

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

Commissione Sanità: dubbi sul San Raffaele I parlamentari mettono in evidenza i costi per la Regione, 55 milioni all'anno Ma il governatore risponde a tutte le domande dei deputati e difende la struttura

La politica indigena non ci resti male, ma per sentire qualche domanda pepata e persino sfacciata sull'ospedale San Raffaele, sono dovuti arrivare da Roma, dalla Camera dei deputati. Presieduta da un sardo, Pierpaolo Vargiu (Scelta Civica-Riformatori), la commissione nazionale Sanità con educazione ha fatto le pulci al maxi progetto di Olbia, ormai più che adottato (e tutti dicono giustamente) dalla Sardegna. Dubbi e perplessità sono stati sollevati come nessun altro finora, o comunque non in pubblico. La differenza è proprio questa: le sedute delle commissioni parlamentari sono sempre in diretta televisiva, seppure a circuito chiuso, mentre nelle audizioni organizzate dal Consiglio regionale, la stampa può solo origliare. A parte le differenze – incomprensibili – fra il regolamento, ascoltati anche da diversi estranei, i giornalisti, il presidente della Regione Francesco Pigliaru e l'assessore Luigi Arru si sono trovati alle prese con un fuoco di fila inaspettato ma per la verità neanche furibondo. Va detto subito che tutti e due sono stati pronti e precisi nelle risposte. Hanno sostenuto, con numeri interessanti e ragionamenti importanti, il prossimo ingresso senza traumi della super casa di cura nella rete ospedaliera sarda. Prima domanda. È stata quella del presidente Vargiu sul ruolo del Governo e della Regione nella trattativa con la Qatar Foundation. E siccome Vargiu è in maggioranza a Roma, ma all'opposizione a Cagliari, con i Riformatori, Pigliaru è stato preciso nella risposta: «La partita è stata condotta da noi, dalla Sardegna, il Governo ci ha dato solo un aiuto. A tenere la barra ben dritta siamo stati noi e questo modello vincente, cioè quello di dare risposte certe e in tempi rapidi agli investitori stranieri, è davvero tutto nostro». Dunque, il Governo ha fatto da spalla, spesso decisiva, alla Regione «ma siamo stati noi a portare in porto, con autorevolezza e orgoglio, la trattativa, insieme a tutti i partiti, senza distinzione, nel voto finale, fra maggioranza e opposizione». Seconda domanda. È stata quella del deputato Massimo Baroni (Movimento 5 Stelle) sugli effetti che l'arrivo del San Raffaele potrebbe avere sulle eccellenze sanitarie in Sardegna, fino a lanciare questo sospetto: «Non è che avete venduto l'anima al diavolo troppo presto?». A rispondere è stato l'assessore Arru: «Non ci sono e non ci saranno controindicazioni. La mappa, intendo reparti e posti letto, è stata studiata con molta attenzione dai nostri tecnici e poi accettata dai partner internazionali. Anzi, in Gallura, l'arrivo di pediatria e chirurgia pediatrica colmerà un vuoto». Per poi aggiungere: «Altre eccellenze, come lo è il Microcitemico di Cagliari o quelle del Brotzu, sempre a Cagliari, e dell'ospedale pubblico di Sassari non solo saranno difese e sostenute, ma potenziate. Sotto questo aspetto sarà determinante anche il ruolo della ricerca scientifica su cui il Qatar, in Sardegna, investirà 10 milioni l'anno». Terza domanda.

È stata quella di un altro deputato sardo, Roberto Capelli (Centro Democratico) sui costi pubblici e privati dell'operazione San Raffaele, con questa premessa: «Il nuovo ospedale è utile, vogliamo capire se era anche necessario o forse non lo era?». A rispondere è stato il presidente-economista Francesco Pigliaru: «La Qatar Foundation ha sottoscritto l'impegno di investire a Olbia 1,2 miliardi in dieci anni. Nel dettaglio: dai 160 ai 170 milioni per l'acquisizione dell'immobile, il completamento e l'avvio, in cui saranno coinvolte le multinazionali Siemens e General Electric, in cui i qatarini sono soci. Poi ci sono i costi di gestione, ipotizzati intorno ai 70 milioni l'anno per l'ospedale. Ospedale che dalla Regione incasserà al massimo 55,6 milioni dalla convenzione con la rete sanitaria. Fatta la sottrazione, il rischio d'impresa è intorno ai 15 milioni che il Qatar vuole coprire con gli incassi delle 50 suite sanitarie a pagamento». Quarta domanda. È stata quella Paola Binetti del Pd: «Siete sicuri che tutto l'ospedale San Raffaele diventerà un'eccellenza: i reparti mi sembrano troppi. Dovranno essere fatte delle scelte». La risposta è stata di Arru: «Il nostro monitoraggio sarà continuo soprattutto nel primo anno, da metà del 2015 in poi, per continuare nel 2016, quando il San Raffaele entrerà a pieno regime. Le previsioni ci dicono che l'obiettivo dell'eccellenza può e deve essere raggiunto». Quinta domanda. È stata quella di Donata Lenzi (Pd): «La spesa sanitaria regionale è già in deficit, intorno ai 500 milioni, e ora ci sono questi 55,6 per la nuova convenzione». A rispondere è stato Pigliaru: «Risparmieremo almeno la metà dei 62 milioni che oggi costa alla Sardegna la migrazione passiva verso gli ospedali della penisola». Presente in aula anche il deputato Settimo Nizzi (Forza Italia) che si è detto entusiasta e in sala stampa l'ex sottosegretario Paolo Fadda (Pd) ancora perplesso ma fiducioso. Oggi la commissione sarà a Olbia per il sopralluogo nel cantiere e poi ascoltare i progetti della Qatar Foundation e del Bambin Gesù.

OLBIA La commissione sanità visita il cantiere San Raffaele: stamane i deputati, fra cui Nizzi e Scanu, incontreranno anche Lucio Riso e il sindaco Gianni Giovannelli

Dopo gli incontri istituzionali di ieri sera a Cagliari, la commissione sanità della Camera dei deputati si sposta oggi a Olbia. I rappresentanti di Montecitorio avranno una mattinata piena. Fra loro anche tre parlamentari sardi: Settimo Nizzi di Forza Italia, fresco di nuova nomina dopo aver preso il posto di Salvatore Cicu eletto al parlamento europeo, Roberto Capelli, del Centro Democratico e Pierpaolo Vargiu (Riformatori), che della commissione è il presidente. Nizzi sostituisce temporaneamente il capogruppo forzista che lo ha delegato. Gli altri commissari presenti all'iniziativa sono Paola Binetti (Pi), Enrico Baroni (M5S) e Donata Lenzi (Pd). Saranno presenti anche altri tre parlamentari: i deputati Gian Piero Scanu e Giovanna Sanna del Pd, e la senatrice Manuela Serra di M5S. Il programma della missione si aprirà intorno alle 11 con la visita al cantiere dell'ospedale San Raffaele, accompagnati da un membro del collegio dei liquidatori giudiziari della Fondazione Monte Tabor. Intorno a mezzogiorno la conferenza stampa al Museo archeologico. Alla fine della conferenza stampa è prevista l'incontro della commissione con Lucio Riso, responsabile per l'Italia di Qatar Foundation e con Maria Osti, Alessandro Salvatore Cristaldi e Fabrizio Mastrilli, responsabili del progetto per l'ospedale Bambin Gesù. Più tardi, prevedibilmente dopo le 13, la commissione incontrerà il sindaco di Olbia Gianni Giovannelli, il manager dell'Asl di Olbia Giovanni Antonio Fadda, i presidenti dei due distretti sanitari galluresi Antonio Satta e Romeo Frediani e, ancora, il rettore dell'università di Sassari Attilio

Mastino, accompagnato dai rappresentanti del mondo scientifico e della ricerca dell'Università sassarese. Intanto sono molteplici le manifestazioni di soddisfazione da parte del mondo politico olbiese per la votazione di due giorni fa della commissione regionale alla sanità che ha dato il via libero al progetto. «Il positivo risultato è figlio di una lungimirante apertura della maggioranza alla Regione – dice il coordinatore cittadino di Sel Antonio Piras –, che non ha potuto contravvenire al chiaro indirizzo politico dettato dal Governatore Pigliaru». Marco Piro, capogruppo in comune di Forza Italia è ugualmente soddisfatto ma ricorda che «per poter gioire del risultato, attendiamo in tempi rapidi così come promesso, la firma definitiva dell'intesa fra Governo gli investitori della Qatar Foundation Endowment».

ISILI Blitz dei consiglieri regionali dopo i 3 morti a Isili

Ha letto i giornali e non ha atteso oltre. Il presidente della commissione Sanità della Regione, Mondo Perra, ha fatto un blitz nell'ospedale finito al centro delle cronache. Voleva vedere di persona le condizioni dei reparti della struttura sanitaria. E subito ha cercato di mettere tranquillità. «Tutto questo allarmismo non esiste per le ragioni che ci hanno spiegato i direttori sanitari della Asl di Cagliari e dell'ospedale San Giuseppe di Isili –dice Perra –. C'è stata una concatenazione di cause con la presenza del batterio in persone debilitate, ma non si può parlare di infezione allargata». Il fatto di cronaca ha portato alla ribalta regionale il San Giuseppe. La vicenda dei tre morti, se accertata, dovuta al batterio killer *Clostridium difficile*, rischia di mettere in cattiva luce tutto l'impianto sanitario. Ma saranno le indagini ad accertare le responsabilità. I carabinieri della compagnia di Isili, guidati dal capitano Paolo Bonetti, svolgono le indagini per venire a capo di questa situazione. Perra nel suo sopralluogo ha chiarito un dato certo. L'ospedale di Isili vive diverse emergenze. Anche le organizzazioni sindacali hanno più volte messo in evidenza le criticità. Prima fra tutte i lavori di rifacimento delle facciate esterne che non finiscono mai. Così come l'organizzazione dei vari servizi che offre la struttura funzionano a metà servizio. Anche i macchinari, nell'ospedale di Isili, ci sono, si pensi alla Tac, ma mancano gli uomini per farli funzionare a pieno regime. Mancano i tecnici anche se più volte dall'Asl è stato chiesto il potenziamento del personale. Visto che quello attualmente in organico è appena sufficiente a garantire la domanda per la radiologia tradizionale. Come ha potuto verificare il presidente della commissione Sanità. Perra, accompagnato dal sindaco di Isili, Orlando Caracangiu, ha visitato l'ospedale e ha incontrato il direttore sanitario della Asl, Ugo Storelli, il direttore sanitario, Ferdinando Angelantoni e il primario del reparto di Medicina, Giorgio Matzeu. Perra ha ascoltato la ricostruzione dei fatti da parte degli esperti. Secondo la ricostruzione il 16 giugno è scattato l'allarme per una sospetta infezione batterica e la direzione sanitaria ha attivato il protocollo internazionale bonificando le stanze con il Dex, a base di cloro. Nei giorni successivi il reparto è stato chiuso e i pazienti non dimessi sono stati trasferiti in chirurgia, mentre il reparto bonificato è stato riaperto dopo due giorni di chiusura alle 20 del 29 giugno. Riguardo ai tre casi, secondo quanto appreso, si tratta di pazienti che arrivano dai territori delle Asl di Nuoro e del Medio Campidano. Attualmente in quel reparto sono ricoverati 12 pazienti. A margine del sopralluogo il presidente Perra ha annunciato una prossima convocazione in Commissione dei sindaci del territorio per discutere sul futuro dell'ospedale di Isili.

CARBONIA Maxi-rogo doloso, ospedale evacuato

Un incendio devastante per ore ha tenuto in ostaggio il territorio intorno a Carbonia. Nessun ferito, ma sono state ore di terrore all'ospedale Sirai, dove le fiamme hanno circondato la struttura fino a lambire l'edificio e colpire alcune auto parcheggiate nel

piazzale. Bruciata una delle finestre della sala mortuaria, davanti all'edificio del centro dialisi. L'asilo nido e il reparto di pediatria sono stati evacuati. Il fumo ha invaso i reparti e i piccoli sono stati trasferiti con le mamme. Altri spostamenti sono stati effettuati anche in altri reparti, dove l'aria era diventata irrespirabile. Le fiamme si sono levate intorno alle due e mezzo del pomeriggio, e la situazione è apparsa subito preoccupante. Il fuoco è partito a ridosso delle case popolari, i palazzoni di via Dalmazia. Le fiamme spinte da un forte vento di levante si sono estese immediatamente. Hanno coperto in poco tempo i 500 metri che separano l'area dall'ospedale. La situazione è precipitata. A ridosso della struttura sanitaria le fiamme hanno trasformato in un immenso rogo un bosco di pini. L'è la strada di accesso all'ospedale, all'esterno della recinzione della struttura. Il vento ha iniziato a far volare rami. Tizzoni al di là delle recinzioni, proprio sul piazzale e sugli immobili della struttura ospedaliera. È partito il piano di evacuazione. Dopo alcune ore di lavoro, nonostante l'intervento di due canadair e di due elicotteri, dei vigili del fuoco, della protezione civile, dal corpo forestale, le fiamme non erano state ancora domate completamente. È il quarto incendio, anche questo di origine dolosa, in un mese nell'area attorno all'ospedale Sirai. Sono andate a fuoco aree pubbliche e private senza distinzione, e fortunatamente non ci sono stati feriti. Per la seconda volta, però, le fiamme sono arrivate a lambire alcune abitazioni, e sono stati gli abitanti, armati di estintori e secchi, a spegnerle. Ma è stata una giornata di emergenza. Il primo incendio ha colpito la zona di Perdaxius e Nuxis nella mattinata. Poi il Sirai e le aree intorno alla frazione di Flumentepido.

L'UNIONE SARDA

LA COMMISSIONE. **San Raffaele, dubbi e riserve** Audizione del governatore e dell'assessore che difendono il progetto **Capelli: non si conosce il piano. M5S, interpellanza a Renzi**

Prima un botta e risposta tra **Pier Paolo Vargiu** e **Francesco Pigliaru** su chi avesse chiamato chi - tra Regione e Governo - a proposito dell'intervento milionario del Qatar sul San Raffaele. Poi, una montagna di dubbi e tante riserve da parte del deputato del Centro Democratico **Roberto Capelli** e da **Massimo Baroni** del M5S. Infine, la difesa del governatore e dell'assessore **Luigi Arru** di un progetto travagliato sì, ma poi approvato con il voto unanime.

Questa la sintesi della prima giornata di lavoro della Commissione Politiche Sociali della Camera guidata da Pier Paolo Vargiu che, per due ore, ha voluto prima ascoltare il capo dell'esecutivo regionale, il presidente del Consiglio **Gianfranco Ganau** e quello della Commissione **Mondo Perra**, per poi inondare d'interrogativi gli amministratori regionali. Mentre tutto questo avveniva, nei corridoi del palazzo di via Roma è stato notato l'ex sottosegretario alla Salute **Paolo Fadda**, le cui perplessità sulla realizzazione dell'ospedale pare siano addirittura aumentate.

IL DIBATTITO Dopo l'introduzione di Ganau, Francesco Pigliaru ha ripercorso le tappe della *road map*. «Abbiamo garantito la certezza del diritto, forse per la prima volta». Poco prima però, il Presidente aveva puntigliosamente replicato a una frase di Pier Paolo Vargiu secondo il quale «il Governo nazionale aveva avvocato a sé la pratica San Raffaele». Pigliaru ha smentito ancora una volta che le cose siano andate in questo modo, rivendicando il primato della Regione: «Siamo stati noi a chiedere l'intervento della Presidenza del Consiglio, e non il contrario». Incidente chiuso, e parola all'assessore che ha illustrato i dati salienti della delibera. Senza dirsi contraria, **Paola Binetti** si è interrogata «sull'effettiva

presenza delle eccellenze e sulla selezione del personale». Un plauso è poi arrivato da **Donata Lenzi**, capogruppo del Pd in Commissione. Roberto Capelli invece non è apparso convinto dell'operazione, tant'è che si è «riservato di esprimere un giudizio tra un anno, dopo le verifiche su un piano industriale che nessuno conosce. Questo ospedale è utile sì - ha rimarcato -, ma è discutibile che sia necessario».

Ma le critiche più palesi, soprattutto sul ruolo degli investitori arabi, sono giunte dal grillino Massimo Baroni che ieri ha presentato un'interrogazione sul San Raffaele al premier Matteo Renzi. «Chi ha negoziato? Chi è stato il negoziatore? - si è chiesto - E che fine faranno l'ospedale microcitemico e l'oncologico Businco di Cagliari?».

LA REPLICA Dopo l'intervento di **Settimo Nizzi** (Forza Italia) che si è complimentato con la Regione «per l'approvazione a tempo di record», Pigliaru e Arru hanno tranquillizzato tutti, garantendo la «complementarietà delle specialità previste», la tutela delle eccellenze isolane, e la formazione del personale indirizzata verso la Sanità. Alla fine, i numeri. 160-170 milioni di costi fissi, per partire; 70 milioni di costi variabili-operativi per dieci anni più altri 10 all'anno per la ricerca. Il rischio d'impresa per il Qatar è il 150 milioni. Oggi, la Commissione sarà a Olbia per tastare il polso agli arabi.

Isili, inchiesta sulle morti sospette

L'informativa dei Carabinieri è arrivata negli uffici della Procura di Cagliari quando anche la salma dell'ultimo paziente deceduto era ormai stata tumulata. Altrimenti, sarebbe stata sicuramente disposta l'autopsia. Non è però escluso che nei prossimi giorni venga ordinata la riesumazione dei corpi dei tre pazienti morti al San Giuseppe Calasanzio di Isili.

L'INCHIESTA Il pubblico ministero Giangiacomo Pilia ha aperto un'inchiesta per far luce sulla morte di tre persone a distanza di pochi giorni: si tratta di un fascicolo senza indagati né ipotesi di reato ma che probabilmente diventerà presto molto voluminoso.

LE INDAGINI I carabinieri della Compagnia di Isili, al comando del capitano Paolo Bonetti, dopo aver aperto un'indagine di propria iniziativa hanno trasmesso un'informativa alla Procura. Da quel momento si sono mossi su delega del magistrato. E ieri mattina hanno cominciato a sentire i familiari dei tre anziani (un uomo e due donne attorno agli ottant'anni di età, morti nell'ultimo mese nel reparto di Medicina) e dei responsabili a vari livelli della struttura sanitaria. Il sospetto è che possano essere stati uccisi da un batterio che provoca dissenteria, il *Clostridium difficile*. A contrarre l'infezione, come risulta da una nota ufficiale del Servizio di igiene pubblica dell'Asl di Cagliari, sarebbero stati in tutto otto pazienti dell'ospedale di Isili. Gli inquirenti hanno chiesto l'acquisizione delle cartelle cliniche dei pazienti morti il primo, l'11 e il 20 giugno.

IL CONSULENTE TECNICO Queste sono soltanto le primissime indicazioni fornite dal magistrato ai militari. Non è però escluso che nei prossimi giorni il pm nomini un consulente tecnico al quale affidare lo studio del caso e che darà un parere fondamentale per chiedere la riesumazione. La situazione appare complicata: un intero reparto dell'ospedale evacuato, tre pazienti morti, otto probabilmente contagiati, una conferenza stampa con la Asl 8 che esclude che le morti possano essere riconducibili all'infezione da batterio e, infine, una lettera spedita dal servizio Igiene sanità pubblica al sindaco di Isili che dice esattamente il contrario.

LE DUE VERSIONI In una conferenza stampa il direttore sanitario della Asl 8, Ugo Storelli, ha negato che il batterio fosse la causa delle morti. Mentre in una lettera spedita dal servizio Igiene sanità pubblica al sindaco di Isili, a firma del direttore Giorgio Steri, si legge

che «il servizio ha ricevuto otto segnalazioni relative a pazienti ricoverati nel reparto di Medicina (...) ai quali è stata diagnosticata una forma di colite da Clostridium difficile, di cui tre deceduti». Storelli e Ferdinando Angelantoni, direttore sanitario del San Giuseppe, hanno invece ribadito che non c'è nessun collegamento tra infezione e morti: «Si trattava di pazienti che già al momento del ricovero erano altamente defedati con patologie multiorgano e multifattoriali».

I CONTROLLI I direttori sanitari hanno anche spiegato le misure di prevenzione messe in atto appena scoperti i casi di contagio da un tipo di batterio «estremamente diffuso e non in grado di provocare la morte». Tutti i pazienti infetti sono stati messi in isolamento, sono partiti i controlli su decine di persone, i degenti sono stati trasferiti e il reparto è stato chiuso per la bonifica totale.

IL SOPRALLUOGO «Tutto questo allarmismo non esiste per le ragioni che ci hanno spiegato i direttori sanitari della Asl 8 e dell'ospedale San Giuseppe», commenta il presidente della commissione Sanità del Consiglio regionale, Raimondo Perra (Psi), che ieri ha visitato l'ospedale, e annunciato una riunione con i sindaci del territorio.

IL SINDACO Le morti hanno interessato anche il sindaco di Isili, Orlando Carcangiu, che ha espresso molta preoccupazione per il futuro dell'ospedale. Intanto la Procura ha già fatto i primi passi. Si attendono i successivi.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Lorenzin e Errani: "Il Patto per la Salute è chiuso". Ecco la bozza. La firma ufficiale la prossima settimana. Il testo e la sintesi

L'annuncio alla fine di una lunga giornata iniziata alle 10 con la Conferenza dei Presidenti. Poi incontro a tre con Mef e Salute. Nel pomeriggio stigmatizzati due nodi da sciogliere: presidenti commissari ed edilizia sanitaria. Poi l'annuncio che l'accordo era stato raggiunto. La firma confermata per la prossima settimana. Fissato il fondo per il triennio. E poi ospedali, personale, farmaci e dispositivi, assistenza primaria. Impegni per riforma ticket e nuovi Lea. LA BOZZA DELL'INTESA SUL PATTO SALUTE.

“Il Patto per la Salute è chiuso, abbiamo concordato tutti i punti con le Regioni e con il Mef. Oggi è una giornata straordinaria”. Lo ha annunciato il Ministro **Beatrice Lorenzin** nel tardo pomeriggio, al termine dell'incontro con le Regioni che proseguiva da stamane alle 10. La prossima settimana verrà firmato in Stato-Regioni e poi sarà presentato dettagliatamente in una conferenza stampa che si terrà presumibilmente giovedì 10 luglio.

“Il testo presenta un alto tasso di innovazione – ha proseguito – e fornisce la certezza del budget. Grazie al documento, potremo operare una riorganizzazione all'insegna dell'appropriatezza e dell'efficacia. Abbiamo adottato una spending review all'inglese, poiché le risorse che recupereremo saranno reinvestite all'interno del sistema. Voglio anche evidenziare il forte impegno per l'aggiornamento dei Lea e del nomenclatore delle protesi audio-visive”. Lorenzin ha poi spiegato che c'è stata “piena sintonia con il Mef, che ha contribuito a un cambio di paradigma nei rapporti”.

Il ministro ha ribadito che “l'Italia deve essere fiera del suo Ssn, certamente tra i migliori al

mondo. E' per questo che abbiamo operato un lavoro di manutenzione del nostro sistema, anche alla luce di trasformazioni importanti come l'invecchiamento demografico. Siamo tra i primi nel rapporto tra costi e benefici e possiamo puntare a diventare il primo hub farmaceutico in Europa, tutto questo con una spesa inferiore alla media Ocse. Altro aspetto essenziale contenuto nel Patto riguarda la costruzione di un nuovo rapporto col territorio".

Raggiante anche **Vasco Errani**, presidente dell'Emilia Romagna e della Conferenza delle Regioni. "Il testo ha raccolto un consenso unanime e garantisce la certezza delle risorse per un impegno serio e innovativo che consenta la riorganizzazione e la riqualificazione del sistema". Secondo Errani il testo rappresenta "un salto di qualità nel livello di cooperazione tra Governo e Regioni. E' un passo in avanti, l'evoluzione di un percorso avviato con gli altri Patti. Dobbiamo diventare un punto di riferimento per gli altri Paesi e questo è possibile perché all'interno della nostra P.A. pochi settori possono vantare un giacimento di dati ed esperienze paragonabile a quello della sanità".

Infine **Enrico Zanetti**, sottosegretario al Mef, ha sottolineato che "spesso il mio Ministero ha l'ingrato compito di incarnare il ruolo di 'Signor no'. In questo caso avviene l'opposto, in quanto abbiamo trovato un accordo importantissimo. Non ci sono mai stati momenti di attrito, ma semplicemente passaggi caratterizzati da un sano e proficuo confronto, sempre nel rispetto delle rispettive funzioni".

Poche ore prima dell'annuncio il presidente del Veneto Zaia aveva sottolineato che l'accordo era vicino ma che dovevano ancora sciogliersi alcuni nodi tra i quali in particolare quello dell'incompatibilità tra ruolo di commissario ad acta e presidente nelle Regioni in Piano di rientro e quello dell'edilizia sanitaria per cui si chiedeva certezza di fondi.

Nodi evidentemente sciolti, visto l'annuncio finale di Governo e Regioni.

Ecco i contenuti della bozza di Patto in sintesi.

L'intero sistema di governante della Sanità va ripensato, anche alla luce della riforma Costituzionale che ridefinirà regole e competenze istituzionali con l'obiettivo è "rafforzare e qualificare la sinergia tra ministero della Salute, ministero dell'Economia e Regioni". È da questo presupposto che parte il Patto per la Salute, che nella bozza oggi all'attenzione delle Regioni evidenzia anzitutto la necessità di individuare "strumenti forti" per "assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l'equità e l'universalità del sistema nonché dei Lea in modo appropriato e uniforme".

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

FONDO SANITARIO NAZIONALE (ART. 1)

Per il 2014 lo stanziamento è confermato in 109,928 miliardi, salirà a 112,062 nel 2015 e a 115,444 nel 2016 “salvo – precisa il testo – eventuali modifiche che non si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazione del quadro macroeconomico”. Nel frattempo bisognerà lavorare alle pesature dei costi e fabbisogni standard, da definire entro il 20 luglio 2014 al fine del riparto dei fondi.

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

I RISPARMI RESTANO ALLA SANITA' (ART. 1)

La conferma nel comma 4 dell'articolo 1 del Patto.

LEA (ART. 10)

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

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

ASSISTENZA TERRITORIALE (ART. 5)

Accelerata sulla costituzione delle Uccp e Aft per la medicina convenzionata, che costituiranno “le uniche forme di aggregazione delle cure primarie” in cui “confluiscono” quindi “le diverse tipologie di forme associative” realizzate nelle varie Regioni.

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

ASSISTENZA OSPEDALIERA (ART. 3)

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

INTRAMOENIA. BASTA PROROGHE ALL'INTRAMOENIA ALLARGATA (ART. 20)

D'accordo sulla necessità di dare “piena attuazione” alla legge 12/2007 (legge Turco) e alle modifiche ad essa apportate dalle legge 189/2012 (Decreto Balduzzi) per consentire il passaggio al regime ordinario dell'esercizio dell'intramoenia all'interno dei presidi e superare definitivamente il regime, ormai da tempo affidato a deroghe, dell'intramoenia allargata. In pratica, si sollecita, da parte delle Asl, una ricognizione degli spazi interni disonibili per le attività libero professionali o l'acquisizione di ulteriori spazi, se necessario,

presso altre strutture sanitarie autorizzate. Nella legge Balduzzi era poi prevista una messa in rete degli studi professionali per rendere tracciabili tutti i pagamenti effettuati dai pazienti, rendendo così possibile anche un effettivo controllo del numero delle prestazioni che il professionista svolge sia durante il servizio ordinario sia in regime di intramoenia.

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

Stato e Regioni dovranno stipulare entro il 30 ottobre 2014 per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica sarà assicurata dai medici di medicina generali o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn e che effettuano ricoveri brevi per casi non compressi.

TICKET (ART. 8)

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

Successivamente "potrà essere presa in considerazione la condizione 'economica' del nucleo familiare".

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

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

SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI (ART. 9)

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

GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE (ART. 21)

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

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

PIANI DI RIENTRO. BASTA PRESIDENTI-COMMISSARI AD ACTA (ART. 12)

Nel Patto si conviene sulla necessità di "perfezionare l'inquadramento normativo dato al commissariamento delle Regioni che non rispettano gli obiettivi del piano di rientro alla luce di alcune criticità riscontrate nelle esperienze pregresse". A questo scopo, il Patto suggerisce anzitutto l'incompatibilità tra il ruolo dei commissari e l'affidamento di incarichi istituzionali e, in particolare, che "in caso di nuovi commissariamenti, sia previsto che la nomina a commissario ad acta sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento".

SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ART. 5)

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

Sul lato dell'emergenza-urgenza, le Regioni dovranno adottare provvedimento per assicurare percorsi differenziati coerenti per l'assistenza in emergenza-urgenza e per la gestione dei codici di minore gravità.

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

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

Compito delle Regioni definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute.

ASSISTENZA FARMACEUTICA (ART. 22)

Per il governo della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, nei limiti delle risorse stabilite, si indica che le parti si impegnano: ad adottare iniziative affinché l'Aifa provveda all'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale dei farmaci rimborsabili sulla base del criterio costo/beneficio ;e efficacia terapeutica, prevedendo anche prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee; rivedere la normativa nazionale che riconduca alla contestualità fra Aic e la definizione del regime di rimborsabilità; una revisione degli accordi negoziali sui farmaci sottosti ai Regimi di monitoraggio Aifa, dopo un periodo massimo di 36 mesi, valutando se vengono confermati o meno i risultati clinici attesi; definire un percorso per sostenere esclusivamente l'innovazione terapeutica reale, importante e dimostrata rispetto alla terapia già in uso; rendere contestualmente valide e applicabili su tutto il territorio nazionale le determinazioni di Aifa; istituire un Tavolo di monitoraggio permanente composto da 3 rappresentanti delle Regioni, un rappresentante del mef, un rappresentante del Ministero della Salute, un rappresentante del Ministero dello Sviluppo economico, un rappresentante Aifa ed un rappresentante di Agenas, che verifichi l'attuazione di quanto previsto da questo articolo ed elabori eventuali proposte per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

DISPOSITIVI MEDICI (ART. 23)

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

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

AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO (ART. 24)

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

CREAZIONE DI UN MODELLO ISTITUZIONALE DI HTA DEI DISPOSITIVI MEDICI (ART. 25)

Il Ministero della Salute per garantire l'azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del Ssn per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza nell'uso delle tecnologie e della salute dei cittadini

a livello nazionale dovrà: istituire una "Cabina di regia"; fornire elementi utili per le indicazioni dei capitolati di gara p'acquisizione dei dispositivi medici; fornire elementi per la classificazione dei dispositivi medici in vategorie omogenee e pper individuare prezzi di riferimento; promuovere la creazione del Programma nazionale di Hta dei dispositivi medici.

DISTRETTO (ART. 5)

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

SANITA' PUBBLICA E VETERINARIA (ART. 18)

Regioni impegnate a rendere i sistemi regionali del settore “sempre più efficaci ed efficienti nelle attività di prevenzione, vigilanza e controllo. A tal fine le unità operative deputate a queste funzioni specifiche dovranno essere garantite nelle Asl e “possibilmente configurate come unità operative complesse e dotate di personale adeguato”.

RICERCA SANITARIA (ART. 19)

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

PIANO NAZIONALE CRONICITA' (ART. 5)

Sarà predisposto dal ministero della Salute Entro il 30 dicembre 2014 e dovrà poi essere approvato in Stato Regioni.

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

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

LOTTA AL DOLORE (ART. 5)

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

STATI VEGETATIVI (ART. 5)

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

UMANIZZAZIONE DELLE CURE (ART. 4)

Il Patto vi dedica un intero articolo (il 4), prevedendo uno specifico impegno in questo senso

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

EDILIZIA SANITARIA (ART. 13)

Sarà rivista la normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazione degli ambienti. Le Regioni si impegnano ad attuare gli obiettivi di programmazione sanitaria e di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e il Governo si impegna ad assicurare il necessario cofinanziamento per l'edilizia sanitari attraverso i Programma operativi nazionali e a consentire, per il triennio 2014-2017, l'accesso a una "provvista finanziaria" – nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica – presso la Cassa Depositi e Prestiti il cui onere è posto a carico delle Regioni. Questo "senza alcun incremento della pressione fiscale", bensì "attraverso l'efficientamento dei servizi e la riduzione dei costi di gestione in ambito sanitario". Le Regioni si impegnano inoltre a individuare, nell'ambito dei singoli Programmi operativi regionali relativi all'utilizzo del Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020 le risorse per la realizzazione dei programmi.

SANITA' DIGITALE e CABINA DI REGIA DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (ART. 14 e 15)

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

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

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE (ART. 16)

Confermata la destinazione di 200 milioni annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Stabilito che il 5 per mille sulla quota vincolata per il Piano nazionale prevenzione sia destinato ad attività di supporto al Piano da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevenzione e Associazione italiana registri tumori.

ISTITUTI ZOOPROFILATTICI SPERIMENTALI (ART. 17)

Riordino da parte delle Regioni previsto entro 6 mesi dall'approvazione del Patto, pena commissariamento dell'Istituto da parte del ministero della Salute.

ISTITUTI PENITENZIARI (ART. 7)

La Conferenza Unificata si impegna ad approvare entro il 30 giugno 2014 le Linee guida sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari.

Specializzazioni. Miur annuncia: "Firmato il decreto sul concorso nazionale. Test ad ottobre"

Il bando sarà pubblicato subito dopo il via libera della Corte dei Conti. I candidati potranno concorrere per l'accesso a due tipologie di Scuola per ciascuna Area (Medica, Chirurgica, Servizi Clinici). La selezione sarà per esami e titoli. La prova scritta si svolgerà in modalità telematica.

Ultimi step per il decreto che sancisce il passaggio dai concorsi locali al concorso nazionale per l'ingresso nelle Scuole di specializzazione in Medicina. Una nota del ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, annuncia infatti che il ministro Stefania Giannini ha firmato il provvedimento, che ha recepito le osservazioni del Consiglio di Stato e che è stato inviato alla Gazzetta Ufficiale per essere pubblicato dopo il vaglio finale della Corte dei conti. Subito dopo il Miur emanerà il bando per il primo concorso nazionale che si terrà nel mese di ottobre.

D'ora in poi per essere ammessi bisognerà superare una selezione per esami e titoli. La prova scritta sarà telematica, i candidati dovranno rispondere a 110 quesiti a risposta multipla. Un'unica Commissione nazionale validerà i quesiti che saranno proposti ai candidati. La Commissione sarà composta da un direttore di una scuola di specializzazione, con funzioni di presidente, e da cinque professori universitari per ciascuna delle tre Aree, e specificherà anche i criteri per l'attribuzione del punteggio relativo ai titoli e quelli per l'approvazione della graduatoria unica nazionale per ciascuna scuola. Ciascun candidato, al momento della domanda, potrà scegliere di concorrere per l'accesso fino a due tipologie di Scuola di specializzazione per ciascuna Area (Medica, Chirurgica, Servizi Clinici).

Farmaci: Firmato protocollo Aifa-Eupati per coinvolgimento pazienti

Lo scopo dell'intesa firmata oggi a Roma tra l'Agenzia e l'Accademia Europea dei pazienti sull'Innovazione Terapeutica è quello di investire sull'empowerment e l'educazione del paziente per promuoverne la partecipazione qualificata nei percorsi di sperimentazione, sviluppo e monitoraggio dei farmaci. I punti salienti del protocollo

Investire sull'empowerment e l'educazione del paziente per promuoverne la partecipazione qualificata nei percorsi di sperimentazione, sviluppo e monitoraggio dei farmaci. È lo scopo del protocollo d'intesa firmato oggi a Roma dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) e dall'European Patients Academy on Therapeutic Innovation (Accademia Europea dei pazienti sull'Innovazione Terapeutica, Eupati), il Consorzio di associazioni di pazienti, mondo accademico e organizzazioni no profit, che si occupa di accrescere le competenze e la consapevolezza dei pazienti in materia di sviluppo di nuovi trattamenti.

L'iniziativa si inserisce nella politica da tempo avviata dall'Aifa volta a riconoscere il ruolo da protagonisti dei pazienti e dei loro familiari nelle decisioni regolatorie al fine di promuoverne il coinvolgimento qualificato nelle diverse fasi del processo di sviluppo del farmaco.

L'Aifa parteciperà attivamente e direttamente, con la propria esperienza e competenza, alle attività di formazione certificate, nazionali e internazionali, che verranno organizzate in Italia sulle scienze regolatorie e sui processi di ricerca che riguardano i medicinali ad uso umano. La collaborazione tra Aifa e Eupati consentirà di potenziare l'efficacia del processo formativo per i cittadini. L'obiettivo a lungo termine è realizzare un sistema educativo in progress in grado di fornire un contributo solido e qualificato dei pazienti e dei loro

familiari al processo regolatorio del farmaco, dalla fase della sperimentazione clinica a quella della vigilanza dopo l'immissione in commercio, integrando e rendendo omogenee le migliori prassi a livello europeo.

Popular Science. Sbarca in Italia il mensile di scienza e tecnologia più antico e diffuso al Mondo

Per tutti i lettori italiani 150 anni di archivio accessibile gratuitamente online. Il magazine da oggi disponibile in tutte le edicole e in versione digitale sarà anche distribuito gratuitamente in formato digitale a circa 22.000 enti e laboratori di ricerca e a 500.000 professionisti iscritti alla banca dati Welfarelink.

Con l'estate arriva in tutte le edicola italiane Popular Science, edizione italiana della omonima rivista a stelle e strisce edita negli Stati Uniti dalla Bonnier Corporation e in Italia da Kekoa Publishing, società del gruppo Sics (Società italiana di Comunicazione Scientifica e Sanitaria) in partnership con Gmp Periodici. Tradotta in 30 lingue e diffusa in più di 45 Paesi, Popular Science è stata fondata nel 1872 diventando in breve tempo il punto di riferimento di grandi scienziati desiderosi di spiegare alle persone comuni il valore delle innovazioni prodotte dalla ricerca. Nomi di altissimo valore fra cui ricordiamo **Charles Darwin, Thomas Henry Huxley, Louis Pasteur, Henry Ward Beecher, Charles Sanders Peirce, William James, Thomas Edison, John Dewey e James McKeen Cattell.**

“Il nostro obiettivo, come avviene negli Stati Uniti da più di 100 anni, è che Popular Science Italia – ha spiegato **Francesco Maria Avitto**, Direttore responsabile di Popular Science Italia - diventi in breve tempo il ponte tra le principali università italiane, i grandi scienziati e un pubblico di appassionati sempre più desideroso di capire i meccanismi e le novità scientifiche e tecnologiche. La prima sorpresa che dedichiamo sia agli scienziati che ai lettori è la possibilità di consultare gratuitamente direttamente dal sito italiano www.popsci.it tutto l'archivio storico dei numeri di Popular Science dal 1872 ai nostri giorni, una risorsa preziosa per rivivere le scoperte che hanno guidato l'innovazione negli ultimi 150 anni”.

Il magazine da oggi disponibile in tutte le edicole italiane e in versione digitale su tutti i tablet e smartphone sarà anche distribuito gratuitamente in formato digitale a circa 22.000 enti e laboratori di ricerca e a 500.000 professionisti (medici, farmacisti, ingegneri, notai, commercialisti) iscritti alla banca dati Welfarelink.

"La sfida più importante sarà realizzare contenuti esclusivi e unici che sappiano trasmettere emozioni forti agli appassionati di scienza, sia in formato tradizionale che digitale - ha spiegato **Roberto Circià**, Amministratore Delegato di Sics -. Ogni mese, Popular Science racconterà come l'innovazione scientifica entra nella vita quotidiana guidando il lettore tra le novità già disponibili e quelle che stanno per arrivare, il tutto arricchito da grandi reportage scientifici e il punto di vista di grandi esperti sui temi più dibattuti”.

Popular Science Italia non è solo una rivista ma anche un [Sito Web](#) con aggiornamenti quotidiani, una newsletter settimanale inviata a oltre 500 mila professionisti e una app presente su tutti gli store digitali da cui si potrà sfogliare la rivista ed accedere al sito web.

Patto salute, firma rinviata: governatori perplessi e prime polemiche

I fondamentali sono a posto, ma urgono limature su alcuni passi del Patto Salute 2014-2016. Così l'approvazione, inizialmente prevista per ieri, slitta alla prossima settimana. Il patto si presenta come un imponente sistema di difesa dei livelli essenziali di assistenza messo a punto dal governo centrale con la collaborazione delle regioni, magari in vista di ulteriori sacrifici, a partire dalla riforma delle esenzioni dai ticket da farsi entro il 30 novembre. Il testo prevede premi ricalcolati alle regioni che migliorano le performance sanitarie, un comitato di verifica dei Lea, un tavolo di verifica degli adempimenti regionali, e un susseguirsi di linee guida: su umanizzazione delle cure, ospedali di comunità, percorsi riabilitativi, continuità ospedale-territorio; si prevede pure un patto per rilanciare la sanità digitale. L'impossibilità per i leader delle regioni di fare i commissari ad acta è già stata criticata dal governatore veneto Luca Zaia che chiede garanzie di autonomia per le regioni virtuose. Per il governatore campano Stefano Caldoro nel riparto del Fondo sanitario nazionale oltre che dell'età va tenuto conto della povertà del tenore di vita.

Tutte insieme le regioni non vedono di buon occhio che in caso di emergenza il ministero dell'Economia possa mettere le mani sul Fondo sanitario, previsto di 109 miliardi quest'anno, 112 il prossimo e 116 nel 2016. Per i medici di famiglia – il cui sindacato leader Fimmg ha intanto incontrato al tavolo per la convenzione l'agenzia delle regioni Sisac, in vista di una negoziazione che entra nel vivo a metà mese – sarà obbligatorio entrare nelle aggregazioni funzionali (Aft) e in quelle multi professionali (Uccp) che sostituiranno entro sei mesi dall'approvazione del Patto ogni altra forma associativa pre- esistente. Ci sarà un'Aft ogni 30 mila residenti collegata a una Uccp, che invece è parte essenziale del distretto Asl e impiegherà pure medici formati sulla gestione della terapia del dolore e strutture per la domiciliazione degli stati vegetativi. Parte il numero "europeo" 116.117 per chiamare di notte e nei festivi l'assistenza "non urgente", e resta il 118 per le emergenze. Prime vere polemiche vengono dagli igienisti per l'affidamento (articolo 18) di competenze di sicurezza alimentare ai veterinari in un contesto di "filiera" in cui è importante non solo la qualità del cibo degli italiani ma anche quella dei mangimi per gli animali allevati. «Chi ha scritto l'articolo è portatore d'interessi corporativi inammissibili, urge intervenire», dice Vittorio Carreri coordinatore onorario del collegio degli operatori della Società di Igiene medicina preventiva e sanità pubblica SItI, 3 mila iscritti. «E' singolare che il Patto parli di sistemi regionali veterinari per la sicurezza alimentare come se fossero i veterinari le figure competenti sugli aspetti nutrizionali per i cittadini, e non menzioni minimamente i Dipartimenti di prevenzione sparsi capillarmente in tutta Italia; è singolare che venti regioni accettino questo e che il mondo scientifico sia escluso dai dibattiti al tavolo».

Tirocinanti nelle Uccp, Patto salute disegna la svolta per futuri Mmg

I medici tirocinanti potranno svolgere attività integrative della borsa di studio lavorando a fianco dei futuri colleghi medici di famiglia e di continuità assistenziale: una svolta epocale prevista nel Patto per la salute e rimarcata da **Silvestro Scotti**, vicesegretario nazionale del sindacato Fimmg. «L'ultima versione del patto prevede che nel processo formativo dei futuri mmg siano inseriti moduli di attività nelle diverse funzioni da svolgere nelle aggregazioni funzionali territoriali e nelle unità complesse multi professionali di cure primarie, coerenti con il programma formativo. Avendo vissuto (18 anni fa ndr) il momento storico in cui ai tirocinanti furono assegnati 7,2 punti in graduatoria ritengo che questo, ove

fosse rispettato nel nuovo accordo nazionale, sia il passo chiave verso l'integrazione dei giovani colleghi: allora si decise che avevano priorità nell'accesso alla professione, oggi si decide che "sono nella professione", ed entrano in un percorso di carriera in continuità con quello formativo». L'articolo 5 del Patto prevede inoltre che a individuare i criteri organizzativi ed economici con cui impiegare i futuri mmg non siano le regioni motu proprio ma gli accordi –nazionale e regionali - contrattati con i medici di famiglia. «E' una notizia molto buona – commenta Giulia Zonno segretario Fimmg Formazione - da una parte le regioni potranno disporre autonomamente di risorse per organizzare queste attività, dall'altra, una volta ripreso in convenzione, questo dispositivo ci permetterà da una parte di integrare la borsa da 850-900 euro lordi e dall'altra di inserirci nel sistema delle cure primarie a pieno titolo. Vuol dire molto. Oggi finiti i tre anni di formazione dobbiamo "bussare" per mettere le nostre competenze a disposizione del Ssn, domani saremo nel servizio ed avremo un vero e proprio contratto alla stregua degli specializzandi, diviso in due parti: la borsa che remunera l'attività oggetto di formazione pura e la quota che remunera le attività territoriali integrative». C'è infine nell'articolo 5 comma 14 un terzo punto importante, la possibilità per il medico che si forma in una regione di espletare le attività integrative anche nel territorio di un'altra regione. «Questa norma favorisce la crescita professionale poiché consente al tirocinante di acquisire i plus organizzativi delle regioni più avanzate o che più richiedono l'apporto di attività della medicina generale», dice Zonno, la quale spera che «in prospettiva lo svolgimento di queste attività sia riconosciuto dal punto di vista curricolare».

Lorenzin, dobbiamo riformare Aifa. Serve competitività

«Il prossimo 28 agosto presenterò in Consiglio dei Ministri la riforma degli enti, inclusa quella dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa)». Lo ha annunciato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenendo all'assemblea pubblica 2014 di Farmindustria. Nel «pacchetto del 28 agosto - ha detto - ci sarà la riforma dell'Aifa che immagino come una Fda italiana, che possa agire velocemente e che sia altamente specialistica». Lorenzin ha sottolineato come la nuova Aifa "riformata" dovrà essere «molto forte anche nel ruolo ispettivo e di controllo, garantendo standard altissimi, e per questo - ha avvertito il ministro - la politica non si deve intromettere nelle nomine delle persone che lavorano nel settore; abbiamo cioè bisogno del meglio». L'Aifa, ha aggiunto, «avrà anche bisogno di più persone, con una guida etica molto forte, a partire da ciò che riguarda tutto il tema dell'anticorruzione». Si punta cioè a un «sistema certo con norme chiare». Il ministro della Salute ha quindi chiarito che si procederà anche alla riforma degli enti vigilati: «Vogliamo potenziare gli istituti di ricerca, valorizzando - ha detto - le capacità brevettuali, ma senza delle ripetizioni che non ci servono». Quindi, ha rilevato, «immagino un Istituto superiore di sanità come l'ente Usa National Institute of Health». Per il prossimo autunno, ha anticipato Lorenzin, si punta pertanto a un nuovo impianto delle agenzie regolatorie e per la ricerca. Poi verrà «la terza gamba che è - ha precisato - la sanità integrativa: dobbiamo oggi immaginare dei fondi aperti e dei percorsi simili a quelli della previdenza, per garantire alle nuove generazioni - ha concluso Lorenzin - di poter avere una pensione e una assistenza integrativa».

Concorso specialità, firmato decreto. Federspecializzandi: le perplessità restano

«Il ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, **Stefania Giannini**, ha firmato il provvedimento che è stato inviato alla Gazzetta Ufficiale e che sarà pubblicato dopo il vaglio finale della Corte dei conti. Subito dopo il Miur emanerà il bando per il primo concorso nazionale che si terrà nel mese di ottobre. Il testo ha recepito le osservazioni del Consiglio di Stato». È quanto si legge in una nota diffusa dallo stesso Miur, da cui si apprende la conferma della graduatoria unica nazionale. È questo l'unico elemento positivo, insieme al rispetto delle tempistiche di svolgimento della procedura concorsuale fissata a ottobre, secondo **Cristiano Alicino**, presidente della Confederazione nazionale delle associazioni dei medici specializzandi.

«Per il resto – dice Alicino – non mi pare che vi siano elementi di novità rispetto a quanto era stato detto nei mesi scorsi e rimane il dubbio circa le modalità e le fonti bibliografiche da cui verranno tratti i quesiti che faranno parte della prova d'esame, che sono motivo di incertezza per chi sta preparando il concorso e riguardo ai quali abbiamo chiesto che sia fatta al più presto chiarezza». Federspecializzandi rinnova le critiche alle modifiche apportate rispetto all'impostazione del decreto dell'ex ministro **Chiara Carrozza**. «I quesiti di carattere generale, - ricorda Alicino – sono stati ridotti da 90 a 70, con concomitante aumento dei quesiti di carattere specialistico che passerebbero da 30 a 40, di cui 30 caratterizzanti l'area specialistica e 10 caratterizzanti la tipologia di scuola, questi ultimi con un peso doppio rispetto agli altri quesiti. Un ulteriore elemento di criticità è dato dai dubbi, che non sono stati sciolti, su come saranno formulati i quiz di carattere generale; noi avevamo chiesto che venisse superata l'impostazione meramente nozionistica dei test per valutare le conoscenze e competenze di carattere generale considerate fondative del bagaglio culturale di un laureato in medicina e chirurgia, ma non abbiamo avuto rassicurazioni in merito».

DIRITTO SANITARIO Il contesto operativo può attenuare la responsabilità del medico

La giurisprudenza ha posto in luce i contesti che per la loro difficoltà possono giustificare una valutazione benevola del comportamento del sanitario: da un lato le contingenze in cui si sia in presenza di difficoltà o novità tecnico-scientifiche; e dall'altro le situazioni nelle quali il medico si trovi ad operare in emergenza e quindi in un contesto che può rendere quasi sempre difficili anche le cose facili. Quest'ultima notazione, valorizzata come si deve, apre alla considerazione delle contingenze del caso concreto che dischiudono le valutazioni sul profilo soggettivo della colpa, sulla concreta esigibilità della condotta astrattamente doverosa.

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

DIRITTO SANITARIO Tassazione della indennità fine rapporto corrisposta a Mmg

Un medico generico convenzionato con una Usl, proponeva ricorso dinanzi alla Commissione Tributaria Provinciale (Ctp) di Pistoia contro il silenzio-rifiuto formatosi sull'istanza di rimborso - presentata nel 2005 - di parte delle ritenute Irpef operate

dall'Enpam, quale sostituto d'imposta, sulla somma corrisposta all'atto della cessazione del rapporto di lavoro a titolo di indennità di fine rapporto. La Ctp si pronunciava favorevolmente al medico.

L'Agenzia delle Entrate impugnava la sentenza dinanzi alla Commissione Tributaria Regionale che respingeva il ricorso, rilevando che il rapporto dei medici convenzionati con il Ssn era di tipo parasubordinato e, come tale, assimilabile, a quello dei lavoratori dipendenti; riteneva, di conseguenza, che correttamente la Ctp aveva applicato la disciplina in materia. La Corte di Cassazione investita della questione ha ribaltato le precedenti decisioni.

L'indennità di fine rapporto corrisposta dall'Enpam ai medici di medicina generale, a seguito dell'attività da costoro prestata per conto dei disciolti enti mutualistici e del servizio sanitario nazionale, trattandosi di rapporto di natura privatistica, di prestazione d'opera professionale, svolta con carattere di parasubordinazione, va assoggettata a tassazione separata non già secondo i criteri dettati dall'art. 17 del citato Dpr (ora 19 nuovo TUIR.) per le indennità di fine rapporto relative ai rapporti di lavoro dipendente, erroneamente applicati nella sentenza impugnata, ma secondo quelli prescritti al successivo art. 18 (ora 21 nuovo Tuir).

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

SOLE24ORE/SANITA'

Patto della salute allo show down: si firma la prossima settimana. Ultimi ritocchi con l'Economia

Il Patto per la salute 2014-2016 è allo show down. «Abbiamo chiuso la parte che conteneva i nodi fondamentali. Ora si sta facendo un briefing normativo su alcune questioni. La prossima settimana - giovedì 10 luglio pomeriggio - si terrà una conferenza stampa, dopo la firma in Stato-Regioni» ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, lasciando oggi la conferenza delle Regioni dove è stata oltre due ore a colloquio con i governatori, presente il sottosegretario all'Economia Enrico Zanetti.

«A noi - ha commentato il governatore del Veneto, Luca Zaia - interessa che venga premiata la virtuosità; ci sono altri approfondimenti che competono ai ministeri. L'articolo 20 sull'edilizia sanitaria, poi, va finanziato. Io voglio difendere il presidio della sanità virtuosa, voglio difendere i sacrifici fatti dai veneti e che, in caso di commissariamento, sia il governatore della Regione a decidere, non una persona che arriva da Roma». Il governatore è comunque convinto che «si chiuderà oggi, anche se forse di notte. Per ora il ministero dell'Economia pone questioni che al ministero della Salute non vanno bene e viceversa. Le questioni, però, sono tutte risolvibili. Direi che il nuovo Patto per la salute è approvato».

E nel tardo pomeriggio è arrivato il via libera definitivo: il Patto è chiuso e l'accordo è trovato tra ministeri e Regioni. Con il testo finale corretto e pulito che ci sarà la prossima settimana per il necessario drafting prima dell'approdo in Stato-Regioni.

Le ultime incertezze erano quelle legate soprattutto ad alcuni paletti sulle risorse scritte nel testo dall'Economia, come la possibilità prevista dal Mef di poter mettere mano alle risorse

in caso di necessità nazionali (se sarà necessario farlo si dovrà ridiscutere tutto il capitolo sui finanziamenti) o quella richiesta dalle Regioni di avere maggiori garanzie sulle risorse per l'edilizia sanitaria. Ma anche l'opportunità - come ha sottolineato Zaia - che i governatori che in caso di nuovi commissariamenti non potranno essere commissari, partecipino comunque alla scelta di chi dovrà gestire il loro piano di rientro e alla riscrittura dei paletti da rispettare.

L'intesa sui 29 articoli del documento che ridisegna l'organizzazione, ma anche la gestione economica della sanità italiana è raggiunta. Anche se con alcuni rinvii ad atti successivi su materie da approfondire nel dettaglio come la revisione dei Livelli essenziali di assistenza (le prestazioni cioè che il servizio pubblico deve erogare in tutte le Regioni) dalla quale è previsto un risparmio di 900 milioni in tre anni che resterà comunque all'interno del Ssn.

Con il Patto per salute «il livello di cooperazione Governo-Regioni fa un salto di qualità. C'è unanimità delle Regioni e questo è un fatto importante. È l'evoluzione di un percorso che viene da altri patti, è un altro passo in avanti», ha commentato l'approvazione il presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani nella giornata che il ministro Lorenzin ha definito «eccezionale», aggiungendo «ci confronteremo con tutti i soggetti operatori del mondo della sanità».

Uno dei problemi, spiega è «che ci sono realtà dove i Livelli essenziali di assistenza non sono ancora garantiti. È un punto importante quello di garantire Lea in modo uniforme su tutto il territorio». Il Patto prevede, ricorda il presidente della Regione Emilia Romagna, «certezza delle risorse, risorse per investimenti, impegni serie e innovativi dalle regioni per la riorganizzazione del sistema» e, elemento molto importante, «che i risparmi che si faranno serviranno a qualificare il sistema sanitario».

Quanto al finanziamento, «tra i paesi Ocse siamo il Paese che spende meno» e «siamo in una crisi economica» ma «credo che lo sforzo fatto dal Governo per dare stabilità al fondo sia un elemento importante». In futuro, conclude «l'Italia potrà diventare punto di riferimento per altri Paesi».

Questi in sintesi i principali contenuti.

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 «rimangono 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 evidenzi 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 annate dal decreto «Balduzzi» (DI 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 30mila abitanti) e compisizione 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 inappropriately; 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.

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 "intramoenia 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: conctat 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».

Statistiche mondiali Oms: italiani ai primi posti per aspettativa di vita

I maschi italiani sono al settimo posto nel mondo per aspettativa di vita con 80,2 anni, a parimerito con Israele, Singapore e Nuova Zelanda (si vive di più solo in Islanda, Svizzera e Australia). Le femmine invece sono quinte con un'aspettativa di vita di 85 anni (in testa alla classifica ci sono Giappone, Spagna, Svizzera e Singapore).

Questi alcuni risultati delle «Statistiche Sanitarie Mondiali» ([LEGGI IL RAPPORTO COMPLETO](#)) che l'Oms pubblica dal 2005 e che rappresentano la fonte più importante di informazioni sulla salute delle persone nel mondo. Contengono dati relativi a 194 paesi su una serie di indicatori riguardanti la mortalità, le malattie e i sistemi sanitari, tra cui l'aspettativa di vita, le patologie e i decessi dovuti alle principali malattie, i servizi sanitari e le terapie, gli investimenti finanziari in salute, e i fattori di rischio e i comportamenti che influenzano la salute.

Secondo le ultime statistiche, appena pubblicate sul sito del ministero della Salute (con la sintesi tradotta da Katia Demofonti - Ufficio III - Rapporti con l'Oms e altre agenzie Onu), in tutto il mondo, le persone vivono più a lungo. In base alle medie mondiali, una bambina e un bambino nati nel 2012 hanno, rispettivamente, un'aspettativa di vita di circa 73 anni e 68 anni. Si tratta di 6 anni in più rispetto all'aspettativa di vita media mondiale relativa a un bambino nato nel 1990.

I report statistici annuali dell'Oms evidenziano che i paesi a basso reddito hanno fatto registrare i progressi maggiori, con un aumento medio dell'aspettativa di vita di 9 anni dal 1990 al 2012. I sei paesi nei quali l'aspettativa di vita è aumentata di più sono stati la Liberia, con un incremento di 20 anni (da 42 anni nel 1990 a 62 anni nel 2012), seguita dall'Etiopia (da 45 a 64 anni), le Maldive (da 58 a 77 anni), la Cambogia (da 54 a 72 anni), il Timor-Leste (da 50 a 68 anni) e il Ruanda (da 48 a 65 anni).

«Un motivo importante per cui l'aspettativa mondiale di vita è migliorata così tanto è il fatto che meno bambini muoiono prima del loro quinto compleanno», dice Margaret Chan, direttore generale dell'Oms.

«Ma - aggiunge - esiste ancora un divario profondo tra ricchi e poveri: le persone che vivono in paesi ad alto reddito continuano ad avere possibilità molto maggiori di vivere più a lungo delle persone che vivono nei paesi a basso reddito».

Sperequazioni tra paesi ricchi e poveri

Un bambino nato nel 2012 in un paese ad alto reddito può aspettarsi di vivere fino all'età di circa 76 anni – 16 anni in più rispetto a un bambino nato in un paese a basso reddito (aspettativa di 60 anni). Per le bambine, la differenza è persino maggiore: un divario di 19 anni separa l'aspettativa di vita nei paesi ad alto reddito (82 anni) da quella nei paesi a basso reddito (63 anni).

Ovunque nel mondo, le donne vivono più a lungo degli uomini. Il divario tra l'aspettativa di vita di uomini e donne è più ampio nei paesi ad alto reddito, nei quali le donne vivono circa sei anni in più rispetto agli uomini. Nei paesi a basso reddito, la differenza è di circa tre anni.

Il Giappone presenta l'aspettativa di vita più alta del mondo per le donne (87 anni), seguito da Spagna, Svizzera e Singapore. L'aspettativa di vita per le donne nei paesi classificatisi ai primi dieci posti è di 84 anni o più. L'aspettativa di vita per gli uomini è di 80 anni o più in nove paesi; la più alta si registra in Islanda, Svizzera e Australia.

«Nei paesi ad alto reddito, molta parte dell'aumento dell'aspettativa di vita è dovuta ai successi ottenuti nella lotta alle malattie non trasmissibili» commenta Ties Boerma, direttore del Dipartimento di Statistiche sanitarie e sistemi informativi dell'Oms. «Meno uomini e donne muoiono prima di arrivare al loro sessantesimo compleanno a causa di malattie cardiache e ictus. I paesi più ricchi hanno migliorato le proprie capacità di monitoraggio e gestione di malattie come l'ipertensione, ad esempio».

Anche l'abbandono del consumo di tabacco è un fattore fondamentale per aiutare le persone a vivere più a lungo in numerosi paesi. All'altro estremo, l'aspettativa di vita, sia per le donne che per gli uomini, è tuttora inferiore ai 55 anni in 9 paesi dell'Africa sub-sahariana – Angola, Repubblica Centrafricana, Ciad, Costa d'Avorio, Repubblica Democratica del Congo, Lesotho, Mozambico, Nigeria e Sierra Leone.

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