



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**Sanità****Firmato il patto  
per le assunzioni  
ma non basta****Nando Santonastaso**

**I**l Patto c'è, il futuro della sanità pubblica in Italia resta in gran parte da definire. La firma con brivido dell'accordo tra governo e Regioni - le osservazioni del ministero dell'Economia prima del tavolo decisivo avevano fatto temere ai governatori tagli impreveduti - disegna uno scenario, una cornice ampia e non priva di concretezze ma sui cui riflessi in termini di efficienza e qualità la prudenza si impone. Se, come dice il ministro Lorenzin, siamo veramente alla svolta lo si potrà capire solo quando il cosiddetto «regolamento Balduzzi» sarà approvato. Perché è su di esso che si gioca gran parte della credibilità dell'impianto generale.

**> Segue a pag. 50****Firmato il patto  
per le assunzioni  
ma non basta****Nando Santonastaso**

È attraverso quel regolamento infatti che si potrà procedere ad esempio alla eliminazione dei piccoli nosocomi e al loro accorpamento in strutture più funzionali e meno costose; alla concreta applicazione dei parametri standard per la qualità dei servizi sanitari offerti e così via. Naturalmente senza il Patto sarebbe stato persino impossibile affrontare la seconda parte del ragionamento che, come si intuisce, diventerà anche la più complessa per via delle inevitabili implicazioni politiche ad essa collegate. Ma proprio per questo la lettura dell'accordo triennale va fatta con cautela.

La Campania non ci ha rimesso, almeno in questo contesto. Nel senso che il piano di rientro voluto dalla giunta Caldoro sbloccherà - come anticipato dal Mattino - il turn over delle assunzioni di personale, garantendo alla Regione la copertura di quei vuoti in organico che fino ad oggi sono stati per così dire congelati. Il governatore conta di procedere dal primo gennaio 2015 con immmissioni in ruolo più che con assunzioni ex novo, per recuperare amministrativi, medici e personale infermieristico bloccati da tre anni, da quando cioè è iniziata la durissima ma decisiva fase del commissariamento. Si parla di circa 80 nuovi posti di lavoro, un obiettivo che appariva impensabile solo poche settimane fa.

I parametri generali del Patto varati ieri assicurano la copertura di questo percorso. La Campania si ritrova infatti in una dimensione di equilibrio finanziario tale da poter completare il risanamento e avviare, come detto, la fase nuova: quella che prevede l'utilizzo di nuove risorse e una ben diversa capacità operativa, necessaria per passare dall'emergenza alla qualità diffusa di servizi e strutture. È la sfida più difficile, che non ammette alibi né equivoci. Anche perché ieri la compattezza delle Regioni e il forte sostegno del ministro della Salute hanno impedito che si rimettesse in gioco il Patto già concordato prima del tavolo di ieri. Il braccio di ferro tra i tecnici dell'Economia e quelli della Salute con i primi preoccupati di garantire le necessarie coperture ai secondi, è stato per una volta indolore. Il testo è stato limato e chiarito, non stravolto. Il Patto è in salvo ma a condizione che non resti solo un bell'esercizio teorico di buoni principi.

# Pa interamente on line, arrivano i bond di solidarietà

## Le misure

Il premier: è una rivoluzione Servizio civile anche all'estero novità per il terzo settore

Una riforma snella: sette articoli per ridisegnare il ruolo e il modo di operare del terzo settore in Italia.

Il disegno di legge delega «per lo svolgimento di attività di interesse generale» è stato approvato dal consiglio dei ministri. Ora ci sono sei mesi di tempo per il varo dei decreti delegati e la riforma dovrebbe dunque cominciare ad operare dal 2015. «Mantenuto l'impegno preso», ha detto Renzi definendo la riforma «un grande momento di svolta». Dai bond di solidarietà alla stabilizzazione del 5 per mille, dal servizio civile che porterà i giovani ad operare anche all'estero alla nuova

impresa sociale, fino all'obbligo di trasparenza delle associazioni: sono alcune delle novità che verranno introdotte per valorizzare il grande movimento del volontariato in Italia che si adopera su tanti versanti in attuazione del principio di solidarietà, come recita l'articolo 1 della bozza della delega. Quanto alla pubblica amministrazione saranno online tutti i tipi di certificati o saranno inviati a casa entro 48 ore. «È una rivoluzione copernicana. Non abbiamo paura di dimezzare il monte ore dei permessi sindacali» ha aggiunto il premier. «Stiamo attuando percorso di riforme così radicale e significativo al Senato che figuriamoci se abbiamo paura... Se non hanno il 50% dei permessi in meno nessuno soffrirà. Nessuno vuole punire sindacati».

Una riforma che però non dovrà pesare sui conti dello Stato: dall'attuazione delle deleghe contenute nel provvedimento non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Plauso dalle associazioni, anche perché l'intervento era atteso almeno da due decenni, rimarca il Forum del Terzo Settore che ora però chiede di non mettere troppi paletti ma piuttosto di favorire il mondo del volontariato che coinvolge in Italia cinque milioni di persone. Bond di solidarietà: verranno introdotti meccanismi volti alla diffusione dei titoli di solidarietà e di altre forme di finanza sociale. Il meccanismo del 5 per mille, oggi ancora da finanziare ad ogni legge di stabilità, diventerà permanente. Prevista anche l'introduzione di una tassazione che tenga conto non solo delle finalità solidaristiche delle onlus ma anche del divieto di ripartizione degli utili. In questo ambito verranno anche riviste tutte le agevolazioni, detrazioni e deduzioni, fisca-



Il ministro Madia titolare del dicastero della pubblica amministrazione

li che ad oggi riguardano le attività di volontariato. Si riforma anche il servizio civile per il quale si prospetta una programmazione almeno triennale dei contingenti di giovani, anche stranieri. I ragazzi e le ragazze coinvolti faranno anche esperienze all'estero, dentro o fuori la Ue. Il servizio civile farà curriculum sia nei percorsi di istruzione che in ambito lavorativo.

Per sostenere economicamente gli enti del terzo settore verranno studiate forme per accelerare l'assegnazione, a loro favore, degli immobili pubblici inutilizzati o dei beni confiscati alla criminalità organizzata. Vengono ridisegnate la disciplina delle società che operano in questo settore, con ampliamento dei settori di attività, previsione di forme di remunerazione del capitale sociale, possibilità di accedere a forme di raccolta di capitali di rischio, introduzione di misure fiscali volte a favorire gli investimenti di capitale nelle imprese sociali. Infine passa il decreto per il risanamento ambientale dell'Ilva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La promessa**  
«Addio code e burocrazia in tempi brevi disponibili su internet tutti i tipi di certificati»

Intesa Governo-Regioni. L'accordo vale 337 miliardi nel triennio 2014-2016

# Sì al Patto per la salute, nuovi ticket ed esenzioni

**Roberto Turno**  
ROMA

\*\*\* Nuovi ticket e nuove esenzioni. Prontuario dei farmaci riveduto e corretto. Meno ospedali e più cure sul territorio. Un impulso alla salute elettronica con investimenti da 3,5-4 mld in tre anni. Altolà ai governatori commissari di sé stessi per azzerare i disavanzi di asl e ospedali. Nuove regole d'ingaggio del personale. Piani di rientro dai deficit riformati con tanto di scure sui manager inadempienti. Ecco il «Patto per la salute 2014-2016», l'accordo tra Stato e regioni che vale 337 miliardi nel triennio. L'intesa è arrivata ieri dopo una giornata, l'ennesima, vissuta sulle montagne russe. L'inciampo è arrivato in mattinata quando le regioni, presa visione del testo inviato dal Governo, hanno contestato gli inserimenti più o meno last minute voluti dall'Economia. Troppe frenate, troppa presenza di via XX Settembre: così non va, hanno fatto sapere, questo non era l'accordo. E così in tarda mattinata hanno fatto sapere: o si torna al testo precedente o non se ne fa niente, Economia e Salute si mettano d'accordo.

L'inciampo poteva essere alle porte. Ma le mille mediazioni intervenute nell'arco di poche ore, hanno rimesso il «Patto» in carreggiata, verso l'intesa finale. Arrivata poi davvero in Stato-Regioni. Con la soddisfazione di tutti gli attori di una vicenda che ormai andava avanti da almeno un anno. La prossima settimana ci sarà anche il via libera al regolamento che ridisegnerà la mappa dei posti letto e dunque dei piccoli ospedali, incluse le cliniche convenzionate col Ssn. E ci dovrebbero essere le nomine per l'Aifa (Agenzia del farmaco) e del direttore generale dell'Agens. Passaggi non esattamente secondari, visto che i due organi

smi con una prossima riforma andranno a svolgere un ruolo più marcato nel Ssn.

«Oggi col Patto abbiamo messo in sicurezza il sistema sanitario per le prossime generazioni. Rimettiamo al centro le politiche sanitarie che riguardano la qualità, la sicurezza, la prevenzione», ha dichiarato la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin. Una soddisfazione espressa anche dagli assessori che più sono stati coinvolti in questa lunghissima partita. A partire da Luigi

Marroni (Toscana), in prima fila anche nella delicata partita della spending review: «Un grande messaggio per il Paese. Abbiamo impostato il futuro del Ssn». «Un patto - ha aggiunto Carlo Lusenti (Emilia Romagna) - che richiama tutti alle proprie responsabilità, non solo le regioni naturalmente. Noi vogliamo un Ssn forte, unito e solidale». Soddisfatto anche il veneto Luca Colletto: «Sono stati risolti i nodi del Ssn». «Finalmente lo sblocco del turn over», ha chiosato Raffaele Calabrò (Ncd).

I trenta articoli del «Patto» (per il testo [www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com)) assicurano che i risparmi che si realizzeranno (non quantificati) resteranno nel Ssn. Ma il Governo per esigenze di finanza pubblica e cambiamento del quadro macroeconomico potrà stringere i cordoni della borsa: in quel caso però il «Patto» dovrà essere ridiscusso in termini di impegni. Impegni che di sicuro non mancano con ben 100 adempimenti da attuare che ne scandiranno l'attuazione in una fase in cui le molte regioni andranno verso le elezioni della primavera 2015. Con un pugno di scadenze decisive già determinate, ma tutte da riempire di contenuti: nuovi Lea e piano delle cronicità per fine anno, proposta per la revisione dei ticket (ma non subito l'introduzione) per fine novembre, poi la legge delega per il personale, i criteri di carriera e l'ingresso dei giovani medici. Tutto a tappe forzate. Con un enigma in più i criteri di riparto delle risorse, dove la parola chiave «costi standard», che sta per finire in Costituzione riservando poteri più forti alle regioni, fa tremare in tanti. Soprattutto quelle regioni con i conti in rosso, dove l'assistenza è più in bilico che mai.

## IL PROSSIMO PASSO

La prossima settimana via al regolamento che ridisegnerà la mappa dei posti letto e dei piccoli ospedali, cliniche convenzionate incluse

## AL SENATO

### Di competitività, arrivati 1.700 emendamenti

\*\*\* Circa 1.700 gli emendamenti al decreto competitività presentati nelle commissioni Industria e Ambiente del Senato. Molte le proposte per abrogare o attenuare la norma che ripristina (anche se su base annuale e non trimestrale) l'anatocismo, gli interessi sugli interessi bancari. Altro tema forte lo "spalma incentivi", con diversi emendamenti per riformulare la norma considerata a rischio di ricorsi. Gli emendamenti saranno votati la prossima settimana dopo il vaglio di ammissibilità.

# **Patto Salute. Ecco le ultime modifiche al testo. Novità per il personale**

***Il testo definitivo è il risultato di quello approvato ieri sul tavolo della Stato Regioni, a cui sono state apportate poche ma importanti modifiche, in particolare per quanto riguarda il personale. Il blocco del turn over nelle Regioni in rosso vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica positiva. Il tetto di spesa per il personale previsto a partire dal 2015 potrà essere applicato gradualmente fino al 2020.***

Pronto il testo definitivo del Patto per la Salute. Il testo di riferimento è quello approvato ieri sul tavolo della Conferenza Stato Regioni, con qualche modifica concordata nel corso della Conferenza e riguardanti in particolare il personale. Nel dettaglio si prevede che il turn over nelle Regioni sia valido solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva. Per quanto riguarda il rispetto, dal 2015, del tetto per la spesa del personale previsto nella Finanziaria 2010 (e pari alla spesa del 2004 ridotta dell'1,4%, indipendentemente se la Regione sia in equilibrio economico), il Patto prevede un percorso graduale di applicazione fino al 2020 e, comunque, conviene sulla necessità di un approfondimento per aggiornare il parametro dell'1,4%.

Alla Cabina di regia affidato il compito di vegliare sull'attuazione del Patto e monitorare anche l'applicazione delle misure di contenimento della spesa sanitaria individuate dal Governo.

Stabilito infine che in caso di modifiche sostanziali delle assegnazioni del Fondo previste nel triennio (articolo 1 del Patto) si dovrà (e non più "potrà") rivedere l'intesa per rispondere agli obiettivi di finanza pubblica

Per il resto, confermato il Fondo per i prossimi tre anni e, tra le altre cose, l'incompatibilità tra il ruolo di Presidente di Regione e quello di commissario ad acta. Perse definitivamente le speranze, per la Fimmg, di vedere ricomparire il comma sull'attività professionalizzante nella formazione in Medicina Generale presente nella vecchia bozza del Patto e per il reintegro del quale il sindacato dei medici di famiglia aveva più volte insistito.

**Ecco la sintesi dei contenuti del testo definitivo del Patto per la Salute. Il testo è quello approvato ieri sul tavolo della Conferenza Stato Regioni con alcune modifiche concordate nel corso della Conferenza.**

La premessa è chiara: "Va potenziato l'intero sistema di governance della sanità. Occorrono strumenti "strumenti forti" per "assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l'equità e l'universalità del sistema nonché dei Lea in modo appropriato e uniforme". Ma a questo scopo, il Patto evidenzia come "occorre garantire un livello sempre più elevato, in termini di professionalità ed esperienza specifica, dei direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende, introducendo meccanismi stringenti di selezione, nonché di valutazione e di verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti". Allo stesso tempo "dovranno essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi stessi in un'ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, e in funzione del grado di

centralizzazione, tendenzialmente sovraziendale, delle attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico, con particolare e prioritario riferimento all'acquisto di beni e servizi, al reclutamento e alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informativi e dell'area tecnico professionale”.

Ma l'intero sistema di governance della Sanità, come sottolineato già nel vecchio testo del Patto, va ripensato, anche alla luce della riforma Costituzionale che ridefinirà regole e competenze istituzionali di Stato e Regioni. Necessario sarà quindi “definire le regole rafforzando e qualificando la sinergia tra ministero della Salute, ministero dell'Economia e Regioni”.

Il Patto, dunque, rappresenta “l'impegno congiunto di Governo e Regioni di attuare importanti e concrete misure di programmazione della spesa sanitaria, con l'obiettivo di razionalizzarla, creando anche spazi finanziari da reinvestire nel settore sanità”. “Il nuovo Patto – si legge ancora nelle premesse del documento – ha l'ambizione di considerare il sistema salute come un insieme di attori che costituiscono valore per il sistema paese. La salute è vista non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale. Per questo si delineano percorsi chiari di interazione con i territori e le altre amministrazioni centrali per rafforzare la ricerca e lo sviluppo nel settore biomedico”. Ma l'interazione servirà anche a “monitorare il prezzo dei farmaci e dei dispositivi” e “ad offrire i migliori prodotti per la salute dei cittadini”. Dunque, “il nuovo Patto andrà monitorato nella sua attuazione con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione tra le parti”, attraverso un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, “a cui è, tra l'altro, demandata l'elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario”.

#### **FONDO SANITARIO NAZIONALE (ART. 1)**

Per il 2014 lo stanziamento è confermato in 109,928 miliardi, salirà a 112,062 nel 2015 e a 115,444 nel 2016 “salvo – precisa il testo – eventuali modifiche che non si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazione del quadro macroeconomico”. Il riparto delle risorse dovrà tenere conto dell'accordo sui costi e i fabbisogni standard, per i quali bisognerà lavorare a nuove modalità di pesature da definire entro il 31 luglio 2014.

Entro il 31 dicembre 2014 dovrà anche essere pronto un documento di proposte elaborato dal ministero della Salute, su cui dovrà esserci l'intesa Stato Regioni, contenente proposte per implementare “un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale”.

#### **I RISPARMI RESTANO ALLA SANITA' (ART. 1)**

La conferma nel comma 4 dell'articolo 1 del Patto. In cui si stabilisce anche la possibilità che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimandano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

#### **ASSISTENZA OSPEDALIERA (ART. 3)**

Va adottato, senza ulteriori rinvii, il regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi in attuazione del decreto 95/2012 dell'ex ministro Balduzzi. Entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni dovranno anche stipulare un'intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio. Entro 6 mesi dalla stipula del Patto sarà inoltre definito un documento di indirizzo sull'appropriatezza riabilitativa, “per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa”.

#### **UMANIZZAZIONE DELLE CURE (ART. 4)**

Il Patto vi dedica un intero articolo, prevedendo uno specifico impegno in questo senso da parte delle Regioni e la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda un progetto di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente all'area critica, alla pediatria, alla comunicazione, all'oncologia e all'assistenza domiciliare. Il grado di soddisfazione dei cittadini sarà monitorato in maniera continuativa e omogenea tra le Regioni, così da consentire l'avvio di azioni correttive.

#### **ASSISTENZA TERRITORIALE (ART. 5)**

Accelerata sulla costituzione delle Uccp e Aft per la medicina convenzionata, che, entro 6 mesi dall stipula dei nuovi contratti, o comunque non oltre la vigenza del Patto, costituiranno "le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta" in cui "confluiscono" quindi "le diverse tipologie di forme associative" realizzate nelle varie Regioni.

Le Uccp saranno caratterizzate dal lavoro multi professionale, garantito dal coordinamento tra le varie professionalità con particolare riguardo all'integrazione tra medicina generale e medicina specialistica. Ogni Aft della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata all'Uccp. Stabilito poi che le Aft della medicina generale coprano un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti.

#### **PRESIDI TERRITORIALI/OSPEDALI DI COMUNITA' (ART. 5)**

Stato e Regioni dovranno stipulare entro il 31 ottobre 2014 per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica sarà assicurata dai medici di medicina generali o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn e che effettuano ricoveri brevi per casi non compressi.

#### **EMERGENZA-URGENZA (ART. 5)**

Per quanto concerne le attività del 118 si stabilisce che l'Agenas debba occuparsi di definire il bacino di utenza delle centrali che coordinano e gestiscono le richieste di soccorso in relazione alla disponibilità di nuove tecnologie informatiche e telefoniche allo scopo di rendere più efficiente il sistema. Un accordo Stato Regioni dovrà poi definire i criteri per l'accreditamento dei servizi di trasporto e soccorso sanitario, definendo la dotazione delle attrezzature e dei presidi, l'allestimento dei mezzi di soccorso e i requisiti di dotazione organica quali-quantitativa del personale, per livello funzionale di base e avanzato per garantire l'erogazione uniforme e in linea con le norme europee.

Sarà poi introdotto il numero unico europeo di emergenza 112, che sarà recepito dalle centrali operative del 118.

#### **SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ART. 5)**

Dovrà raccogliere quanti più Drg possibili tra quelli a rischio di in appropriatezza.

Le Regioni assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in ricovero ordinario, in ricovero diurno o, previo inserimento nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, in regime ambulatoriale. Sarà istituito un tavolo di lavoro Salute-Economia e Regioni per rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per aggiornare e ottimizzare il sistema di rilevazione e di trasmissione delle informazioni sulle prestazioni erogate.

#### **VALORIZZAZIONI DI RUOLI E COMPETENZE PROFESSIONALI (ART. 5)**

Per un efficientamento del settore delle cure primarie, il Patto conviene sull'importanza di ridefinire ruoli, competenze e relazioni professionali "con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe", accantonando "una logica gerarchica" per "perseguire una logica di governante responsabile dei professionisti coinvolti". A questo scopo prevede "sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo".

### **FARMACIA DEI SERVIZI e MEDICINA DI INIZIATIVA (ART. 5)**

Compito delle Regioni definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute anche tramite l'educazione delle popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva delle cronicità.

### **DISTRETTO (ART. 5)**

Saranno definiti trame Accordi Stato-Regioni nuovi standard organizzativi del Distretto al fine di "orientare il suo ruolo strategico nella costituzioni di rete assistenziali a baricentro territoriale e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini". Questo anche per contribuire a ridurre i tassi di ricovero e degli accessi impropri al Dea.

### **PIANO NAZIONALE CRONICITA' (ART. 5)**

Sarà predisposto dal ministero della Salute entro il 31 dicembre 2014 e dovrà poi essere approvato in Stato Regioni.

### **EMERGENZA E NUMERO DI TELEFONO PER I CASI NON URGENTI (ART. 5)**

Come già avviene in altri Paesi europei, sarà istituito il numero 116.117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti. Con apposito accordo Regioni-Ministero della Salute saranno definite le modalità e i tempi per la realizzazione del servizio su tutto il territorio nazionale.

### **LOTTA AL DOLORE (ART. 5)**

Nelle Aft e nelle Uccp dovrà essere prevista una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

### **STATI VEGETATIVI (ART. 5)**

Le Regioni dovranno provvedere a definire per i pazienti soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali Unità di accoglienza permanente.

### **ASSISTENZA SOCIO SANITARI (ART. 6)**

Le regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, socio sanitarie e sociali, e forniscono indicazioni alle Asl e agli altri enti del sistema sanitario regionale. L'accesso alla rete integrata dei servizi avviene tramite un "punto unico" che indirizzano il cittadino. Al fine di migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti, le Regioni, in relazione ai propri bisogni territoriali, adottano progetti di attuazione dando evidenza anzitutto del fabbisogno di posti letto articolato per intensità assistenziale e per durata;

### **TICKET (ART. 8)**

Nel Patto si evidenzia la necessità di una revisione del sistema "che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi e alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità e universalismo". Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare. Successivamente "potrà essere presa in considerazione la condizione 'economica' del nucleo familiare".

I contenuti della revisione dovranno essere definiti entro il 30 novembre 2014.

Il nuovo sistema dovrà garantire per ciascuna regione il medesimo gettito previsto dalla legislazione vigente nazionale, "garantendo comunque l'unitarietà del sistema".

## **SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI (ART. 9)**

Sarà istituita una commissione permanente costituita da Mef, Salute, Regioni e Agenas per aggiornare le tariffe massime per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, nonché per l'assistenza protesica. Sarà promossa anche la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali.

## **MOBILITA' SANITARIA (ART. 9)**

Previsto, tra le altre cose, che dalla data di stipula del Patto, gli accordi bilaterali previsti dal Patto del 2009 siano "obbligatori". Saranno poi individuati anche i volumi, la tipologia e la modalità di remunerazione aggiuntiva relative all'espando e trasporto di organi per trapianto, alla ricerca e prelievo di midollo osseo e CSE midollari nonché modalità di compensazione dei costi dei ricoveri ospedalieri erogati da unità operative o strutture pediatriche espressamente individuate, alla casistica di età pediatrica ad elevata complessità assistenziale oggetto di mobilità, nella misura in cui siano riconosciuti diversi da quelli della casistica generale.

## **LEA (ART. 10)**

Al lavoro anche sui Lea, per aggiornarli entro il 31 dicembre 2014.

Quanto alla verifica dei Lea, il Patto prevede che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i direttori generali costituisce un "grave inadempimento contrattuale" per la quale si prevede la decadenza automatica dei direttori generali.

## **TAVOLO DI VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI (ART. 11)**

Si prevede che, annualmente, ai fini della verifica degli adempimenti regionali che consentono l'accesso al finanziamento integrativo condizionato all'esito positivo, il tavolo possa disporre l'aggiornamento degli adempimenti o delle modalità di verifica, tenuto conto delle disposizioni normative intervenute, degli accordi e intese Stato Regioni e Unificata de delle sopravvenute esigenze di monitoraggio.

## **SERVIZI SANITARI REGIONALI E PIANI DI RIENTRO. BASTA PRESIDENTI-COMMISSARI AD ACTA (ART. 12)**

Nel Patto si conviene sulla necessità di "ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei servizi sanitari regionali". A questo scopo, il Patto prevede, tra l'altro, l'incompatibilità tra il ruolo dei commissari ad acta con l'affidamento di incarichi istituzionali e, in particolare, che "in caso di nuovi commissariamenti, sia previsto che la nomina a commissario ad acta sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento".

Fermo restando il lavoro del tavolo di verifica dei piani di rientro, entro il 30 settembre 2014 l'Agenas dovrà realizzare uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari che consenta di rilevare, in via preventiva, attraverso un apposito sistema di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance.

Da rivedere anche le modalità di verifica degli obiettivi connessi all'erogazione dei Lea. Al lavoro anche su procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei programmi operativi in atto sempre con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei Lea.

A questo scopo il Patto stabilisce, definendo nell'ultimo testo il termine del 31 marzo 2015, di procedere alla "redazione di un testo unico di raccolta delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari".

## **SANITA' DIGITALE E PIANO DI EVOLUZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI E CABINA DI**

## **REGIA DEL NSIS (ART. 15 E 16)**

Regioni e Governo sigleranno, entro 30 giorni dall'intesa sul Patto, un Patto per la Sanità Digitale, cioè un piano strategico per la diffusione della sanità digitale.

Il Patto cita poi il Piano di Evoluzione dei Flussi, che si sviluppa su un orizzonte temporale triennale ed è predisposto dalla cabina di regia del Nsis, i cui compiti, composizione e modalità di funzionamento saranno rivisti entro 90 giorni dalla stipula del Patto.

## **RICERCA SANITARIA (ART. 20)**

“E’ fondamentale – si legge nel testo – il reperimento delle fonti di finanziamento, l’individuazione delle possibile sinergie tra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed extraeuropea e la ovalizzazione delle risorse già presenti nel Ssn”. Quindi, il Patto sollecita ad “evitare rischi di duplicazioni e sovrapposizioni integrando le risorse e individuando tematiche condivise dai soggetti finanziatori”. Inoltre “deve essere mantenuto e implemento un percorso rigoroso e trasparente che si occupi non solo di selezionare le migliori proposte di ricerca, ma che aiuti anche concretamente a definire le priorità più utili alla gestione delle aree di incertezza negli interventi sanitari”.

## **ATTIVITA' INTRAMOENIA (ART. 21)**

D'accordo sulla necessità di dare “piena attuazione” alla legge 12/2007 (legge Turco) e alle modifiche ad essa apportate dalle legge 189/2012 (Decreto Balduzzi) per consentire il passaggio al regime ordinario dell’esercizio dell’intramoenia all’interno dei presidi e superare definitivamente il regime, ormai da tempo affidato a deroghe, dell’intramoenia allargata. In pratica, si sollecita, da parte delle Asl, una ricognizione degli spazi interni disonibili per le attività libero professionali o l’acquisizione di ulteriori spazi, se necessario, presso altre strutture sanitarie autorizzate. Nella legge Balduzzi era poi prevista una messa in rete degli studi professionali per rendere tracciabili tutti i pagamenti effettuati dai pazienti, rendendo così possibile anche un effettivo controllo del numero delle prestazioni che il professionista svolge sia durante il servizio ordinario sia in regime di intramoenia.

## **GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE (ART. 22)**

Anzitutto una modifica dell’ultimo momento interviene a stabilire che il blocco del turn over per le Regioni in piano di rientro vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva. Inoltre, ieri la Conferenza Stato Regioni ha concordato che sia modificata la previsione del DL 98/2011 che prescrive a partire dal 2015 il rispetto del vincolo contenuto nella Finanziaria 2010 di un tetto di spesa per il personale pari a quella del 2004 ridotta dell'1,4%, indipendentemente se la Regione sia in equilibrio economico, prevedendo invece che “le Regioni siano considerate adempienti ove venga accertato il conseguimento di tale vincolo attraverso un percorso graduale fino all’applicazione totale dello stesso nel 2020”. E comunque, Stato e Regioni hanno convenuto sulla necessità di avviare un approfondimento per aggiornare il parametro dell'1,4 per cento.

Poi, le norme già previste nel precedente testo. Si parla della "necessità" di valorizzare le risorse umane del Ssn, al fine di garantire una nuova organizzazione del Ssr, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, servizi territoriali e presa in carico delle cronicità e delle non autosufficienze.

Al fine di razionalizzare e facilitare l'accesso dei giovani medici alla professione sanitaria all'interno del Ssn, si indica nel Patto l'istituzione di un Tavolo politico per individuare, anche alla luce dell'esperienza di altri paesi UE, secifiche soluzioni normative.

Il suddetto Tavolo dovrà concludere i suoi lavori entro il 31 ottobre 2014 con la definizione di una legge delega che dovrà dettare principi e criteri direttivi in ordine a:

- valorizzazione delle risorse umane del Ssn per favorire un'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi;

- accesso delle professioni sanitarie al Ssn nel rispetto dei vincoli di spesa di personale e, per le Regioni in Piano di rientro, dei vincoli fissati dai Piani stessi;
- disciplina della formazione di base e specialista per il personale dipendente e convenzionato della formazione di base specialistica;
- disciplina dello sviluppo professionale di carriera con l'introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell'utilizzo del personale nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- introduzione di standards di personale per livello di assistenza ai fini di determinare il fabbisogno di professionisti sanitari a livello nazionale;
- applicazione del Dpcm sul precariato per assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza nelle cure.

Infine, si chiede di prevedere che le Regioni, anche in Piano di rientro, che abbiano raggiunto l'equilibrio economico siano considerate "adempienti" indipendentemente dal conseguimento delle misure di riduzione delle spese per il personale.

#### **DISPOSITIVI MEDICI (ART. 24)**

Qui vengono definite le modalità per l'applicazione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza che consenta lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti incidenti che coinvolgono dispositivi medici. Si conviene poi di predisporre entro il 1 ottobre 2014 un documento recante linee guida per il corretto utilizzo dei dati e della documentazione presente nel Repertorio dei dispositivi medici.

Sarà compito delle Regioni attivare un osservatorio sui consumi e sui prezzi dei dispositivi medici in grado di fornire dati comparativi alle centrali uniche di acquisto su base regionale.

#### **AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO (ART. 25)**

Governo e Regioni concordano che all'aggiornamento del regolamento sulle norme per l'assistenza protesica erogabili nell'ambito del Ssn, si provvederà anche a valere sui risparmi di spesa derivanti dalle disposizioni del presente Patto per la salute.

#### **CREAZIONE DI UN MODELLO ISTITUZIONALE DI HTA DEI DISPOSITIVI MEDICI E VALUTAZIONE DEI MEDICINALI (ART. 26 E 27)**

Il Ministero della Salute per garantire l'azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del Ssn per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza nell'uso delle tecnologie e della salute dei cittadini a livello nazionale dovrà: istituire una "Cabina di regia"; fornire elementi utili per le indicazioni dei capitolati di gara per l'acquisizione dei dispositivi medici; fornire elementi per la classificazione dei dispositivi medici in varie categorie omogenee e per individuare prezzi di riferimento; promuovere la creazione del Programma nazionale di Hta dei dispositivi medici.

#### **CABINA DI REGIA PER IL MONITORAGGIO DEL PATTO (ART. 28)**

Il nuovo Patto andrà monitorato nella sua attuazione "con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione tra le parti", attraverso un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, "a cui è, tra l'altro, demandata l'elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario".

(Fonte quotidianosanita)

# Cure Palliative. Siglata l'intesa Stato Regioni. Plauso dei medici specialisti

*Dalla Società di cure palliative soddisfazione per il “pieno riconoscimento del ruolo dei medici palliativisti che hanno maturato un’esperienza almeno triennale nel campo”. Di “grande importanza” anche la definizione dei requisiti minimi che i professionisti che operano nelle Reti di Cure Palliative devono possedere o acquisire.*

“Grande soddisfazione” da parte della Società Italiana di Cure Palliative (Sicp), che rappresenta i professionisti di questo settore, e della Federazione Cure Palliative, che rappresenta 76 organizzazioni non profit, per l’Accordo sull’individuazione delle figure professionali competenti a operare nelle cure palliative approvato ieri dalla Conferenza Stato-Regioni.

“Questo Accordo definisce infatti in modo chiaro e puntuale due aspetti fondamentali nel percorso di applicazione di quanto previsto nella Legge 38: Innanzitutto individua le figure professionali con competenze ed esperienze specifiche nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l’età pediatrica, riconoscendo a pieno il ruolo dei medici palliativisti che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, alla data del 27 dicembre 2013 (data di entrata in vigore della Legge di Stabilità 2013) abbiano maturato un’esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalle Regioni sulla base di criteri che saranno determinati da un successivo Decreto del Ministero della Salute”, evidenzia anzitutto la Sicp. In pratica “è stata sancita in via definitiva - spiega **Carlo Peruselli**, presidente della Sicp - la possibilità di continuare a operare per le centinaia di medici non specialisti che in questi anni hanno contribuito in modo sostanziale, allo sviluppo delle reti di cure palliative in Italia.”

Di “grande importanza” per la Sicp, sono anche i contenuti dell’allegato tecnico a questo Accordo, nel quale sono definiti i contenuti minimi in termini di conoscenze, competenze ed abilità che i professionisti che operano nelle Reti di Cure Palliative devono possedere o acquisire attraverso percorsi formativi obbligatori, ai fini dello svolgimento delle proprie attività professionali.

“Per questo risultato vogliamo ringraziare il Governo e il Ministero della Salute, il Parlamento, le Regioni, e, per il supporto tecnico, Agenas e la Commissione Nazionale sulla legge 38”, affermano in una nota congiunta Peruselli e **Luca Moroni**, presidente della Federazione italiana cure palliative. “Le istituzioni – aggiungono - hanno compreso l’importanza di continuare a impegnarsi nello sviluppo delle Cure Palliative, a favore di malati di particolare fragilità clinica e complessità assistenziale e dei loro familiari. Da parte nostra, continueremo, come abbiamo sempre fatto in questi ultimi anni, a stare accanto alle Istituzioni nazionali e regionali in tutti i prossimi passaggi normativi e applicativi di quanto previsto nella Legge 38, con le competenze dei nostri operatori e con la volontà di continuare in un percorso che possa garantire, attraverso cure ed assistenza sempre più personalizzate, qualità della vita e rispetto della dignità individuale, fino agli ultimi giorni di vita”.

(Fonte quotidianosanita)

# **«Basta viaggi della speranza»**

## **Malati di tumore e divario nord-sud**

### **Un Manifesto contro la migrazione sanitaria, mentre in Senato si discute la riforma del Titolo V: «Lo Stato sia garante delle prestazioni regionali»**

Nel corso del 2012 sono stati oltre 770mila gli italiani ricoverati in una regione diversa da quella di appartenenza. Il Nord assorbe oltre il 55 per cento della mobilità attiva: all'opposto, al Sud tutte le regioni, tranne il Molise, hanno un saldo negativo. E nel 2012 è stato di circa 2 miliardi di euro il saldo dei «viaggi della speranza» che continuano a convogliare risorse dal Sud verso il Nord (destinate in particolare per interventi di alta specialità: i ricoveri in mobilità hanno un costo medio di circa 5.200 euro contro un costo medio dei ricoveri di 3.500 euro), incrementando il divario e la capacità di recupero del Sud. Sono alcuni dei dati emersi a Roma dove è stato presentato il Manifesto per i diritti dei pazienti oncologici promosso da Salute Donna onlus insieme ad altre nove associazioni per accendere i riflettori sulle difformità tra le regioni nell'assistenza ai pazienti oncologici che alimentano la migrazione sanitaria. Dover «decidere» di andare altrove a curarsi ha sempre un impatto drammatico, economico e umano. Soprattutto su pazienti fragili come quelli oncologici e le loro famiglie. E la situazione non migliora se si pensa che, dopo l'intervento chirurgico, si devono fare molti chilometri per chemio e radioterapie se si decide (com'è molto probabile) di voler continuare ad essere seguiti nello stesso ospedale. A cui poi si aggiungono visite, controlli e monitoraggio che proseguono per anni, utili a tener d'occhio costantemente la malattia e le possibili recidive, ma se c'è un bisogno urgente il paziente non ha punti di riferimento nelle immediate vicinanze.

#### **«Lo Stato intervenga sulle differenze tra regioni»**

Mentre al Senato è in corso l'esame della riforma del Titolo V della Costituzione (quello relativo alle varie competenze legislative di Stato e Regioni), le associazioni dei pazienti lanciano l'allarme in particolare su due novità legislative: da un lato, la riforma del Titolo V della Costituzione, una delle riforme costituzionali presentate dal governo Renzi in questi giorni all'esame del Senato, non prevede un forte ruolo di indirizzo del governo centrale in materia di sanità e rischia di legittimare le attuali differenze tra le regioni; dall'altro, la recente entrata in vigore della direttiva europea 2011/24/UE, che riconosce ai cittadini europei il diritto di curarsi in qualsiasi Paese dell'Unione e che a giudizio dei pazienti è stata recepita senza prevedere alcun sostegno per le spese di viaggio, favorendo un flusso migratorio dall'Italia verso altri Paesi europei solo a vantaggio delle fasce sociali ad alto reddito. «Abbiamo deciso di mobilitarci perché continuiamo a riscontrare troppe, inaccettabili differenze nella qualità dell'assistenza sanitaria da regione a regione - afferma Anna Maria Mancuso, presidente di [Salute Donna onlus](#) -. In alcune realtà bisogna scegliere se accontentarsi di un'assistenza sanitaria non adeguata e non tempestiva, mettendo a rischio le chance di sopravvivenza, o se affrontare spese ingenti o addirittura indebitarsi per andarsi a curare altrove. Tutto questo è ingiusto e inaccettabile ed è in palese contrasto con gli articoli 3 e 32 della Costituzione che sanciscono l'uguaglianza dei cittadini e la salute come diritto». Nel Manifesto le associazioni chiedono che venga sancito a livello costituzionale il ruolo dello Stato come garante dell'uniformità sul territorio nazionale delle prestazioni sanitarie e sollecitano inoltre un'Authority nazionale di controllo della qualità delle prestazioni in oncologia e l'istituzione di un Centro oncologico specialistico di riferimento per ogni regione.

**Regioni italiane, da dove si fugge e dove si va**

«Negli ultimi 15 anni è aumentato il divario tra le regioni del Nord e quelle del Sud in termini di capacità di attrarre pazienti da altre regioni - spiega Giovanni Fattore, professore ordinario e direttore del Dipartimento di Analisi delle politiche e management pubblico e ricercatore senior del CERGAS, Università Bocconi di Milano -. Malgrado i forti incentivi a non perdere risorse per pagare la mobilità, molte regioni del Sud non hanno saputo investire per rafforzare i loro sistemi sanitari». Il fenomeno della migrazione sanitaria è molto grave e di gran lunga più rilevante nelle regioni meridionali: nel 2012 il 10,6 per cento dei ricoveri dei residenti delle regioni del Sud è stato erogato da regioni diverse contro il 6,3 per cento dei residenti del Nord e il 7,7 del Centro. Secondo le cifre presentate durante l'incontro di Roma, il Nord assorbe il 55,1 per cento della mobilità attiva: tra pazienti in uscita e in entrata, la Lombardia ha avuto un saldo positivo di 76.367 ingressi extra Regione e 555 milioni di euro, l'Emilia Romagna 67.194 assistiti e 336 milioni. Il 27,1 per cento della mobilità attiva si distribuisce al Centro, tra tutte le regioni, ad eccezione delle Marche: la prima è la Toscana, con 34mila pazienti e 132 milioni di euro guadagnati. Nel Lazio sono state curati 90mila pazienti di altre regioni ma ben 68.260 residenti sono «emigrati» con un saldo positivo di 21.740 pazienti. All'opposto al Sud tutte le regioni, tranne il Molise, hanno un saldo negativo: la Campania ha visto 81.744 propri residenti curati in altre regioni e ne ha accolti 26.028, con un saldo negativo di 55.716 pazienti, il più alto tra tutte le regioni italiane; la Sicilia ha un risultato negativo di 34mila pazienti, la Puglia di 32mila in quanto ha «ospitato» 26.281 cittadini di altre regioni ma ha visto 58.454 propri residenti andarsi a curare altrove. Tra il 1997 e il 2011 la Lombardia ha incrementato il tasso di attrazione, ovvero la percentuale dei pazienti provenienti da altre regioni rispetto al totale dei ricoverati, dal 6,4 al 9 per cento. Risultati ancora più positivi vengono registrati in Piemonte (dall'1,6 al 5,8), Veneto (dal 2,3 al 7,8), Toscana (dal 5,2 al 10,7) ed Emilia Romagna (dal 9,4 al 13,8). Invece, Puglia, Campania, Calabria e Sardegna hanno registrato un aumento dei tassi di fuga ovvero della percentuale di pazienti curati fuori regione rispetto al totale dei pazienti curati nella regione. Quasi raddoppiato il tasso di fuga in Calabria. Da segnalare il caso in controtendenza della Sicilia, che è riuscita a ridurre il tasso di fuga di quasi ben 10 punti, dal 16,4 del 1997 al 6,7 per cento del 2011.

#### **Il divario tra Nord e Sud alla base della migrazione**

«In Campania il fenomeno è molto sentito - aggiunge Sergio Lodato, direttore sanitario dell'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli -: nel 2012 i ricoveri in mobilità passiva sono stati 77.238 pari al 7,5 per cento dei ricoveri dei residenti (ma nel 2008 era del 13 per cento). I residenti campani ricoverati in altre regioni (Lazio, Basilicata, Lombardia e Toscana ai primi quattro posti) per malattie neoplastiche sono stati nel 2012, 14.633, ovvero più del 12 per cento di tutti i ricoveri per tumore. E la migrazione per patologia neoplastica è superiore a quella generale. Questi spostamenti sanitari dal Sud al Nord sono fondamentalmente il sintomo di un'inadeguatezza della reputazione, reale o percepita, dell'offerta sanitaria meridionale. Molte regioni del Sud e sicuramente la Campania presentano un'organizzazione del sistema di offerta per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie oncologiche largamente inadeguato». Gli esperti sottolineano poi l'enorme frazionamento dei percorsi sanitari meridionali e la mancata integrazione e il coordinamento multidisciplinare tra territorio e ospedali. «In Calabria il fenomeno della migrazione sanitaria è particolarmente grave: solo il 40 per cento dei pazienti oncologici viene curato nella regione mentre oltre il 60 è assistito in altre regioni, soprattutto Lombardia e Lazio, seguite da Sicilia ed Emilia Romagna - prosegue Sergio Abonante, direttore della Chirurgia Senologica all'Azienda Ospedaliera di Cosenza -. La mancanza di strutture dedicate e complete che impediscono di soddisfare un esaustivo iter diagnostico-terapeutico è fra le motivazioni più frequenti per cui si decide di partire. In Calabria, per esempio, abbiamo le strutture e anche gli oncologi ma tutto è dislocato in posti diversi, in questo modo non viene garantita la funzionalità e l'operatività, la cattiva organizzazione si ripercuote sui pazienti oltre che sugli operatori sanitari».

(Fonte corrieredellasera)

# Lo Stato va online: certificati in 48 ore

## Il premier potrà sostituirsi ai ministeri che tardano sui provvedimenti attuativi

ROMA — Una «rivoluzione copernicana» che rovescerà il rapporto tra cittadini e Pubblica amministrazione. Matteo Renzi annuncia il riesame da parte del Consiglio dei ministri del disegno di legge sulla Pubblica amministrazione che completa il pacchetto di norme che comprende il decreto sulla P.a., che sta iniziando invece il suo iter di conversione in Parlamento.

All'interno del disegno di legge, il cui scopo è la semplificazione dell'organizzazione del lavoro e del rapporto con il cittadino che riceverà i certificati *online* o a casa entro 48 ore dalla richiesta, è stata inserita, dice il premier, la norma che assegna a palazzo Chigi il potere sostitutivo nei confronti dei ministeri che tardano a emana-

re i provvedimenti attuativi di secondo livello. Una norma che avrebbe dovuto già aver visto la luce, come ammette Renzi: «La prima ipotesi era l'inserimento della norma nel decreto sulla P.a. poi abbiamo convenuto di non metterla». Una decisione, precisa il premier, presa «in Consiglio dei ministri: non c'è stato nessun tipo di intervento esterno», una chiara smentita dell'ipotesi che a bloccare la norma potesse essere stato il Quirinale, perché non ci sarebbero stati i requisiti di necessità e di urgenza. «Certo — ha aggiunto il presidente del Consiglio —, la norma avrebbe un suo grado di urgenza, ma ora ci riserviamo di valutare» anche sulla base del lavoro della *task force* che ha iniziato a lavorare presso il ministero per l'Attua-

zione del programma.

Proprio la *task force* ha appena aggiornato la lista contenente il numero dei provvedimenti attuativi mancanti, pubblicata dal *Corriere*, che era ferma al 18 giugno: «Da un'analisi dettagliata — ha riepilogato Renzi — ci sono 752 leggi da disciplinare: 286 di Monti, 304 di Letta e 162 nostre, il 60% delle quali in scadenza». Il rimedio trovato è quello che «all'inizio di ogni Consiglio dei ministri, il responsabile dell'Attuazione

### Disegno di legge

Renzi annuncia il riesame del ddl sulla Pubblica amministrazione

del programma individuerà nome e cognome del ministro responsabile» e i numeri dei decreti attuativi. «È inutile fare leggi se non si applicano: è allucinante» ha concluso Renzi. Insomma, da subito funzionerà solo questo richiamo formale in Consiglio dei ministri. Per il potere sostitutivo si dovrà aspettare l'iter del disegno di legge delega, ben più complesso di quello di un decreto.

Ma cosa c'è nella delega sulla Pa? La bozza, che era già pronta

### Rivoluzione

La spinta per semplificare i rapporti con il cittadino: «È una rivoluzione copernicana»

all'inizio di giugno e aveva subito un primo esame, si divide in tre parti: organizzazione della Pa, norme sul personale e semplificazioni. Il primo capitolo dunque punta a riorganizzare la macchina dello Stato, con la riduzione degli uffici non essenziali, la ridefinizione delle risorse, la riduzione delle spese. Dalla delega dovranno poi derivare norme che dimensionano la nuova dirigenza, l'inquadramento, i concorsi, la formazione, la responsabilità. L'ultimo capitolo è quello sulle semplificazioni, che è molto ambizioso, perché punta a recuperare il gap tecnologico degli uffici e un buon rapporto con il cittadino. Ma le norme riguarderanno anche la regola del silenzio-assenso tra ministeri e la riforma dell'attuale meccanismo della conferenza di servizi, e poi il riordino delle partecipazioni pubbliche, cui sta lavorando il commissario alla *spending review*, Carlo Cottarelli.

Certo alcune di queste norme non saranno indolore, come del resto quelle del decreto sulla Pubblica amministrazione che hanno registrato una levata di scudi dei sindacati, cui, tra l'altro, sono stati dimezzati i permessi. «Nel giorno in cui abbiamo cancellato per la prima volta la figura tradizionale dei senatori eletti con il sistema del bicameralismo perfetto — ha commentato Renzi —, figuratevi se abbiamo paura di dimezzare il monte ore dei permessi sindacali».

**Antonella Baccaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le novità



### Documenti via email

**1** Sarà la pubblica amministrazione ad andare a casa dei cittadini, con i certificati online e scaricabili

### L'Agenzia digitale

**2** Parte l'Agenzia digitale. Con Alessandra Poggiani direttore generale e Paolo Barberis, consigliere all'Innovazione

### L'iter legislativo semplificato

**3** Semplificazione dell'iter legislativo e controllo per evitare il fiorire di decreti attuativi che frenano l'operatività delle riforme

### Troppi i 752 decreti attuativi

**4** Troppi 752 decreti attuativi. Si cambia: il ministro Boschi farà la conta dei decreti che mancano all'appello

### Silenzio assenso tra ministeri

**5** Regola del silenzio assenso tra ministeri e riforma dell'attuale meccanismo della conferenza dei servizi

### Partecipazioni pubbliche: riordino

**6** Riordino delle partecipazioni pubbliche, a cui sta lavorando il commissario alla *spending review*, Cottarelli

Campania, migliorano i dati della «migrazione sanitaria»  
Al Sud una spesa di 2 miliardi

Migrazione sanitaria, il fenomeno è in calo. In quattro anni si sono ridotti del 13 per cento il cosiddetti viaggi della speranza, vale a dire i viaggi dei cittadini campani verso altre regioni per farsi curare. In cifre: si è passati dagli 88.575 ricoveri in mobilità del 2008 ai 77.238 del 2012. Non solo. Una riduzione si registra anche per quanto riguarda le malattie neoplastiche: nel 2012 i ricoveri in mobilità sono stati 14.633 pari al 12,4 per cento di tutti i ricoveri per tumore.

”

**Il sistema Lodato (Pascale): l'offerta frammentata penalizza ancora la qualità**

—  
durre disagi ai pazienti comporta grosse implicazioni finanziarie rispetto alla compensazione della mobilità.

Sulla questione interviene Sergio Lodato, direttore sanitario del Pascale di Napoli. Secondo Lodato «le cause delle migrazioni sanitarie sono molteplici, alcune di carattere strettamente sanitario, altre riconducibili a fattori logistici come la posizione geografica o l'esistenza di collegamenti stradali o ferroviari e, inoltre, non vanno sottovalutati i fattori sociali». Ma secondo Lodato la migrazione da Sud a Nord è «fondamentalmente sintomo di una inadeguatezza della reputazione, reale o percepita, dell'offerta sanitaria meridionale».

«Molte regioni del Sud e sicuramente la Campania - continua Lodato - presentano un'organizzazione del sistema di offerta per la prevenzione, diagnosi e cura delle pato-

In ogni caso i numeri sono sempre allarmanti: nel 2012 sono stati oltre 770 mila gli italiani ricoverati in una regione diversa da quella di appartenenza. E il "saldo della migrazione" è stato di circa 2 miliardi di euro. Un fenomeno che, oltre a produrre



**La sanità**

## Meno viaggi della speranza «Ma serve la rete oncologica»

### Cure fuori regione diminuite del 13% in 4 anni

logie oncologiche ancora largamente inadeguato. Scarsa adesione ai programmi di screening, enorme frazionamento dei percorsi sanitari, mancanza di standard di riferimento sia di tipo diagnostico che terapeutico, difficoltà di accesso alle strutture sanitarie per le fasce di popolazione più deboli, sono solo alcune delle criticità. C'è una evidente difficoltà nella presa in carico dell'utente e della famiglia, e scarsa corrispondenza tra i bisogni degli utenti e i servizi offerti. La frammentazione dell'offerta penalizza la qua-

lità dei percorsi assistenziali e la qualità e gli esiti delle cure. In Campania purtroppo non è stata realizzata ancora una Rete oncologica regionale capace di superare le criticità segnalate e realizzare una forte integrazione il coordinamento multidisciplinare tra territorio e ospedali».

Negli ultimi 15 anni è aumentato il divario tra le regioni del nord e quelle del sud in termini di capacità di attrarre pazienti da altre regioni. Tra il 1997 e il 2011 la Lombardia ha incrementato il tasso di attrazione, ovvero la percentuale dei pazienti

**I viaggi della speranza**  
Migrazione in calo del 13 per cento  
In basso il dottor Sergio Lodato



provenienti da altre Regioni rispetto al totale dei ricoverati, dal 6,4% al 9%. In Piemonte si è passati dall'1,6% al 5,8%, in Veneto dal 2,3% al 7,8%, in Toscana dal 5,2% al 10,7% e Emilia Romagna dal 9,4% al 13,8%. Disastroso il saldo delle regioni meridionali.

E anche per questo, a Roma, è stato presentato il Manifesto per i diritti dei pazienti oncologici. «Abbiamo deciso di mobilitarci perché continuiamo a riscontrare troppe, inaccettabili differenze nella qualità dell'assistenza sanitaria da Regione

a Regione - ha detto infatti Anna Maria Mancuso, presidente di Salute Donna onlus, promotrice dell'iniziativa insieme ad altre 9 Associazioni - in alcune realtà bisogna scegliere accontentarsi di un'assistenza sanitaria non adeguata e non tempestiva, met-

tendo a rischio le chance di sopravvivenza, o se affrontare spese ingenti o addirittura indebitarsi per andarsi a curare altrove. Tutto questo è ingiusto e inaccettabile ed è in palese contrasto con gli articoli 3 e 32 della Costituzione che sanciscono l'uguaglianza dei cittadini e la salute come diritto. Per aderire al Manifesto si può visitare il sito [salutebenedadifendere.it](http://salutebenedadifendere.it)».

Nel Manifesto le Associazioni chiedono che venga sancito a livello costituzionale il ruolo dello Stato come garante dell'uniformità sul territorio nazionale delle prestazioni sanitarie e sollecitano inoltre un'Authority nazionale di controllo della qualità delle prestazioni in Oncologia e l'istituzione di un Centro oncologico specialistico di riferimento per ogni Regione.

”

**Il divario**  
Al Nord  
tassi  
di attrazione  
in continua  
crescita  
Il Meridione  
resta al palo

**m.i.p.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In regione l'aumento maggiore di disturbi psicologici dall'avvento della crisi. Contro il cancro poca prevenzione tra le donne

## Boom di malattie tumorali e depressione

*Cresce l'insoddisfazione della popolazione rispetto all'assistenza sanitaria pubblica*

**NAPOLI (Serena Finozzi)** - Se nel resto d'Italia la salute fisica dei cittadini migliora anche se non quella psicologica, in Campania il benessere delle persone peggiora da ambo i lati. In particolare la depressione spicca come la patologia che, accanto ai fenomeni tumorali (con le dovute variazioni provinciali e un'incidenza maggiore del cancro nei territori napoletani e casertani), maggiormente attanaglia i cittadini. Secondo le ultime rilevazioni fatte dall'Istat in merito, la variazione più negativa dell'indice di stato psicologico si rileva proprio nella nostra regione: l'indice dello stato psicologico è sceso, rispetto al 2005, dell'1,3 per cento. Cittadini sempre più vecchi e con patologie croniche, soprattutto tra gli over 65, sempre più diffuse. Rispetto al 2005, ancora, diminuiscono le malattie respiratorie e l'artrosi ma aumentano tumori maligni, Alzheimer e demenze senili. Un fattore interessante messo in evidenza dagli studiosi dell'Istat è la correlazione tra il continuo diffondersi della depressione e l'incedere della crisi economica. Un fenomeno che, percentualmente, colpisce molto più le donne che gli uomini. Alle donne campane spetta anche un altro 'primato in negativo'. A fronte di un vero e proprio boom nazionale di controlli, tra pap-test e mammografie, contro tumori al seno, la quota rosa della popolazione campana si sottopone a test e controlli molto marginalmente. Dall'analisi dei dati, infatti, emergono differenze regionali veramente vistose, anche quando si fa riferimento alle donne nelle fasce di età raccomandate: si passa dal 73,3% di donne trentine che si sottopone alla mammografia, al 10% della Campania. Scarsa prevenzione sicuramente, ma c'è dell'altro. Dal report dell'Istat emerge anche che in tutte le regioni il tasso di copertura è sempre più alto per il pap-test che per la mammografia e, soprattutto, che è sempre più elevato al Nord rispetto al Centro e al Mezzo-



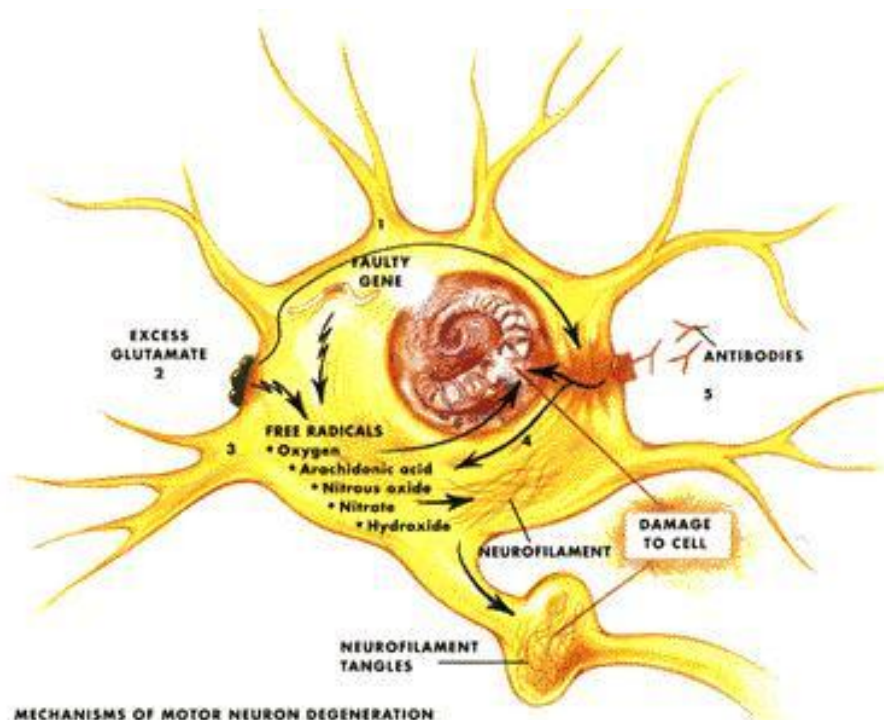
giorno. La copertura preventiva nelle fasce di età consigliate varia, per il pap-test, da un massimo dell'81,1% di donne nella provincia di Bolzano a un minimo del 36,5% in Campania. Per la mammografia, si va dal dato massimo del 78% nella provincia di Trento a quello minimo del 30,2%, ancora una volta in Campania. Infine, un elemento che rappresenta una spia delle pessime

condizioni in cui versa il comparto sanitario regionale. Nonostante la Campania sia tra le regioni più povere e più colpite dalla crisi del Paese, è proprio qui che, rispetto al 2005, è particolarmente evidente la diminuzione degli accertamenti specialistici effettuati gratuitamente. Aumento, al contrario, gli esami effettuati a pagamento. Prevedibili, quindi i divari circa i livelli di soddisfazione dei cittadini rispetto all'efficienza del comparto. Se al Nord i dati sono elevati sia per le prestazioni erogate dal privato sia per quelle effettuate presso una struttura pubblica o convenzionata (oltre una persona su quattro indica il punteggio massimo, 10), in Campania si registrano i 'voti' più bassi d'Italia.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# Vasi sanguigni costruiti con la stampante 3D

**Usando una bio-stampante, i ricercatori hanno creato una moltitudine di minuscole fibre con la funzione di “impalcature” per i vasi sanguigni artificiali**



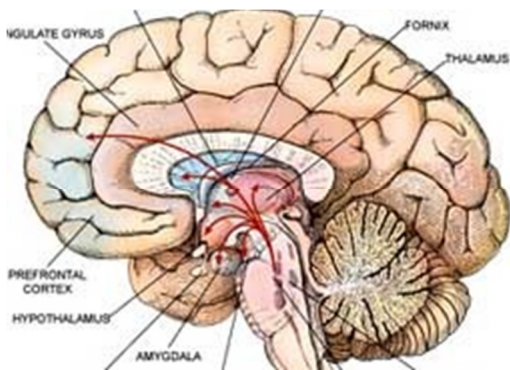
Fabbricare vasi sanguigni artificiali che imitano il sistema circolatorio del corpo. È questo il nuovo importante passo avanti nell'utilizzo delle stampanti 3D per produrre organi umani come cuore, polmoni e fegato. A mettere a punto la tecnica di stampa l'equipe guidata dallo specialista in biomateriali Luiz Bertassoni dell'Università di Sydney, in collaborazione con le Università di Harvard, Stanford e il Massachusetts Institute of Technology. Usando una bio-stampante, i ricercatori hanno creato una moltitudine di minuscole fibre con la funzione di “impalcature” per i vasi sanguigni artificiali. La struttura è stata poi ricoperta di materiale a base di proteine e ricco di cellule, che è stato solidificato applicandovi una luce. Le fibre sono state poi rimosse «per lasciare una rete di minuscoli canali ricoperti di cellule endoteliali umane, che si sono auto-organizzate formando capillari sanguigni stabili in meno di una settimana», scrive Bertassoni sulla rivista della Royal Society of Chemistry.

## **La prospettiva: organi su ordinazione**

Uno dei maggiori ostacoli nella produzione di tessuti grandi e di organi è trovare la maniera di stampare parti del sistema circolatorio umano. Le cellule hanno bisogno di accesso all'ossigeno, a sostanze nutrienti e a un sistema di eliminazione degli scarti. Quindi un sistema funzionale di trasporto è cruciale per la produzione di tessuti e di organi, spiega Bertassoni. Ed è quanto è stato realizzato in questo progetto. «È un passo da gigante, ma siamo ancora lontani dalla fabbricazione di organi su ordinazione, anche se la direzione è quella giusta - ammette lo scienziato -. Il traguardo è di poter andare in ospedale e procurarsi un organo completo bio-stampato, con tutte le cellule, le proteine e i vasi sanguigni al posto giusto, semplicemente premendo il pulsante della stampante».

*(Fonte: Ansa)*

## Genetica, creato un “cervello in miniatura”



Genetica, creato un “cervello in miniatura”

La frontiera della genetica e delle tecniche di riproduzione tissutale sono ormai senza confini. Dopo tanti anni di sperimentazioni e di prove di base, oggi la scienza presenta il primo cervello “in miniatura” ottenuto artificialmente. E’ davvero piccolissimo, misura appena quattro millimetri, ma è un pozzo di informazioni per la scienza.

Ciò che oggi possiamo descrivere concretamente è pubblicato sulla rivista Nature ed è il risultato di una lunga sperimentazione dell’Istituto di Biotecnologie Molecolari dell’Accademia Austriaca delle Scienze e di due atenei, Edimburgo e Londra. In collaborazione con l’Istituto Sanger, della Wellcome Trust.

Un’occasione unica, così la descrivono gli scienziati che oggi si godono il risultato. Ovvero la possibilità di avere a che fare con una struttura cerebrale della quale poter studiare evoluzione, patologie e mutamenti. Il cervello in miniatura è stato realizzato dagli scienziati a partire da cellule staminali pluripotenti, ovvero cellule immature che hanno la capacità di essere modellate e indirizzate verso qualsivoglia utilizzo.

Un risultato che comunque, specificano gli scienziati coinvolti nello studio, può e deve essere migliorato al fine di riprodurre, al più presto possibile, un cervello quanto più aderente alla forma umana e quindi vicino alle esigenze di studio e analisi di tutte le sue caratteristiche e mutazioni.

(Fonte italiaglobale)

## La nuova frontiera: ipnosi al posto dell'anestesia



Da tempo se ne parlava, anche in sedi e consessi di primissimo ordine, ma la prova scientifica e certificata che l'ipnosi potesse sostituire agevolmente l'anestesia durante un'operazione di rimozione di massa tumorale ancora non esisteva. Il primo caso è riportato nel numero del prossimo settembre della rivista "Anaesthesia", a firma di Enrico Facco, docente di Anestesia e rianimazione del Dipartimento di neuroscienze dell'Università di Padova.

L'anestesia, è risaputo ed evidente, può presentare alcune controindicazioni, soprattutto quando si è allergici a qualche componente della miscela con la quale viene realizzata. Proprio questo problema aveva la signora di 42 anni alla quale è stato asportato un tumore della pelle localizzato nella coscia. L'intervento è durato venti minuti da quando il chirurgo ha inciso, e la signora, i cui parametri del cuore sono rimasti stabili, non ha avvertito dolore.

(Fonte italiaglobale)

# L'esercizio fisico, un antinfiammatorio naturale

## Il movimento riduce l'infiammazione a livello locale e generale, però ha effetti limitati nel tempo: per prevenire le malattie reumatiche, sì a un po' di moto tutti i giorni

La prevenzione e perfino la cura delle malattie reumatiche passano anche da un esercizio fisico regolare: lo conferma una ricerca discussa a Parigi durante l'ultimo congresso dell'European League Against Rheumatism (EULAR), secondo cui il movimento ridurrebbe l'infiammazione locale e generale. La brutta notizia è che bisogna essere costanti: gli effetti benefici del moto si "perdono" dopo massimo un giorno e mezzo-due, per cui occorrerebbe fare attività fisica tutti i giorni o almeno a giorni alterni.

### Studio sui topolini

Il dato arriva da esperimenti condotti su topolini, ideati da Nicholas Young del Wexner Medical Center dell'università dell'Ohio per dimostrare ciò che da tempo si suppone, ovvero che l'esercizio fisico possa avere capacità antinfiammatorie. Per riuscirci, il ricercatore ha misurato l'attivazione di NF-kB, un fattore coinvolto nell'infiammazione e cronicamente attivato in patologie come l'artrite reumatoide o le malattie infiammatorie croniche intestinali; lo stimolo è stata l'iniezione di lipopolisaccaride, un prodotto batterico che crea una zona di infiammazione dove viene inoculato. I topolini hanno fatto esercizio fisico camminando su un piccolo tapis-roulant a una velocità moderata, prima e dopo l'iniezione del lipopolisaccaride; quindi, Young ha valutato se vi fossero differenze nel grado di attivazione di NF-kB fra chi aveva fatto moto e chi invece era rimasto "sedentario".

### Il moto è antiinfiammatorio

Il risultato è stato evidente: se i topolini non facevano movimento, l'infiammazione era massiccia nella zona dell'inoculo e in tutti i linfonodi dell'organismo; quando invece erano stati "allenati" prima e dopo l'iniezione, l'infiammazione locale e generale è stata quasi completamente eliminata. «Purtroppo l'effetto, molto ben visibile, persiste solo fino a 36-48 ore dopo – osserva Young –. Abbiamo voluto seguire ciò che accade nel tempo per capire se la "prescrizione" dei 30 minuti di attività fisica tre volte alla settimana, il minimo raccomandato per mantenersi in forma, abbia senso volendo giovare dell'effetto antinfiammatorio del moto. Ebbene, ciò che abbiamo osservato sembra proprio indicare che questo non basti: trattandosi di un beneficio transitorio, sarebbe opportuno fare movimento per 30-45 minuti tutti i giorni o al massimo a giorni alterni». Bisogna impegnarsi sodo, insomma, però le prospettive sono allettanti perché l'infiammazione persistente alle articolazioni è una caratteristica fondamentale di innumerevoli patologie reumatiche e «poterla ridurre attraverso il movimento significa diminuire i danni alle articolazioni – sottolinea Young –. I dati mostrano chiaramente che l'esercizio genera una risposta biologica a livello molecolare con evidenti effetti antinfiammatori; il nostro è un modello acuto, con uno stimolo infiammatorio preciso, per cui dovremo ripetere gli esperimenti e confermare il dato su modelli animali in cui l'infiammazione sia cronica come in molte patologie reumatiche. Tuttavia si tratta dell'ennesima conferma che muoversi è importante per prevenire danni articolari e anche per chi già soffre di malattie reumatiche, per stare meglio e ridurre il rischio di peggioramenti».

*(Fonte: corrieredellasera)*

# Artrosi al ginocchio, una molla ammortizzatore invece della protesi

## Disponibile da un paio di anni in Italia può essere un'alternativa per i più giovani

Risolvere i dolori dell'artrosi al ginocchio senza ricorrere a una protesi, ma con una sorta di ammortizzatore a molla impiantato con un intervento semplice, di un'ora, che non "tocca" cartilagini, legamenti e ossa. Il dispositivo, disponibile in Italia da circa due anni, può ritardare o evitare l'uso della protesi, perché diminuisce il carico sul ginocchio fino a 13 chili durante la fase di appoggio a terra, riducendo il dolore fino all'80 per cento. Lo dimostrano i dati raccolti su 55 pazienti italiani, presentati ad Amsterdam durante l'ultimo congresso dell'European Society for Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy: a distanza di un anno la maggioranza convive bene con la "molla", che conserva il movimento naturale dell'articolazione e consente un recupero rapido, visto che dopo un giorno o due si può rientrare a casa e nel giro di 6-12 settimane si può tornare a tutte le normali attività, compreso lo sport.

### Come funziona

«Il dispositivo può essere un'alternativa per quei pazienti in cui le terapie conservative sono già poco efficaci perché l'artrosi è in uno stadio non più iniziale, ma per i quali sarebbe troppo presto ricorrere alla protesi — spiega Claudio Zorzi, direttore della Divisione di ortopedia e traumatologia dell'ospedale Sacro Cuore di Negrar (VR) —. Può essere utile, ad esempio, in chi rifiuta la protesi e in pazienti giovani, fra i 40 e i 60 anni, o molto attivi, perché grazie all'ammortizzatore a molla si può riprendere l'attività fisica presto e bene». Il sistema, già utilizzato su oltre 650 pazienti in Europa (di cui circa 200 in Italia, in 23 Centri), è costituito da due placche di metallo che vengono fissate su femore e tibia, unite da un vero e proprio ammortizzatore che "scarica" il ginocchio dal peso; tutto il dispositivo è sottocute ma esterno alla capsula articolare, e questo lo rende facile da togliere, oltre a non compromettere l'eventuale inserimento di una protesi. Tanto che secondo gli esperti potrebbe contribuire a diminuire la spesa sanitaria correlata al trattamento dell'artrosi: ha infatti costi simili a quelli della chirurgia standard, ma può ridurre la necessità di antidolorifici, fisioterapia e soprattutto di revisione delle protesi, costosa e più probabile se il paziente è sottoposto all'impianto da giovane.

*(Fonte: corrieredellasera)*