

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
11 LUGLIO 2014

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Patto Salute. Siglata l'intesa. Lorenzin: "Messo in sicurezza Ssn per generazioni future". Pronti anche i nuovi standard ospedalieri

*Dopo momenti di tensione, con alcuni presidenti di Regioni che accusavano l'Esecutivo di aver modificato il testo su cui giovedì scorso si era raggiunta l'intesa, grazie ad un lavoro di mediazione è arrivato il via libera definitivo al Patto. Introdotte misure per consentire maggiore flessibilità nelle assunzioni del personale. Lorenzin: "Ora possibile nuova programmazione sanitaria". Ecco il testo del **PATTO PER LA SALUTE** oggi all'esame della Stato Regioni, a cui però saranno apportate alcune modifiche concordate oggi nel corso della Conferenza, e il testo sui nuovi **STANDARD OSPEDALIERI**.*

“È una grande giornata per la sanità italiana”, così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha commentato il via libera della Conferenza Stato-Regioni al Nuovo patto per la Salute. Un sì arrivato dopo una lunga giornata non priva di momenti di tensione (il testo arrivato oggi all'attenzione dei governatori conteneva modifiche che non rispettavano i desiderata delle regioni, e sembrava potesse bloccare l'entrata in porto del provvedimento) ma che grazie ad un lavoro di mediazione ha consentito la svolta definitiva.

“Abbiamo messo in sicurezza il sistema sanitario italiano per le prossime generazioni, affrontando grandi temi come quello della longevità, la riorganizzazione del territorio e del personale, la garanzia di una maggiore efficienza dei servizi e nuovi sistemi di controllo ed efficientamento sia della qualità che della quantità”, ha detto il ministro, sottolineando che “il patto rimette al centro le politiche sanitarie che guardano alla qualità dell'assistenza ed alla prevenzione dopo anni in cui avevamo solo l'ossessione del costo”.

Certo, come ha aggiunto il ministro, “questo non vuol dire che non si debbano tenere in equilibrio i bilanci, ma che si può cominciare a fare di nuovo programmazione sanitaria. Inoltre passa il principio che quello che si risparmia viene reinvestito in sanità”.

E questo è solo l'inizio, perché tra l'inserimento nel Ddl Madia della proposta targata Lorenzin per la riforma della governance per la scelta dei direttori generali sanitari e dei primari, e la riforma dell'Aifa e dell'Agenas, che dovrebbe andare in discussione i primi di settembre, si potrà avere “una macchina efficiente in grado di rendere competitivo il sistema italiano, di continuare ad erogare prestazioni di alto livello ai cittadini e di avere anche nuove misure che consentono di aiutare le Regioni in Piano di rientro”.

“Abbiamo affrontato - ha aggiunto il ministro - anche il problema dello sblocco del turn over. Abbiamo ricevuto a questo proposito la collaborazione da parte del Mef, pur rimanendo nei paletti di invarianza di spesa, ha permesso l'apertura verso strumenti più elastici che permetteranno di rispondere al fabbisogno di personale in tutte le Regioni, comprese quelle in Piano di rientro. Chi ha equilibrio di bilancio, ha tutti i parametri a posto

e ci dimostra di aver bisogno di personale per garantire i livelli essenziali di assistenza, potrà farlo”.

La partita sul Patto della Salute è quindi chiusa e “rappresenta l’approdo di un grosso lavoro che ha registrato enorme dedizione di tutte le parti in causa”, ha sottolineato **Luigi Marroni**, assessore alla Salute in Toscana, al termine della Conferenza Stato-Regioni.

“Il principale nodo, che siamo riusciti a sciogliere - ha spiegato l’assessore toscano - riguardava la gestione del personale. Le Regioni che ha raggiunto l’equilibrio economico-finanziario avranno maggiore libertà nella gestione del personale e del turn over, mentre quelle in Piano di rientro dovranno ovviamente attenersi a parametri più stringenti”. Marroni ha sottolineato che è stato questo il principale scoglio da superare, soprattutto per via di alcuni attriti col Mef. Sarà inoltre rafforzato il sistema di monitoraggio, affinché il Patto riceva piena attuazione. Saranno infatti istituiti dei tavoli che, con scansione periodica, coinvolgeranno Mef, Ministero della Sanità e Regioni.

Tuttavia sono state messe a punto “alcune modalità affinché ci sia meno incidenza sulla gestione del personale anche nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro”, ha precisato **Catiuscia Marini**, presidente dell’Umbria. “Il blocco del turn over, sino al raggiungimento dell’equilibrio economico-finanziario è stato infatti abbassato da due anni e mezzo a un anno e mezzo”. La definizione di questi aspetti ha costituito “il tema su cui ci siamo concentrati durante l’incontro odierno, cercando di garantire una maggiore flessibilità nella gestione del personale, sempre tenendo conto della sostenibilità economica. Le Regioni virtuose potranno infatti tornare ad assumere”.

Nel complesso il Patto “affronta temi fondamentali - ha concluso Marini - che consentiranno di assicurare al sistema una solida programmazione sia a livello di servizi che per quanto concerne la capacità di garantire i Lea. Le Regioni sono state protagoniste di questo passaggio epocale che permetterà di salvaguardare e implementare il Ssn”.

“Con l’intesa raggiunta oggi – ha spiegato **Luca Coletto**, assessore alla sanità del Veneto e coordinatore degli assessori in Conferenza della Regioni – sono stati sciolti i nodi sui tagli del Fondo sanitario. Questo significa che se il Governo decidesse per futuri tagli dovrà dirci dove saranno fatti, non saranno più le Regioni a sforbiciare. In questo modo il Governo si prende in carica anche la possibilità di rimodulare il fondo e il Patto stesso”.

Ecco il [testo del Patto per la Salute](#) entrato in Stato Regioni. Pronti anche i nuovi [Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera](#).

PATTO PER LA SALUTE. La sintesi del nuovo testo STANDARD OSPEDALIERI. La sintesi del nuovo Regolamento. Posti letto al 3,7 per mille abitanti. Tetti anche per le strutture accreditate

Patto o pacco? Alle Regioni certezza di spesa, ma nessun vero progetto riformatore di Ivan Cavicchi

Diverso sarebbe stato se Lorenzin avesse fatto una vera transazione chiamando al tavolo i sindacati, oltre alle Regioni, e preteso, da entrambi, certezze sui risparmi possibili. Queste menate sull'appropriatezza, la manutenzione, la sostenibilità, l'umanizzazione non sono credibili se il capitale del sistema, vale a dire il lavoro, continuerà ad essere marginale.

Patto o pacco? Il dubbio mi è venuto quando stupefatto, ma anche insospettito, dal trionfalismo delle dichiarazioni di ministri, presidenti regionali e assessori, sono andato a leggermi il testo. Possibile mai, mi sono chiesto, che rane, zucche e topi siano diventati, come per magia, una pariglia di purosangue, un cocchio elegante, principi e principesse? Possibile mai che il mondo che fino ad ora ci ha fatto “rovesciare” si sia improvvisamente “rovesciato”? Che un sortilegio abbia trasformato il pensiero debole in un pensiero forte? Che l'incubo del “riformista che non c'è” sia come per incanto finito? Ma, ahimè, favole e sanità non vanno d'accordo e leggendo il testo ho trovato solo il solito riformista che non c'è... e quindi rane, topi e zucche.

Questo “pacco” ben incartato, pieno di svolazzi, di marca fasulla, fino a sembrare un patto, non è altro se non un matrimonio promiscuo tra la ministra della salute e il presidente delle regioni, per di più funestato da una imbarazzante condanna al vero grande “pattista” della sanità: “Beatrice e Vasco, giurate di garantire manutenzione, sostenibilità, appropriatezza, riorganizzazione ecc ? “Dite lo giuro”. “Lo giuro”, rispondono i convenuti. ”Vi dichiaro marito e moglie finché morte non vi separi, assicurandovi intanto certezza di risorse augurandomi che poi possiate riprodurre tanti risparmi”.

Questo è il cuore del “pacco”, certezze di risorse e buoni propositi. Giusto per dare l'idea della strana “lista di nozze” orientata al futuro questi gli impegni matrimoniali dichiarati: ripensare la governance, aggiornare i Lea, un documento di indirizzo sull'appropriatezza, fare una ricognizione per consentire l'intramoenia allargata, accelerare la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, ripensare il sistema dei ticket, istituire una commissione per la valorizzazione delle risorse umane, aggiornare il prontuario farmaceutico, definire nuovi standard organizzativi del Distretto, un progetto di umanizzazione delle cure, istituire una commissione permanente per aggiornare le tariffe per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, definire un programma per l'edilizia, concordare un piano strategico per la diffusione della sanità digitale, stabilire le pesature dei costi e fabbisogni standard al fine del riparto dei fondi. Ecc ecc.

Le uniche cose importanti certe (si fa per dire) sono: la definizione del FSN (2014/109,928 miliardi, 2015/112,062 mld, 2016/115,440 mld), il cuore del pacco, i nuovi standard ospedalieri (tanto per cambiare). Stop.

Ditemi voi, tenendo conto che il FSN anche se quantificato resta subordinato al “conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica”, è un “patto” o un “pacco”? Se in sanità non possiamo credere alle favole fatemi fare un paio di ragionamenti. Ricordo che il governo aveva rinunciato ad operare tagli lineari alla sanità per un valore di 10 mld ma solo per dare la possibilità alla sanità di risparmiarli in modo autonomo e discreto. Chiedo ai novelli sposi: dove sono i risparmi che avete promesso al governo? Siete in grado di quantificarli in denari sicuri? Sono per caso alla faccia di tante chiacchiere quelli che deriveranno dai nuovi standard ospedalieri? Perché se non siete in grado di farlo o se

pensate di cavarvela con riduzioni dei posti letto, state certi che non solo ci ribeccheremo i tagli lineari ma a saldo delle vostre inadempienze, persino raddoppiati.

Chiedo di nuovo ai novelli sposi: ma ci spiegate bene cosa vuol dire che i risparmi resteranno alla sanità? Personalmente continuo ad avere i miei dubbi, perché se i risparmi restassero in sanità allora non sarebbero risparmi, cioè l'invarianza complessiva della spesa annullerebbe il concetto di risparmio e ciò non sarebbe gradito al Governo. Probabilmente il Governo, quando andrà ad aprire il pacco, potrebbe scoprire che i risparmi sono restati in sanità ma solo perché essi non ci sono mai stati, cioè le Regioni hanno continuato a spendere sostanzialmente come prima contando sulle quantificazione "certe" del fondo. Il dramma vero delle rane, dei topi e delle zucche non è ontologico (anche loro sono creature di Dio), ma politico. Costoro, passato il periodo buio di Monti - che con loro non solo non ha voluto fare nessun patto ma ha cercato di ridimensionarne i poteri - senza un progetto riformatore vero, senza che nessuno li metta in riga con un nuovo Titolo V, tornano ad avere solo certezza di spesa, promettendo in cambio questo mondo e quello che non c'è.

Diverso sarebbe stato se, anziché infoiarsi in un matrimonio promiscuo, la rappresentante del Governo avesse fatto una vera transazione chiamando al tavolo i sindacati e preteso, da entrambi, certezze sui risparmi possibili, per esempio riducendo ex ante per un valore convenzionale, la spesa per sprechi, corruzioni, abusi, diseconomie, quindi reinvestendo il risparmio ottenuto nella ricapitalizzazione del lavoro, per continuare ad amplificare il rapporto ricapitalizzazione/risparmi riformando davvero il sistema. Queste menate sull'appropriatezza, la manutenzione, la sostenibilità, l'umanizzazione non sono credibili se il capitale del sistema, vale a dire il lavoro, continuerà ad essere marginale.

La mia conclusione è mendeliana: rane topi e zucche non dovrebbero sposarsi, essi sono oggettivamente appartenenti a generi diversi. Se chi finanzia si sposa con chi spende sono dolori. Tra una balena e un rinoceronte può nascere un "balenoceronte", un pacco, mai un patto.

Ivan Cavicchi

La salute degli italiani. Migliora quella fisica ma peggiora quella mentale. Una persona su tre fa uso quotidiano di farmaci. Il rapporto Istat

La depressione è il problema di salute mentale più diffuso: colpisce 2,6 milioni di italiani. Scende dal 6,1% al 5,5% la quota di persone con limitazioni funzionali (si stimano in oltre 3 milioni, di cui oltre l'80% anziani). Un bambino su cinque prende farmaci. Si dimezza il numero di persone che ricorrono alle terapie non convenzionali. IL RAPPORTO

Quella italiana è una popolazione che invecchia, in cui le patologie croniche sono sempre più diffuse. Rispetto al 2005, diminuiscono malattie respiratorie croniche e artrosi - la popolazione che invecchia proviene da esperienze di vita sempre più sane - mentre aumentano tumori maligni, Alzheimer e demenze senili anche perché c'è maggiore capacità di riconoscere le malattie. Migliora lo stato di salute fisico, peggiora quello mentale rispetto al 2005: quest'ultimo diminuisce in media di 1,6 punti (71,8 controllato per età), in particolare tra i giovani fino ai 34 anni (-2,7 punti), soprattutto maschi, e tra gli adulti di 45-

54 anni (-2,6). Un calo ancora più rilevante si registra nell'indice di salute mentale delle persone straniere residenti in Italia; l'indice si riduce in media di 4,7 punti, ma tra le donne straniere la diminuzione è di 5,4 punti. Questi alcuni dei dati che emergono dal Rapporto sulla Tutela della salute e l'accesso alle cure 2013 presentato oggi dall'Istat, che segnala, inoltre, come 1 italiano su 3 assuma quotidianamente farmaci.

Salute mentale. La depressione è il problema di salute mentale più diffuso e il più sensibile all'impatto della crisi: riguarda circa 2,6 milioni di individui (4,3%), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età.

Salute fisica. Continua invece a diminuire la quota di persone con limitazioni funzionali, dal 6,1% nel 2000 al 5,5 % nel 2013. Si stima che siano oltre 3 milioni di persone, di cui oltre l'80% anziani e i due terzi donne. Nel Sud e nelle Isole la quota si mantiene significativamente più elevata rispetto alle altre aree territoriali. Le famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali sono l'11%; di queste, meno del 20% ricevono assistenza domiciliare pubblica. Considerando anche quelle che suppliscono a tale carenze ricorrendo a servizi privati a pagamento, rimane comunque più del 70 % che non usufruisce di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica.

Stili di vita. Diminuiscono i forti fumatori, ma aumenta la percentuale di adolescenti e giovani donne che iniziano a fumare prima dei 14 anni, passando da 7,6% a 10,5%. È obeso l'11,2% degli adulti, quota in aumento sia rispetto al 2000 (erano il 9,5%), che al 2005 (10%). Nel 2013 solo il 20,6% della popolazione di 5 anni e più pratica un'attività fisica ritenuta protettiva per la salute secondo la definizione dell'Oms: il 25,9% tra gli uomini ed il 15,6% tra le donne.

Prevenzione. Aumenta la prevenzione dei tumori femminili rispetto al 2005, grazie alla diffusione dei programmi pubblici di screening. La quota di donne di 25 anni e oltre che si è sottoposta a mammografia, passa dal 43,7% al 54,5% mentre il 73,6% ha effettuato un pap test, con un netto aumento rispetto al 2005 (+9 punti percentuali). Gli incrementi maggiori si registrano tra le donne ultrasessantacinquenni e interessano anche i segmenti di popolazione meno istruita e le residenti nel Mezzogiorno. La prevenzione femminile aumenta anche tra le straniere, che tuttavia non recuperano il gap rispetto alle donne italiane.

Visite specialistiche. Aumentano le persone che ricorrono a visite mediche specialistiche, escluse quelle odontoiatriche (11,9% nel 2005 e 14,8% nel 2013) e diminuiscono le visite dal dentista del 30%.

Farmaci. Il 48,6% ha assunto farmaci nelle due settimane precedenti l'intervista. Già a partire dall'età infantile un bambino su cinque prende farmaci, con prevalenze che crescono con l'età fino a raggiungere intorno agli 80 anni quote rilevanti pari a oltre il 90% della popolazione. Le differenze di genere iniziano dopo i 14 anni e si attenuano quasi del tutto nell'età anziana.

L'88,1% ha assunto farmaci su prescrizione del medico, il 14,6% di propria iniziativa, l'1,1% su indicazione di un'altra persona. Le persone anziane riferiscono più frequentemente di aver assunto farmaci su prescrizione del medico (sale a oltre il 90% dai 55 anni e più), mentre la quota di chi assume farmaci di propria iniziativa è massima tra le persone di 15-24 anni (39,9%).

Complessivamente, su 100 persone che hanno preso farmaci nelle 2 settimane precedenti

l'intervista, il 41,7% ha limitazioni funzionali, è malato cronico o riferisce cattive condizioni di salute; la quota sale al 68,3% se si considera la sola popolazione di ultrasessantatreenne.

Quasi un terzo della popolazione (31,1%) deve fare uso regolarmente, per tutto l'anno, di farmaci prescritti da un medico (contraccettivi esclusi) con percentuali più elevate per le donne (32,5%) rispetto agli uomini (29,5%). Il consumo quotidiano dei farmaci aumenta fortemente con l'età, dal minimo di 6,9% tra i bambini fino a 14 anni al massimo di 30,4% tra gli ultraottantenni.

Dal punto di vista territoriale, la percentuale di consumatori giornalieri è più alta nel Nord-est (32,8%, tassi standardizzati) rispetto al Sud (30%). Le regioni con il tasso standardizzato più alto di assunzione giornaliera dei farmaci sono Emilia-Romagna, Umbria e Sardegna (dal 32,8% al 33,9%), quelle con il tasso standardizzato più basso sono il Molise, la provincia di Bolzano e l'Abruzzo (tutte sotto il 27%).

Tra coloro che prendono farmaci quotidianamente, l'88,2% li assume su prescrizione di un medico e il 14,1% di propria iniziativa. Il 77,1% delle persone di 65 anni o più assume farmaci tutti i giorni (71,7% nel 2005). Rimane stabile, al 56,3%, la quota di persone con un consumo giornaliero di farmaci tra quanti hanno almeno un problema di salute, vale a dire che riferiscono la presenza di limitazioni funzionali, di malattie croniche gravi, di tre o più malattie croniche o dichiarano cattive condizioni di salute.

Terapie non convenzionali. In netto calo. La diffusione delle terapie non convenzionali è pari all'8,2% nella popolazione, in netta flessione rispetto al 2005, e ancor più rispetto al 2000. Nel 2013, sono circa 4,9 milioni le persone che hanno scelto, nei tre anni precedenti l'intervista, di ricorrere ad almeno un rimedio o terapia di tipo non tradizionale (quasi 8 milioni nel 2005, pari al 13,7%). Tra le varie terapie non convenzionali la più diffusa resta l'omeopatia (4,1%), seguita dai trattamenti manuali (3,6%), dalla fitoterapia e dall'agopuntura (utilizzati rispettivamente dall'1,9% e dall'1% della popolazione) e, infine, da altri tipi di terapie non convenzionali (0,2%). Restano marcate le differenze di genere: tra le donne il 9,6% ne ha utilizzato almeno uno nei tre anni, mentre tra gli uomini la percentuale scende al 6,8.

Giudizio sul Ssn. Il livello di soddisfazione per i servizi sanitari pubblici è elevato tra chi ne ha fruito (circa 8 su una scala da 1 a 10). Rimangono invariate le disuguaglianze sociali nella salute, nei comportamenti non salutari, nelle limitazioni di accesso ai servizi sanitari. Permane lo svantaggio nel Mezzogiorno rispetto a tutte le dimensioni considerate.

Viaggio della speranza. Ogni anno 2 mld di euro dal Sud al Nord. Il Manifesto dei pazienti

Nel 2012 sono stati oltre 770 mila gli italiani ricoverati in una Regione diversa da quella di residenza. Viaggi della speranza che depauperano la sanità del Sud. Dai pazienti oncologici un Manifesto per accendere i riflettori sulle difformità tra le Regioni. Il messaggio di Lorenzin: "Obiettivo è garantire assistenza adeguata sul territorio"

Migliaia di pazienti italiani con tumore mobilitati a favore del diritto alla salute, l'uguaglianza dei cittadini e l'uniformità dei livelli di assistenza in tutto il territorio nazionale, contro i "viaggi della speranza" dal Sud verso il Nord. Ad allarmare le Associazioni dei pazienti, che oggi a Roma nel corso di un Forum istituzionale presentano il

Manifesto per i diritti dei pazienti oncologici, sono in particolare 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, che 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’altra, 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, promotrice dell’iniziativa insieme ad altre 9 Associazioni** – 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.

Il divario tra Nord e Sud, alla base della migrazione sanitaria, è uno degli aspetti strutturali del Servizio Sanitario italiano che, pur piazzandosi ai primi posti nei principali indicatori internazionali da decenni, non riesce a gestire le carenze reali e percepite nell’assistenza che colpiscono soprattutto le Regioni meridionali. Nel corso del 2012 sono stati oltre 770 mila gli italiani ricoverati in una Regione diversa da quella di appartenenza. Il Nord assorbe il 55,1% della mobilità attiva: all’opposto, al Sud tutte le Regioni, tranne il Molise, hanno un saldo negativo. Complessivamente le risorse mobilitate per le cure extra-regione nel 2012 sono state pari a circa 4 miliardi di euro. Il saldo finale è di circa 2 miliardi di Euro e si tratta per lo più di risorse che si sono spostate dalle Regioni del Sud a quelle del Nord incrementando il divario e la capacità di recupero del Sud. Risorse 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.

“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. 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”, afferma **Giovanni Fattore, Professore ordinario e Direttore del Dipartimento di Analisi delle politiche e management pubblico, Ricercatore senior del CERGAS, Università Bocconi, Milano**. “La mobilità sanitaria ha dato una via d’uscita ai pazienti di fronte a servizi locali di qualità modesta e quindi ha ridotto la pressione sociale affinché si investisse nei contesti locali, generando un ulteriore degrado della Sanità del Sud Italia”.

Sono in primo luogo gli specialisti oncologi a confrontarsi con l’impatto della migrazione

sanitaria su migliaia di pazienti. “Ogni giorno noi clinici assistiamo persone che arrivano da altre Regioni per trovare cure e assistenza migliori nei nostri ospedali. I motivi di questa fuga sono diversi ma nella maggior parte dei casi il paziente “fugge” dalla propria Regione perché non trova i servizi e la tecnologia adeguati”, afferma **Paolo Marchetti, Professore ordinario di Oncologia Medica, Direttore di U.O.C. Oncologia Medica, A.O. Sant’Andrea di Roma.**

“Decidere” di andare altrove a curarsi ha sempre un impatto drammatico, economico e umano, su pazienti “fragili” come quelli oncologici e le loro famiglie, soprattutto al Sud. “La migrazione sanitaria dal Sud al Nord è fondamentalmente il sintomo di un’inadeguatezza della reputazione, reale o percepita, dell’offerta sanitaria meridionale”, afferma **Sergio Lodato, Direttore Sanitario Istituto Nazionale Tumori, IRCCS Fondazione Pascale, Napoli.** “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”.

Drammatici i numeri in alcune Regioni: “In Calabria il fenomeno della migrazione sanitaria è particolarmente grave: solo il 40% 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”, afferma **Sergio Abonante, Direttore S.S.D. Chirurgia Senologica, Azienda Ospedaliera di Cosenza.**

A penalizzare i pazienti può essere non solo la Regione di residenza, ma anche il tipo di tumore: i pazienti italiani con tumori rari, che richiedono competenze di eccellenza concentrate in pochi Centri, sono quasi sempre costretti a un “viaggio della speranza”: “La migrazione sanitaria dei pazienti con tumori rari è un fenomeno molto importante” afferma **Paolo Casali, Responsabile S.S.D. Oncologia Medica dei Tumori Mesenchimali dell’Adulto, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano.** “Per arginare e contrastare la migrazione sanitaria, è stata costituita la Rete dei Tumori Rari, basata sulla collaborazione tra strutture di riferimento per singole neoplasie rare e buoni Centri di Oncologia medica. L’obiettivo è di mantenere il paziente quanto più possibile vicino casa”.

Un modello di assistenza che limita la migrazione sanitaria è quello delle Breast Unit, che assicurano una “presa in carico globale” per le pazienti con tumore al seno: “Equipe multidisciplinare, professionisti formati, protocolli standardizzati, elevato volume di attività, controlli di qualità e presa in carico completa della paziente dal momento della diagnosi, fino al follow up e alla riabilitazione è ciò che caratterizza il modello Breast Unit, che riesce a garantire un significativo aumento della sopravvivenza e a ridurre la migrazione sanitaria”, afferma **Patrizia Frittelli, Coordinatrice Breast Unit e Responsabile U.O. di Chirurgia Senologica, Ospedale Belcolle di Viterbo, Direttivo ANISC, Associazione Nazionale Italiana Chirurghi Senologi.**

Prima firmataria del Manifesto tra i parlamentari è la senatrice **Adele Gambaro, eletta nel Movimento 5 Stelle e attualmente iscritta al Gruppo Misto:** “La Sanità non è certo ai primi posti tra i temi di cui si discute in questi giorni al Governo o in Parlamento. Si tratta di una lacuna che va assolutamente colmata perché coinvolge la vita di milioni di cittadini ed è opportuno, attraverso questa iniziativa, sensibilizzare Governo e Parlamento ad attivarsi anche oltre l’attuale dibattito sulle riforme istituzionali”.

Dopo la presentazione del Manifesto, le richieste delle Associazioni saranno sostenute nei prossimi mesi da attività di comunicazione on line e sul territorio.

DOCTORNEWS33

Patto salute, in extremis raggiunto l'accordo. I contenuti: nel Ssn più qualità e meno demagogia

Il Patto per la salute 2014-2016 di 29 articoli è chiuso e l'accordo è trovato tra ministeri e Regioni. L'intesa è stata siglata ieri pomeriggio e annunciata dal ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** che ha parlato della possibilità di allentare i vincoli del turn over e non solo per le regioni "virtuose". Fino all'ultimo c'è stata suspense: alcuni governatori regionali con in testa il veneto **Luca Zaia** hanno fatto pressione perché il presidente di giunta "depotenziato" del governo della sua sanità in caso di deficit potesse concorrere alla nomina del commissario ad acta che non potrà più identificarsi con un membro di giunta. In realtà la risposta a questa istanza non pare soddisfatta nero su bianco. Intanto, non solo nelle regioni ma anche in Asl e ospedali, i direttori generali dovranno avere un curriculum con requisiti standard "forti".

Obiettivo risparmio - Il patto punta molto su selezione dei manager, attenzione ai vincoli di spesa, necessità di rivedere le esenzioni dai ticket entro l'anno su base del reddito e non principalmente della patologia, l'impegno di rivedere i livelli essenziali di assistenza provando a risparmiare senza tagliare servizi ai cittadini. Si prevede pure una revisione del Prontuario farmaceutico: per i farmaci a carico Ssn arrivano i prezzi di riferimento tarati su categorie terapeutiche omogenee; in compenso l'autorizzazione in compenso di un farmaco corrisponderà alla sua rimborsabilità che dovrà partire in simultanea nelle 20 regioni.

I rischi - Il ministro conferma che i risparmi di eventuali razionalizzazioni resteranno alla sanità ma il Ministro dell'Economia ha fatto inserire alla fine una clausola in base alla quale l'intesa stabilita sul fondo sanitario -337 miliardi di euro in 3 anni – potrà essere oggetto di revisione in caso di variazioni del quadro macroeconomico o in relazione al conseguimento di obiettivi di finanza pubblica.

Investimenti & no - Sull'edilizia sanitaria le regioni ottengono che per garantire continuità e sicurezza nell'uso delle vecchie strutture e per farne di nuove il governo assicura risorse adeguate senza attingere a risorse già promesse alle regioni per finanziare le prestazioni ai cittadini. Nulla cambia invece in tema di prevenzione, non si parla dei Dipartimenti e si affidano competenze nutrizionali ai veterinari malgrado fossero scesi in campo tutti i sindacati della dirigenza medica (Intersindacale) per chiedere il taglio degli articoli 16-18.

Mmg giovani & vecchi - Il Ministero dell'Economia impone il rispetto dei vincoli di spesa per l'accesso dei nuovi professionisti a contratti e convenzioni: la formazione di specializzandi e tirocinanti in medicina generale si dovrà fare senza oneri nuovi per la

finanza pubblica. Quest'ultimo capitolo sarà oggetto di un ddl delega frutto di un tavolo regioni-ministeri (inclusa l'Università) che dovrà terminare i lavori non più a fine anno come nella precedente stesura ma entro ottobre: una magra consolazione per i giovani medici del tirocinio triennale in medicina generale che avevano fino all'ultimo sperato nel patto per introdurre attività professionalizzanti remunerate a latere della borsa nel loro percorso di studi. I medici di famiglia incassano all'ultimo anche la solidarietà dei pediatri Fimp il cui leader Giampietro Chiamenti sostiene la petizione di Fimmg pro-tirocinanti e si augura che anche i futuri pediatri abbiano gli stessi percorsi professionalizzanti sul territorio presso pediatri di libera scelta-tutor. Sempre i medici di famiglia per concludere saranno obbligatoriamente aggregati nelle Aft funzionali, che saranno la cellula (o lo strumento) base per partecipare ad ulteriori aggregazioni come le Uccp.

Indagine Fiaso-Cergas, Asl in difficoltà nei follow up

Pochi elettrocardiogrammi per scompenso cardiaco, poche Tac al polmone nel caso di tumore, poche radiografie alla mano per artrite reumatoide. Difficoltà, in generale, nella presa in carico nelle fasi di follow up dei pazienti. È questo il quadro che emerge dalla ricerca sui “Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per le patologie croniche” condotta dalla Fiaso, la federazione che riunisce Asl e ospedali, insieme al Cergas Bocconi. L'indagine, che costituisce il primo benchmarking interaziendale, ha preso in esame consumi, appropriatezza e costi dei percorsi assistenziali e visto coinvolte 11 Asl, con l'obiettivo di conoscere che cosa viene erogato ai pazienti e dove intervenire per far fronte al meglio alla sfida delle cronicità, nell'ottica dell'appropriatezza e della sostenibilità del sistema. Per lo scompenso cardiaco, l'elettrocardiogramma (Ecg) risulta eseguito meno di quel che sarebbe necessario: una media di 0,81 prestazioni per paziente con comorbidità contro almeno uno ogni anno previsto dalle linee guida. Per il tumore al polmone la Tac al torace, esame essenziale per il follow up, viene eseguito molto meno del previsto, solo 0,36 volte (in regime ambulatoriale). Per l'artrite reumatoide, i problemi di appropriatezza si rilevano per le radiografie alla mano, che risultano essere in media 0,31 l'anno a paziente, ben al di sotto di una prestazione l'anno attesa. Nel caso della broncopneumopatia cronica ostruttiva, la spirometria, risulta essere eseguita solo su 18 pazienti: un dato largamente inferiore a quanto previsto dalle linee guida.

Rapporto Istat, crolla in Italia il consumo di terapie non convenzionali

Crolla in Italia il ricorso alle terapie non convenzionali e, in particolare, all'omeopatia: lo certifica il rapporto Istat “Tutela della salute e accesso alle cure” presentato ieri a Roma. In un'Italia che invecchia ed è generalmente soddisfatta dei servizi sanitari pubblici (voto medio: otto, in una scala da uno a dieci), se il ricorso alle visite specialistiche aumenta di tre punti percentuali dal 2005 al 2013, si registra invece una diffusione delle terapie non convenzionali pari all'8,2% nella popolazione, in netta flessione rispetto al 2005, e ancor più rispetto al 2000. Secondo l'indagine, condotta su un campione di 120mila italiani e coordinata dalla Regione Piemonte, sono circa 4,9 milioni le persone che nel 2013 hanno scelto, nei tre anni precedenti l'intervista, di ricorrere ad almeno un rimedio o terapia di tipo non convenzionale; ma erano quasi 8 milioni nel 2005,

pari al 13,7%. Tra le varie terapie non convenzionali la più diffusa resta l'omeopatia (4,1%), seguita dai trattamenti manuali (3,6%), dalla fitoterapia e dall'agopuntura (utilizzati rispettivamente dall'1,9% e dall'1% della popolazione) e, infine, da altri tipi di terapie (0,2%). Restano marcate le differenze di genere: tra le donne il 9,6% ha utilizzato almeno uno di questi trattamenti negli ultimi tre anni, mentre tra gli uomini la percentuale scende al 6,8%. Il ricorso a trattamenti omeopatici scende complessivamente dal 7% al 4,1%; in particolare, si dimezza tra le donne adulte di 25-54 anni (6,9%) e diminuisce anche tra i bambini: nel 2005 circa l'8,2% della popolazione fino a 14 anni era curato con rimedi omeopatici, nel 2013 la quota scende al 6,1%. Il rapporto mostra che l'omeopatia, tra le terapie non convenzionali, è quella di minor successo: infatti, tra quanti hanno fatto ricorso ai diversi tipi di terapie nell'anno precedente l'intervista, si dicono convinti a utilizzarli ancora perché hanno ricevuto benefici il 55,4% per l'omeopatia, il 58% per i prodotti fitoterapici, il 76,7% per chi ha fatto ricorso all'agopuntura e l'83,4% per chi si è sottoposto a trattamenti manuali.

Migrazione sanitaria, 770mila italiani in fuga da propria regione

Sono stati oltre 770mila nel 2012 gli italiani in fuga dalla propria regione in cerca di cure migliori, ricoverati in realtà diverse da quella di appartenenza. Circa 2 miliardi di euro il saldo di questi "viaggi della speranza", che continuano a convogliare risorse dal Sud verso il Nord, incrementando il divario e la capacità di recupero delle Regioni meridionali, con un impatto drammatico, umano ed economico, per i pazienti oncologici e le loro famiglie. È questo l'allarme lanciato ieri a Roma dalle associazioni dei pazienti oncologici, che con un Manifesto scendono in campo contro la migrazione sanitaria. «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».

Nel Manifesto le Associazioni chiedono che venga sancito il ruolo dello Stato come garante dell'uniformità sul territorio nazionale delle prestazioni sanitarie e sollecitano un'Authority nazionale di controllo della qualità delle prestazioni in Oncologia. Ad allarmare i pazienti sono in particolare 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, «che 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'altra, la recente entrata in vigore di una direttiva europea (2011/24/UE) che riconosce ai cittadini europei il diritto di curarsi in qualsiasi Paese dell'Unione e che "rischia di favorire un flusso migratorio a vantaggio delle fasce sociali ad alto reddito».

«La lotta al cancro è una priorità del Ssn» ha affermato il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** in un messaggio inviato agli organizzatori, spiegando che «l'obiettivo è collegare in rete i diversi sistemi assistenziali, garantendo un'offerta adeguata sul territorio, più vicina al domicilio, e realizzando una presa in carico globale della persona nei suoi bisogni sanitari, sociali e relazionali».

DIRITTO SANITARIO Tribunale di Verona, reperibilità del ginecologo: non oltre trenta minuti

Un ginecologo ha impugnato il verbale di accertamento di infrazione elevato dalla Polizia Municipale per eccesso di velocità, sostenendo che era di turno di pronta reperibilità e ha tenuto la velocità contestata in quanto doveva raggiungere l'Ospedale per effettuare un taglio cesareo d'urgenza, a seguito di apposita chiamata del medico di guardia in servizio in quel momento. Il sanitario ha rilevato la sussistenza dello stato di necessità, tenuto conto che, secondo il contratto collettivo integrativo della dirigenza medica della Asl, il tempo che il medico di pronta disponibilità ha a disposizione per raggiungere il presidio ospedaliero è di trenta minuti a decorrere dalla chiamata. Il Tribunale ha ritenuto che il medico si sia posto coscientemente nelle condizioni per tenere la condotta illecita contravvenzionata, poiché risiede in un comune sito ad una distanza di 45 km da quello dove presta servizio, cosicché non avrebbe comunque potuto raggiungere quest'ultimo nei tempi contrattualmente stabiliti rispettando i limiti di velocità. Pertanto, in applicazione del principio generale per cui colui che si pone volontariamente in una situazione illecita si deve far carico anche delle conseguenze che da essa derivano, non può essere accolta la richiesta di annullamento del verbale.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

SOLE24ORE/SANITA'

Patto, raggiunto l'accordo. Ecco le novità

Raggiunto l'accordo in Conferenza Stato-Regioni sul Patto per la salute. Resta la versione concordata la scorsa settimana (**VEDI**), con lievi modifiche.

Le Regioni che oggi avevano minacciato di non firmare l'intesa perché il testo di questa mattina era troppo diverso rispetto a quello concordato, addirittura con modifiche non concordate (**VEDI**), ce l'hanno fatta a ripristinare la situazione su cui erano d'accordo. E anche a introdurre le modifiche che avevano chiesto al primo testo (**VEDI**).

Del tira e molla della giornata nel hanno fatto le spese gli standard ospedalieri (**VEDI**) il cui esame (e l'eventuale approvazione) è stata rinviata alla prossima settimana.

«Dopo i costi standard e aver evitato i tagli, oggi col patto - ha dichiarato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin - mettiamo in sicurezza il sistema sanitario per le prossime generazioni, affrontando i grandi temi: la longevità, la riorganizzazione del territorio e del personale, garanzia di maggiore efficienza dei servizi, nuovi sistemi di controllo ed efficientamento sia della qualità che della quantità, rimettiamo al centro le politiche sanitarie che guardano alla qualità dell'assistenza e alla prevenzione dopo anni in cui avevamo solo l'ossessione del costo. Questo non vuol dire- continua- che non si tengono in equilibrio i bilanci, ma che possiamo cominciare a fare di nuovo programmazione sanitaria Passa inoltre il principio che quello che si risparmia rimane e viene reinvestito in sanità».

Inoltre «é in Parlamento la mia proposta per la riforma della governance, per la scelta dei direttori sanitari, generali e dei primari. Con questo, insieme al pacchetto di riforma dell'aifa e dell'Agenas, che dovrebbe andare in discussione ai primi di settembre, potremo avere una

macchina efficiente che rende competitivo il sistema italiano e, soprattutto, per continuare a erogare prestazioni di alto livello ai nostri cittadini, avendo anche nuove misure che consentano alle regioni in piano di rientro di garantire maggiori livelli di qualità dell'assistenza ai cittadini».

E' stato quindi «affrontato il tema del turn over e dell'ingresso del personale: grazie alla collaborazione del ministero dell'Economia- ha concluso il ministro - pur nell'invarianza di spesa, abbiamo potuto inserire strumenti più elastici per rispondere al fabbisogno di personale di tutte le regioni, anche quelle in piano di rientro. Le assunzioni verranno effettuate dalle Regioni in base alla loro autonomia economica: chi ha equilibrio di bilancio- spiega- ha tutti i parametri a posto e ci dimostra di aver bisogno di personale, per garantire i livelli essenziali di assistenza, potrà farlo».

I contenuti restano quindi quelli della precedente versione del Patto, con alcuni aggiustamenti e modifiche che ora dovranno essere coordinate nell'insieme del provvedimento.

Gli argomenti sono:

Finanziamenti: in cassa 337,5 miliardi in tre anni

Nel Patto sono indicate e le risorse per la sanità dal 2014 al 2016: 337,5 miliardi (ma non solo: si ampliano i confini per investimenti e risorse per l'edilizia che diventano certe e immediate) con i «risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto» che «rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie». E il testo chiarisce subito che «i risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole regioni per finalità sanitarie». Non solo: anche gli eventuali risparmi di gestione delle Regioni «rimangano nella disponibilità delle Regioni stesse per finalità sanitarie».

Il nuovo Patto apre poi alla possibilità di utilizzare la quota annua vincolata per gli obiettivi di carattere prioritario del piano sanitario nazionale per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte dalla Salute, a integrazione delle risorse destinate naturalmente a questo scopo. Chi è in piano di rientro dovrà però individuare i progetti da realizzare che devono essere coerenti con gli obiettivi dei programmi operativi approvati. E comunque - vale per tutti - le risorse non possono essere destinate a «finalità extrasanitarie».

Piani di rientro: presidenti mai più commissari

I piani di rientro diventano Piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali. E confermando gli impianti dei "vecchi" Patti dovranno evidenziare anche i progressi ottenuti e da lì partire con un sistema di miglioramento della governance e della riorganizzazione del sistema. Nel Patto è scritto chiaramente quali sono i loro nuovi obiettivi e anche che il commissario ad acta in caso di nuovi commissariamenti non potrà avere più nulla a che fare con incarichi politici e dovrà avere invece un curriculum che evidenzia qualifiche e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria anche in base ai risultati conseguiti in precedenza. Naturalmente però nella scelta di commissari e programmi saranno anche coinvolti i governatori.

Monitoraggi e verifiche: Patto sotto stretto controllo

Un tavolo politico composto da Salute, Economia e Regioni farà da "cabina di regia" per il monitoraggio sull'attuazione del Patto «nei tempi e nei modi convenuti».

Presso l'Agenas invece un tavolo permanente tecnico interistituzionale (presieduto dall'Agenas e di cui fanno parte Salute, Economia e Regioni) farà da supporto al tavolo politico per il monitoraggio dell'andamento e dell'applicazione delle proposte in campo sanitario sulla revisione della spesa. E, cosa più importante, «i risparmi conseguiti saranno

utilizzati in sanità per migliorare i livelli qualitativi del sistema dei servizi».

Ticket per reddito con equità e universalismo

La revisione di compartecipazioni ed esenzioni deve evitare che queste siano barriere per l'accesso ai servizi e alle prestazioni: equità e universalismo devono essere le parole d'ordine. Per questo il nuovo sistema - che deve essere messo a punto entro il 30 novembre da un gruppo di lavoro misto Regioni-Salute-Economia-Agenas e dal quale si attendono risparmi per almeno 200 milioni - dovrà considerare il reddito, la composizione del nucleo familiare ed essere semplice e chiaro per la sua applicazione. Poi, compatibilmente con le informazioni disponibili, più in là si potrà considerare la condizione "economica" del nucleo familiare. E il sistema dovrà garantire lo stesso gettito per ogni Regione.

Farmaci: si rivede il Prontuario e le valutazioni le fa l'Health Technology Assessment

Il Prontuario passato al filtro del criterio costo/beneficio mettendo in pista anche i prezzi di riferimento tarati su categorie terapeutiche omogenee. Torna in pista così la revisione della lista dei farmaci concedibili a carico del Ssn, prevista ormai due anni fa dal decreto «Balduzzi» (DL 158/2012 - L. 189/2012, articolo 11) e mai varata. E a fare da contraltare alle norme che gettano sul tavolo della trattativa prezzi di riferimento e categorie terapeutiche omogenee senza peraltro fissare scadenze temporali di alcun tipo, le misure in tema di contestualità tra autorizzazione all'immissione in commercio e definizione del regime di rimborsabilità, lo stop alla variabilità dei Lea farmaceutici a lume di codice di avviamento postale, l'altolà alle scelte personalizzate o pittoresche delle Regioni in tema di equivalenza terapeutica.

Tra le informazioni destinate a "pesare" nell'agenda dei controllori dei nuovi percorsi spicca senz'altro la messa delle informazioni attese dall'avvento "ufficiale" dell'Health Technology Assessment ai fini della valutazione nazionale dei medicinali.

Sanità digitale: un patto nel Patto

Le Regioni e il Governo hanno trenta giorni di tempo dall'approvazione del Patto per stipulare un altro patto: quello per la Sanità digitale. Si tratta di un piano strategico per eliminare gli ostacoli che rallentano la diffusione dell'e-health e per evitare realizzazioni parziali a macchia di leopardo come avvenuto fino a oggi. Si individueranno le priorità, i modelli di riferimento e gli strumenti di finanziamento, anche in partnership pubblico-privato. E lo strumento per programmare gli interventi sui sistemi informativi sarà il «Piano (triennale) di evoluzione dei flussi Nsis», che consentirà anche il monitoraggio dei Lea e dei relativi costi.

Umanizzazione delle cure: più rispetto per la persona

Gli interventi in questo senso delle Regioni dovranno coinvolgere aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

Per attuarli si potranno utilizzare le risorse vincolate e dovrà comunque essere predisposto un programma annuale in cui prevedere almeno un'attività progettuale sulla formazione del personale e una di "cambiamento organizzativo" con aree prioritarie definite: area critica, pediatria, comunicazione, oncologia, assistenza domiciliare.

Territorio: "Unità di cure primarie" e "Aggregazioni funzionali territoriali" a tutta forza

L'ossatura è la stessa dell'atto di indirizzo del comitato di settore alla Sisac per il rinnovo delle convenzioni, sulla base del quale sono state già avviate le trattative secondo le previsioni della legge Balduzzi. Nel Patto si specificano bene bacini di utenza (per le Aft non più di 30 mila abitanti) e composizione per le nuove strutture che dovranno prevedere, tra l'altro, almeno un medico esperto e formato in terapia del dolore.

Poi il territorio si articola tra presidi territoriali/ospedali di comunità secondo le regole sugli standard ospedalieri; specialistica ambulatoriale che dovrà raccogliere quanti più Drg possibili tra quelli a rischio di inappropriatazza; Piano nazionale delle cronicità, da mettere a punto entro il 30 dicembre; sistema informativo sulle strutture territoriali di riabilitazione; assistenza sanitaria nelle isole minori, sotto la lente di un Osservatorio ad hoc istituito sempre entro fine anno: emergenza-urgenza e 118 per il quale sono previsti anche criteri di accreditamento delle strutture.

Ospedali tra standard e continuità assistenziale

Va adottato senza ulteriori rinvii il regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi. Con una serie di modifiche annunciate (ma non ancora formalizzate) in cui si prevede che limite di posti letto per le case di cura private accreditate resta 60, ma da 40 in su sarà possibile eseguire accorpamenti amministrativi che le salverebbero praticamente quasi tutte rispetto alla versione iniziale degli standard. Per le monospecialistiche il criterio resta lo stesso, tranne per quelle di neuroriabilitazione che non avrebbero limiti.

Per quanto riguarda i posti letto pubblici, fermo restando lo standard di 3,7 posti letto per mille abitanti, la revisione finale degli eventuali tagli, avrebbe abbassato l'asticella delle riduzioni dagli oltre 7mila posti letto in meno previsti ai tempi di Balduzzi (tra 14.043 in meno per acuti e 6.653 in più per la post-acuzie), a circa 3mila-3.500 tagli veri e propri. Entro il 31 ottobre poi si dovrà anche stipulare un'intesa sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale con l'ospedale a domicilio del cittadino-paziente.

Per quanto riguarda la riabilitazione, secondo il Piano di indirizzo del 2011, entro sei mesi dal Patto si dovrà definire un documento di indirizzo che individua criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari scenari riabilitativi, per garantire alla persona disabile un percorso integrato all'interno della rete riabilitativa.

Personale: un tavolo politico per cambiare l'accesso delle professioni al Ssn

La «gestione e sviluppo delle risorse umane» punta sulla «valorizzazione delle risorse umane» per favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e la riorganizzazione dei servizi. Senza oneri per la finanza pubblica si intende.

A regolamentare il tutto penserà una delega che dovrà essere attuata secondo una serie di principi scritti nell'ultima versione del Patto, quella su cui oggi c'è stata maretta tra Economia e Regioni, cassando del tutto le parti scritte dal Mef (in rosso) (**VEDI**).

Gli ambiti di azione sono quelli della rete ospedaliera, dei servizi territoriali e delle loro forme di integrazione e poi ancora le cronicità e le non autosufficienze. Con l'obiettivo di trovare comunque un collegamento alla recentissima riforma della Pa.

Per questo la strada indicata nella bozza di Patto per la salute 2014-2016 prevede di «innovare» l'accesso delle professioni sanitarie al Ssn, di ridisciplinare la formazione di base specialistica e lo sviluppo di carriera con misure in grado di garantire maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell'utilizzo del personale a livello aziendale. Per farlo e per «razionalizzare» e «facilitare» l'accesso dei giovani medici al Ssn, Governo e Regioni dovranno istituire un tavolo "politico" ad hoc per individuare soluzioni normative anche in base a quanto accade negli altri Paesi Ue, che deve fare in fretta e concludere i suoi lavori entro il 31 dicembre 2014.

Intramoenia: legge Balduzzi assolutamente da applicare

Piena attuazione alle norme della Legge «Balduzzi (l. 189/2012)»: nel Patto è scritto che è ora di consentire il passaggio al regime ordinario dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (Alpi) così come l'ha ridisegnata la legge 189/2012, modificando

la legge di riferimento (legge 120/2007) con l'obiettivo di superare il regime derogatorio della cosiddetta "intraoemia allargata", ossia la possibilità di esercitare la libera professione presso studi privati autorizzati. In particolare, la «Balduzzi» ha previsto che le singole aziende sanitarie eseguano una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'attività libero-professionale, compresi i volumi delle prestazioni dell'ultimo biennio; in base ai risultati la Regione autorizzi ad acquisire, per acquisto, locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, o convenzioni con altri soggetti pubblici, i necessari spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari; se gli spazi non ci sono la Regione adotta un programma sperimentale per svolgere l'Alpi, in via residuale, presso gli studi privati dei singoli professionisti collegati in una infrastruttura di rete. Il tutto con un pagamento in chiaro delle prestazioni con l'obbligo di tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo e l'obbligo di Pos negli studi convenzionati e in rete telematica.

Prevenzione: più risorse (440 milioni l'anno) per il Piano nazionale

In coerenza con lo schema di Piano nazionale della prevenzione, in via di approvazione, Regioni e Province autonome all'art. 16 del Patto «convengono di confermare per gli anni 2014-2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1, del presente Patto, la destinazione di 200 milioni di euro l'anno, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi di Piano sanitario nazionale (240 milioni)».

Il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione - è la novità introdotta dal Patto - sarà destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening. evidence-based prevention, Associazione italiana registri tumori.

Veterinaria e sicurezza alimentare: tutela dei consumatori, obiettivo prioritario

Il Patto per la salute riconosce l'importanza del settore e ribadisce la necessità di una maggiore efficienza nella prevenzione, vigilanza e controllo. Il tutto deve avere come scopo il miglioramento della tutela della salute dei cittadini-consumatori, della garanzia e della qualificazione igienico-sanitaria e nutrizionale degli alimenti destinati al consumo. Non solo, in parallelo occorre garantire il benessere degli animali e la qualità dei loro alimenti, nonché la tracciabilità della filiera.

A questo fine, le aziende sanitarie locali dovranno ricevere dalle Regioni tutte le garanzie perché le strutture destinate a tutti questi controlli abbiano personale adeguato.

Cure all'estero: contact point regionali e criteri certi per le autorizzazioni

È fissata al 31 ottobre la deadline per l'adozione delle linee guida sull'assistenza sanitaria transfrontaliera. Molti gli adempimenti e i diritti da disciplinare, ma la priorità assoluta sono i criteri di autorizzazione e rimborso e relative procedure amministrative «garantendo successivamente - si legge nel Patto - ulteriori indicazioni e aggiornamenti anche in base alle problematiche rilevate dalla casistica trattata».

Senza spese extra poi le Regioni dovranno istituire con risorse umane, strumentali e di bilancio disponibili i contact point regionali per consentire un efficace scambio di informazioni con il Punto di contatto nazionale, già attivo presso il ministero.

Infine è costituito un gruppo di lavoro ministero-Agenas (l'agenzia sanitaria nazionale)-Regioni, è l'avvio di un'analisi delle norme sulle cure all'estero, «attesa la complessa applicazione delle stesse in modo omogeneo sul territorio nazionale», così da offrire ai cittadini «le massime garanzie di tutela» ma anche per «individuare e contenere fenomeni di ricorso inappropriato alle cure».

Diabete, escalation dei costi: 100 euro a testa per i ricoveri

I ricoveri da diabete e sue complicanze gravano sulle casse dello Stato per 6 miliardi di euro l'anno: 100 euro per ogni cittadino, con o senza diabete. I nuovi dati allarmanti sui costi del diabete emergono dal Rapporto "Facts and figures about diabetes in Italy 2014", presentato alla settima edizione dell'Italian Barometer Diabetes Forum, in corso a Roma

L'appuntamento - organizzata da Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation e Università di Roma "Tor Vergata", sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica e con il patrocinio di Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione Europea, Parlamento Europeo, Ministero della Salute, con il contributo non condizionato di Novo Nordisk - rappresenta l'occasione per dei veri propri "stati generali" sul diabete, all'avvio del semestre di presidenza italiana del Consiglio dell'Unione Europea, grazie alla partecipazione di 200 esperti di clinica, economia e politiche sanitarie provenienti da tutta Europa.

Sotto la lente degli esperti i dati epidemiologici e le ricadute in termini di impegni assistenziali: basti pensare che i diabetici hanno un rischio doppio di essere ospedalizzati e la loro permanenza in ospedale è mediamente del 20% più lunga. Il diabete è responsabile ogni anno di 12 mila ricoveri in più ogni 100 mila persone.

«L'obiettivo principale del Forum - dice Simona Frontoni, Presidente Comitato Scientifico Barometer Forum - è quello di identificare strategie per affrontare il diabete, che siano frutto della collaborazione tra addetti ai lavori e Istituzioni a livello sempre più globale, e non solo dal punto di vista clinico, ma soprattutto sociale, economico e politico. Azioni immediate sono quanto mai necessarie soprattutto se si analizza il problema in termini di costi - conclude - che oggi incidono per il 10% sulla spesa sanitaria nazionale per oltre 11,2 miliardi».

«L'Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation - ricorda invece ricorda Renato Lauro, Presidente IBDO Foundation - è un think-tank permanente che punta annualmente è utile a identificare le strategie per affrontare la malattia: tra gli obiettivi principali quello di applicare i metodi della medicina di precisione per capire l'evoluzione della malattia e trovare le terapie personalizzate per il maggior beneficio dei pazienti».

CORRIERE DELLA SERA/ SALUTE

La crisi peggiora la salute mentale degli italiani: 2,6 milioni di depressi

La salute fisica rimane stabile. Rispetto al 2005 aumentano i tumori maligni (+60%), le malattie alla tiroide, Alzheimer e demenze senili.

Crolla l'omeopatia

Peggiora la salute mentale degli italiani per effetto della crisi, mentre quella fisica rimane stabile. Lo afferma l'indagine Istat «Tutela della salute e accesso alle cure» presentata a Roma. «La depressione è il problema mentale più diffuso e riguarda 2,6 milioni (il 4,4%

della popolazione) di persone con prevalenze doppie tra le donne in tutte le età. L'indice che definisce la salute mentale, spiega il documento, è sceso di 1,6 punti nel 2013 rispetto al 2005, in particolare per i giovani fino a 34 anni (-2,7 punti), soprattutto maschi, e gli adulti tra 45-54 anni (-2,6). Ancora maggiore il calo per la popolazione straniera, dove arriva tra le donne a 5,4 punti. Per quanto riguarda la salute fisica percepita il dato è sostanzialmente stabile, con il 7,3% delle persone sopra i 14 anni che dichiara di stare male o molto male, in leggero calo rispetto al 7,4% del 2005. «Rimangono invariate - sottolinea il rapporto - le disuguaglianze sociali nella salute, nei comportamenti non salutari, nelle limitazioni all'accesso ai servizi sanitari. Permane lo svantaggio del Mezzogiorno rispetto a tutte. Le dimensioni considerate». Eventi dolorosi, consapevolezza di avere una grave malattia, la difficoltà di gravi problemi economici, la perdita del lavoro sono le cause di depressione più diffuse.

In aumento tumori maligni e Alzheimer

Rispetto al 2005, a parità di età, sono aumentati in Italia i tumori maligni (+60%), le malattie della tiroide (+52%), l'Alzheimer e le demenze senili (+50%), l'emivrania ricorrente (+39%), le allergie (+29%) e l'osteoporosi (+26%), mentre diminuiscono le prevalenze di bronchite cronica-enfisema (-24%) e dell'artrosi-artrite (-18%). Queste variazioni nel tempo - precisa l'Istat - riflettono l'impatto di molti fattori, tra cui i progressi della medicina e il miglioramento delle capacità diagnostiche, la migliore consapevolezza e informazione dell'intervistato sulle principali patologie rispetto al passato, i cambiamenti epidemiologici in atto in una popolazione che invecchia e progredisce in termini di istruzione. Per gli oncologi il fatto che in nove anni [i tumori maligni siano cresciuti del 60% è una notizia positiva: vuol dire che si vive più a lungo con la malattia.](#)

Crollo omeopatia e terapie non convenzionali

Nello stesso rapporto Istat si evidenzia che crolla in Italia il ricorso alle terapie non convenzionali, che nel 2000 erano usate dal 15,8% della popolazione mentre nel 2013 la cifra è dell'8,2%. Secondo il documento, realizzato su un campione di 120mila persone e coordinato dalla Regione Piemonte, in netto calo è anche l'uso dei rimedi omeopatici, che scende dal 7% al 4,1%. Dal punto di vista delle cure «convenzionali» invece il rapporto segnala un aumento delle persone che ricorrono a visite specialistiche, 11,9% nel 2005 e 14,8% nel 2013, che non riguarda però quelle odontoiatriche, crollate del 30%. «Il livello di soddisfazione per i servizi sanitari pubblici - si legge - è elevato in chi ne ha fruito, con un voto pari a circa 8 su una scala da 1 a 10».

Farmaci tra i bambini

Il rapporto Istat parla anche di farmaci. Il 7% dei bambini fino a 14 anni consuma un farmaco al giorno. Quasi un terzo della popolazione italiana, il 31,1%, consuma regolarmente farmaci durante l'anno, con percentuali leggermente più elevate (32,5%) per le donne. «Il consumo quotidiano dei farmaci aumenta fortemente con l'età - osserva il rapporto - dal 6,9% in età infantile fino a 14 anni al massimo di 30,4% tra gli ultra ottantenni».

I fumatori

Diminuiscono i forti fumatori, ma aumenta la percentuale di adolescenti e giovani donne

che iniziano a fumare prima dei 14 anni, passando da 7,6% a 10,5%. È obeso l'11,2% degli adulti, quota in aumento sia rispetto al 2000 (erano il 9,5%), che al 2005 (10%). Nel 2013 solo il 20,6% della popolazione dai 5 anni in su pratica un'attività fisica ritenuta protettiva per la salute secondo la definizione dell'Oms: il 25,9% tra gli uomini ed il 15,6% tra le donne.

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584