



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





L'analisi

È la sanità il vero fronte nel mirino i costi standard

Due obiettivi: più risorse e un polo internazionale

Focus del Mattino

La Regione decisa a misurarsi con Palazzo Chigi sull'affidabilità e partendo dalle cose realizzate

Nando Santonastaso

SEQUE DALLA PRIMA PAGINA

È la sanità perché già all'indomani del referendum promosso da Lombardia e Veneto, lo stesso De Luca aveva messo l'accento sul nodo dei costi standard, confermando poi a più riprese che la Campania era pronta a misurare la sua rinnovata capacità di efficienza e di razionalizzazione dei costi del settore a condizione che venisse rimossa la zavorra della spesa storica.

Ieri il tema è tornato puntualmente alla ribalta (come del resto nell'intervista del 24 dicembre scorso al Mattino) e negli stessi termini strategici: forte del risanamento avviato nella sanità pubblica regionale, dell'approvazione dei conti consuntivi delle Asl e del Piano complessivo su cui si potranno programmare assunzioni e nuovi investimenti, De Luca lancia a Palazzo Chigi una sfida di affidabilità che parte dai risultati raggiunti e punta a un

”

I risultati
Risanamento
avviato
consuntivi Asl
approvati
e investimenti
nuovi da
programmare

doppio obiettivo. Il primo è una dotazione maggiore di risorse che serviranno a riconoscere da un lato il gran lavoro svolto in questi due anni e mezzo, con un rigore in gran parte sconosciuto al passato, e dall'altro a riequilibrare in maniera definitiva il divario tuttora esistente con le regioni del Nord (la spesa sanitaria per la Campania resta inferiore a quella di Lombardia, Piemonte e Veneto). Il secondo obiettivo è di natura più strategica, se così si può definire: De Luca pensa a una sanità campana come a un polo di altissima qualità di valore internazionale, sul piano della cura ma anche e forse soprattutto della ricerca. Un polo capace ad esempio - se n'è accennato anche ieri - di ospitare la struttura di ricerca oncologica che l'Airc punta a realizzare nel Mezzogiorno, garantendo alla Campania una visibilità e un ruolo di riferimento ben diversi dagli attuali. Per riuscirci, la trattativa con il governo è necessaria non solo perché il progetto venga riconosciuto, sostenuto e almeno in parte finanziato ma perché sul piano "politico" questo importante impegno abbia tutta la copertura necessaria.

È in fondo il succo del pensiero del governatore a proposito di autonomia regionale. Per De Luca non sarà mai in discussione l'unità del Paese, difesa e confermata quasi fino alla noia; e non c'è alcuna tenta-

zione di scelte fiscali diverse da quelle previste dalla Costituzione né richieste di perequazione, non a caso rimaste nel cassetto dei sogni anche dopo l'approvazione della legge sul federalismo fiscale ispirata dalla Lega Nord. Lontana dal governatore anche l'idea di trasformare la Regione in uno Stato: anzi, se mai è vero il contrario dal momento che il modello Campania, almeno per ciò che concerne la spesa delle risorse destinate allo sviluppo economico e agli incentivi all'occupazione, ha dimostrato di essere il migliore su scala meridionale (e non solo). Dunque, maggiore autonomia vuol dire soprattutto il riconoscimento della qualità e della continuità dello sforzo messo in campo per accreditare in positivo la Regione sul piano nazionale. Sforzo che a giudicare dalla crescita del Pil dell'industria, salito proprio nei giorni scorsi a +3,2% rispetto all'anno precedente, si dimostra tutt'altro che un fuoco fatuo.

Ecco perché il modello di riferimento non sono le regioni guidate dalla Lega al Nord ma l'Emilia Romagna e non solo perché, come dice scherzosamente De Luca, «mentre al Nord hanno voluto spendere 30 milioni per il referendum a noi basterà una telefonata per sederci allo stesso tavolo con il governo». Sono i pilastri della qualità e dell'efficienza quelli sui quali il governatore vuole misurarsi per dimostrare di poter rinunciare a piani di solidarietà che non hanno quasi mai funzionato e che si sono spesso trasformati in sterili e vuota polemica. Maggiore autonomia per De Luca vuol dire ad esempio avere le risorse per pagare il personale dei Centri per l'impiego che dall'1 gennaio transiteranno dalle Province alla Regione e sulle cui spalle pesa l'incontro tra domanda e offerta di lavoro; vuol dire disporre dei soldi per potenziare iniziative importanti



”

Il modello
Da noi il migliore nella
spesa di risorse per lo
sviluppo economico
e gli incentivi
all'occupazione

per l'occupazione come quelle che stanno permettendo alla Campania di lanciare quasi 300 imprese fai-da-te attraverso Garanzia Giovani riservata ai neet, un record per il Paese; vuol dire ancora avere più finanziamenti dai grandi gruppi industriali pubblici, a cominciare da Leonardo ex Finmeccanica, per valorizzare meglio un territorio che per aerospazio e aeronautica è diventato un punto di riferimento persino per i cinesi. Il Paese della Grandemuraglia si è già messo in contatto con la Regione per imparare il knowhow necessario a progettare e costruire 40 nuovi aeroporti in aree che singolarmente hanno la stessa dimensione della Campania.

Insomma, è proprio sui terreni che più sembravano impervi per una regione del Sud ricca di contraddizioni e di ritardi, dal lavoro allo sviluppo industriale e non solo manifatturiero, che il governatore pensa di costruire questo spazio di maggiore credibilità, prima ancora che di più ampia autonomia. E in nome di questa prospettiva che

”

I pilastri
Efficienza
e qualità
per rinunciare
ai piani
di solidarietà
che non
funzionano

l'amministrazione regionale lavora con la Federico II per aumentare la riconoscibilità internazionale di poli di ricerca prestigiosa come quelli che si occupano di genetica; o per completare l'iter di

apertura a Napoli della prima sede meridionale della Normale di Pisa.

L'asticella, in altre parole, è posizionata in alto per dimostrare anche sul piano politico che l'orgoglio campano, anche ieri rivendicato da De Luca, non è un'operazione di immagine: la vera novità con la quale il governatore si presenterà al tavolo del governo è il clima di fiducia che sembra poter caratterizzare i futuri rapporti tra imprese, cittadini, investitori e Regione. È il primo step necessario per poter discutere con i colleghi governatori del Nord di competenze e priorità senza doversi sentire in colpa o finire in disparte per la montagna di problemi non risolti, i buchi di bilancio o gli allarmi ambientali di ogni genere. Una sorta di pari dignità, insomma, che può garantire alla Campania ben altro credito a patto e condizioni che la macchina amministrativa non si inceppi sul più bello. E già capitato spesso in passato e tutte le volte si è dovuto ricominciare daccapo. Con effetti economici, finanziari, sociali e politici troppo noti per doverli ancora ricordare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'incontro Il governatore De Luca alla conferenza stampa di fine anno
(NEWFOTOSUD, ANTONIO DI LAURENZIO)

Sanità, la ricetta dei medici per svuotare i Pronto soccorso

In questi giorni di festa i Pronto soccorso degli ospedali cittadini sono stati presi d'assalto dai pazienti che, in molti casi, non hanno trovato disponibile il proprio medico di medicina generale. La maggior parte degli accessi al Pronto soccorso è considerata inappropriata, patologie da codice bianco che potrebbero essere risolte anche il giorno

successivo con una visita del medico. Angelo Rossi, medico a Leno e segretario del sindacato Fimmg, avrebbe una soluzione per risolvere il problema: adottare il modello della provincia anche in città, con i medici in gruppo o in associazione, gli ambulatori sarebbero sempre aperti, riducendo i passaggi in ospedale.

alle pagine 2 e 3 **Trebesch**

Ecco la ricetta svuota Pronto soccorso

Rossi (Fimmg): «In città il modello della provincia, medici in gruppo per un'assistenza continua»

La strategia

La medicina in associazione è praticata da due terzi dei medici di base

Al Pronto soccorso, se si superano i 65 anni, non si paga alcun ticket. In Lombardia c'è l'esenzione legata all'età, per cui poco importa che si tratti di un banale mal di gola, di poche linee di febbre per virus stagionali, di bruciori gastrici per piatti troppo sapori: tutti motivi da codice bianco, che prevederebbero un ticket da 25 euro.

E invece, la legge esenta dal pagamento moltissime persone dimesse in codice bianco: raggiungevano il 40% al Civile due anni fa, erano oltre la metà negli ospedali di Esine e Idolo. Inutile stupirsi, quindi, se le famiglie danno l'«assalto» al Pronto soccorso.

Nelle festività natalizie la «colpa» è stata attribuita spesso ai medici di famiglia, con gli studi chiusi per ferie. Una lettura riduttiva e parziale secondo Angelo Rossi, medico di Leno e segretario del sindacato Fimmg: per lui, infatti, «non si possono mettere in competizione» gli studi dei medici di famiglia con i Pronto soccorso che «offrono, in tempo reale, tutte le risposte diagnostico-strumentali, con la minima spesa». L'attrattiva dell'ospedale è fortissima, specie a Brescia dove c'è una grande concentrazione di strutture. Ma c'è pure un problema organizzativo: la città è la realtà dove la

medicina di base è più frammentata. Questo significa che spesso i camici bianchi lavorano da soli, mentre «è la medicina di gruppo – sostiene Rossi – quella che più permette di mantenere gli ambulatori aperti». Appoggiandosi anche su personale di studio (dalle segretarie agli infermieri), la medicina di gruppo (stessa sede) e quella in associazione (sedi diversi) hanno preso piede soprattutto in provincia: la praticano circa due terzi dei medici di famiglia.

Il territorio, insomma, sembra più moderno del capoluogo. Brescia resta legata a un vecchio modello che, in qualche modo, finisce per spingere le persone a recarsi più facilmente in Pronto soccorso. Per Rossi, quindi, la sfida è portare in città il modello della medicina in gruppo: «Servono ambulatori circoscrizionali, con 6-7 medici. Se gli studi sono aperti – spiega – allora la gente si recherà meno al Pronto soccorso». Certo, per invertire la rotta «bisogna cambiare il sistema delle cure primarie: altrimenti, non basta» sostiene Angelo Rossi. La riforma dei cronici avrebbe anche questo obiettivo, ma forse bisognerebbe prendere il toro per la coda. E avere il coraggio politico di far pagare i codici bianchi, riducendo le esenzioni.

«È un'idea impopolare, ma sarebbe utile» dice il medico di Leno che, da anni, lavora con altri sette colleghi al Cen-

tro San Luca. Il loro ambulatorio, essendo una medicina di gruppo, non ha «mai chiuso: chi va in ferie – racconta – si fa coprire e cerca un sostituto». Settimana scorsa, nel boom delle festività natalizie, Rossi era in studio, dove ha visitato circa 200 pazienti a settimana: non tutti erano suoi mutuiati. L'organizzazione insomma fa la differenza, chi è da solo invece fa più fatica. E questo succede spesso in città: a Brescia, come del resto a Milano dove gli ospedali sono tanti. Poi in questo periodo, con l'arrivo dei virus influenzali, aumentano gli accessi in Pronto soccorso: 190 quelli registrati ogni giorno al Civile, in netto aumento in Poliambulanza (300 ingressi) nelle festività.

Ma quanti accessi si potevano evitare? «Anche il cittadino dovrebbe imparare a governare i piccoli malanni da solo. Serve maggiore responsabilità – dice Marisa Clementoni Tretti, presidente del Tribunale del malato – al Pronto soccorso si deve ricorrere per i casi importanti».

Matteo Trebesch

© RITRACZIONE RISERVATA

«Sanità, via i ticket regionali pronte quattromila assunzioni»

Il rendiconto di De Luca: «Siamo a una svolta storica per la Campania»

Fulvio Sciarlata

Orgoglio, rigore, efficienza: Vincenzo De Luca non spara subito i numeri, positivi, della Campania nel suo rendiconto di fine anno. Utilizza invece uno strumento della retorica per coinvolgere idealmente tutta la regione: «Ho la sensazione - dice - che la Campania è nel pieno di una svolta che può diventare storica e che vogliamo far diventare strutturale. Per la prima volta è cresciuta una identità campana. Prima c'erano i lombardi, i toscani, i siciliani. Oggi siamo orgogliosi di definirci campani, oltre i legittimi orgogli campanilistici, perché abbiamo riconquistato il rispetto dell'Italia e dell'Europa, perché non ci presentiamo con i rifiuti e i morti ammazzati ma come la Regione del rigore, dell'efficienza amministrativa, delle grandi mostre, dei beni culturali, del finanziamento alla ricerca».

I risultati

I dati: +3,2% del Pil (il doppio della Lombardia), +3,6% di occupazione, +5,4% di occupazione industriale, +2,9% nelle esportazioni campane, 47% di attuazione dei Por, i piani operativi regionali con i fondi europei, 184 nuove start up (secondi in Italia dopo la Lombardia), 20mila nuovi posti di lavoro con garanzia giovani, 20mila nuove assunzioni. Di più: De Luca da sindaco di Salerno era solito annunciare opere che magari sono realizzate dopo decine di anni. Invece a scorrere le promesse del rendiconto dello scorso anno, le ha in gran parte mantenute: bilanci consuntivi delle Asl fermi al 2012 approvati, informatizzazione nella sanità al completamento, legge urbanistica pronta, 200 bus davvero acquistati, acquisiti i droni per controllare la terra dei Fuochi, messe le telecamere al rione Sanità.

I rifiuti

Perfino sulle ecoballe il presidente della Campania rivendica i risultati: «Si parla di ritardi. Ma abbiamo deciso di mandare ogni nostro atto all'autorità anticorruzione su acque e rifiuti, i due grandi capitoli su cui la camorra fa affari. Dunque l'iter è più

lento. Partiamo solo con la valutazione positiva dell'Anac anche per evitare che gli appalti si blocchino dopo per infiltrazioni mafiose. Detto questo: inizia la seconda fase, nel 2018 eliminiamo 500mila tonnellate di ecoballe da Taverna del Re, Giugliano, Casalduni e nell'area dei militari di Persano». L'obiettivo per il 2018 è ottenere che l'Unione europea dimezzi la multa sui rifiuti di 120mila euro al giorno anche perché sono state già bonificate 37 discariche abusive, in gran parte siti di trasferta creati senza regole dai Comuni durante l'emergenza.

Il bilancio

De Luca rivendica l'operazione verità sui conti di Palazzo Santa Lucia: «Per la prima volta ripuliamo il bilancio da conti falsi del passato. Abbiamo approvato i consuntivi delle Asl fermi al 2012, definito il disavanzo in 3,1 miliardi che con lo spalmadebiti del Parlamento viene rateizzato in 20 anni, 150 milioni l'anno, sopportabili».

La Regione ha pubblicato un bando per chiedere a tutti i creditori di farsi avanti «finora - dice il governatore - hanno richiesto crediti per 500 milioni. La speranza è che ci siano duplicazioni ed errori e che il debito sia inferiore ai 3,1 miliardi».

La scelta

Il punto centrale della Regione è la Sanità, che assorbe l'80% del bilancio. E l'annuncio è che si elimina il ticket sanitario regionale per i redditi sotto i 26mila euro. «Ci sono due ticket - la spiegazione - quello nazionale resta, quello regionale lo eliminiamo dando una mano a tante famiglie. Abbiamo ereditato una gestione che aveva un unico risultato: 12mila dipendenti in meno. Noi abbiamo ridefinito il fabbisogno, così facciamo i contratti biennali per i privati e liberiamo 1,2 miliardi bloccati per i contenziosi. Stiamo facendo risalire i Lea, i livelli minimi di assistenza, che ci danno 300 milioni di premialità l'anno. Apre il pronto soccorso di primo livello a gennaio per l'ospedale del Mare, iniziati i lavori al Policlinico di Caserta. Abbiamo stabilizzato un terzo dei lavoratori precari e ora chiediamo al governo 4mila nuove assunzioni di medici e infermieri nel

2018, tra cui tremila precari. Ciò è possibile perché è stato approvato il nostro piano ospedaliero».

Le eccellenze

Tra tante criticità, anche le eccellenze come il reparto malattie rare alla Vanvitelli o quello di terapia pediatrica al Santobono. Gli obiettivi per il 2018 sono ambiziosi: far partire la medicina territoriale «con poliambulatori in tutta la regione», abbattere le liste d'attesa, ridurre da 60 a 6, con un hub a Nola, i depositi dei farmaci e uscire dal commissariamento della sanità.

Il Collana

De Luca ha un modo di comunicare molto efficace. Così scompare perfino dalla brochure la ricapitalizzazione dell'aeroporto di Pontecagnano per 2,8 milioni, dopo il milione assegnato nel 2016. Invece, accanto ai 105mila abbonamenti gratis per gli studenti «una grandissima operazione sociale», c'è l'Eav risanata «la prima azienda pubblica che licenzia 12 addetti assenteisti», le decine di cantieri aperti, gli acquisti di altri 200 pullman per arrivare a 600 nuovi bus entro il 2019 e 45 treni «nella vecchia consiliatura non era stato acquistato niente». «Ma sono particolarmente orgoglioso - sottolinea il presidente della Regione - di aver recuperato uno stadio storico della città di Napoli, al Vomero. Orgoglioso, io».

Gli investitori

Tra i progetti per il prossimo anno c'è il masterplan per il litorale domizio, «alla manifestazione di interesse han-

no già risposto 165 imprenditori privati, pronti a investire un totale di cinque miliardi e duecento milioni - dice De Luca - Ma sulla Campania abbiamo richieste di investitori del Kuwait, dei fondi della Cina perché oggi c'è certezza di tempi e risposte». I dati economici sono positivi, e ora parla Zes, la zona economica speciale, per i nostri porti, e l'approvazione della legge urbanistica. «Noi puntiamo all'eccellenza - conclude De Luca - Stiamo dialogando con l'Airc, l'associazione ricerca sul cancro, perché apra a Napoli il centro meridio-

nale sulla ricerca sul cancro. Lavoriamo con la Federico Secondo per una scuola di eccellenza superiore, la Normale di Pisa al Sud. Vogliamo ricollocare la Campania in un contesto di competitività mondiale: abbiamo le capacità e le competenze per farlo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

Pil +3,2%
occupati +3,6%
export +2,9%
20mila nuovi
assunti
con garanzia
giovani



Rifiuti

«Nessun ritardo, solo più controlli dell'Anac: nel 2018 via 500mila ecoballe»



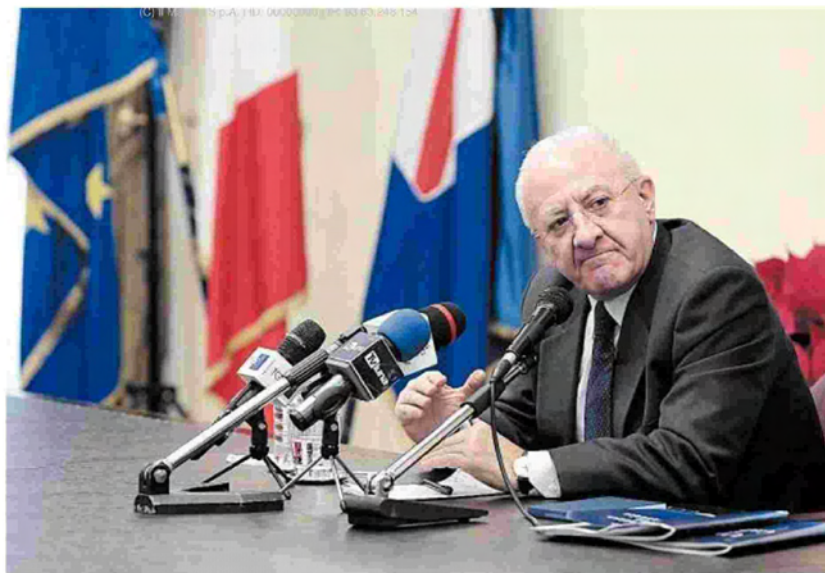
I privati

«Col masterplan per il litorale domizio già 165 imprenditori sono pronti a investire oltre 5 miliardi»



L'eccellenza

«Vogliamo creare un centro di ricerca Airc e la Scuola Normale del Sud»

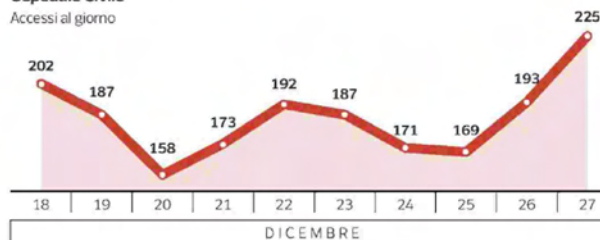


rendiconto Vincenzo De Luca traccia un bilancio di fine anno delle attività della Regione nel 2017 NEWFOTOSUD - FOTO ANTONIO DI LAURENZIO

Gli accessi al Pronto soccorso

Ospedale Civile

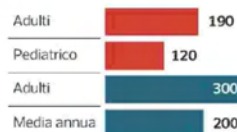
Accessi al giorno



La media del periodo

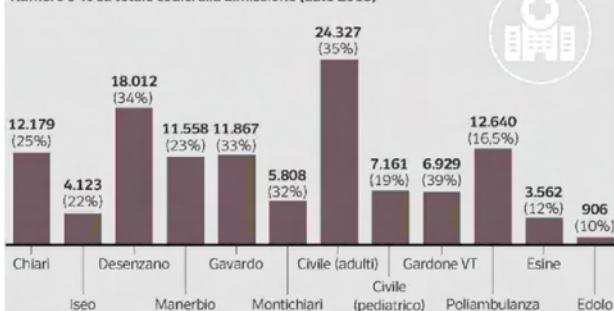
Media accessi al giorno (18-27 dic)

■ Ospedale Civile
■ Poliambulanza

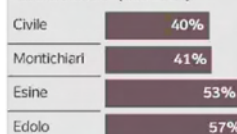


Codici bianchi (25 euro, eccetto esenti)

Numero e % su totale codici alla dimissione (dato 2015)



Esenti su totale di soli "codici bianchi" (dati 2014)



Ospedali pubblici (2014)

13.168

I ticket non pagati per codice bianco

collecito per un valore totale di **304.000 euro**

CARENZE DI ORGANICO

Il 93% dei medici rischia
l'esaurimento nervoso

MADDALENA GUIOTTO

a pagina 16

Il 93% dei medici rischia l'esaurimento

Meno del 10% del personale sanitario lavora in condizioni ottimali. Il 54% gestisce da 17 a più di 22 pazienti al giorno. Uno su tre non può staccare dopo il turno di notte per carenze d'organico, il 65% salta la pausa pranzo. E a farne le spese sono i malati

*Il 52% dei dottori
del servizio sanitario
nazionale
ha superato i 55 anni
Nel Regno Unito
solo il 13%,
in Germania il 43%,
in Francia il 46%*

*In Italia ci sono
solo 6 infermieri
ogni 1.000 abitanti
(13 in Germania)
e svolgono compiti
non all'altezza
della loro
formazione*

di MADDALENA GUIOTTO

■ Negli ospedali italiani i medici sono più vecchi della media europea e ci sono metà infermieri rispetto ad altri Paesi. I dati del Rapporto Oasi 2017 dell'Università Bocconi, presentati qualche giorno fa, descrivono una realtà sanitaria in cui la spesa per il personale è diminuita del 6% tra il 2010 e il 2016. Il risultato? Ci sono 6 infermieri ogni 1.000 abitanti contro i 13 della Germania e un'allarmante crescita dell'età media dei medici. Il 52% dei dottori del Sistema sanitario nazionale (Ssn) ha più di 55 anni, contro il 13% del Regno Unito, il 43% della Germania e il 46% della Francia.

«Il blocco totale, per anni, delle assunzioni è stato un errore grave», commenta Francesco Longo, curatore, insieme ad Alberto Ricci, del Rapporto Oasi 2017. «Assumendo meno medici di quelli che vanno in pensione, anche l'età media è aumentata a scapito della flessibilità. Con primari che mediamente hanno 62 anni, la disponibilità al cambiamento, la propensione alla riorganizzazione e all'innovazione tecnologica è più modesta». Negli altri Paesi, inoltre, alcune mansioni del medico sono demandate al personale infermieristico. «Gli infermieri italiani, anche se laureati», spiega Longo, «svolgono funzioni non adeguate alla loro formazione, mentre potrebbero sostituire il medico in alcune attività».

In ambienti lavorativi po-

co organizzati e con ridotta disponibilità di personale, medici e infermieri possono facilmente trovarsi ad allungare turni e orari di lavoro, raggiungendo livelli di stress in grado di scatenare i sintomi del cosiddetto «burnout». Il termine, in inglese, significa «bruciato, fuso» ed è stato coniato dallo psicanalista Herbert Freudenberger nel 1974 per descrivere l'esaurimento emotivo sperimentato tra i lavoratori del settore pubblico a elevato impegno relazionale come quelli del settore sanitario. Il medico o infermiere sottoposto a carichi di lavoro e stress eccessivi inizia a perdere progressivamente l'empatia fino al raggiungimento della «morte professionale». I sintomi del burnout comprendono: l'esaurimento emotivo (stanchezza, dolori o disturbi fisici dovuti a somatizzazione di disagi emotivi), la depersonalizzazione (atteggiamento cinico e negativo, approccio impersonale verso i pazienti) e una ridotta realizzazione personale (senso di incompetenza, inefficienza e inadeguatezza). «Tutto ciò», spiega Gabriele Gallo, medico del lavoro e nel direttivo del sindacato dei medici dirigenti del Ssn (Anaa), «oltre ad avere degli evidenti effetti drammatici sul piano individuale, ha degli indubbi risvolti negativi particolarmente sul piano organizzativo e lavorativo con il calo della qualità del servizio, della performance e l'aumento dell'assenteismo».

Difficile avere dati sul fenomeno. Un recente studio evidenzia che il 46% dei medici americani ha almeno un sintomo di burnout. Un altro del 2008 dello European general practice research network burnout study group segnala che il 12% dei dottori aveva i tre sintomi e circa il 50% almeno uno. Secondo uno studio inglese, circa il 30% dei medici ha almeno un sintomo di burnout.

In Italia dati simili emergono da un report del 2015 dall'Anaa, realizzato su circa 2.000 dottori del Servizio sanitario nazionale che hanno risposto a un questionario. Solo il 7,5% degli intervistati ritiene di lavorare in condizioni ottimali. Il report descrive il profilo di un medico che nel 54% dei casi può trovarsi a gestire da solo da 17 a più di 22 pazienti al giorno, svolge nel 39% dei casi dalle 7 alle 16 guardie (notte e giorno) al mese e dalle 4 alle 8 notti al mese (58,6%). Il 33% dei medici dichiara che, per problematiche organizzative connesse alle carenze d'organico, è costretto a lavorare anche dopo il turno notturno. Il 65% non riesce a usufruire della pausa

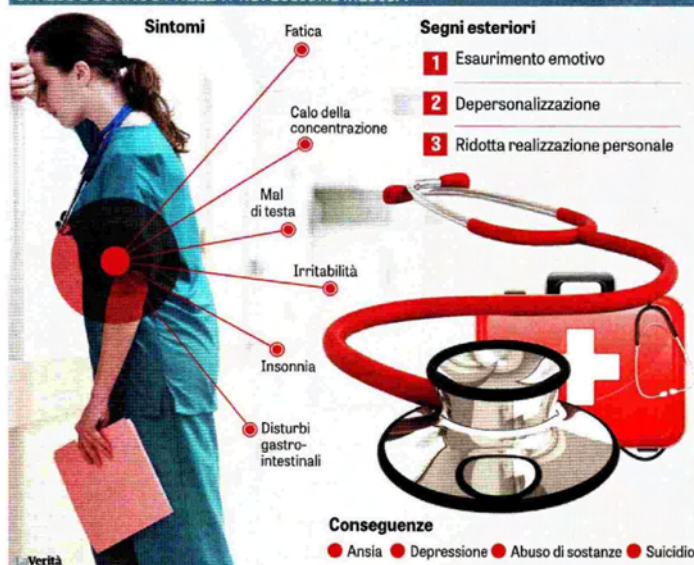
pranzo in orario di lavoro e non ha tempo per coltivare un hobby o uno sport. Il 40% ha accumulato oltre 150 ore annue di straordinario e solo il 25% afferma di poterle recuperare o monetizzare.

«La letteratura scientifica», ricorda Gallone, «ha dimostrato che orari e turni di lavoro hanno importanti ripercussioni sulla salute fisica e mentale». Nel questionario Anaa, il 41% dei medici afferma di soffrire di malattie cardiovascolari e metaboliche, un altro 40% presenta rilevanti disturbi del sonno e psicologici. A completare il quadro, si aggiunge il mancato adeguamento dello stipendio (lamentato dal 30,7% degli intervistati) dovuto al blocco degli scatti di anzianità.

Oltre a ripercussioni sulla salute del medico, questa de-regulation dell'orario lavorativo ha rilevanti conseguenze anche a livello economico. La stima dei costi del fenomeno è impressionante. «Uno studio canadese del 2014», continua Gallone, «evidenzia un costo annuale pari 213 milioni di dollari dovuti in gran parte (185 milioni) al ritiro dal lavoro e per 27 milioni alla riduzione delle ore prestate in servizio. Considerando che il Canada ha un numero di medici pari al 25% di quelli italiani, pur con le differenze geografiche e le modalità assistenziali, il fenomeno burnout appare come una vera emergenza». Difficile vedere chiarite all'orizzonte. «Il Paese», fa notare il professor Longo, «non cresce da 20 anni e il debito è enorme, quindi non è in previsione un aumento significativo del fondo sanitario nazionale. Il sistema oggi è in grado di sostenere il 75% della spesa sanitaria (115,8 miliardi di euro) il restante 25%, pari a 40 miliardi, è a carico dalle famiglie, con grande differenza tra Nord e Sud». In attesa di una riorganizzazione, sono a rischio di burnout, oltre a medici e infermieri, anche le famiglie dei pazienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

STRESS E BURNOUT NELLA PROFESSIONE MEDICA



La sanità

Il Pascale ingloba l'Ascalesi: nasce il polo oncologico

L'ospedale di Forcella rinforzato con 70 posti letto entro il primo luglio

Ettore Mautone

Annessione dell'Ascalesi (Asl Na 1) al Pascale e creazione del Polo oncologico del Mediterraneo: è nero su bianco il decreto commissariale che disciplina tappe, tempi, modi e ogni altro dettaglio di un travaso di funzioni di cui finora si era solo parlato sulla scorta delle poche righe inserite nell'ultima versione del piano ospedaliero. Quest'ultimo ha già incassato i pareri favorevoli dei ministeri della Salute e dell'Economia, affiancanti la Campania nel piano di rientro, ma è ancora da approvare in via definitiva dopo le limature richieste da Roma che la Regione intende condividere al tavolo dei sindacati della dirigenza medica.

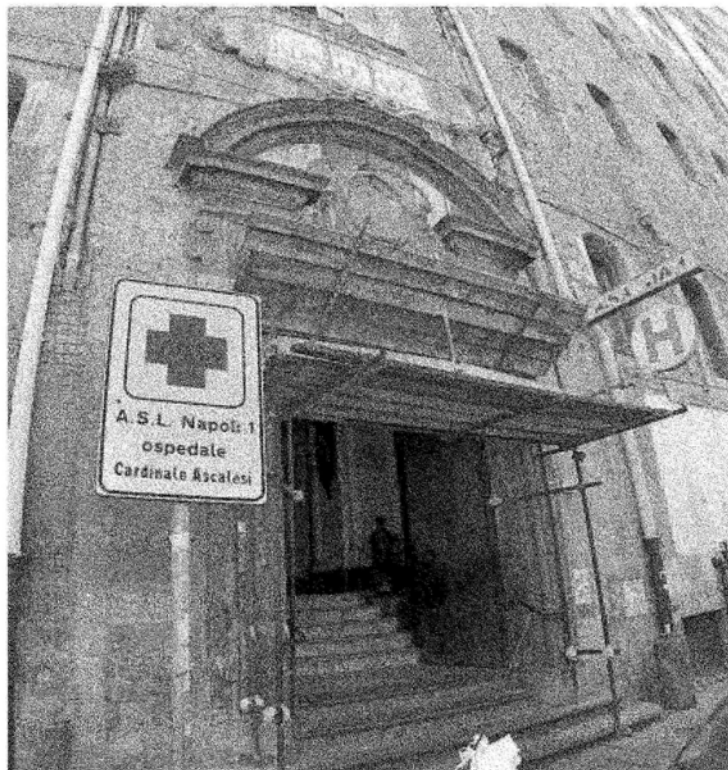
Per il trasloco dello storico presidio di Forcella - che sorge a ridosso della Stazione centrale di Napoli e dunque deputato a diventare la porta d'ingresso del costituendo il Polo oncologico del Mediterraneo - le date da segnare in rosso sono il 1° aprile 2018 entro cui il manager del Pascale Attilio Bianchi dovrà riformulare il bilancio aziendale sulla scorta della media dei consuntivi degli ultimi tre anni dell'Ascalesi. Quindi il 30 aprile 2018, data entro cui il Pascale e la Asl dovranno firmare un'intesa in cui definire i dettagli organizzativi e il crono programma per con-

sentire l'avvio dell'assistenza all'Ascalesi, sotto le insegne del Pascale, entro il 1° luglio del 2018. Questo sarà il termine temporale della svolta entro cui il presidio di Forcella dovrà essere ufficialmente annesso al Pascale. Entro il 31 ottobre 2018 il Pascale dovrà poi provvedere a riadattare l'Atto aziendale per conteggiare i posti letto, le discipline e il personale passati sotto la sua regia in analogia a quanto impegnerà la Asl Napoli 1.

Entro l'inizio del prossimo luglio dunque il Pascale subentrerà nella titolarità di tutti i beni immobili, adibiti a sede dell'Ascalesi, nella fornitura di beni e servizi (destinati alle funzioni del presidio), nella proprietà di attrezzature e impianti e nella manutenzione (ad eccezione del laboratorio di Patologia Clinica di recente ristrutturato che resterà al servizio della Asl cittadina). Lo stesso travaso avverrà per i rapporti contrattuali riguardanti il personale medico e del comparto (infermieri Oss e amministrativi) riferiti alle strutture, funzioni e attività che saranno annesse al Pascale. Un elenco dettagliato degli uomini, mezzi, strutture e attrezzature da trasferire dovrà essere trasmesso dalla direzione della Asl al Pascale nell'arco di un mese dall'approvazione del decreto.

Per il Pascale l'Ascalesi sarà una sorta di valvola di

Il riordino
Ricollocati
in altri presidi
cittadini
i reparti
di Cardiologia
Ematologia
Oculistica



sfogo in cui allargare gli orizzonti dell'assistenza oncologica anche in relazione ai recenti accordi stipulati con Calabria e Basilicata. A Forcella saranno sistemati anche i circa 70 posti letto aggiuntivi assegnati dal piano ospedaliero al polo oncologico campano che oggi non trovano spazi nella sede collinare. Passeranno al Pascale la Radioterapia dell'Ascalesi, i 4 posti della Terapia Intensiva e ulteriori 20 posti di Neurochirurgia che attualmente manca al Pascale e da realizzare ex novo.

Restano invece assegnate alla Asl Na 1 e ricollocate in altri presidi ospedalieri, le discipline di Cardiologia (con i posti letto già programmati all'ospedale San Paolo), l'Oncologia chirurgica (10 posti che passano agli

Incurabili), l'Ematologia con annesso centro per l'emofilia (che torna al San Giovanni Bosco con 18 posti letto), l'Oculistica scissa in 4 posti dirottati al San Giovanni Bosco e 2 destinati al Pellegrini. Quindi l'Otorinolaringoiatria che con 10 unità di degenza troverà posto al San Paolo con funzioni anche nella rete dell'emergenza (rimediando così all'errore di non aver previsto nel piano ospedaliero alcun presidio h 24 di tale disciplina). Ci sarà infine spazio per 10 posti di Urologia agli Incurabili dove ne sono destinati altrettanti per la Riabilitazione e la Lungodegenza per un totale di 66 posti letto da trasferire dall'Ascalesi in altri plessi della Asl cittadina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ospedale

L'Ascalesi sarà inglobato dal Pascale per dare vita al polo oncologico del Mediterraneo: l'ospedale di Forcella sarà rinforzato con 70 posti letto

31/12/2017 Speciale di fine legislatura. Dal Patto per la salute alla legge Lorenzin. Almanacco di cinque anni di sanità e...

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 29 DICEMBRE 2017

Speciale di fine legislatura. Dal Patto per la salute alla legge Lorenzin. Almanacco di cinque anni di sanità (1ª parte 2013/2015)

Dal nuovo Patto per la salute ai nuovi Lea, dai Piani per la cronicità, i vaccini, la prevenzione agli standard ospedalieri, dall'obbligatorietà dei vaccini alla legge sul biotestamento e quella sulle professioni sanitarie, da oltre dieci anni in stand by tra un Governo e l'altro. Il lavoro di cinque anni di legislatura che ha cambiato il volto della sanità e comunque segnato un record, quello del ministro della Salute più longevo della storia repubblicana.

Una legislatura, tre governi (Letta, dal 28 aprile 2013 fino al febbraio 2014, Renzi fino a dicembre 2016 e Gentiloni tuttora in carica), un solo ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, il più longevo della storia repubblicana, in carica, ad oggi, da 1.706 giorni.

Un record destinato ad essere ulteriormente superato, considerando che l'attuale governo resterà in carica almeno fino all'insediamento del nuovo Governo che non avverrà prima del 23 marzo 2018, data prevista per l'apertura delle nuove Camere scaturite dal voto del 4 marzo e chiamate ad eleggere i rispettivi presidenti.

Anche per questo, dall'aprile 2013 ad oggi e nei prossimi primi mesi del 2018, l'asse di governo della sanità ha girato soprattutto attorno a due poli di riferimento: da una parte Beatrice Lorenzin e dall'altra le Regioni guidate prima da Vasco Errani, poi da Sergio Chiamparino e infine da Stefano Bonaccini.

E di cose in sanità ne sono state fatte tante, anche se alla fine del percorso sembra ce ne siano di più da fare di quante se ne siano concluse.

In realtà la legislatura ha numerosi fiori all'occhiello in sanità, dal nuovo Patto per la salute ai nuovi Lea, dai Piani per la cronicità e i vaccini, alla prevenzione agli standard ospedalieri, dalla riforma dell'obbligatorietà dei vaccini per la scuola dell'obbligo, alla legge sul biotestamento e quella sulle professioni sanitarie, quest'ultima da oltre dieci anni in stand by tra un Governo e l'altro. E non solo.

Ecco un nostro almanacco anno per anno di questi cinque anni di sanità.

2013

L'esordio e il primo scoglio sul cammino della sanità della XVII legislatura è stato quello del [caso stamina](#), già aperto in precedenza, ma che proprio a cavallo del nuovo Governo dirompe sui mass media e confonde per l'ennesima volta l'opinione pubblica dividendola tra pro e contro, tanto che a maggio la Camera approva l'avvio della sperimentazione stanziando anche 3 milioni di euro.

La **legge del 23 maggio** che la prevede è la [57/2013 "Disposizioni urgenti in materia sanitaria"](#), che prevede anche norme per il definitivo **superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari** (la legge ha disposto il differimento della chiusura degli Opg al 1° aprile 2014, ma una ulteriore proroga è stata, tuttavia, disposta dalla legge 81/2014 che ha previsto la definitiva chiusura al 31 marzo 2015) e per la conservazione di cellule e tessuti, ma che in massima parte è dedicata alle cellule staminali.

Sperimentazione bloccata a fine 2014 per mancanza di presupposti scientifici che ha rivelato nel tempo l'ennesima fake nei confronti di pazienti e che ha danneggiato pesantemente il sistema creando fazioni antiscientifiche che ancora oggi tentano attacchi alle evidenze della scienza e alle sue prove tanto che solo il 26 aprile 2017 Davide Vannoni, detentore del metodo, viene arrestato di nuovo dai carabinieri del Nas di Torino con l'accusa di aver continuato a utilizzare la pratica all'estero ed è indagato nell'ambito di una nuova inchiesta a Torino per accettazione per delinquere.

31/12/2017 Speciale di fine legislatura. Dal Patto per la salute alla legge Lorenzin. Almanacco di cinque anni di sanità <e...

La seconda legge sanitaria della XVII legislatura torna sul versante economico. La [legge](#) "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento di tributi degli enti locali. Disposizioni per il rinnovo del Consiglio di presidenza della giustizia tributaria" è del 6 giugno e prevede tra le altre **misure che per il pagamento dei debiti del Ssn** (con ritardi verso i fornitori anche di anni), la possibilità di una anticipazione da parte dell'economia di 5 miliardi ma con una serie di pesi e garanzie necessarie a essere sicuri che i fondi andassero davvero ai creditori senza "storni" verso altre spese sanitarie.

Una ulteriore norma in questo senso era stata proposta anche con un decreto legge del 24 giugno che però non è mai stato convertito.

Ad agosto arriva la legge "[Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia](#)", [la 98/2013](#), il cosiddetto "**decreto del fare**". Un testo che ha previsto numerose semplificazioni in tanti settori della vita pubblica dei cittadini.

Ad esempio il certificato medico che indica la data presunta del parto, il certificato di parto e il certificato di interruzione di gravidanza sono trasmessi dal medico del Ssn o dalla struttura esclusivamente per via telematica, con le modalità definite da apposito decreto interministeriale. In questo modo, la lavoratrice non è più obbligata alla trasmissione dei certificati e si consente una gestione semplificata dell'iter amministrativo dei dati relativi alla maternità. Ed è stato previsto anche la soppressione di numerose certificazioni sanitarie (ad esempio, certificati di idoneità psico-fisica o certificati di sana e robusta costituzione per l'assunzione o per lo svolgimento di alcune attività lavorative) ritenute non più utili.

A settembre arriva invece una prima doccia fredda per il personale del Ssn, con il [Dpr 122](#) "Regolamento in materia di proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per i pubblici dipendenti, a norma dell'art. 16, commi 1, 2 e 3, del D.L. 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011", che **prevede norme per il contenimento delle spese per il pubblico impiego con il blocco, di fatto, del rinnovo dei contratti che, al massimo, potevano rivedere la parte normativa, ma niente per quella economica.**

Il 15 ottobre [la legge 119](#) "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il **contrasto della violenza di genere**, nonché in tema di protezione civile e commissariamento delle province" inasprisce le pene per gli atti di violenza di genere e detta misure per la prevenzione della violenza domestica, la violenza sessuale e stanzia anche fondi per i centri anti violenza e le case rifugio.

Sempre a ottobre **la legge 124** Testo del DL 102/2013, coordinato con la legge di conversione [124/2013](#), recante: "Disposizioni urgenti in materia di IMU, di altra fiscalità immobiliare, di sostegno alle politiche abitative e di finanza locale, nonché di cassa integrazione guadagni e di trattamenti pensionistici" **stabilisce nuovi finanziamenti per i pagamenti da parte del Ssn dei fornitori per il 2014**, riprendendo in parte alcune norme che erano nel decreto legge mai convertito di giugno.

Ancora a ottobre [la legge 125](#) "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni" ha previsto la conferma della **necessità di contenere le spese per il personale**, ma anche le norme sulla mobilità (poco rispettate nelle Regioni) e quelle per l'immissione in servizio dei vincitori di concorsi e per limitare il lavoro flessibile. Norme che tuttavia hanno dovuto scontrarsi contro le regole dei piani di rientro per quasi la metà delle Regioni.

A ottobre arriva anche la [legge 128](#) "Misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca" che prevede la **riduzione degli anni per le specializzazioni mediche**, collega il numero di laureati ai posti di specialità (ma senza molto successo) e prevede la possibilità di svolgere la specializzazione anche negli ospedali e nelle strutture del Ssn.

A fine anno **ecco la legge di stabilità 2014** (147/2013) la prima della XVII legislatura. E per la sanità si prevede la possibilità degli screening neonatali per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie (con 5 milioni di dote), l'anagrafe nazionale degli assistiti, il potenziamento degli accertamenti medico-legali sulle assenze dei dipendenti e ancora una volta, specificando che l'indennità di vacanza contrattuale i dipendenti la vedranno con il contratto, annuncia la possibilità di un rinnovo, ma solo normativo, senza toccare la parte economica. E questo vale, chiarisce la legge, anche per i convenzionati col Ssn. Tagli anche per il salario accessorio e per effetto di queste norme ecco il primo taglio al fondo sanitario: 540 milioni in meno per il 2015 che dal 2016 diventano 610 milioni. Effetto: nel 2015 il fondo sanitario per la prima volta regredisce e dopo i 109,902 miliardi del 2014 ecco i 109,715 per il 2015.

2014

31/12/2017 Speciale di fine legislatura. Dal Patto per la salute alla legge Lorenzin. Almanacco di cinque anni di sanità e...

Dopo le premesse di risparmi a tutti i costi dell'anno precedente, il **2014 si apre con una serie di decreti ministeriali** (sul rinnovo telematico delle patenti, sul pagamento col bancomat ecc.) ma il **21 febbraio fa il suo esordio al Senato il Ddl Lorenzin, il 1324**, che avrebbe dovuto aspettare 1.400 giorni dalla sua presentazione, l'ultimo atto della legislatura per una conversione in legge lampo sempre al Senato arrivata il 22 dicembre 2017, a circa 60 ore (lavorative) dalla fine della legislatura.

Il 2014 è anche l'anno in cui si comincia il lavoro sui nuovi Lea che sostituiranno con l'intesa Stato-Regioni siglata però solo nel 2016 quelli del 2001. I lavori per la predisposizione del provvedimento si sono sviluppati da aprile a dicembre 2014 e sono stati condotti da quattro gruppi di lavoro a composizione mista (Ministero, Regioni e A.ge.Nas), che hanno elaborato proposte per l'aggiornamento delle aree portanti dei Lea. Inoltre, il provvedimento tiene conto del lavoro dei numerosi gruppi interistituzionali che nel corso degli ultimi anni hanno lavorato sui temi attinenti la definizione dei Lea. In particolare, sono stati integrati nel provvedimento i documenti della Commissione nazionale Lea di cui al decreto 25 febbraio 2004, dei "15 Mattoni del Servizio sanitario nazionale", del Tavolo interregionale sulle malattie rare, dei gruppi di lavoro per l'aggiornamento delle malattie croniche esenti e dei Gruppi di lavoro costituiti con la partecipazione di Agenas e delle Regioni a seguito dell'approvazione del nuovo Patto per la salute.

Sì, perché il **2014 è stato anche l'anno del nuovo Patto per la salute**. Il 10 luglio 2014 è stata siglata l'Intesa sul Patto della salute 2014-2016 che ha fissato, per il triennio di riferimento, il perimetro del concorso finanziario dello Stato al sistema salute, anche se per il contributo aggiuntivo che le regioni hanno dovuto assicurare alla finanza pubblica per ciascuno degli anni dal 2015 al 2018, con una serie di atti concordati a livello di Conferenza Stato-regioni, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è stato poi rideterminato in riduzione.

Così, il **fabbisogno sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018**, come stabilito nell'Intesa dell'11 febbraio 2016, è stato determinato in 113,063 miliardi per il 2017 e 114,998 per il 2018.

Ma le riduzioni non si sono fermate qui visto che poi la **legge di bilancio 2017** ha rideterminato, ancora in diminuzione, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, portandolo a 113 miliardi per il 2017 e a 114 per il 2018. Per il 2019 il livello del finanziamento è stato fissato in 115 miliardi.

Ma siccome ai tagli (riduzioni) non c'è mai fine, il **decreto 5 giugno 2017, a causa del mancato contributo delle autonomie speciali agli obiettivi di finanza pubblica, ha nuovamente rideterminato il livello del fabbisogno sanitario nazionale**, stabilendo ulteriori riduzioni: 423 milioni per il 2017 e 604 milioni per il 2018 portando alla fine il fondo 2018 a quota 113,936 miliardi (anziché a 114 come previsto dalla legge di Bilancio 2017).

Ma lasciando da parte le peripezie del fondo sanitario, nel 2014 oltre al Patto per la salute e a iniziare il lavoro sui nuovi Lea, la legge 15 del febbraio 2014 (il **millepororoghe**), ha fissato al 31 ottobre 2014 la fine degli accreditamenti provvisori di strutture sanitarie, sociosanitarie e stabilimenti termali e se le Regioni non avessero provveduto, commissario ad acta sarebbe stato lo stesso presidente della Giunta.

Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 61 del 14 marzo 2013 il **decreto legislativo n. 26 del 4 marzo 2014 di attuazione della direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici**. Il provvedimento introduce disposizioni che mirano alla sostituzione e alla riduzione dell'uso di animali nelle diverse procedure e al miglioramento dei metodi di allevamento, sistemazione, cura ed uso, nonché norme relative alla loro origine, marcatura, cura, sistemazione e soppressione, all'attività degli allevatori, dei fornitori e degli utilizzatori.

Gli obiettivi perseguiti sono, nell'immediato, assicurare un elevato grado di protezione degli animali coinvolti e nel lungo periodo operare con l'obiettivo della loro completa sostituzione con metodi alternativi. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, è co-proponente del provvedimento.

Sempre di febbraio sono due Dlgs, il **n. 17** e il **n. 19**, entrambi del 19 del mese, uno, il 17, sull' "Attuazione della direttiva 2011/62/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, recante **un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano**, al fine di impedire l'ingresso di medicinali falsificati nella catena di fornitura legale" e l'altro, il 19, sull' "Attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM e FSESP, in materia di **prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario**".

Dal 19 marzo **Angelo Lino Del Favero**, già presidente di Federsanità Anci e direttore generale della Città della Salute e della Scienza di Torino, è il nuovo direttore dell'Istituto superiore di Sanità. Del Favero è stato scelto per sostituire Monica Bettoni alla direzione dell'Istituto. Il decreto del ministro era già stato firmato a gennaio, ma si è

31/12/2017 Speciale di fine legislatura. Dal Patto per la salute alla legge Lorenzin. Almanacco di cinque anni di sanità <e...
dovuto attendere la ratifica della Corte de Conti.

A marzo altri due Dlgs contribuiscono a recepire direttive Ue.

Il primo, [il n. 38](#), è l'Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il **riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro**".

Il secondo, [n. 42](#), è l'Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda **la farmacovigilanza**."

Il Dlgs sulle cure transfrontaliere stabilisce i diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera e fissa le misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro.

In particolare il provvedimento, che attua la direttiva europea 2011/24 riguardante l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera e la direttiva europea 2012/52/UE che comporta misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro, mira a:

- rendere effettivo l'esercizio del diritto di fruire delle migliori cure prestate nelle strutture sanitarie di uno dei Paesi dell'Unione europea;
- a garantire la libertà di scegliere da chi ricevere assistenza sanitaria;
- a ottenere continuità delle cure prescritte attraverso il riconoscimento delle prescrizioni farmaceutiche emesse in un altro Stato membro dell'Unione;
- a favorire una maggiore cooperazione con gli Stati membri per migliorare il livello di qualità e sicurezza delle cure;
- a valorizzare le strutture di "eccellenza" del Servizio sanitario nazionale;
- a rendere più competitivo il sistema sanitario italiano nel contesto europeo.

Il Dlgs sulla farmacovigilanza riguarda soprattutto le regole in caso di sospensione della vendita di medicinali anche in caso di revoca, divieto di vendita o ritiro dal commercio.

Il **Dlgs n. 26** del 24 marzo 2014 ha invece tentato di mediare la necessità di permettere agli enti di ricerca l'effettiva **sperimentazione sugli animali** con gli specifici criteri di delega di cui all'articolo 13, comma 1, lett. c) e f), della legge di delegazione europea n. 96/2013, che hanno posto limiti ben definiti alle procedure di sperimentazione.

Per questo motivo, il Dlgs aveva previsto l'applicazione dei divieti (a partire dal 1° gennaio 2017) su alcune procedure di sperimentazione che prevedono l'impiego di animali per ricerche, in particolare, sugli xeno-trapianti (trapianti di uno o più organi effettuati tra animali di specie diverse) e sulle sostanze d'abuso (per lo sviluppo ad esempio di nuove terapie per la tossicodipendenza). Il termine è stato successivamente differito dal milleproroghe 2016 prima al 1° gennaio 2018 e, in sede di conversione, al 1° gennaio 2020, anche in considerazione di una procedura di infrazione avviata dalla Commissione europea (n. 2016/2013) per violazione del diritto dell'Unione, a causa di condizioni eccessivamente restrittive delle sperimentazioni stesse rispetto a quelle esistenti in altri Stati membri.

Il Parlamento ha poi la [legge n. 79/2014](#), diretto a fronteggiare **situazioni di necessità ed urgenza negli ambiti delle sostanze stupefacenti e psicotrope e dei farmaci offlabel**.

I primi due articoli del decreto legge 36/2014 intervengono sugli aspetti di tutela della salute, legati al consumo e alla cessione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. L'intervento si è reso necessario dopo che la Corte costituzionale, con la sentenza 32/2014, ha dichiarato costituzionalmente illegittime le norme sugli stupefacenti contenute nella legge 49/2006 di conversione del decreto legge 272/2005 (legge meglio conosciuta come Fini-Giovanardi), che hanno riformato il Testo unico sugli stupefacenti di cui al D.P.R. 309/1990. La cancellazione delle norme impugnate ha comportato il ripristino della disciplina contenuta nel Testo unico sugli stupefacenti nella versione precedente al 2006, con effetti importanti sia dal punto di vista penale che amministrativo.

L'articolo 3 è intervenuto poco tempo dopo la deliberazione dell'Antitrust che ha sanzionato le aziende farmaceutiche Roche e Novartis per un cartello che ha condizionato le vendite dei farmaci Avastin (offlabel) e Lucentis (onlabel) destinati alla cura oculare. Per il Ssn l'intesa ha comportato un esborso aggiuntivo stimato in oltre 45 milioni nel solo 2012, con possibili maggiori costi futuri. Il 5 marzo 2014 l'Antitrust ha disposto, per Roche e Novartis, il pagamento di una multa di 180 milioni per intesa restrittiva della concorrenza.

La norma favorisce e promuove l'uso offlabel di un farmaco per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata al momento della sua commercializzazione. La disposizione favorisce l'inserimento nella Lista 648 dei farmaci offlabel sulla base di evidenze scientifiche, secondo parametri di economicità ed appropriatezza, e previo parere dell'Aifa.

Lo stesso giorno della legge 79 è stata approvata anche la [legge 78, il Job Acts](#), la legge "Disposizioni urgenti per favorire il rilancio dell'occupazione e per la semplificazione degli adempimenti a carico delle imprese".

A fine maggio, il 30, arriva la [legge n. 81 "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"](#) quella che ha previsto la chiusura definitiva degli Opg nel 2015 e il 23 giugno la legge 89 "Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale" che ancora prevede regole, finanziamenti e criteri di acquisto per i pagamenti nei tempi da parte del Ssn ai fornitori, ma che controlla anche le spese per le consulenze e per i Cococo.

Il 6 agosto si insedia [Francesco Bevere](#) in qualità di Direttore Generale dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Con la nomina del professor Bevere, l'Agenzia "si appresta ad affrontare i nuove impegnativi compiti previsti nel recente Patto per la salute per quanto concerne la valutazione, il monitoraggio e la riorganizzazione dei servizi sanitari".

La legge [11 agosto n. 114](#) "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari" **per il Ssn stabilisce limiti per l'acquisizione di personale a tempo determinato, una serie di disposizioni che estendono l'assicurazione prevista dalla legge Balduzzi anche ai liberi professionisti** e nel caso di intramoenia, nuove procedure per rimborsare i danni agli emotrasfusi.

Ed è con [la legge 30 ottobre n. 161](#) "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis" che arrivano le **nuove regole formato Ue sugli orari di lavoro per il Ssn che ancora non hanno trovato riscontro nella pratica di tutti i giorni e che stanno cercando di fare il loro ingresso in quello che sarà il nuovo contratto, ma in un modo che non piace affatto ai sindacati.**

Con la [legge di stabilità 2015](#) (n. 190) arriva il finanziamento dell'attività di prevenzione delle ludopatie, l'istituzione del Registro dei donatori di cellule per la procreazione assistita.

E arriva anche il **primo fondo sperimentale da 500 milioni per il 2015-2016 per l'eradicazione dell'epatite C** che riguarda in Italia centinaia di migliaia di persone in stato di infezione avanzata e si calcola più di un milione di infetti ancora non totalmente consapevoli. Lo stanziamento ha consentito alle Regioni di acquistare i primi farmaci innovativi che sono in grado di eradicare l'epatite C.

La legge di stabilità 2015 è anche quella che contiene il famigerato ["comma 566"](#), apparentemente una soluzione per dare spazio alla crescita professionale delle professioni sanitarie che si è invece rivelato un boomerang per gli attacchi e le barricate che si è trovata davanti la sua applicazione, soprattutto da parte dei medici. Fatto sta che il comma ancora non è mai stato applicato e una soluzione alternativa non si è trovata.

Ma a fine anno, il 14 novembre, arriva in Stato-Regioni anche l'intesa sul ["Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018"](#), che stabilisce gli obiettivi e gli strumenti per la prevenzione e delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagni il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro.

Tra gli obiettivi: ridurre morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili; promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani; prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti; ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie.

L'accordo è stato poi [prorogato a fine 2017 fino a tutto il 2019](#) dalla Stato-Regioni.

E il mese precedente era stato approvato in Unificata anche il **"Piano nazionale demenze"** per consentire la creazione di una rete integrata per le demenze, interventi per l'appropriatezza delle cure e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

2015

L'anno si apre con la [delibera n. 1 dell'8 gennaio 2015 dell'Anac](#) "Interpretazione e applicazione del decreto

all'abbandono della carica di presidente della FnomCeo e dell'Ipasvi dei presidenti eletti, ma anche senatori, mentre il presidente Fofi è rimasto in carica.

E' poi la volta della [legge del 27 febbraio n. 11, il milleproroghe](#), che riprende la legge di stabilità approvata a fine 2014 e prevede per incentivare la natalità in crollo in Italia il **bonus bebè**, un assegno mensile destinato alle famiglie o singole mamme, sia lavoratrici che disoccupate, per i bambini nati o adottati tra il 2015 e il 2017. Il contributo è distribuito in base al reddito (960 euro l'anno (80 euro al mese per 12 mesi) con ISEE superiore a 7.000 euro annui e non superiore a 25.000 euro annui; 1.920 euro l'anno (160 euro al mese per 12 mesi) con ISEE non superiore a 7.000 euro annui) e viene erogato nei primi tre anni di vita del bambino.

A gennaio il ministero della Salute vara il [Piano Nazionale Integrato 2015-2018](#) finalizzato a orientare i controlli ufficiali per la sicurezza alimentare e per la lotta alle frodi lungo l'intera filiera produttiva, dai campi alla tavola, in funzione dei rischi.

Il 6 marzo è pubblicato il Dpcm "[Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità](#)".

Il 2 aprile arriva il [decreto Salute-Economia n. 70](#) Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. **Sono gli standard ospedalieri che entreranno in vigore a giugno** che prevede tra le altre cose il nuovo parametro posti letto abitante previsto dalla spending review del Governo Monti con una riduzione attesa di 3mila posti letto in base ai nuovi standard del 3 per mille per gli acuti e dello 0,7 per mille per la lungodegenza e riabilitazione e un tasso occupazione al 160 per mille e degenza media sotto i 7 giorni. Nelle previsioni del regolamento anche il ritocco del tasso di ospedalizzazione che si punta a fissare sulla soglia del 160 per mille di cui il 25% dedicato ai ricoveri in day hospital (indicati anche per disciplina e specialità clinica) e all'indice di occupazione dei posti letto che si dovrà attestare sul valore tendenziale del 90% con una durata di degenza per i ricoveri ordinari inferiore mediamente ai 7 giorni.

E il 27 marzo con un decreto del ministro Lorenzin è stata istituita, presso il ministero della **Salute l'Unità di crisi permanente**, con il compito di intervenire per fronteggiare gli eventi di significativa gravità verificatisi nell'erogazione delle prestazioni da parte del Ssn. L'unità di crisi è composta da esperti del ministero della Salute, rappresentanti del Comando dei Carabinieri Nas, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e della Conferenza delle Regioni e delle province autonome. L'Unità di crisi è intervenuta, con apposite visite ispettive, in tutti i più rilevanti casi di malasanità che hanno interessato il Paese negli ultimi due anni.

A maggio arrivano le leggi [68](#) "**Disposizioni in materia di delitti contro l'ambiente**" e [69](#) "**Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio**".

Il 5 agosto è stata approvata [la legge 134](#) "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con **disturbi dello spettro autistico** e di assistenza che prevede l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza dei trattamenti per l'autismo, l'aggiornamento delle linee guida per prevenzione, diagnosi e cura, oltre alla ricerca nel campo.

Il 6 agosto arriva [la legge 125](#) "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Ssn nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali" che prevede tra le altre **misure altri 2 miliardi per garantire il pagamento dei debiti Ssn verso i fornitori, la rinegoziazione dei contratti di acquisto in essere di beni e servizi, compresi i contratti di concessione di costruzione e gestione, per raggiungere uno sconto medio del 5% su base annua** con possibilità anche di recesso dal contratto se la rinegoziazione non fosse andata a buon fine, la fatturazione elettronica, la rinegoziazione anche del prezzo dei medicinali dando alle aziende tre opzioni: abbassare i prezzi a livello di quello di riferimento per il rimborso (che sarà quello più basso all'interno del raggruppamento); lasciare lo stesso prezzo e rimborsare con il pay back la differenza tra il loro prezzo e il prezzo di rimborso; non abbassare il prezzo, rifiutare anche il pay back e scegliere di passare in fascia C.

Un'altra misura sui farmaci riguarda i medicinali biotecnologici, che in seguito alla scadenza brevettuale del principio attivo di un farmaco e in assenza dell'avvio di una concomitante procedura di contrattazione del prezzo relativa a un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile, saranno anch'essi oggetto di rinegoziazione

Il 2015 è anche l'anno della [riforma Madia della PA](#), la legge 124 del 7 agosto che prevede tra l'altro l'istituzione di un'area contrattuale per la dirigenza del ruolo sanitario, poi ritoccata dopo la sentenza della Consulta che ha bloccato la mancata partecipazione attiva delle Regioni alla predisposizione del testo e poi rilanciata da un nuovo decreto attuativo-correttivo, norme per i precari, linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale, mobilità ecc.

Con la registrazione alla Corte dei Conti il 2 settembre [Walter Ricciardi è stato nominato Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità](#). "La nomina inaugura una fase nuova per l'Istituto Superiore di Sanità – ha commentato il ministro Lorenzin – al centro di una strategia di innovazione e rilancio della ricerca biomedica italiana. Da commissario straordinario, il professore Ricciardi, in un solo anno di lavoro, è riuscito a sanare il bilancio dell'ente e dimostrato di avere una visione strategica per il futuro dell'istituto. A lui adesso la guida di un programma di lavoro che deve portare il nostro Istituto a primeggiare a livello internazionale recuperando quel ruolo che lo ha fatto essere nel suo passato il fiore all'occhiello della sanità italiana sia nell'attività di ricerca che nelle innumerevoli attività di prevenzione e controllo svolte al servizio dei cittadini".

Con il [Dlgs 24 settembre 2015 n. 158](#) si inaspriscono le sanzioni per le violazioni al sistema tessera sanitaria e con il [Dpcm 29 settembre 2015 n. 178](#) arriva il "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico", che attualmente ha però ancora [alcune Regioni dove non è stato applicato](#).

A ottobre arriva il [Piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali](#), elaborato dai Componenti del Gruppo di lavoro per la prevenzione delle epatiti, si compone di 5 linee strategiche: epidemiologia; prevenzione; sensibilizzazione, informazione e formazione; cura trattamento e accesso; impatto sociale.

In particolare è dichiarata guerra aperta all'epatite C con la previsione di accesso ai trattamenti per 240.000 pazienti in tre anni come obiettivo del Piano di eradicazione e per renderlo possibile è stato reso strutturale un fondo dedicato di 1 miliardo e mezzo di euro (500 milioni annui).

Nella [legge di stabilità 2016](#) (n. 208 del 28 dicembre), è previsto il blocco dell'aumento delle addizionali Irpef da parte delle Regioni, l'esclusione dei convenzionati dall'Irap, l'obbligo di assumere con procedure di mobilità il personale autista-soccorritore CRI, la previsione del finanziamento per le sperimentazioni su cellule staminali, l'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti del Ssn, la previsione dei piani di rientro per le singole aziende e non più per le Regioni con tutte le regole per il calcolo degli scostamenti e per il rientro.

Arrivano per i dipendenti pubblici i primi 300 milioni per i contratti di tutta la PA. Sempre in tema di personale, entro il 31 dicembre 2016 prenderanno il via i concorsi straordinari per le nuove assunzioni di medici, infermieri e personale tecnico sanitario garantendo un primo sblocco del turn over, prevedendo la facoltà per gli enti del Ssn di indire, appunto, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, necessario a far fronte alle relative esigenze assunzionali. Le Regioni con criticità nell'erogazione dei Lea, inoltre, già dal 1° gennaio potranno assumere ricorrendo a forme di lavoro flessibile. I contratti di lavoro attivati potranno essere prorogati fino al termine massimo del 31 ottobre 2016. Nasce la "cabina di regia" per i dispositivi medici".

E ancora sono eliminate le disparità di trattamento sanitario per i pazienti provenienti da regioni diverse che ora avranno gli stessi diritti di accesso e di erogazione delle prestazioni dei pazienti residenti. Nelle Regioni a statuto speciale potranno nascere le Aziende uniche ospedaliero-universitarie, sul modello di quanto già programmato in Friuli Venezia Giulia.

Infine, le misure dedicate alla disabilità e non autosufficienza. In tutto, 90 milioni per il sostegno delle persone con disabilità grave prive di legami familiari, a cui si devono aggiungere 70 milioni destinati all'assistenza per l'autonomia degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali, e 5 mln per alcune misure finalizzate a rendere effettivamente indipendente la vita delle persone con disabilità grave. Confermato a 400 milioni il fondo per le non autosufficienze.

A fine anno poi arriva l'approvazione del [Dlgs che dal 18 gennaio 2016, in base alle norme Ue, fissa nuove procedure e nuovi obiettivi per la mobilità internazionale dei professionisti e con cui nasce la tessera](#)

SCIENZA E SALUTE

Meno antibiotici
nella lotta
ai superbatteri

COMMENTO DI ILARIA CAPUA A PAG. 23

MENO ANTIBIOTICI NELLA LOTTA AI SUPERBATTERI

ILARIA CAPUA*

La notizia è di qualche settimana fa. Mentre il Paese s'interrogava sullo stato di salute di Spalacchio, nell'indifferenza più totale veniva pubblicato il rapporto del Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (European Centre for Disease Prevention and Control- Ecdc, agenzia dell'Unione europea con sede a Stoccolma) sulla situazione dell'antibiotico-resistenza in Italia.

Un team di esperti europei, venuto in visita in Italia all'inizio del 2017, ha pubblicato i risultati della missione e ha analizzato i dati della sorveglianza di laboratorio e le procedure in atto (e quelle in divenire) che l'Italia ha messo in atto per combattere questo fenomeno pericolosissimo.

Sì, proprio pericolosissimo. Perché antibiotico resistenza vuol dire che le medi-

cine-non-servono, e che non c'è modo di mandare via l'infezione. Perché i responsabili sono dei superbatteri.

Gli esperti, attraverso il loro rapporto, coordinato da Alessandro Cassini, parlano chiaro - affermando che la situazione dell'antibiotico-resistenza rappresenta una seria minaccia per la sanità pubblica italiana.

Vi do qualche numero, così: il numero di stipti di Klebsiella pneumoniae isolati dal san-

gue, resistenti ai carbapenemi (una classe di antibiotici) è aumentato dall'1,3% nel 2006 al 33,5% nel 2015. Analogamente, la resistenza alla combinazione cefalosporine di terza generazione - fluorochinoloni - aminoglicosidi è passata dal 2,8% nel 2005 al 29,7% nel 2015. Vuol dire: non solo che uno su tre di questi superbatteri è resistente, ma che in 10 anni la proporzione di superbatteri resistenti è almeno decuplicata. Quindi, sono dappertutto - ce li possiamo prendere in giro, nell'autobus, alla scuola dei figli ad esempio ma abbiamo un problema gigantesco negli ospedali: usare un antibiotico a larghissimo spettro (i carbapenemi) per combattere infezioni gravi sta diventando obsoleto in ospedale. Spesso non funzionano.

Si legge che i livelli di enterobatteri resistenti ai carbapenemi hanno raggiunto un livello di iper-endemia nel paese, rendendo l'Italia uno degli stati membri con maggior grado di antibiotico resistenza in Europa. Basti pensare che in molti altri paesi europei, al momento del ricovero i pazienti che hanno avuto contatti con ospedali italiani (o greci) nei 6 mesi precedenti vengono sottoposti a screening e immediatamente isolati.

E allora? Questo cosa significa per il singolo cittadino? Il rapporto parla chiaro: attualmente in Italia un paziente ha più probabilità di incorrere in complicazioni dopo interventi ospedalieri, come ad esempio in seguito a trapianti, ricovero

in terapia intensiva o interventi chirurgici complessi.

Ma come funziona? Cos'è esattamente l'antibiotico-resistenza? E' la manifestazione della legge del più forte, un meccanismo naturale attraverso il quale i microrganismi si evolvono. I batteri si modificano in presenza di una sostanza che è per loro «veleno» diventando resistenti, e sono in grado di trasmettere la resistenza alle future popolazioni batteriche. Ma, al di là delle spiegazioni scientifiche, bisogna comprendere che è un fenomeno complesso che si annida nelle pieghe di un sistema, il sistema sanitario. Ha molte cause, le più riconosciute l'abuso di antibiotici in medicina umana e veterinaria e la scarsa igiene delle mani. Tanti colpevoli, nessun responsabile. Ed è questo il guaio.

Il gruppo di esperti europei, nel suo rapporto riconosce che l'Italia deve fare la sua parte perché questa è una minaccia globale. Mica facile. In compenso però ci ha spattellato delle raccomandazioni tanto elementari quanto logiche: come prima cosa, l'Italia

deve riconoscere l'antibiotico resistenza come emergenza nazionale di sanità pubblica. In secondo luogo, i medici devono prescrivere molti meno antibiotici e con lo stesso spirito di responsabilità sociale anche i cittadini non devono pretendere antibiotici e diventare più consapevoli dei pericoli dell'uso inappropriato. Pensate che un italiano che va dal medico di base o che va in ospedale si vede prescrivere un antibiotico nel 43 e 44% dei casi. La media europea è dieci punti sotto: 34 e 33%.

Siamo messi peggio della media europea anche per quanto riguardano tutti gli indicatori che misurano quanto conosciamo sugli antibiotici (Eurobarometer 2013 e 2016): un'importante fetta della po-

polazione è ancora convinta che gli antibiotici siano efficaci contro mal di gola e virus. Infine, si deve migliorare la prevenzione delle infezioni legate all'assistenza (diminuire il numero di infezioni ospedaliere per intenderci). Come? Imparando a lavarsi le mani.

C'è da riconoscere però, che l'Italia ha già cominciato a reagire sviluppando (e condividendo con Ecdc) un piano di emergenza con specifiche attività da svolgere a livello nazionale. Quindi siamo consapevoli. E' già molto.

Il servizio sanitario italiano è costoso per il contribuente, ma è riconosciuto essere uno dei migliori al mondo e avrebbe tutti gli strumenti per passare dalle parole ai fatti, premesso, dice il rapporto, che le

regioni agiscano di concerto con il ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità.

L'attivazione del piano di emergenza permetterebbe al sistema della sanità pubblica italiana di fare squadra contro un problema che ha generato, che si annida nei suoi meccanismi e che potrebbe eroderla dal suo stesso interno. L'antibiotico resistenza riguarda molti settori della sanità, dalla chirurgia alle infezioni delle vie urinarie, dall'igiene negli ospedali alla salubrità degli alimenti di cui ci cibiamo (e che esportiamo). Tutti ambiti collegati, bisogna agire coesi e coordinati.

Non gestire oggi l'antibiotico resistenza oggi, potrebbe vanificare immensi sforzi economici e scoperte nel

campo della biomedicina, rendendo più costoso il servizio e addirittura nullificarne gli effetti. Pensate ad agognare e poi sopravvivere a un trapianto d'organo e poi morire di una infezione ospedaliere, oppure ad attraversare interventi chirurgici complessi e ripetuti o terapie oncologiche devastanti per poi soccombere per uno di quei superbatteri maledetti.

Per sconfiggere l'esercito crescente dei superbatteri, non servono solo armi sofisticate. Serve seguire le linee guida e assumersi le responsabilità. Ognuno con il suo piccolo, piccolissimo, anche microscopico contributo.

***Direttore One Health
Center of Excellence
Università della Florida**