

3. IL COSIDDETTO “DECRETONE BALDUZZI”

Ci pervengono richieste di chiarimenti attorno al cosiddetto “decreto o decretone Balduzzi” citato già nel NL 81 del 16.10.2012, quand’era in discussione come decreto legge e brevemente commentato nel NL 82 del 21.12.2012, dopo la sua pirotecnica approvazione da parte del Parlamento.

Ci torniamo su per precisare che è apparso nella G.U. n. 263 del 10.11.2012 col preciso titolo (se no si fa confusione) “Testo del decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 13 settembre 2012, n. 214), coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”.

Per la consultazione: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4182055.pdf>

È indubbiamente un provvedimento che chiunque si occupi di diritto sanitario, anche non a livelli alti, ma anche generalmente chi in sanità comunque operi, è necessario ed opportuno conosca.

Esso infatti porta nuove e robuste modifiche ad un caposaldo del diritto sanitario italiano il DLgs 30.12.1992 n. 502, ossia la “Seconda riforma sanitaria” o “dell’Aziendalizzazione”, lo stesso che all’art. 6 -lo ricordate vero?!- ha introdotto la nuova formazione delle professioni sanitarie nel suo tormentatissimo percorso. Ha ricevuto un’infinità di titoli, pazientemente seguiti dalle nostre NL “governo clinico” o “quarta riforma sanitaria nazionale”.

Rivisitandolo oggi, intravediamo notevoli problemi (di uno in particolare ce ne occupiamo al punto 5 di questa NL, il problema della responsabilità penale dell’ esercente le professioni sanitarie).

Accenniamo anche all’art. 14, l’istituzione come ente autonomo del Istituto nazionale per la Promozione della Salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP), “altresì centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche in campo socio – sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché Centro Nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario.”

Una scelta legislativa interessante e ispirata ad una *vision* che conferma quanto per i prossimi anni, viene autorevolmente affermato, e cioè che essi saranno sempre più incentrati sulle politiche sociali. Ci permettiamo di auspicare decisioni applicative coerenti: possiamo farlo, se è vero che l’integrazione socio-sanitaria, l’attenzione privilegiata alla condizione di benessere possibile della persona e delle collettività attraverso la continua promozione del bene salute sta in pieno nel DNA della nostra figura professionale.

4. LEGGE 24.12.12, N. 228

“DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIANNUALE DELLO STATO” - LEGGE DI STABILITÀ 2013

Aggiungiamo, per completezza di quadro in materia socio-sanitaria, ampiamente diffusa nelle precedenti NL, questa legge che è l’ultima proposta dal Governo Monti e approvata dal Parlamento, conosciuta anche come “Finanziaria 2013”

Pubblicata sulla G.U. n. 302 del 29.12.2012, è consultabile al link:

http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario;jsessionid=-k6+wF9I3mKDNkEmYQhqKw...ntc-as3-guri2b?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2012-12-29&atto.codiceRedazionale=012G0252&elenco30giorni=false

Si tratta di un autentico “mattone”, unico articolo sbriciolato in 554 commi, che tratta di molte materie di estrema eterogeneità seppur connotate dal filo rosso rappresentato dall’obiettivo unificato dell’equilibrio economico finanziario.

Spulciandolo ci imbattiamo in punti assai interessanti, ad esempio il c 74 bis sulle verifiche del personale sanitario, il c 94 sulla riduzione del fondo sanitario nazionale - che non è certo una bella cosa, il c 94 ter sul risk management, il c 150 sul fondo per le politiche sociali, i c 151 per la non

autosufficienza, il c 223 di proroga al 30.6.2013 del decreto interdirigenziale su prevenzione, contrasto e recupero per le ludopatie, il c 232 sul precariato nella Pubblica Amministrazione... Per avere un'idea più compiuta dal Il Sole 24 Ore Sanità del 25.12.2012-7.1.2013 un appurato elenco delle norme di interesse sanitario contenute nella legge in parola.

Le norme di interesse sanitario nella Legge di Stabilità 2013	
Assistenza naviganti, marittimi e aviazione: un Dm non regolamentare entro il 28 febbraio prevederà misure per contenere di 5 milioni di euro la relativa spesa (c. 66-68)	te in rapporto alla disponibilità annua. I meccanismi saranno fissati con Dpcm su proposta Affari regionali-Economia d'Intesa con la Stato-Regioni (c. 134-ter)
Mobilità sanitaria internazionale: dal primo gennaio 2013 la regolazione finanziaria è a carico delle Regioni (c. 69-70)	Regione Campania: le saranno erogati 159 mln di euro di risorse residue spettanti ai sensi del Dl 262/90 che aveva previsto l'assunzione da parte di Usl ed enti sanitari di spese in esubero rispetto agli stanziamenti di parte corrente autorizzati per spese di assoluta urgenza assumendo anticipazioni straordinarie di cassa alle condizioni previste dalle convenzioni di tesoreria (c. 143)
Assistenza indiretta: le competenze sono trasferite alle Regioni da gennaio 2013 (c. 71-72)	Tariffe termali: autorizzata la spesa di 2 milioni per il 2013 e di 4 milioni ciascuno per il 2014 e il 2015 per la revisione delle tariffe massime e l'integrazione del settore nel Ssn (c. 123-ter)
Regolamento attuativo: il trasferimento delle competenze di cui al commi 69-71 sarà disciplinato con regolamento Salute-Economia entro il 30 aprile. I risparmi quantificati ammontano a 22 milioni per il 2013; 30 milioni per il 2014; 35 dal 2015 (c. 73-74)	Fondo politiche sociali: incremento di 300 milioni per il 2013 (c. 150)
Verifiche personale sanitario: un Dm Salute-Lavoro-Economia da emanare entro 60 giorni disciplinerà la manovra anti-fannulloni per il personale sanitario con una verifica straordinaria annuale su quello destinato per inidoneità a mansioni di minore aggravio in quanto inidoneo. Il lavoratore che risultasse non avere diritto all'inidoneità sarà ricollocato dall'azienda sanitaria a svolgere la propria mansione specifica (c. 74 bis)	Non autosufficienza: 275 milioni per il 2013 (Sla inclusa) (c. 151)
Verifiche invalidità: affidato all'Inps il piano straordinario di verifica della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali nei confronti dei beneficiari di invalidità, handicap e disabilità. Le verifiche saranno 150mila tra il 2013 e il 2015: le eventuali risorse fino a 40 milioni andranno a incrementare il Fondo per le non autosufficienze (c. 83)	Policlيني: finanziamento di 52,5 milioni per quelli gestiti direttamente da università non statali (c. 152-ter)
Infortuni sul lavoro: in attuazione dell'accordo quadro Stato-Regioni sulle modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'Inail agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici si prevede la riduzione del personale non dirigenziale dell'Istituto escluso il personale sanitario (c. 85)	Fondo per lo sviluppo e la coesione: rifinanziato per 12,5 milioni di euro per il 2013 per dar seguito agli interventi infrastrutturali indifferibili tra cui figura l'edilizia sanitaria (c. 152-ter)
Beni e servizi: riduzione dei contratti in essere (farmaci esclusi) del 10% dal gennaio 2013; Regioni e Pa potranno però conseguire l'obiettivo con misure alternative purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario (c. 93)	Fondazione Gerolamo Gaslini: all'ente per la difesa dell'infanzia viene concesso per il 2013 un contributo di 5 milioni (c. 152-ter)
Dispositivi medici: il tetto fissato dalle disposizioni urgenti di agosto (L. 135/2012) è ridotto al 4,8% per il 2013 e al 4,4% dal 2014 (contro il 4,9 e il 4,8% rispettivamente) (c. 93)	Lega tumori (Lit): 500mila euro per il 2013 (c. 152-duodeces)
Fondo sanitario nazionale: è ridotto di 600 milioni per il 2013 e di 1 miliardo dal 2014 (c. 94)	Fondazione Ebrl (European Brain Research Institute): 0,8 milioni l'anno per ciascuno degli anni dal 2013 al 2015 (c. 152-sexdecies)
Forniture sanitarie: le Asl e il Ssn dovranno pubblicare online i prezzi unitari corrisposti per l'acquisto di beni e servizi (c. 94 bis)	Fondazione Onlus Ricerca sul Pancreas: 500mila euro per ciascuno degli anni dal 2013 al 2015 (c. 162-octesdecies)
Risk management: le Regioni possono prevedere l'istituzione all'interno delle strutture sanitarie di funzioni per la gestione del risk management che includano, se presenti, competenze di medicina legale, medicina del lavoro, ingegneria clinica e farmacia (c. 94 ter)	Maternità e paternità: aggiornate le indennità di maternità per le imprenditrici agricole e le pescatrici autonome della piccola pesca marittima e la normativa per la fruizione del congedo parentale per il personale del comparto sicurezza, vigili del fuoco e soccorso pubblico (c. 175-178)
Agenzia italiana del farmaco: per l'attuazione delle nuove funzioni attribuite all'Aifa è autorizzata la conclusione dei concorsi già banditi: i vincitori saranno assunti con contratto a tempo indeterminato in soprannumero fino al riassorbimento della quota eccedente la pianta organica dell'Agenzia (c. 94 quater)	Trapianti: aggiornata la legge in materia (L. 91/99) in tema di qualità, sicurezza e controlli: un Dm non regolamentare Salute fissa entro 6 mesi criteri e procedure per la gestione di tutte le fasi del processo, dalla donazione all'eliminazione (Dir 53/2010 Ue - "salva infrazioni") (c. 179)
Plasma: per la produzione di medicinali emoderivati da commercializzare al di fuori dell'Unione europea, non sarà necessaria alcuna autorizzazione preventiva - ma sarà sufficiente la sola notifica corredata dai documenti autorizzativi - per importare plasma e intermedi provenienti da centri di raccolta e produzione provenienti da Paesi terzi ma allocati negli Usa e in Canada e approvati dalla competente autorità statunitense (c. 94 quinquies)	Traffico di organi da trapianto: un articolo introdotto ex novo nella L. 91/99 fissa nella reclusione da 3 a 6 anni e in una multa da 50mila a 300mila euro la sanzione per chi effettua mediazioni nella donazione di organi da vivente. Sanzione pecuniaria da 10mila a 50mila euro, salvo reato, per chi pubblicizza richieste/offerte in materia (c. 179)
Acquisto immobili per il Ssn: da gennaio 2014 gli enti del Ssn potranno acquistare immobili solo se ne è comprovata l'indispensabilità: la congruità del prezzo previo rimborso delle spese è attestata dall'Agenzia del demanio che pubblicherà i relativi dati sul proprio sito Internet (c. 95)	Farmacovigilanza: le norme previste dal Dlgs n. 219/2006 sono aggiornate prevedendo la nomina di un responsabile per la farmacovigilanza da parte di ciascun titolare di Aic. Un Dm non regolamentare Salute-Affari europei-Esterni-Sviluppo da emanare in 60 giorni aggiorna tra l'altro le procedure operative per la comunicazione delle reazioni avverse, le restrizioni d'uso, le procedure ispettive agli stabilimenti, i compiti dell'Aifa, le procedure d'urgenza. Le omissioni di comunicazione di rischi a Ema e Aifa da parte del titolare di Aic sono punite con la sanzione da 20mila a 120mila euro (Dir 84/2010 Ue - "salvainfrazioni") (c. 183-185)
Committenza: riviste le norme sulla riduzione delle spese per beni e servizi e la trasparenza delle procedure introdotte con la legge 135 dell'agosto 2012: il diritto di recesso dal contratto poco conveniente per la Pa vale solo per i contratti "autonomi", senza coinvolgimento della Consip, e non si applica se esso prevede prezzi più bassi rispetto a quelli che sarebbero garantiti tramite quest'ultima. Un decreto non regolamentare dell'Economia individuerà ogni anno entro il 31 marzo le categorie di beni e servizi e la soglia al superamento della quale il ricorso alla piattaforma Consip sarà obbligatorio (c. 109-113)	Lingua blu degli ovini: aggiornate le norme in materia di utilizzo dei vaccini per l'eradicazione della malattia (Dlgs n. 225/2003) (c. 188)
Regioni in situazione di squilibrio finanziario: per quelle che abbiano adottato un piano di stabilizzazione finanziaria viene creato un Fondo di rotazione con una dotazione di 50 milioni di euro finalizzato a concedere anticipazioni di cassa per il graduale ammortamento dei disavanzi e dei debiti fuori bilancio accertati, nonché per il concorso al sostegno degli oneri derivanti dall'attuazione del piano citato. Importo massimo 10 euro per abitan-	Abilitazione scientifica nazionale (docenze): proroga lavoro commissioni al 30 giugno 2013 (c. 221)*
	Ludopatie: proroga al 30 giugno per l'adozione del decreto interdirigenziale su prevenzione, contrasto e recupero (c. 223)*
	Salvainfrazioni: restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base delle norme del Dl 216/2012 non convertite in legge (c. 198)
	Precari Pa: prorogati fino al 31 luglio i contratti a tempo che hanno superato il limite dei 36 mesi previo accordo sindacale. Prevista anche la riserva del 40% dei posti a concorso per i precari con almeno tre anni di servizio nella Pa. Possibile anche una selezione per titoli ed esami per valorizzare l'esperienza lavorativa svolta (c. 232-233)
	Pay back farmaceutiche: slitta al 30 giugno la norma che consente alle farmaceutiche di evitare il taglio del 5% ai listini versando il corrispondente importo nelle casse regionali (c. 388)*
	Remunerazione farmacie: l'adozione del nuovo modello slitta al 30 giugno (c. 388)*
	(*) Possibile altra proroga al 31/12/2013 tramite Dpcm con Economia (c. 226)

5. UN'IMPORTANTE NOVITÀ IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PENALE DELL'ESERCENTE LE PROFESSIONI SANITARIE

È di straordinaria importanza l'art. 3 della Legge Balduzzi, dalla rubrica "Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie".

Ne riportiamo integralmente il testo del primo comma:

"L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo"

Dunque quando un atto compiuto da un esercente una professione sanitaria che rientri in "linee-guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica" venga dal giudice rinvenuto un profilo di colpa lieve non c'è responsabilità penale.

Questo l'aspetto penalistico.

Viceversa, come la norma esplicita, sul piano civilistico rimane il profilo della responsabilità civile, ossia l'obbligo del risarcimento del danno ex art 2043 c.c. ("risarcimento per fatto illecito").

Già la Magistratura ha applicato la nuova norma.

Il caso: un medico chirurgo condannato per omicidio colposo perché riconosciuto responsabile di colpa lieve dalla IV sezione penale della Corte di Cassazione ha ottenuto l'annullamento della sentenza di condanna ed il rinvio al giudice di merito che aveva pronunciato la sentenza, affinché riesamini il caso per verificare se esistano linee guida o pratiche mediche accreditate relative all'atto chirurgico in questione.

Linguaggio tecnico in un certo modo qui volgarizzato onde rendere più facilmente comprensibili i concetti.

Dell'art. 3 comma 1 della Legge Balduzzi e della sentenza di cassazione prima accennata si sta discutendo sui media specializzati e non.

Possiamo qui cogliere due aspetti, dei molti che si profilano.

Uno, di cui tutti parlano, ossia che occorrerà che vengano definite in qualche modo e da qualche organo istituzionale competente le "linee guida e le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica", alle quali l'esercente alla professione sanitaria deve attenersi.

Un secondo aspetto. Più fonti, trattando l'argomento, sembrano restringere la portata dell'art. 3 comma 1 della Balduzzi alla sola professione medica.

Diciamo subito che non siamo per nulla d'accordo.

La legge parla di "professione sanitaria" per cui la norma in parola si deve estendere a tutte le professioni sanitarie, mediche e non. Se mai, e fermo restando l'affermazione che precede, altre considerazioni potranno seguire su questo delicatissimo argomento.

Le abbiamo in mente, ma dobbiamo pensarci. Per il momento, sul punto, basta così.

6. LEGGE 14.01.2013, n. 4

"DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROFESSIONI NON ORGANIZZATE"

Interessante questa legge pubblicata dalla GU Serie Generale n. 22 del 26.01.2013, consultabile su <http://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2013-01-26&atto.codiceRedazionale=13G00021>. Essa contiene una serie di regole destinate a disciplinare le professioni non organizzate in ordini e collegi.

Uno degli ultimi provvedimenti della sedicesima legislatura, che rispetta i principi dell'Unione Europea in materia di concorrenza e di libertà di circolazione.

Sono escluse le attività riservate per legge a soggetti iscritti in albi o elenchi ai sensi dell'art. 2229

del codice civile, le professioni sanitarie e le attività e dei mestieri artigianali, commerciali e di pubblico esercizio disciplinati da specifiche normative.

Questo provvedimento ha necessitato l'intervento della Conferenza Stato/Regioni e PA (la materia professioni, come si ricorderà rientra per l'art. 117 della Cost. nelle materie di legislazione concorrente Stato/Regioni e PA).

La Conferenza si è espressa con l'Accordo Rep. Atti n. 47/CSR del 7 febbraio 2013 (per la lettura: http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_039738_47%20%20csr%20punto%2032.pdf) che conclude con lo stabilire una ricognizione da parte del Consiglio Superiore di Sanità delle attività di diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione e prevenzione riservate alle professioni sanitarie, regolamentate ai sensi della normativa vigente, rinviando ad un successivo accordo Stato/Regioni e PA la declinazione delle singole attività riservate alle professioni sanitarie.

Viene confermata la riserva alla professioni sanitarie delle attività di diagnosi, cura, assistenza riabilitazione e prevenzione.

Si vedrà come si svilupperà questa vicenda, mentre per certo, superando qualche confusione, si conferma che la Legge 14 gennaio 2013, n. 4 non interessa le professioni sanitarie.

7. PIANO SULLA MALATTIA DIABETICA

Il Suppl. Ord. n. 9 alla G.U. Serie Generale n. 32 del 7.02.2013 ha pubblicato un documento molto atteso: il Piano sulla malattia diabetica, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni con Accordo Rep. Atti n. 223/CSR del 6.12.2012 (consultabile su www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038657_233.pdf).

Ampio il respiro del provvedimento, elaborato dalla Commissione Nazionale Diabete, che spazia dal quadro di riferimento, con lo sguardo rivolto al contesto internazionale oltre che alla situazione italiana, fissa gli obiettivi generali e le modalità di assistenza, definisce le aree di miglioramento dell'assistenza diabetologia, partendo inevitabilmente dagli stili di vita.

Il documento spiega le ragioni per le quali c'era bisogno che nascesse il piano in parola, mentre sviluppa la propria *mission* iniziando dalla promozione della prevenzione primaria e della diagnosi precoce.

8. DOCUMENTO SU TBC

L'intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano Rep. Atti 258/CSR del 20/12/2012 riguardante "Controllo della tubercolosi: Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016" (per la consultazione: http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038867_258.pdf) è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7/2/2013.

Il documento punta al miglioramento del sistema di sorveglianza della Tbc dotandosi di quelle fonti informative aggiuntive rispetto alla notifica dei casi, necessarie ad assicurare esaustività e disponibilità di dati sulla performance dei programmi di controllo, e all'implementazione delle attività di controllo della tubercolosi per la gestione dei contatti, la corretta gestione dei casi di tbc in ambito assistenziale e la gestione della tubercolosi nella popolazione immigrata.

9. IL MODELLO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

Con il Decreto Interministeriale del 30 novembre 2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 285 del 6 dicembre 2012, vengono recepite le procedure standardizzate per effettuare la valutazione dei rischi, prevista dal c.d. Testo Unico salute e sicurezza sul lavoro (in particolare l'articolo 6, comma 8, lettera f) e dell'art. 29, comma 5 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.).

Scopo della procedura è indicare un modello di riferimento sulla base del quale effettuare la valutazione dei rischi e il suo aggiornamento, al fine di individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione ed elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il modello, approvato dalla Commissione consultiva, si applica alle imprese che occupano fino a 10 lavoratori ma può essere utilizzato anche dalle imprese fino a 50 lavoratori.

Potete leggere il testo del decreto redatto dai ministeri del lavoro e delle politiche sociali, della salute e dell'interno al seguente link:

http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/F326E9C5-CCBA-49C3-A3F1-6A6761CD58B9/0/20121130_DI.pdf

10. IN MATERIA DI VACCINAZIONI

- L'appello della Società Italiana d'Igiene

La SItI invita autorità, mass media e professionisti in campo sanitario a sostenere le strategie di vaccinazione a livello nazionale e regionale, rimarcando l'importanza di iniziative di comunicazione corretta sui benefici e rischi dei vaccini, anche attraverso l'utilizzo dei più moderni sistemi di condivisione delle informazioni scientificamente comprovate. La SItI sottolinea inoltre come sia fondamentale coordinare il processo di comunicazione tra tutti gli attori nel campo delle vaccinazioni, in modo da far chiarezza sull'importanza dell'adesione alle vaccinazioni rispondendo altrettanto chiaramente alla disinformazione proposta attraverso diversi mezzi di comunicazione per motivazioni spesso ideologiche e contrarie all'evidenza scientifica.

- Il progetto "Vaccinar.SÌ" della Società Italiana d'Igiene

La SItI ed in particolare il suo Gruppo vaccini sarà impegnata attivamente in un progetto per contrastare la disinformazione diffusa su web riguardo le pratiche vaccinali. Molte famiglie si affidano infatti sempre più alle informazioni disponibili e diffuse su internet e, purtroppo, la divulgazione di dati inesatti e della disinformazione in ambito medico ha creato un danno di immagine e di credibilità per la Sanità Pubblica. In Italia la recente indagine sui determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale promossa dalla Regione Veneto ha evidenziato come associazioni contrarie alle vaccinazioni, internet e passaparola sono le fonti non-istituzionali più frequentate dai genitori che non vaccinano.

Il progetto vaccinar.SÌ della SItI, con la collaborazione di Farindustria, intende approntare una misurata e verificabile informazione sul web, rendendola usufruibile agli utenti e a tutti gli operatori sanitari coinvolti nelle attività vaccinali.

- Progetto per la valutazione delle campagne di vaccinazione anti-HPV

In più NL abbiamo fatto cenno alla vaccinazione anti HPV.

Leggiamo che, col coordinamento del Centro di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità, è stato elaborato un progetto, denominato "Valore" (*Valutazione Locale Regionale*) delle valutazioni delle campagne di vaccinazione anti-hpv finalizzato a supportare Regioni e Aziende sanitarie nelle prossime campagne.

Finalità: incrementare le vaccinazioni per questa infezione su tutto il territorio nazionale.

Il progetto Valore si struttura in tre indagini: una sulla valutazione degli aspetti organizzativi, logistici, comunicativi e sociali delle campagne vaccinali contro l'HPV, la seconda sui motivi di mancata vaccinazione e una terza sull'opinione degli operatori sanitari sulla vaccinazione HPV attraverso un questionario compilabile on-line: http://it.surveymonkey.com/s/valore_epicentro.

Altre informazioni sul progetto e sullo stato di avanzamento dei lavori al seguente link:

<http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/valore.asp>

11. IN MATERIA DI DRG (Diagnosis Related Groups)

Il Suppl. Ord. alla G.U. n. 23 del 28.1.2013. serie generale, ha pubblicato il decreto del Ministero della Salute del 18.10.2012: "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", che si può leggere al link:

http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/Oggetti_Correlati/Documenti/Gazzetta-Ufficiale/SOGU_28gennaio2013.pdf?uuid=abe5377a-69d3-11e2-acc6-f6ebff12bcf8

L'argomento DRG, molto importante, non risulta sufficientemente noto, mentre è noto che la sua ignoranza ha dato non pochi dispiaceri a chi l'ha sottovalutato in sede di esami di ammissione, selezioni, concorsi etc.

Abbiamo pensato di chiedere alle assistenti sanitarie Gabriella Salciccia, Segretaria Nazionale AsNAS, e Chiara Riva, Collaboratrice della Segreteria Nazionale, che lavorano nell'Ufficio Qualità presso la Direzione Sanitaria di una importante Azienda universitaria-ospedaliera della Regione Emilia Romagna.

Ecco il ricco contributo di conoscenza e di esperienza che ci hanno dato. Le ringraziamo.

Negli ultimi trent'anni si sono sviluppati, potenziati ed affinati sistemi di **misurazione della produzione ospedaliera** che hanno permesso di quantificare anche **economicamente** i volumi di attività quindi hanno consentito di costruire dei supporti validi alla determinazione dei **ricavi** delle Aziende Sanitarie.

Questo è particolarmente significativo per le Aziende Ospedaliere che hanno un sistema di **remunerazione basato sulle prestazioni sanitarie erogate**.

L'esigenza delle Aziende Sanitarie di controllare i livelli di prestazione ospedaliera da un punto di vista quantitativo e qualitativo è stata soddisfatta dalla introduzione di un sistema di misurazione dell'attività Sanitaria mutuato dal modello americano che è il sistema DRG (Diagnosis Related Groups).

Il sistema DRG

È un sistema isorisorse: descrive l'assistenza al paziente partendo dal principio che malattie simili, in reparti ospedalieri simili, comportano orientativamente lo stesso consumo di risorse materiali umane (stessi input)

DRG = STRUMENTO di POLITICA SANITARIA

A cosa servono i DRG: Classificare i ricoveri ospedalieri, Calcolare le tariffe

Fino al 1995 - Attività ospedali descritte: numeri ricoveri, giornate degenza.

Dopo il 1995 (DRG) - Il prezzo dei ricoveri ospedalieri viene dichiarato (fissato) in anticipo. Si raggruppano tutti i ricoveri che assorbono le stesse risorse (stessi input)

Stesse risorse vuol dire "stesso costo di produzione"

Stesso costo di produzione dà diritto allo stesso rimborso = STESSA TARIFFA

La tariffa è il costo rimborsabile

Costo rimborsabile = costo medio necessario per curare i ricoveri di un certo tipo

Le prestazioni eseguite dall'Azienda Ospedaliera devono essere rimborsate dall'ASL di residenza del paziente; Tale rimborso avviene sotto forma monetaria e il tariffario che esprime il **costo** di ogni prestazione è dato dai 526 DRG raggruppati in 25 MDC (Major Diagnostic Category), valorizzati nelle Delibere della Giunta Regionale.

Per **peso relativo** si intende la "**costosità**" relativa della singola classe di pazienti rispetto al costo medio per ricovero (che corrisponde all'unità). Di conseguenza, i DRG relativi a patologie con maggior consumo di risorse e perciò più costose, avranno pesi relativi più elevati e viceversa.

Ponendo il valore base (costo medio per ricovero o punto DRG) pari a € 3500.00 lo si moltiplica per il peso relativo di ogni DRG

Il costo medio per ricovero è il "valore base" o unità: non è altro che un valore economico espresso in termini monetari che moltiplicato per il peso relativo specifico per DRG, dà la tariffa monetaria specifica per quel DRG prima usato.

LA S.D.O (Scheda di Dimissione Ospedaliera)

La SDO è stata istituita con decreto del Ministro della sanità il 28/12/1991 con la seguente

definizione “*strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale*”. Rappresenta il documento ufficiale sul quale il medico dimettente deve riportare tutte le informazioni necessarie per giungere all’attribuzione della categoria finale del ricovero, costituisce una rappresentazione sintetica della cartella clinica di cui è parte integrante, caratterizzata dalla stessa validità medico-legale ed è l’unico documento valido ai fini del rimborso dell’ospedale.

Le informazioni contenute nella SDO sono:

- La caratterizzazione **socio demografica** del paziente (data di nascita, sesso, residenza etc.);
- la **diagnosi principale** di dimissione ed eventuali diagnosi secondarie;
- **L’intervento chirurgico** principale ed altre procedure invasive diagnostico-terapeutiche;
- l’**Unità Operativa** del ricovero e della dimissione (con eventuali trasferimenti presso altre divisioni con le relative date);
- Lo stato del paziente all’atto della dimissione (**modalità di dimissione**) e la sua destinazione dopo il ricovero.

Parlare di una corretta **valorizzazione**, quando il meccanismo di finanziamento è quello descritto, equivale a dire per un medico che dimette e per l’intera organizzazione, compilare correttamente la SDO al fine di **computare** il giusto DRG che darà poi luogo al **rimborso**

I DRG devono la loro efficienza ed efficacia anche al fatto che essendo questa metodica basata sui ricoveri, i dati sono facilmente estrapolabili dalla SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) documento di grande importanza **legale, epidemiologica e gestionale**.

L’ingresso della SDO nella pratica clinica ha permesso di:

1. omogeneizzare tutte le SDO degli ospedali sul territorio nazionale in modo da poter avere un metro di confronto comune a livello medico-nazionale;
2. ottenere migliori e più rapide rilevazioni dal punto di vista epidemiologico, statistico e di controllo di gestione e programmazione;
3. fornire un ulteriore supporto medico-legale in caso di controversie;
4. essere la fonte dei dati per la determinazione del DRG specifico.

CAMPO DI ATTIVITÀ ALL’INTERNO DELL’UFFICIO DRG

CONTROLLI: FINALITÀ E TIPOLOGIE

I CONTROLLI possono essere di tipo:

Esterno: Regionali, AUSL Committente

Interno: aziendali

Le attività di controllo interne ed esterne sono da considerare parte integrante del sistema di tariffazione delle prestazioni: esse sono finalizzate sia a **prevenire** i comportamenti opportunistici che a evidenziare gli ambiti di promozione della efficienza e miglioramento della qualità delle pratiche assistenziali affinché si realizzino appieno le opportunità insite nelle nuove modalità di finanziamento

Controlli esterni: analisi trimestrale sui dati di attività (ritorno informativo regionale) effettuati da operatori Sanitari e Medici legali dipendenti dell’Azienda Committente USL al fine di valutare la potenziale inappropriata organizzativa e clinica secondo quanto descritto dal Piano Annuale dei Controlli (PAC).

Nello specifico agli operatori dell’Uff DRG è richiesto di controdedurre le potenziali contestazioni emerse attraverso il controllo della Documentazione Clinica (Cartella Clinica) per singolo ricovero contestato. Quando il controllo porta ad una variazione della codifica della SDO e ad una conseguente riattribuzione del caso a diverso DRG il ricovero viene ritariffato. Per i ricoveri individuati come inappropriati e che subiscono una variazione di regime di ricovero in cui viene

erogata la prestazione, la valorizzazione sarà determinata dall'applicazione delle tariffe vigenti per il regime di ricovero ritenuto appropriato.

Questa attività di controllo permette sia all'Azienda erogatrice che all'Azienda committente di riformulare un nuovo contratto di fornitura per l'anno successivo.

Controlli interni: affinché si possano effettuare i dovuti controlli, dei dati contenuti nelle SDO è necessario verificarne che la banca dati aziendale sia completa, fondamentale quindi presidiare il rientro della SDO nel sistema informatizzato aziendale da dove poi i dati vengono trasferiti nel software Grouper che attribuisce un DRG ad ogni singolo ricovero.

Ciò avviene attraverso l'elaborazione di **Report** riassuntivi dove sono elencate tutte le Unità Operative con i corrispettivi totali di pazienti dimessi e le SDO non inserite nel DB aziendale, che le operatrici dell'Ufficio DRG hanno cura di inviare a cadenza mensile ai corrispettivi medici referenti della SDO.

Controlli interni di primo livello: a cadenza mensile dove si verifica la qualità e la completezza dei dati della SDO in cui compaiono errori di tipo formale anche di una sola variabile, ad esempio:

- a) omissione di una cifra che compone il codice di diagnosi o procedura
- b) codici intervento / procedure validi e compatibili con sesso se intervento principale.
- c) data intervento /procedura presenti e valide e congruenti con le date di ricovero /dimissione.
- d) diagnosi principale o secondaria valida e compatibile con sesso ed età.

Le SDO con errori formali anche di una sola variabile tra quelle ritenute fondamentali non verranno caricate nella banca dati centrale della Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) attraverso il sistema edit logico-formale, con l'effetto conseguente del **mancato riconoscimento economico**.

Controlli interni di secondo livello:

Controlli a contenuto sanitario tesi a:

1. Verificare che i ricoveri ammessi al pagamento siano effettivamente avvenuti e che siano clinicamente necessari
2. Verificare la corretta attribuzione alla categoria diagnostica
3. Verificare che siano state correttamente segnalate le procedure diagnostico invasive e chirurgico terapeutiche
4. Verificare che la diagnosi principale sia quella che ha assorbito le maggiori risorse

Sistema automatico di selezione delle SDO potenzialmente “inappropriate”

Controlli basati su un **sistema di selezione mirato** sulle SDO che hanno criteri di un potenziale aumento del peso medio per caso trattato ; cioè una giusta corrispondenza economica tra risorse impiegate e rimborso economico riconosciuto.

- a) basati su criteri espliciti e predefiniti
- b) sostenuti da metodologie statistiche

CONTROLLI DEI DRG “ MALDEFINITI”

Sono DRG che si generano quando esistono incongruenze tra diagnosi principale e procedura/intervento principale (per esempio diagnosi appartenente ad apparato anatomico diverso dalla sede di procedura chirurgica). Questa condizione si osserva generalmente nei ricoveri clinicamente complessi come per esempio i politraumi, oppure semplicemente per errori di codifica o di digitazione nel sistema informatico.

Sono i seguenti DRG:

424 C-Intervento chirurgico in paziente con diagnosi principale di malattia mentale

468 C-Intervento chirurgico esteso non correlato alla diagnosi principale.

476 C-Intervento chirurgico alla prostata non correlato alla diagnosi principale.

477 C-Intervento chirurgico non esteso non correlato alla diagnosi principale.

CONTROLLI SUI RICOVERI RIPETUTI nei quali è previsto l'annullamento dell'importo ogni qualvolta il ricovero ripetuto sia espressione di un improprio frazionamento del ricovero precedente
0-1 gg: re-ricoveri avvenuti nello stesso Presidio, comprese le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente; previsto un **abbattimento del 100%** per quelli inappropriati.

2-7 gg.: re-ricoveri con stessa MDC avvenuti nello stesso Presidio con finestra temporale 2-7 gg escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente; previsto un **abbattimento del 50%**

8-30 gg abbattimento del 20%

CONTROLLI SUI RICOVERI CHIRURGICI PRECEDUTI DA RICOVERI MEDICI BREVI ENTRO I 15 GG PRECEDENTI (omnicomprensività della tariffa)

Ricoveri chirurgici in regime ordinario preceduti da un ricovero medico nello stesso presidio di durata inferiore a 4 giorni se in degenza ordinaria o a 4 accessi se in day hospital .La finestra temporale viene determinata dalla differenza fra le due date di ammissione.

CONTROLLI SUI DRG POTENZIALMENTE COMPLICABILI.

CONTROLLI SULLE DIAGNOSI PRINCIPALI POCO SIGNIFICATIVE

CONTROLLI SUI DRG COMPLICATI potenzialmente sovracodificati

- Gli operatori che lavorano all'ufficio DRG oltre ad occuparsi della parte inerente ai controlli appena illustrati, hanno il compito di organizzare in qualità di Tutor dei **corsi di formazione** interna all'Azienda, sulla qualità della codifica della SDO, rivolti ai medici codificatori referenti per i reparti di degenza.
- Si impegnano a realizzare uniformità di codifica sulle casistiche trattate per evitare comportamenti opportunistici in osservanza delle Linee Guida regionali, nazionali, e del testo ICD-9CM "classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.
- Si occupano della stesura di documenti con la rilevazione delle criticità emerse dai controlli effettuati con proposte di azioni correttive da intraprendere. A seguire verifiche periodiche sulle azioni correttive intraprese
- Attività di supporto a gruppi di progetto e/o miglioramento
- Attività di audit
- Elaborazione ed autorizzazione della codifica di preventivi e consuntivi delle prestazioni sanitarie erogate in libera professione dai medici che hanno optato per svolgere attività professionale "intra moenia" all'interno dell'Azienda.
- Controdeduzioni sui ricoveri **contestati** da altre Aziende USL o Ospedaliere regionali e di altre Regioni in merito a degenze di cui hanno fruito presso la nostra Azienda pazienti provenienti dai territori di riferimento alle predette Aziende contestanti per i quali è ammessa la possibilità da parte dell'Azienda debitrice di aprire la procedura di contenzioso applicando criteri di appropriatezza specifici.

12. OPPORTUNITÀ OCCUPAZIONALI

Come di consueto, segnaliamo i bandi aperti:

- **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA**

Bando di concorso per l'attribuzione di n. 2 assegni di ricerca - Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica - DSMC

Requisito: Laurea Magistrale in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione

Scadenza: 27/02/2013

Info: [qui](#)

13. OPPORTUNITÀ FORMATIVE

PROMOZIONE DELLA SALUTE E DIRITTI UMANI

PISA, 19 aprile 2013

Info: <http://www.dors.it/alleg/newcms/201301/smart.pdf>

PROMUOVERE LA SALUTE PER CONCORRERE AL SUPERAMENTO DELLA CRISI

CASTELBRANDO, 30-31 maggio 2013

Info: <http://www.dors.it/alleg/newcms/201301/smart.pdf>

IX CONVEGNO LA PREVENZIONE NELLA SCUOLA E NELLA COMUNITÀ

PADOVA, 4-6 luglio 2013

Info: <http://www.dors.it/alleg/newcms/201301/smart.pdf>