



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





vita@avvenire.it

Anche la domotica per «spegnere» i tumori

Come una casa dotata degli impianti domotici più moderni dove si può controllare con un clic ogni funzione: così è stato descritto l'effetto del nuovo approccio contro il cancro messo a punto dal gruppo guidato da Fabrizio d'Adda di Fagagna dell'Istituto di oncologia molecolare Ifom di Milano e dell'Istituto di genetica medica Igm del Cnr di Pavia. Per capire la portata innovativa di questo risultato, appena pubblicato su «Nature Cell Biology», va compreso che tutte le cellule cancerose hanno il Dna intrinsecamente danneggiato: la cellula tenta di ripararlo per sopravvivere, e far saltare questo passaggio equivale a eliminarla. «Lo studio ha radici lontane – spiega d'Adda di Fagagna –, quando nel 2012 sulle pagine di "Nature" delineammo il ruolo cruciale di alcuni Rna non codificanti, piccole molecole costruite in modo complementare allo stampo del Dna ma non usate per sintetizzare proteine. Ogni volta che si genera un danno nel Dna intervengono loro. Solo con il proseguimento delle ricerche abbiamo però capito in che modo lo fanno e, dunque, come impedirlo». In pratica è stato visto che di questo meccanismo sono responsabili non soltanto le proteine che agiscono indistintamente su tutti i punti danneggiati ma proprio gli Rna che, invece, sono complementari ai tratti specifici di lesione del Dna come i due lati di una cerniera. Quindi bloccare questi ultimi garantisce la possibilità di agire in modo selettivo. «Una volta compreso questo abbiamo immaginato molecole capaci di legarsi come il secondo lato di una cerniera, cioè sempre in modo altamente specifico, che potevano mettere fuori uso gli Rna. Le abbiamo chiamate "molecole antisenso": da qui la metafora della casa domotica, un insieme di interruttori da attivare a piacimento spegnendo così il processo interessato, ovvero la riparazione del danno in punti precisi lasciando così morire la cellula».

Alessandra Turchetti



vita@avvenire.it

Riabilitazione neurologica esame per la «buona sanità»

di Matteo Marcelli

Un processo di neuroriabilitazione ad alta specialità, per quanto oneroso e complesso, è l'unico investimento in grado di sostenere nel lungo periodo il costo sociale, prima ancora che economico, del trattamento di lesioni cerebrali gravi. In Italia ci sono circa 200mila casi di ictus ogni anno, e tra i sopravvissuti 50mila pazienti riportano danni neurologici gravi. Eppure i posti letto previsti dalla programmazione sanitaria nazionale sono appena 1.200. Una criticità rilevata dai vertici della Fondazione Santa Lucia di Roma, che da 60 anni si occupa di questo tipo di attività e rappresenta un'eccellenza nel settore.

L'urgenza di un ripensamento dell'intero sistema di neuroriabilitazione, assieme alla necessità di un maggior numero di strutture adeguate, è resa ancora più evidente dai dati prodotti recentemente dal King's College di Londra: nei prossimi vent'anni l'incidenza di questa malattia aumenterà in Europa del 35%, ma allo stesso tempo è già diminuita la mortalità. Il che si traduce in un bisogno crescente e sempre più diffuso di riabilitazione, a cui far fronte.

Alcune conseguenze dell'attuale modello di gestione emergono dallo studio condotto su 500 pazienti dalla onlus Alice (Associazione per la lotta all'ictus cerebrale) assieme al Censis. Il 25% degli intervistati ha dichiarato di non aver ricevuto alcun trattamento riabilitativo, mentre il 50% ha seguito solo un percorso di

riabilitazione domiciliare. Spesso poi le cure non vengono prestate per un periodo di tempo sufficiente a consentire al paziente di acquisire un grado accettabile di indipendenza, laddove possibile. Circostanza che sposta il peso dell'assistenza interamente sulle famiglie, lasciate senza informazioni né strutture alle quali rivolgersi. Un quadro difficile almeno quanto

tre il 50% ha seguito solo un percorso di

la complessità che richiede questo tipo di assistenza sanitaria. Un centro di riabilitazione ad alta specializzazione ha bisogno di équipe multidisciplinari composte da neurologi, fisiatristi, neuropsicologi, logopedisti, fisioterapisti e infermieri specializzati.

Nonostante le evidenti difficoltà, è comunque possibile raggiungere risultati notevoli se all'attività sanitaria si affiancano ricerca, formazione e innovazione tecnologica. L'ospedale della Fondazione Santa Lucia ricovera oltre 2.000 pazienti l'anno, in 293 posti letto ordinari e altri 32 in day hospital. Le prestazioni ambulatoriali erogate sono più 290mila, a favore di pazienti provenienti anche da fuori regione (poco più del 10% del totale). Gran parte delle risorse sono dedicate alla ricerca, preclinica e traslazionale, ovvero finalizzata a una rapida applicazione nella cura. L'istituto è il quinto Irccs (istituti di ricovero a carattere scientifico, riconosciuti dal ministero della Sanità) in assoluto in Italia e il primo nel settore delle neuroscienze. Competenze e *know how* che l'ospedale si impegna a trasferire ai suoi studenti, 254 iscritti ai corsi di laurea e altri 31 specializzandi in neuropsicologia.

102 UNITÀ DI RICERCA E FORMAZIONE

Il ddl Caselli verso il Cdm. Ravvedimento operoso e confische a largo raggio

Stretta su cibo e salute

Nuovi reati di tipo sanitario e commerciale

DI DANIELE PISANELLO*

Nuove ipotesi criminali nel codice penale, sia in ambito sanitario (alimenti e mangimi) che commerciale (frodi alimentari e agro-mafie). Un aggiornamento della fondamentale legge di settore, la n. 283/1962, mediante introduzione di nuove ipotesi di confisca dei beni. L'introduzione di meccanismi estintivi per il ravvedimento operoso. Una disciplina della delega di funzioni nell'impresa alimentare. E, non da ultima, una modifica incisiva della responsabilità amministrativa (ex dlgs n. 231/01) con particolare riferimento all'operatore del settore alimentare. Tutto questo è contenuto in uno schema di disegno di legge di riordino dei reati alimentari: 15 articoli, frutto del lavoro della Commissione presieduta dall'ex magistrato, Giancarlo Caselli, conclusosi nell'ottobre 2015. A giorni, il testo dovrebbe sbarcare in Consiglio dei Ministri; la bozza, di cui *ItaliaOggi* è in possesso non sembra invece aver raccolto le proposte di modifiche del codice di procedura penale, volte a migliorare la funzionalità delle indagini in materia di illeciti alimentari.

Il ddl prevede nuovi delitti sanitari nel codice penale: da quello di immissione in commercio di «alimenti pericolosi» a quello di «omesso ritiro degli stessi»; dal delitto di «informazioni commerciali ingannevoli pericolose» al «disastro sanitario». Tutte ipotesi che ruotano

intorno al concetto di pericolo in concreto per la salute, salvo scordarsi che i requisiti di sicurezza europei sono – invece – tutti basati sulla nozione di «rischio» (funzione del pericolo e della sua probabilità di accadimento), concetto che permette la misurazione dei fatti costitutivi e la parametrizzazione di azioni di gestione.

Anche la legge speciale (legge 283/1962), architrave del sistema sanzionatorio dopo la depenalizzazione del 1999 (dlgs 507), è soggetta a una profonda revisione: il ddl mira a sanzionare più duramente le attività all'ingrosso, in cui spesso si annidano le attività criminali organizzate, attraverso la previsione di delitti (nel caso di fatto doloso) o contravvenzioni (se il fatto è colposo); in tale contesto, nel caso di attività di dettaglio le violazioni di legge sarebbero penalmente rilevanti ove dolose mentre, se in colpa, l'operatore andrebbe incontro solo a una sanzione amministrativa. Il legislatore sembra persuaso a mantenere l'ipotesi del «cattivo stato di conservazione» che nella interpretazione giurisprudenziale è finita per essere un contenitore di ipotesi tanto eterogenee quanto indecifrabili. In senso positivo andrebbe accolta invece la proposta di inserire, per le violazioni della legge n. 283, un meccanismo estintivo di ravvedimento operoso (diffida-prescrizione-verifica adempimento), come quello in vigore in materia di lavo-

ro (dlgs 758/94) e ambientale (legge 86/15). Certezza anche sul fronte della delega di funzioni per la quale il ddl prevede una disciplina puntuale, analoga a quella in ambito di sicurezza del lavoro, da lungo tempo attesa dagli operatori del diritto alimentare.

E, tuttavia, rispetto alle frodi agro-alimentari che il ddl si pone gli obiettivi più pregnanti: svecchiare un insieme normativo centrato sulla «bottega» e puntare la risposta punitiva sulle «frodi massive», le agro-mafie, che approfittano di lunghezza e complessità delle filiere, della disintermediazione delle fasi di produzione e delle limitate risorse del controllo ufficiale. Il ddl introduce nel codice penale un nuovo capo, intitolato «*Delle frodi in commercio di prodotti alimentari*», in cui sono concentrate le ipotesi di frodi alimentari declinate sulle caratteristiche intrinseche, l'origine geografica (Dop-Igp) e il rispetto del metodo di produzione «biologico» (oggi orfano di intervento organico a livello nazionale).

***Lex Alimentaria Studio Legale Associato**

Piano ospedaliero, si cambia svolta per strutture e precari

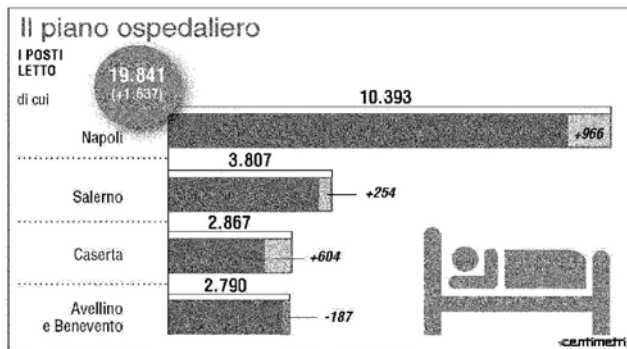
Reparti da riorganizzare, nuove funzioni per piccole e grandi strutture

Ettore Mautone

Muove i primi passi, con il via libera dei ministeri della Salute e dell'Economia, il Piano ospedaliero regionale. Uno strumento di programmazione che consentirà alle Asl e alle aziende ospedaliere di definire il proprio ruolo, programmare assunzioni, stabilizzare i precari, codificare l'offerta assistenziale destinati a integrarsi con il piano per il riordino della medicina del territorio, la rete oncologica, il piano della prevenzione. Una complessa macchina si mette in moto per un lavoro attuativo che durerà anni. Il disco verde del governo ha il merito di sbloccare 290 milioni. Ma non mancano le voci critiche, soprattutto rivolte alla conduzione in solita-

rio della programmazione da parte del governatore-commissario. Come quelle delle opposizioni in Consiglio regionale (in testa il M5S) e dei sindacati della dirigenza sanitaria che ieri, in assemblea, hanno elencato tutti i nodi sul tappeto: il Cto e ospedale del Mare ancora non funzionanti (saranno attivi nei primi mesi del 2018), la rete trauma, ictus e gastroenterologica ancora al palo, la confusione sui punti nascita, il superlavoro di medici che rende insicura le corsie, anestesisti e infermieri allo stremo, la presenza di un unico ospedale pediatrico da Sapri al Garigliano, il pronto soccorso per Oculistica e Otorino affidati, a Napoli nelle ore notturne, alla sola reperibilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Posti letto **In aumento ma serve** **il riordino per settore**

Il totale dei posti letto (pubblici e privati) previsti è di 19.841 unità (pari a 3,6 per 1.000 abitanti), di cui 16.569 per pronto soccorso, medicina e chirurgia (pari a 2,97 x 1.000 abitanti) e 3.272 per i malati cronici (riabilitazione e lungodegenza pari a 0,59 x 1.000 abitanti). Rispetto alla versione iniziale (maggio del 2016) se ne contano 213 in più, distribuiti tra acuti e dopo le fasi acute. Rispetto alla dotazione attuale, figlia della programmazione del 2010, ci sono in totale 1.637 posti letto aggiuntivi.

Entro la fine del 2018 è previsto un complesso riordino per disciplina (a livello regionale, per macroarea territoriale e singolo ospedale o Asl) dei punti di erogazione pubblici e privati e per bacino di utenza. Le tabelle sono ancora in fase di allestimento con la configurazione dei singoli ospedali. Eccedenze esistono in Chirurgia generale, Medicina, Ostetricia e Cardiologia: in alcune aree disagiate saranno inizialmente preservate per garantire i Lea. La rete campana è caratterizzata da piccoli e medi presidi e dall'impossibilità in tempi brevi di realizzare opere edilizie.



Pronto soccorso **Potenziare gli edifici** **con reparti rianimazione**

La rete degli ospedali è costituita da poche strutture di grandi dimensioni concentrate nei capoluoghi e numerosi ospedali di dimensioni medio-piccole. Quelli con pronto soccorso sono distinti in ospedali di base (reparti limitati a Medicina, Chirurgia, Ortopedia, banca del sangue, Radiologia e Laboratorio), strutture di II livello (a maggiore complessità come il San Giovanni Bosco) e ospedali di III livello (ad alta complessità come il Cardarelli).

La novità, vista l'impossibilità di chiudere tutti i piccoli presidi, è realizzare dei "pronto soccorso potenziati" inserendo sempre una piccola rianimazione per rendere gli accessi in pronto soccorso più sicuri. Nella rete del pronto soccorso sono inserite anche alcune Case di cura come Pineta Grande a Castelvolturno e Villa dei Fiori ad Acerra inserite nelle reti dell'emergenza. La Regione impegnerà i fondi (180 milioni) per edilizia sanitaria in nuove opere, adeguamenti antisismici e ristrutturazioni per potenziare le strutture di medie dimensioni.



Oncologia **La rete concepita** **su scala regionale**

La rete oncologica è concepita per rispondere al fenomeno di Terra dei Fuochi, rendere omogenee le cure ai malati di cancro e frenare la migrazione sanitaria. Sono previsti gruppi oncologici multidisciplinari in ogni struttura, centri oncologici di riferimento polispecialistici, (con funzioni diagnostico, terapeutiche, riabilitative e di follow-up) e i centri oncologici di riferimento regionale (le due Università napoletane, il Ruggi con la regia del Pascale) da assumere in rete verso obiettivi comuni di assistenza.

Il presidio di Sant'Agata dei Goti (Asl di Benevento) diventa polo oncologico del Rummo. I nodi sono soprattutto nel casertano dove non c'è la rete né possono bastare i pochi posti letto di oncologia previsti in ospedali poco attrezzati. Sul fronte pediatrico i centri oncologici di III livello sono al Santobono e alla Vanvitelli a fronte di una migrazione del 25-30%, imponendo anche trasferimenti intraregionali. È prevista entro un anno una rete oncologica pediatrica ricorrendo a forme innovative di integrazione organizzativa e gestionale.



La riabilitazione **Aumenta la disponibilità** **delle cure negli ospedali**

È previsto un aumento dei posti letto nelle strutture pubbliche per la rieducazione dopo un ictus, un infarto o un politrauma. In ragione dell'efficacia delle nuove tecniche di recupero nell'alta specialità, il piano prevede il potenziamento dell'assistenza ai pazienti con gravi disabilità, resi non autonomi dalla malattia, ma elevate possibilità di recupero. Pertanto è aumentata la dotazione di posti di neuroriabilitazione e per le unità spinali.

Qui si accede dopo gravi lesioni conseguenti ad esempio a un incidente stradale o in moto. Per la neuro riabilitazione (utile dopo un ictus) i posti aumentano dagli attuali 80 (di cui 15 privati alla Maugeri di Benevento) a 150 (70 in più). Per le unità spinali (dove trattare gravi traumi del midollo spinale) dagli attuali 45 posti (di cui 15 sempre alla Maugeri) si passa a 60 (15 in più) da distribuire nelle varie province. Per la lungodegenza vengono assegnati 1.014 posti letto, riservando ulteriori posti di ricovero dopo le riconversioni del privato accreditato.



Le ambulanze Addio centrale unica 118 la gestione torna alle Asl

Qui la principale novità è la bocciatura dell'Agenzia unica regionale per l'emergenza e il ritorno della gestione delle Asl. Le centrali operative (una per ogni Asl) lavoreranno in rete con l'obiettivo di migliorare l'organizzazione e ridurre i costi. La regia farà capo direttamente alla Regione. La medicalizzazione del servizio con l'uso di Auto mediche e di Mezzi di soccorso di base, sarà parziale da articolare con le postazioni fisse del 118 dotate di ambulanze medicalizzate.

Il 118 dovrà provvedere, con il coordinamento regionale, a una marea di delicate funzioni (rotazione del personale, refi tempo dipendenti, standard, flussi informativi, trasporti secondari da un ospedale all'altro, controllo di qualità. Non si fa cenno alla grave carenza di uomini e mezzi e al precariato attuali che rendono a dir poco problematiche le funzionalità del sistema con le reti dell'Ictus e del trauma in grave ritardo. Senza contare che sull'emergenza pediatrica c'è il solo Santobono come centro di II livelli in tutta la Regione.

Avellino e Benevento Parte la macro-area Sant'Agata al Rummo

L'organizzazione procede verso un accorpamento in macroarea che rischia di vanificare le buone performance cliniche, assistenziali e finanziarie che le due Asl (Avellino e Benevento) hanno conseguito negli ultimi anni da sole così come accaduto in passato con la fusione a freddo delle 3 Asl di Salerno e delle due di Caserta che hanno dovuto vedersela con territori vastissimi e diversificati. Qui la principale novità è la trasformazione della Asl di Benevento in un presidio solo territoriale e l'annessione del presidio di Sant'Agata dei Goti al Rummo con specializzazione in Oncologia. Se a ciò si aggiungono i numerosi ricorsi al Tar di molti sindaci dell'irpinia, la mancata concertazione con i territori potrebbe rendere problematico il miglioramento dell'assistenza auspicato. Solofra conferma il Pronto soccorso, entra nella rete trauma, mantiene il Punto nascita e la Pediatria, in rapporto alla chiusura del Punto nascita di Mercato San Severino (distante 15 chilometri). Prevista la conversione da presidi territoriali in Ospedali di Comunità di Bisaccia e San Bartolomeo in Galdo.



Diagnosi e cure 15 centri di eccellenza in Campania

L'ematologia del Cardarelli
l'oncologia della Federico II
e gli altri reparti: una mappa
delle strutture di alto livello
elaborata dalla Regione
con i dati ministeriali Agenas

Maria Pirro

Quali sono le eccellenze nel mondo della sanità, che tipo di servizi interventi propongono e come individuarle, là dove ci sono, le terapie innovative. L'iter dovrebbe essere semplice. In realtà, nella Campania agli ultimi posti per livelli di assistenza l'ammalato e i suoi familiari sono spesso disorientati. Per questo, il Mattino propone una mappa delle strutture di alto livello individuate dalla Regione, usando dati dell'agenzia ministeriale Agenas che ogni anno valuta gli ospedali. Quindici centri, non gli unici al top: si tratta di dati preliminari.

Si parte dal Cardarelli. L'oncoematologia, guidata da Felicetto Ferrara, ha la maggiore casistica in Italia per la cura di malattie tumorali del sangue come leucemie acute linfoidi e mieloidi. I suoi pazienti partecipano a numerosi studi clinici con farmaci

sperimentali. Un'altra eccellenza è il servizio per la donazione degli organi e i trapianti diretto dall'anestesista Elio Claudio Bonagura. E l'emodinamica h24 nella rete Ima con il primario Ciro Mauro, che ha un'alta incidenza di interventi urgenti e programmati.

Policlinico Federico II: numerosi i riconoscimenti per le cure e la ricerca sui tumori rari con Sabino de Placido e per il trapianto di midollo con il servizio immunotrasfusionale di Nicola Scarpato. Altra eccellenza: la neonatologia di Francesco Raimondi. Al Pascale è indicata l'Oncologia medi-

ca che propone terapie innovative per il melanoma: diretta da Paolo Antonio Ascierto, la struttura è inserita nei protocolli di ricerca sviluppati con network internazionali.

Poi c'è il Monaldi. In particolare, la chirurgia generale diretta da Francesco Corcione: 26 posti letto per i ricoveri ordinari, 4 per il week surgery. L'attività si svolge in sale operatorie integrate con visione laparoscopica Hd e 3D e robot Da Vinci, collegate con una sala conferenze in cui oltre 2000 medici nel triennio hanno seguito corsi di formazione. Tra il 2015 e il 2017, qui sono stati effettuati 6344 interventi, dalla colecisti all'ernia. 199 i pazienti da fuori regione. Invece, l'ospedale di Castellammare, con il primario di ostetricia Eutalia Esposito, ha creato una prima «Casa della donna». A seguire l'urologia di Pozzuoli diretta da Giovanni Di Lauro. E, nello stesso ospedale, la neurochirurgia di Raffaele De Falco che ha

Interventi e terapie
L'istituto tumori Pascale avanti
nel trattamento del melanoma
A Salerno la cardiocirurgia

una propria sala operatoria, attrezzature hi-tech, servizio di neuroranimazione con tre posti, 18 letti in reparto. Ogni anno provvede a 600 interventi al cervello per tumori o per patologie degenerative della colonna vertebrale. Ancora, a Salerno è indicata la cardiocirurgia con 639 interventi per l'infarto del miocardio. 544 le angioplastiche. La mortalità a 30 giorni è inferiore alla media nazionale anche per il bypass aortocoronarico, 348 le operazioni realizzate nella «Torre cuore» sotto l'egida di Pietro Giudice, Enrico Coscioni, Severino Iesu. Ad Aversa il reparto di Francesco Diumo ha il più basso tasso regionale di mortalità in rianimazione. Non manca in elenco l'oncologia medica di Cesare Gridelli, al Moscati di Avellino. Il Rummo di Benevento è citato per la neurochirurgia di Giuseppe Catapano, che provvede alla cura di ogni patologia del sistema nervoso centrale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1,35 Miliardi spesi per curare i malati rari

Si stima sia di 1,35 miliardi di euro la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale per i malati rari che non pagano il ticket. Il dato, che corrisponde all'1,2 per cento del totale ed è frutto di una proiezione dell'Osservatorio farmaci orfani (Ossfor).

160.000 Test gratuiti anti-diabete in farmacia

Grande successo per il Diaday: oltre 160mila i test effettuati gratuitamente ai cittadini durante la prima campagna nazionale di prevenzione del diabete alla quale hanno aderito oltre 7600 farmacie. Prevenzione decisiva.

41 La percentuale di Sos rivolti a Dottor Google

Trionfa poi il «Dottor Google», quando si tratta di informarsi su sintomi o diagnosi mediche, gli italiani sono tra i più assidui nella ricerca di informazioni online (41%; +9%). Superati soltanto da turchi e indonesiani (42% e 48%).

13.519 Casi registrati: orecchioni in aumento

Aumentano i casi di orecchioni in Europa. Dopo il calo nel 2014, con 11.632 malati, nel 2015 sono saliti a 13.519, con un tasso di 3,1 per 100mila abitanti. Bimbi e adolescenti più colpiti. In più dei due quinti dei casi già vaccinati (dati Ecdc).

30/11/2017 Anteprima SDA Bocconi. Sanità pubblica in equilibrio finanziario. Migliora appropriatezza. Ma se la domanda di salute sale, sempre più pe...

quotidiano**sanità**.it

Merccoledì 29 NOVEMBRE 2017

Anteprima SDA Bocconi. Sanità pubblica in equilibrio finanziario. Migliora appropriatezza. Ma se la domanda di salute sale, sempre più persone rinunciano alle cure

Nel 2016 il Ssn ha registrato un avanzo contabile pari a 329 milioni di euro. Raggiunto l'equilibrio economico-finanziario nella maggior parte dei sistemi regionali. Ma se gli esiti di cura sono eccellenti, emergono margini di miglioramento rispetto alla mortalità evitabile, specialmente in termini di prevenzione. E l'insufficiente governo della domanda sociosanitaria impatta sempre più sui servizi sanitari. Urgono nuove politiche del personale. Il Rapporto sarà presentato ufficialmente il 4 dicembre a Milano. [ECCO LA SINTESI IN ANTEPRIMA](#)

Appuntamento lunedì 4 dicembre, alle ore 9,30, nell'aula Magna Bocconi di via Roentgen 1, per il convegno Nazionale di presentazione del Rapporto OASI 2017 (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano), il volume della Sda Bocconi che dal 2000 monitora e interpreta i cambiamenti in atto nelle politiche sanitarie e nel management delle aziende sanitarie pubbliche e private.

Oltre allo stato dell'arte del sistema sanitario e socio-sanitario, nel corso della giornata saranno approfonditi e discussi i seguenti temi: le politiche di riordino dei Ssr; i profili economico-finanziari delle aziende alla luce dei parametri che disciplinano i Piani di Rientro aziendali; la lotta agli sprechi e alla corruzione e i relativi impatti sui processi gestionali; lo sviluppo delle cure intermedie, di cui sarà presentata la prima mappatura nazionale; il rafforzamento del middle management del Ssn; i cambiamenti in atto e le interrelazioni crescenti che riguardano HTA, acquisti e logistica.

Se tutti questi aspetti saranno ampliamenti approfonditi nel corso del convegno, è però già oggi disponibile un'anteprima dei dati del Rapporto Oasi 2017. Ed ecco cosa emerge:

UNA SPESA SANITARIA

Al 2015, la spesa sanitaria totale in Italia corrisponde al 9% del PIL contro il 9,9% della Gran Bretagna, l'11,1% della Francia, l'11,2% della Germania, il 16,9% degli Stati Uniti. In Italia nel 2016, la spesa Ssn "pubblica" copre circa il 75% della spesa totale, la spesa privata diretta il 23%, la spesa intermediata il restante 2%.

Tra 2010 e 2016, la spesa del Ssn è cresciuta in media dello 0,7% annuo in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,1%. Nel 2016 la spesa SSN è aumentata dell'1,1% rispetto al 2015, attestandosi a 115,8 miliardi di euro.

Nel 2016 il Ssn registra un avanzo contabile pari a 329 milioni di euro, contabilizzando le risorse raccolte con le imposte addizionali regionali. Il Ssn raggiunge l'equilibrio economico-finanziario a livello nazionale e nella maggior parte dei sistemi regionali.

Le fonti pubbliche coprono il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 65% della spesa per assistenza residenziale a lungo termine (LTC) e il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali.

APPROPRIATEZZA ED ECCELLENTI ESITI DI SALUTE, CON SPAZI DI MIGLIORAMENTO

L'Italia registra meno ospedalizzazioni inappropriate (asma, BPCO e diabete) di Regno Unito, USA, Spagna, Germania e Francia, nonché una riduzione del numero di parti cesarei (sebbene faccia segnare uno tra i

30/11/2017 Anteprima SDA Bocconi. Sanità pubblica in equilibrio finanziario. Migliora appropriatezza. Ma se la domanda di salute sale, sempre più pe...
maggiori tassi di utilizzo di tale procedura) e un elevato consumo di antibiotici.

Emergono margini di miglioramento rispetto alla mortalità evitabile, specialmente in termini di prevenzione primaria e secondaria.

UN'OFFERTA PUBBLICA IN PROGRESSIVA RIDUZIONE

Diminuiscono i ricoveri, scesi a 9 milioni nel 2016, con una riduzione del 25% nel periodo 2008-2016. Le principali branche specialistiche mostrano una sostanziale stabilità.

Nel 2015 aumenta lievemente la percezione di rinuncia dichiarata alle cure: 7,9% dei rispondenti. Sebbene la sanità sia uno dei settori meno colpiti dalla percepita rinuncia al consumo, è da sottolineare che la motivazione maggiormente dichiarata è sempre più relativa al costo percepito con una particolare diffusione tra le fasce di popolazione meno abbienti.

DOMANDA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA IN CRESCITA

L'insufficiente governo della domanda sociosanitaria impatta sulla funzionalità dei servizi sanitari, che restano gli unici presenti e accessibili, benché teoricamente inappropriati. I ricoveri "multipli" corrispondono al 55% dei ricoveri ordinari per gli over65: in media, 29 giornate di ricovero medie annue per gli 881.361 anziani interessati dal fenomeno.

IL SISTEMA SANITARIO DISEGUALE

La speranza di vita in buona salute passa da 60 anni al Nord a 56 anni al Sud, con il divario massimo tra Calabria e PA di Bolzano: 50 anni contro 70.

Al Nord il 49,6% dei cronici si percepisce in buona salute, al Sud il 36,6%; si tratta di dati basati sull'auto-percezione, ma che rappresentano un primo campanello d'allarme.

La spesa sanitaria privata delle famiglie è anch'essa sbilanciata al Nord. La Lombardia, con 752 euro per abitante, registra valori più che doppi rispetto alla Campania, con 303 euro.

LA CENTRALITÀ E LE PROSPETTIVE DEL PRIVATO ACCREDITATO

Il 25% dei posti letto ospedalieri, il 59% degli ambulatori e il 78% delle strutture socio-sanitarie residenziali del SSN sono privati accreditati.

Il privato copre, tra le altre, alcune aree dove la domanda è in crescita e l'offerta pubblica limitata (non autosufficienza, riabilitazione).

Il sistema pubblico, nell'esercizio della committenza, dovrebbe riflettere ed esprimere direttive più consapevoli sugli ambiti in cui externalizzare, garantire maggiore stabilità regolatoria e favorire metriche di programmazione e valutazione basate sulle performance.

L'URGENZA DI NUOVE POLITICHE DEL PERSONALE

Nel SSN italiano, il personale infermieristico è meno della metà rispetto alla Germania: 6 infermieri ogni 1000 abitanti contro 13. Contemporaneamente, il 52% dei medici ha più di 55 anni; si contano il doppio dei candidati alle specialità mediche rispetto ai contratti finanziati (13.802 versus 6.725). Il problema è la scarsità di risorse per assumere e formare specializzandi, non la mancanza di medici.

Se fosse vera l'ipotesi della persistente debolezza finanziaria, a fronte dell'aumento della cronicità e della LTC, non potremmo che aumentare l'incidenza delle professioni sanitarie e degli operatori sociosanitari, sapendo che il costo medio aziendale di un medico equivale almeno a quello di due infermieri. Questo impone però di modificare le competenze e i ruoli professionali. Tra i medici occorre riflettere sulla quota di generalisti rispetto ai professionisti sempre più specializzati. Nel mondo delle professioni sanitarie occorre distinguere tra crescita verticale nel coordinamento di pari, specializzazione nel contenuto tecnico professionale e sviluppo di ruoli contendibili con altri profili professionali: case manager, gestore di piastra, operations manager.

LA NUOVA GEOGRAFIA DEI SERVIZI FINALMENTE VISIBILE

Si stimano circa 300 Case della Salute (CdS) a livello nazionale, seppur con caratteristiche, servizi e denominazioni molto eterogenee tra di loro.

Sebbene l'81% delle CdS dichiarino di offrire servizi di sanità d'iniziativa, solo la metà presenta flussi informativi dedicati, e solo l'8% controlla l'aderenza ai percorsi attraverso indicatori.

30/11/2017 Anteprima SDA Bocconi. Sanità pubblica in equilibrio finanziario. Migliora appropriatezza. Ma se la domanda di salute sale, sempre più pe...

Queste contraddizioni derivano dal contrapporsi tra due logiche diverse di governo delle risorse finanziarie del Ssn. Da una parte, la tradizionale logica a silos, verticale e focalizzata sul controllo degli input per livello di assistenza e/o voce di costo; dall'altra, la logica orizzontale, che assegna le risorse per la presa in carico del paziente trasversalmente ai livelli assistenziali e indipendentemente dalla natura delle risorse impiegate. 7

Le due logiche non sono irrimediabilmente contrapposte. Realisticamente, date le attuali condizioni della finanza pubblica, la logica input based resterà largamente diffusa nel sistema. Tale logica dovrebbe però essere applicata con modalità flessibili, permettendo di riallocare risorse tra i silos se ne deriva una maggiore efficacia della presa in carico.

30/11/2017 Legge di Bilancio. Finito esame in Commissione. Oggi in Aula, certo il voto di fiducia. Ecco tutte le norme su sanità e sociale, dal superticket...

quotidiano**sanità**.it

Merccoledì 29 NOVEMBRE 2017

Legge di Bilancio. Finito esame in Commissione. Oggi in Aula, certo il voto di fiducia. Ecco tutte le norme su sanità e sociale, dal superticket al payback. Niente da fare per l'aumento del costo delle sigarette, l'emendamento è stato ritirato

Dall'alleggerimento del superticket con un fondo strutturale da 60 mln di euro l'anno al bonus bebè. Dal fondo in favore dei caregiver familiari al via libera alle procedure concorsuali per Agenas, fino al contributo che le società di capitali operanti in farmacia dovranno versare all'Enpaf. Queste alcune delle novità introdotte durante l'esame in Commissione Bilancio. Nel pomeriggio l'esame in Aula ma si dà per certo che verrà posta la fiducia. Atteso già domani il via libera. Si arresta invece la proposta di aumentare il costo delle sigarette che avrebbe dovuto portare 600 milioni nelle casse del Ssn

Si è concluso ieri notte l'esame della Commissione Bilancio alla manovra. Dopo il via libera alla [proposta per alleggerire il superticket](#) nel prossimo triennio, la V Commissione ha approvato altri quattro emendamenti riguardanti la sanità.

Si tratta di quattro riformulazioni in tema di **tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ospedaliera**, valorizzazione degli **Irccs**, via libera a nuove assunzioni per Agenas e un contributo per l'attività di ricerca sul genoma del pancreas. Ritirato, invece, l'emendamento della Commissione Sanità che puntava ad aumentare le **accise sul tabacco** per liberare un gettito di almeno 600 mln da destinare alla sanità.

Il testo licenziato dalla Commissione Bilancio approderà nella giornata di oggi in Aula. Si dà per certo che verrà posta oggi la questione di fiducia. Il via libera è atteso già nella giornata di domani.

Di seguito una sintesi di tutte le misure per la sanità già inserite nella manovra del Governo e gli emendamenti approvati.

Art 18 (Bonus 80 euro)

Nel comma 1-bis dell'art. 13 del testo unico delle imposte sui redditi le parole **"24.000 euro"** sono sostituite da **"24.600 euro"**, e le parole **"26.000 euro"** sono sostituite da **"26.600 euro"**. Si alzano così gli scaglioni di reddito di chi ha diritto a ricevere il bonus in modo da evitare che questo venga perso a causa dell'aumento dei contratti.

Art 25 (Contrasto alla povertà)

Il beneficio economico del **Rel (reddito di inclusione sociale)** non può eccedere, in sede di prima applicazione, il limite dell'ammontare su base annua dell'assegno sociale, di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335. Il valore mensile del Rel è pari ad un dodicesimo del valore su base annua **incrementato del 10%**.

La quota del **Fondo Povertà** destinata al rafforzamento degli interventi e dei servizi sociali è pari, in sede di prima applicazione, a **297 milioni nel 2018** (incremento di 35 mln rispetto a legge di Bilancio 2017), a **347 milioni nel 2019** (incremento di 70 mln) e a **352 milioni a decorrere dal 2020**.

Il **Fondo per la lotta alla povertà e all'inclusione sociale** è incrementato di **300 milioni di euro nel 2018**, di **700 milioni di euro nel 2019**, di **665 milioni di euro nel 2020** e di **637 milioni di euro annui a decorrere dal**

30/11/2017 Legge di Bilancio. Finito esame in Commissione. Oggi in Aula, certo il voto di fiducia. Ecco tutte le norme su sanità e sociale, dal superticket...

2021. Lo stanziamento del Fondo è inoltre incrementato di ulteriori 235 milioni di euro nel 2020 e di 263 milioni di euro annui a decorrere dal 2021 per le finalità da individuare con il Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale.

La **dotazione del Fondo povertà** è determinata in **2.059 milioni di euro nel 2018**, di cui 15 milioni di euro accantonati ai sensi dell'articolo 18, comma 3 del dlgs n. 147/2017, in **2.545 milioni di euro nel 2019** e in **2.745 milioni di euro l'anno a decorrere dal 2020**. Ai fini dell'erogazione del beneficio economico del Rei i limiti di spesa sono determinati in 1.747 milioni di euro nel 2018, in 2.198 milioni di euro per l'anno 2019, in 2.158 milioni di euro per l'anno 2020 ed in 2130 milioni di euro a decorrere dal 2021.

Art 26 (Welfare di comunità)

Per le erogazioni relative ai progetti promossi dalle fondazioni nel perseguimento dei propri scopi statuari, finalizzati alla promozione di un welfare di comunità, attraverso interventi e misure di contrasto alle povertà, al disagio di famiglie con minori, alla domiciliarità delle cure agli anziani e ai disabili, è riconosciuto alle fondazioni medesime un contributo, sotto forma di **credito d'imposta pari al 65 per cento delle erogazioni effettuate nei periodi d'imposta successivi a quello in corso al 31 dicembre 2017**, a condizione che le predette erogazioni siano utilizzate dai soggetti richiedenti nell'ambito dell'attività non commerciale.

Il contributo è assegnato, fino a esaurimento delle risorse disponibili, pari a **100 milioni per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021**, secondo l'ordine temporale con cui le fondazioni comunicano all'Associazione di fondazioni e di casse di risparmio S.p.A. (Acri) l'impegno a effettuare le erogazioni.

Il credito d'imposta è riconosciuto fino ad esaurimento delle risorse annue disponibili, è indicato nella dichiarazione dei redditi relativa al periodo d'imposta di spettanza e nelle dichiarazioni dei redditi relative ai periodi di imposta successivi in cui il credito è utilizzato.

Art 30 (Politiche per le famiglie)

Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un Fondo da destinare ad interventi per le politiche della famiglia con una dotazione di **100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018**.

Bonus bebè. L'assegno per i nuovi nati sarà di **80 euro per il 2018**. Poi, a partire dal 2019, il bonus diventerà strutturale ma scenderà a **40 euro**. Fissata a **25.000 euro la soglia Isee** per potervi accedere.

Caregiver familiare. Viene istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali un "Fondo per il sostegno del titolo di cura e di assistenza del caregiver familiare", con una dotazione iniziale di **20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020**.

Art 41 (Misure in materia di sanità)

Payback farmaceutico. La norma proposta impone all'Aifa di adottare nei primi mesi dell'anno 2018 le determinazioni aventi ad oggetto il ripiano dell'eventuale superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale e del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2016. L'obiettivo è quello di consentire alle regioni di incassare, come previsto dalla vigente normativa, le somme loro spettanti versate dalle aziende farmaceutiche a titolo di payback.

Viene inoltre disposto che l'Aifa successivamente concluda le transazioni avviate con le aziende farmaceutiche titolari di autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali (Aic) relative ai contenziosi derivanti dall'applicazione del decreto enti territoriali, relativi al ripiano della **spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per gli anni 2013, 2014 e 2015**, ancora pendenti al 31 dicembre 2017.

La necessità di questa soluzione transattiva, come evidenziato dalla relazione illustrativa, "è spiegabile con le prospettive decisamente sfavorevoli dei contenziosi in questione rappresentate dall'Avvocatura Generale dello Stato, laddove, invece, la conclusione delle transazioni comporterebbe la cessazione della materia del contendere per sopravvenuta carenza di interesse, con conseguente neutralizzazione del rischio di restituzione delle somme già incamerate dall'erario derivante dalla soccombenza in giudizio". In ogni caso, **al fine di evitare l'eventuale riproposizione di contenzioso anche in relazione all'anno 2016**, si prevede che gli accordi transattivi possano essere stipulati solo con le aziende farmaceutiche che abbiano regolarmente versato le eventuali somme loro addebitate, riferite al payback del medesimo anno 2016.

La norma, spiega la relazione tecnica, non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, in quanto da un lato si limita ad imporre scadenze certe per la definizione da parte dell'Aifa dei provvedimenti amministrativi di propria competenza ai fini della determinazione del payback per l'anno 2016 e del conseguente

30/11/2017 Legge di Bilancio. Finito esame in Commissione. Oggi in Aula, certo il voto di fiducia. Ecco tutte le norme su sanità e sociale, dal superticket...

versamento degli importi dovuti, da parte delle aziende farmaceutiche in favore delle regioni, dall'altro impone alla stessa Aifa di chiudere l'imponente contenzioso pendente relativo al periodo 2013-2015, in relazione alle prospettive sfavorevoli rappresentate dall'Avvocatura dello Stato in caso di sentenza del Tar del Lazio. "Al riguardo si evidenzia che il totale richiesto dall'Aifa a titolo di ripiano della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per il triennio 2013-2015 ammontava a circa **1.486 milioni di euro**. Di tale importo, è stata effettivamente versata una cifra pari a circa **882 milioni di euro**, in gran parte oggetto di contestazione nei ricorsi pendenti dinanzi al Tar del Lazio. In caso di effettiva sottoscrizione degli accordi transattivi, invece, il totale complessivo che verrebbe ad essere incassato è stimato in circa **930 milioni di euro**".

Monitoraggio degli effetti sulla spesa sanitaria dell'utilizzo dei farmaci innovativi. In via sperimentale per il triennio 2018-2020, ai fini di un più efficiente utilizzo delle risorse e di una migliore organizzazione del Ssn, il Ministero della salute, di concerto con il Mef, avvierà un **monitoraggio degli effetti dell'utilizzo dei farmaci innovativi e innovativi oncologici sul costo del percorso terapeutico-assistenziale complessivo**. Il monitoraggio, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, sarà effettuato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza su una o più aree terapeutiche e sarà svolto sulla base dei dati di real world evidence e delle informazioni ricavate dai Registri dei farmaci innovativi e innovativi oncologici sottoposti al monitoraggio dell'Agenzia italiana del farmaco.

L'esito del monitoraggio, ferma restando la cornice finanziaria vigente per il Servizio sanitario nazionale, sarà funzionale alla migliore allocazione delle risorse programmate per il Ssn, ricomprendendo anche la valutazione della congruità dei fondi per i farmaci innovativi e per i farmaci innovativi oncologici.

Proroga deroga tariffe Ismett - Sicilia. Prorogata di un anno, fino al **31 dicembre 2018**, la valorizzazione delle tariffe dell'Ismett di Palermo.

Informatizzazione del ciclo passivo degli acquisti da Ssn. Al comma 1 si spiega come, al fine di incentivare l'efficienza e la trasparenza del sistema di approvvigionamento della pubblica amministrazione, l'emissione, la trasmissione, la conservazione e l'archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi dovrà essere effettuata in forma elettronica. A tal fine, con decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, sentita con Agid, d'intesa con la Conferenza unificata, saranno adottati appositi regolamenti volti a disciplinare le modalità tecniche e le date di entrata in vigore delle modalità obbligatorie di invio in forma elettronica della predetta documentazione.

Il comma 2 stabilisce che, per gli enti del Servizio sanitario nazionale, ai fini del potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria, anche in relazione al perseguimento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, la trasmissione dei documenti di cui al comma 1 avviene per mezzo del Sistema di gestione messo a disposizione dal Mef e da questo gestito anche avvalendosi delle proprie strutture societarie. Questo sistema di gestione rientrerà tra gli strumenti per il monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie.

Edilizia sanitaria. Vengono modificati i termini temporali delle misure contenute al comma 310 della legge finanziaria del 2006. Per razionalizzare l'utilizzo delle risorse per l'attuazione del programma di edilizia sanitaria gli accordi di programma sottoscritti dalle Regioni, decorsi 30 mesi (in precedenza erano 18) dalla sottoscrizione, si intenderanno risolti, limitatamente alla parte relativa agli interventi per i quali la relativa richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro tale periodo temporale, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa. La disposizione si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi per i quali la domanda di ammissione al finanziamento risulti presentata, ma valutata non ammissibile al finanziamento entro 36 mesi (in precedenza erano 24) dalla sottoscrizione degli accordi medesimi, nonché alla parte degli accordi relativa agli interventi ammessi al finanziamento per i quali, entro nove mesi dalla relativa comunicazione alla regione, gli enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute.

Registro nazionale delle talassemie e delle emoglobinopatie. Viene istituito il registro nazionale delle talassemie e delle emoglobinopatie che punta a migliorare la diagnosi, la prevenzione, la cura e la ricerca su questa patologia.

Contributo Enpaf da parte di società di capitali in farmacia. Le società di capitali, le società cooperative a responsabilità limitata e le società di persone proprietarie di farmacie private, con capitale maggioritario di soci non farmacisti, dovranno versare all'Enpaf un contributo pari allo 0,5% sul fatturato netto IVA. Il contributo dovrà essere versato all'Enpaf annualmente entro il 30 settembre dell'anno successivo alla chiusura dell'esercizio.

Superticket. Viene istituito un **fondo strutturale da 60 milioni l'anno** per agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie a specifiche categorie di soggetti vulnerabili. La definizione di soggetti vulnerabili comprenderà le vulnerabilità sociali, legate al reddito, e anche quelle legate a patologie o a soggetti vulnerabili come i minori.

Tariffe strutture ospedaliere. Si punta a far sì che le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica costituiscano riferimento per la valutazione di congruità delle risorse a carico del Ssn, quali principi di coordinamento della finanza pubblica.

Valorizzazione Irccs. L'obiettivo è quello di rimuovere, nel rispetto dell'equilibrio finanziario del sistema, eventuali provvedimenti normativi tesi a limitare il raggiungimento della piena capacità produttiva degli Irccs.

Agenas. Viene rideterminata la dotazione organica dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali nel numero di **146 unità**, di cui **17 con qualifica dirigenziale**. Per il biennio 2018-2019, nel rispetto della programmazione triennale di fabbisogno di personale, Agenas potrà bandire procedure concorsuali, per esami, per assunzioni a tempo indeterminato di **100 unità di personale**, di cui **10 dirigenti di Area III, 80 categoria D** a posizione economica base, **7 categoria C** posizione economica base e **3 categoria B** posizione economica base, con una riserva di posti non superiore al 50% per il personale non di ruolo, di qualifica non dirigenziale, che, alla data di entrata in vigore della legge, presta servizio, con contratto a tempo determinato da almeno 3 anni presso l'Agenzia stessa.

Contributo ricerca. Viene attribuito un contributo economico a decorrere dal 2018 per l'attività di ricerca sul genoma del pancreas alla **Fondazione italiana onlus per la ricerca sulle malattie del pancreas**.

Art 68 (Contributo Regioni a finanza pubblica)

Alle Regioni a statuto ordinario è attribuito un contributo destinato alla riduzione del debito di importo pari a **2.200 milioni di euro per l'anno 2018**. Gli importi spettanti a ciascuna Regione a statuto ordinario possono essere modificati a invarianza del contributo complessivo, mediante accordo da sancire, entro il 31 gennaio 2018, in sede di Conferenza Stato Regioni. Ciascuna Regione a statuto ordinario consegue nell'anno 2018 un valore positivo del saldo di cui al comma 466 dell'articolo 1 della legge 11 dicembre 2016, n. 232 in misura pari al contributo di cui al periodo precedente.

Per l'anno 2018 il concorso alla finanza pubblica delle Regioni a statuto ordinario, per il settore non sanitario è **ridotto di 100 milioni di euro** e per la quota rimanente è realizzato:

- a) per 2.200 milioni di euro** con il contributo di cui al comma 1;
- b) per 94,10 milioni** mediante riduzione delle risorse per l'edilizia sanitaria;
- c) per 300 milioni di euro** in ambiti di spesa e per importi proposti, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in sede di autoordinamento dalle regioni e province autonome medesime, da recepire con intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni, entro il 30 aprile 2018. In assenza dell'intesa, il contributo di cui al primo periodo è ripartito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa deliberazione del Consiglio dei ministri, tenendo anche conto dei fabbisogni standard come approvati ai sensi del comma 534-bis dell'articolo 1 della legge 11 dicembre 2016, n. 232 e delle capacità fiscali standard elaborate dal Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento delle finanze avvalendosi della Struttura tecnica di supporto alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome presso il Centro interregionale di Studi e Documentazione (CINSEDO) delle regioni.

In caso di mancata approvazione dei fabbisogni standard e delle capacità fiscali standard, il concorso alla finanza pubblica di cui al periodo precedente è ripartito tenendo anche conto della popolazione residente e del Pil. Il predetto decreto del Presidente del Consiglio dei ministri individua anche le modalità di acquisizione delle risorse da parte dello Stato

In deroga alle disposizioni recate dall'articolo 20, comma 3, primo periodo, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, le somme per interventi di **edilizia sanitaria** compresi in accordi di programma sottoscritti nel 2017 ammessi a finanziamento nel 2018 sono accertate in entrata dalle regioni nel 2019. I termini di risoluzione degli accordi di programma di cui all'articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 sono prorogati in ragione del periodo di sospensione che si realizza nel 2018.

Giovanni Rodriquez

Sanità. Parla il Dg del ministero della Salute, Andrea Urbani, sulle sfide e le emergenze del Servizio sanitario

«Una nuova governance per il Ssn»

■ «Il Servizio sanitario nazionale? Orache abbiamo messo in sicurezza i conti, dobbiamo ricongegnerizzarlo. Vanno messi in pista modelli e risorse adeguati a fronteggiare l'emergenza cronicità e le sfide dell'innovazione». Andrea Urbani, direttore generale della programmazione del ministero della Salute, risponde così alle polemiche su una manovra troppo "leggera" per la sanità. A cominciare dal "maquillage" sul superticket e dalle mancate risorse per rinnovare i contratti dei medici. Che oggi a Roma annunceranno lo sciopero del 12 dicembre.

Ssn colfiato corto in manovra?

In realtà negli ultimi sei anni il Fondo sanitario nazionale è cresciuto di oltre l'1% l'anno, in coerenza con il Pil. In valori assoluti, sono sette miliardi di euro in più. Con queste risorse molte Regioni riescono a garantire ottimi livelli di assistenza, mentre altre sono inefficienti: assegnare loro un miliardo in più farebbe solo aumentare gli sprechi. Il punto è che va pensata una nuova governance che allochi le risorse nel modo giusto. Ed è questo che la ministra della Salute ci ha chiesto di fare.

Come procedere?

Con un sistema oggi in equilibrio, rispetto ai 6 miliardi di disavanzo in sanità che si producevano ogni anno e ai dieci miliardi di debiti che erano stati accumulati fuori bilancio, possiamo finalmente dedicarci al secondo step. E cioè uscire dalla logica dei silos verticali - in cui extra-spesa e sprechi erano aggregati per singoli comparti - lavorando a un sistema più performante, che faccia proprio l'approccio "orizzontale" del

paziente alla malattia, percepita come un unico percorso. Stiamo mettendo in piedi un modello predittivo insieme all'Istituto superiore di sanità, all'agenzia del farmaco, all'Istat e ad alcune università. Ma anche insieme all'Inps, che spende 30 miliardi l'anno per pagare l'assistenza ai cronici, per il 46% malati cardiovascolari o pazienti oncologici.

La cronicità è l'allarme rosso dei prossimi anni...

Così le demenza, l'obesità, le malattie respiratorie come la Bpco. Queste sono le patologie per cui un cambio di passo non è più rinviabile. La nuova governance da qui a 30 anni consentirà di riprogrammare le politiche sanitarie e di redistribuire le risorse tra un ospedale flessibile e per intensità di cura, e un territorio che privilegi la domiciliarità.

Ma cosa dire di un rapporto spesa sanitaria-Pil destinato a crollare al 6,4% già nel 2019?

Questo dato in sé non ha significato: solo analizzando i fabbisogni nel dettaglio, si può programmare dove investire, privilegiando innovazione e reali bisogni di cura. Nei prossimi giorni, intanto, presenteremo alle Regioni un nuovo "cruscotto" di autovalutazione dell'attività ospedaliera, che darà la fotografia dettagliata di ogni reparto. Solo la mappatura dei dati in tempo reale, consente una buona programmazione. E in attesa che il nuovo modello vada a regime, c'è ancora della manutenzione da fare: anche le amministrazioni in equilibrio hanno margini di efficientamento tali da poter liberare risorse per l'innovazione.

GIORGIO NERI/AGF/REDA/ITALIA