

d!

d!rigenza medica

12 **Riforma pensioni**
Le proposte Cosmed

13 **Studio Anaa**
La rete di emergenza
pubblica e privata

16 **HIV/AIDS**
Perché dobbiamo
parlarne di più

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOCIAZIONE
**ASSOMED**
MEDICI DIRIGENTI

✓ **MANOVRA**
✓ **PATTO SALUTE**
✓ **DECRETO FISCALE**

IL GOVERNO AVVIA IL RILANCIO DELLA SANITA

Pat Carra per l'Anaa Assomed



**Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaa Web TV**



Apri il lettore QR
code del tuo
dispositivo e
inquadra il codice
con il display per
leggerne il
contenuto.

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

Sede di Roma:
Via San Martino della Battaglia, 31
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002.

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale - 70% - DCB Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di febbraio 2020

Il lavoro in sanità al tempo della crisi

La firma del Ccnl 2016-2018, dopo 9 anni di blocco feroce, ha riportato la “questione lavoro” al centro del dibattito sulle prospettive del SSN. Perché uno degli elementi cardini della crisi della sanità pubblica, insieme con il definanziamento e decentramento, è l’impoverimento, non solo numerico, del suo capitale umano.

Come sta cambiando il lavoro dei medici, al quale tanti non medici pretendono di dettare tempi e agende? Non c’è dubbio che oggi appare svilito nella sua funzione sociale, de-capitalizzato, precarizzato, de-materializzato, impoverito dal punto di vista retributivo, sotto la dittatura dell’imperativo aziendalistico “adapt or die”, che non lascia spazio per le sofferenze che siamo chiamati a diagnosticare, com-patire, talvolta guarire.

I confini sui quali si è costruita la cultura dei diritti sono stati spazzati via dalla crisi economica, o dall’alibi che ha costituito, e, in alternativa al rassicurante contratto a tempo indeterminato di una volta, trionfa un lavoro variamente declinato (a termine, a cottimo, a partita IVA, vera e falsa, lavoretto, somministrato) che ha dato vita ad una esplosione di contratti atipici divenuti sacche di precariato stabile, con diritti assottigliati fino a scomparire. Il fatto è che “costa troppo” il lavoro dei medici, non più sostituiti quando vanno in pensione o in maternità, surrogabili con altri operatori mediante chapliniane alchimie in cui parole magiche sono intensità di cura, funzioni, competenze, sempre quelle degli altri.

Nessuno poteva immaginare che il ruolo dei professionisti della salute avrebbe subito l’attuale deprezzamento e che il medico della post modernità venisse espropriato della sua professione, un’attività intellettuale che un tempo era missione e ora è mansione, svilendo la sua prestazione, un tempo ragionamento clinico, in merce e bene di consumo. Il declino del ruolo e dell’identità professionale si riflette nel trionfo della medicina di carta, nella crescita delle aggressioni, verbali, fisiche e legali, nell’imbuto formativo, nella crisi occupazionale, nella diaspora del sindacalismo medico, nella avanzare di altre professioni nei luoghi di lavoro, “strangers at bedside”, che erode i tradizionali ambiti di esercizio della professione medica.

Il Prometeo dei tempi passati non c’è più e l’ospedale non è più la meta agognata e nobile dei decenni passati. Oggi sul lavoro dei medici vivono in tanti e decidono tutti, tranne noi. Decidono i politici, quando impongono le catene di comando, a partire dai direttori generali. Decidono gli economisti, che adattano agli

ospedali metodi di valutazione aziendalistici. Decide il governo di turno che sceglie di effettuare tagli lineari e indiscriminati.

Nei modelli organizzativi derivati dall’industria automobilistica i pazienti non sono più persone con problemi sanitari, ma una pila di cartelle cliniche, ed i medici prestatori d’opera. Numeri chiamati a produrre altri numeri. Il cambiamento del lavoro medico è destinato ad accentuarsi, insieme con quello dei luoghi delle cure, sotto la pressione dell’ondata delle donne e di una rivoluzione tecnologica senza eguali. Già cominciano a diffondersi forme di uberizzazione del lavoro, nelle quali i medici rifuggono lo status di dipendente per muoversi come autonomi cottimisti di lusso, complici il peggioramento delle condizioni di lavoro, e delle retribuzioni, la desertificazione delle progressioni di carriera ed il controllo asfissiante delle organizzazioni. E cresce il fenomeno della fuga dall’ospedale, figlio legittimo della crisi verticale del lavoro medico.

Il sindacato deve interrogarsi sul compito non facile di rappresentare un mondo frammentato difficile da intercettare. Per restituire la sanità ai medici ed i medici alla sanità, occorre una rivoluzione culturale del lavoro che ne cambi la matrice gestionale ed organizzativa dotandolo di mezzi, spazi e tempi congrui. Dovremo usare il lavoro come fattore di cambiamento e recuperarne la qualità perduta, ricostruendo l’autonomia nel leggere e decidere le necessità del paziente. Perché *“Deve mantenere l’autorità sul lavoro chi il lavoro lo fa, non chi campa sul lavoro altrui. Chi svolge il lavoro conosce la qualità, il valore, le competenze e le esperienze che servono per svolgerlo al meglio”* (Anna Rosa Buttarelli). Solo il recupero di questa autorità può rimediare alla alienazione rispetto al suo prodotto di tutela della salute, sfuggendo da un’invasione amministrativa che sottrae tempo alla assistenza e relega il rapporto con il paziente a realtà virtuale, magari grazie anche alla telemedicina. Permettendoci anche di giocare dentro le aziende la partita dei livelli retributivi, essendo aleatoria la sola leva fiscale.

Serve una cultura del tempo clinico come tempo di relazione e tempo di cura, un diverso valore, anche salariale, del lavoro, sue diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato. I LEA siamo noi, perché sono i nostri saperi e le nostre competenze che fanno la differenza tra malattia e salute e, spesso, tra vita e morte. Quel che ancora resta dell’arte lunga non è poco.



COSTANTINO TROISE
Presidente Nazionale
Anaao Assomed



La legge di Bilancio

Le misure per la sanità della prima manovra del “Conte 2”

Approvata alla vigilia di Natale la prima legge di Bilancio del governo “giallo-rosso”. Per sanità e sociale un ‘tesoretto’ circa 7,5 miliardi di euro nel triennio. Tra questi 3,5 miliardi per il fondo sanitario (2020 e 2021), altri 2 miliardi per l’edilizia e 739 milioni per cancellare il superticket. A queste somme si aggiunge un altro miliardo e 260 milioni per tutta una serie di misure che vanno dalla farmacia dei servizi alle specializzazioni mediche

Per la sanità, contando tutti i singoli provvedimenti e le poste finanziarie relative, si arriva a un finanziamento complessivo nel triennio di circa 7,5 miliardi di euro. Il grosso di questa cifra è per il finanziamento di parte corrente del Fondo sanitario (2 miliardi per il 2020 e 1,5 per il 2021), per l’aumento delle risorse per l’edilizia sanitaria e per l’acquisto di apparecchiature per medici di famiglia e pediatri (in tutto altri 2 miliardi) e per la cancellazione del superticket (185 milioni per il 2020 e 554 per il 2021). A queste somme si aggiungono poi una serie di provvedimenti (1.200 contratti in più per le specializzazioni mediche, farmacia dei servizi in tutte le Regioni, sostegno alla disabilità e altre voci minori) per un totale di un ulteriore miliardo e 260 milioni di euro, sempre nel triennio.

Giovanni
Rodríguez

Ma ecco l’analisi di tutte le misure per la sanità ed il sociale, comma per comma.

Commi 81 e 82 (Edilizia sanitaria)

Confermato uno stanziamento di 30 miliardi per l’edilizia sanitaria. Viene dunque **umentata di 2 miliardi la dotazione** già prevista dalla manovra 2018.

Comma 269 (Tetto spesa personale Decreto Calabria)

Viene riformulato l’articolo 11 del Decreto Calabria nel seguente modo. Nella prima parte si spiega come, a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale di ciascuna Regione e Provincia autonoma di Trento e di Bolzano, nell’ambito del livello di finanziamento del fabbisogno nazionale standard cui con-



corre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi definiti da ciascuna Regione e Provincia autonoma di Trento e di Bolzano non può superare i livelli del 2018. Soppressa poi la parte finale, ossia il comma 4-bis, nel quale si prevedeva che queste disposizioni non venissero applicate alle Regioni e Province autonome che provvedono al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

Comma 271 (Contratti formazione specialistica in medicina)

Per finanziare nuovi contratti di specialistica in medicina viene autorizzata una spesa incrementata di 5,425 mln per il 2020, di 10,850 mln per il 2021, di 16,492 mln per il 2022, di 22,134

mln per il 2023 e di 24,995 mln a decorrere dal 2024.

Commi da 275 a 277 (Interventi a favore della ricerca pubblica nazionale nell’ambito delle risorse destinate alla Fondazione Human Technopole)

La Fondazione Human Technopole dovrà:

- presentare una relazione, con cadenza biennale, per la trasmissione alle Camere, al Miur, al Ministro della salute e al Mef, sulle attività svolte e programmate anche con riferimento al loro impatto sul sistema nazionale di ricerca, sul tempo e le modalità di utilizzo delle facility infrastrutturali da parte di progetti scientifici partecipati o promossi da soggetti non affiliati alla Fondazione, nonché sui servizi svolti a beneficio della comunità scientifica nazionale;
- organizzare una giornata aperta di

confronto con la comunità scientifica. La Fondazione sarà tenuta, inoltre, tra le altre cose, promuovere il costante confronto con il sistema di ricerca nazionale, avviare e coordinare le procedure competitive annuali per la selezione, secondo le migliori pratiche internazionali, di progetti presentati per l'accesso alle facility infrastrutturali da ricercatori o gruppi di ricercatori, istituire presso la Fondazione un'apposita Commissione indipendente di valutazione dei progetti di ricerca, composta da valutatori esterni alla Fondazione individuati tra scienziati senza affilia-



zioni o incarichi in essere con università, Irccs ed enti pubblici di ricerca italiani, nonché dal presidente del Comitato scientifico della Fondazione, che ne è membro di diritto.

Comma 329

(Fondo prevenzione randagismo)

Autorizzata la spesa di **1 milione di euro** per l'anno 2020. Il 60 per cento delle risorse è destinato alle regioni Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Puglia, Sicilia e Sardegna per la realizzazione di piani straordinari di prevenzione e controllo del randagismo.

Commi da 330 a 338

(Fondo per la disabilità e la non autosufficienza)

Viene istituito un fondo denominato "Fondo per la disabilità e la non autosufficienza", con una dotazione pari

a **29 milioni di euro per l'anno 2020**, a **200 milioni di euro per l'anno 2021**, a **300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022**. Con appositi provvedimenti normativi, nei limiti delle risorse di cui al primo periodo del presente comma, che costituiscono il relativo limite di spesa, si provvede a dare attuazione agli interventi ivi previsti.

Per il 2020, viene incrementato di ulteriori **12,5 milioni di euro** il contributo da destinare alle scuole dell'infanzia paritarie che accolgono alunni con disabilità.

Sempre per il 2020, viene poi incrementato di **20 milioni di euro** il Fondo per le non autosufficienze.

Il Fondo per il diritto al lavoro dei disabili viene incrementato per il 2020 di **5 milioni di euro**.

Per l'anno 2020, al fine di favorire la realizzazione di progetti di integrazione dei disabili attraverso lo sport, è destinato alle attività del "progetto Filippide" un contributo annuo pari a **500.000 euro** per l'anno 2020.

Dal 1° gennaio 2020 sono **esentati dal pagamento del ticket** per farmaci e prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche, i minorenni privi di un sostegno familiare. L'esenzione deve essere verificata e accertata, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, attraverso le funzionalità dell'Anagrafe nazionale degli assistiti del Sistema Tessera Sanitaria, sulla base delle informazioni rese disponibili dal Ministero della Giustizia.

In occasione dei cento anni di fondazione, all'**Unione italiana dei ciechi e degli ipovedenti** è concesso un contributo straordinario di **1 milione di euro** per l'anno 2020.

Al fine di garantire l'attività di inclusione e promozione sociale delle persone con disabilità svolta dalla **Fish** – Federazione italiana per il superamento dell'handicap Onlus, viene autorizzata la spesa di **400.000 euro** annui per ciascuno degli anni 2020, 2021 e 2022. Per contribuire alla piena realizzazione degli obiettivi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, viene attribuito, a decorrere dall'anno 2020, un contributo annuo di **500.000 euro** all'**Associazione nazionale guida legislazioni handicappati trasporti**.

Commi da 339 a 344

(Disposizioni a favore della famiglia)

Si istituisce nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali un "Fondo assegno universale e servizi alla famiglia", con una dotazio-



Per finanziare nuovi contratti di specialistica in medicina viene autorizzata una spesa incrementata di 5,425 mln per il 2020

ne pari a **1.044 milioni di euro per l'anno 2021** e a **1.244 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022**. Si rinnova il **bonus bebè** per ogni figlio nato o adottato dal 1 gennaio 2020 al 31 dicembre 2020. Il finanziamento sarà di **348 mln** nel 2020 e **410 mln** nel 2021.

La durata del **congedo obbligatorio per il padre lavoratore dipendente** passa a **5 giorni** per il 2019 e **7 giorni** per il 2020.

Viene stabilizzato e contestualmente incrementato il contributo economico per il **pagamento di rette degli asili nido**. A decorrere dall'anno 2020, il buono viene incrementato di **1.500 euro** per i nuclei familiari con un valore Isee fino a **25.000 euro**, e di **1.000 euro** per i nuclei familiari con un Isee da **25.001 euro** fino a **40.000 euro**.

Il **Fondo per le nali** viene incrementato di **500.000 euro annui** a decorrere dal 2020.

Commi 353 e 354 (Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere)

Il finanziamento per il Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale viene incrementato di **4 milioni** per ciascuno degli anni 2020, 2021 e 2022.

Per promuovere l'educazione alle differenze di genere, le università provvedono ad inserire nella propria offerta formativa corsi di studi genere o a potenziare quelli già esistenti. Per queste finalità il Fondo per il finanziamento ordinario delle università viene incrementato di **1 milione di euro annui** a decorrere dal 2020.

Comma 361 (Detrazioni fiscali per spese veterinarie)

Dall'imposta lorda si detrairà un importo pari al **22%** delle spese veterinarie, fino all'importo di euro **500**, limitatamente alla parte che eccede euro **129,11**.

Commi da 446 a 448 (Abolizione Superticket)

Nelle more di una più generale revisione del ticket, a decorrere dal **1° settembre 2020** viene **abolito il superticket**, ossia la quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati. Conseguentemente, per le coperture viene incrementato il Fondo sanitario nazionale di **185 milioni di euro** per l'anno 2020 e di **554 milioni di euro annui** a decorrere dal 2021. Infine, la dotazione del fondo per il superamento del ticket di **60 milioni di euro annui**, stabilita dalla manovra 2018, viene ridotta di **20 milioni di euro** per l'anno 2020 e **60 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno 2021.

Commi da 449 a 450 (Apparecchiature sanitarie dei medici di medicina generale)

Per migliorare il processo di presa in cura dei pazienti e ridurre il fenomeno delle liste d'attesa, viene autorizzato un contributo pari a **235.834.000 euro** per l'acquisto di apparecchiature sanitarie per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Lo stanziamento andrà a valere sull'importo fissato dal fondo per l'edilizia sanitaria nell'ambito delle risorse non ancora ripartite alle regioni. I trasferimenti in favore delle regioni saranno disposti sulla base di un piano dei fabbisogni predisposto e approvato nel rispetto dei parametri fissati con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro il 31 gennaio 2020, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni.

Con lo stesso decreto dovranno essere definite la distribuzione delle risorse alle Regioni, in quota capitaria, e le modalità con cui le stesse Regioni, all'interno degli Accordi integrativi regionali, dovranno individuare le attività assistenziali all'interno dei quali verranno utilizzati i dispositivi medici di supporto, privilegiando ambiti relativi alla fragilità e alla cronicità, anche prevedendo l'utilizzo di strumenti di telemedicina finalizzati alla *second opinion*. Le apparecchiature sanitarie, di proprietà delle aziende sanitarie, saranno messe a disposizione dei medici di secondo modalità individuate dalle aziende stesse avendo cura di misurare l'attività svolta attraverso indicatori di processo.

Comma 451 (Precari Irccs e Izs)

Si interviene su quanto già previsto dalla legge di Bilancio 2018. Viene disposto che il Ministero della Salute, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, dovrà individuare i criteri ai quali gli istituti dovranno attenersi per l'attribuzione delle fasce economiche al personale assunto in fase di prima applicazione della norma.

Ricordiamo che la norma, inserita nella manovra 2018, prevedeva che, in sede di prima applicazione, il personale in servizio presso gli Istituti di ricerca alla data del 31 dicembre 2017, con rapporti di lavoro flessibile instaurati a seguito di procedura selettiva pubblica, che avesse maturato un'anzianità di servizio di almeno 3 anni negli ultimi 5, avrebbe potuto essere assunto con contratto di lavoro a tempo determinato. L'articolo intende quindi dare solo copertura normativa all'articolo 12 del contratto per la ricerca nel comparto sanità firmato lo scorso 11 luglio. Questo al fine di individuare i criteri da uti-

lizzare per l'attribuzione delle fasce retributive al personale assunto in prima fase di applicazione.

Comma 452 (Inmp)

Per lo svolgimento delle funzioni dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà viene autorizzato un contributo di **300.000 euro** per ciascuno degli anni dal 2020 al 2022.

Comma 453 (Campagne di sensibilizzazione per gli animali di affezione)

Stanziati **500 mila euro** l'anno, dal 2020 al 2022, per campagne di informazione e sensibilizzazione per gli animali di affezione, le cui modalità saranno definite dal ministro della Salute.

Comma 454 (Destinazione dei beni confiscati ai sensi dell'articolo 48 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159)

Viene autorizzata la spesa di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2020, 2021 e 2022 per le cooperative sociali che risultino, dal 1° gennaio 2020, nuove assegnatarie dei beni immobili confiscati per mafia.

Comma 455 (Finanziamento della centrale operativa nazionale per non udenti)

In favore dell'Ente nazionale sordi (Ens), ai fini della prosecuzione del progetto Comunic@Ens, e in particolare per il servizio di videochiamata, viene autorizzato un contributo di 250.000 euro per gli anni 2020, 2021 e 2022.

Comma 456 e 457 (Disposizioni per l'acquisto di sostituti del latte materno)

Verrà riconosciuto alle mamme che non possono allattare un contributo fino a un massimo di 400 euro l'anno per neonato, fino al sesto mese di vita. A tal fine verrà istituito presso il ministero della Salute un fondo con una dotazione di **2 milioni di euro** per il 2020 e di **5 milioni** per il 2021. Un decreto ministeriale stabilirà poi le misure attuative individuando sia le condizioni patologiche, tra cui ipogalattia e agalattia materna, e le modalità per beneficiare del contributo.

Ricordiamo che fino ad oggi, con i nuovi Livelli essenziali di assistenza, la fornitura di latte artificiale a carico del Ssn è prevista solo per i bambini nati da madri sieropositive per Hiv.

La Ragioneria Generale ha chiesto una relazione tecnica per verificare l'ade-

IL PACCHETTO
LEGISLATIVO
DI FINE ANNO



LEGGI DI BILANCIO

guatezza del Fondo rispetto alla platea dei beneficiari.

Commi da 458 a 460 (Medici Inps)

Stanziati 7,2 milioni all'anno in più per tre anni, che permetteranno nuove assunzioni di medici dell'Inps, per un **numero non superiore ad 820 l'anno**.

Commi 461 e 462 (Farmacie dei servizi)

Nello specifico, il comma 524 prolunga la sperimentazione della farmacia dei servizi di un altro biennio (2021 e 2022) e la estende, per il medesimo periodo, a tutte le Regioni a statuto ordinario (come si ricorderà, al momento, sono nove le Regioni coinvolte), con una integrazione di risorse, pari a **25,3 milioni di euro** per ciascuno degli anni 2021 e 2022, per un importo complessivo di 50,6 milioni di euro.

Il comma 525, invece, prevede, per la presa in carico dei pazienti cronici, la possibilità di usufruire presso le far-



“
Stanziati 7,2 milioni all'anno in più per tre anni, che permetteranno nuove assunzioni di medici dell'Inps, per un numero non superiore ad 820 l'anno

macie, in collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e comunque nel rispetto di prescrizioni mediche, di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci. A tal fine, attraverso le procedure della ricetta elettronica, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che effettuano le prescrizioni possono intrattenere ogni forma di collaborazione con le farmacie prescelte dal paziente per l'erogazione dei servizi, anche attraverso le funzionalità del dossier farmaceutico. Le farmacie, quanto alle suddette prestazioni, forniranno ai pazienti interessati ogni utile e completa informazione sulle cure prestate e sulle modalità di assunzione e conservazione personalizzata dei farmaci prescritti, nonché ogni volta che risulti necessario, informeranno il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta o il medico prescrittore della regolarità o meno dell'assunzione di farmaci da parte dei pazienti o su ogni altra notizia reputata utile, compresa la necessità di rinnovo delle prescrizioni

di farmaci per garantire l'aderenza alla terapia.

Comma 463
(Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza)

Si prevede uno stanziamento di **1 milione di euro** per il 2020 per la Rete nazionale dei registri dei tumori così ripartiti.

Comma 464 (Disposizioni in materia di medicinali omeopatici)

I medicinali interessati da un procedimento di rinnovo dell'autorizzazione in commercio depositato in Aifa entro la data del 30 giugno 2017, sono mantenuti in commercio fino al completamento della valutazione da parte dell'Aifa. Gli altri medicinali omeopatici presenti nel canale distributivo al 1° gennaio 2020, sono mantenuti in commercio fino alla data di scadenza del medicinale indicata in etichetta e comunque **non oltre il 1° gennaio 2022**.

Comma 465 (Educatori professionali socio-sanitari)

I diplomi e gli attestati, ottenuti a seguito di corsi regionali o di formazione specifica ed iniziati tra il 1997 e il 2000, o comunque **conseguiti entro il 2012**, sono equipollenti al diploma universitario, rilasciato a seguito di completamento del corso di laurea nella classe L/SNT2, di educatore professionale socio-sanitario ai fini dell'esercizio professionale, dell'accesso alla formazione post-base e dell'iscrizione all'albo della professione sanitaria di educatore professionale.

Comma 466 (Disposizioni in materia di precariato del Servizio sanitario nazionale)

Vengono estesi i requisiti previsti dai

commi 1 e 2 dell'articolo 20 della **Legge Madia sul superamento del precariato** nelle pubbliche amministrazioni a chi lavora nel Servizio sanitario nazionale. Nello specifico, si estende la possibilità per le amministrazioni di assumere a tempo indeterminato fino al 31 dicembre 2022. Il termine entro cui questi lavoratori devono aver maturato almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, viene spostato a **fine dicembre 2019**.

Comma 468 (Concorsi personale dirigenziale e non)

Per l'assunzione di personale dirigenziale e non, viene prorogata al 31 dicembre 2019 la validità del termine per l'indizione delle procedure concorsuali straordinarie, e al 31 dicembre 2020 la loro conclusione.

Comma 469
(Ricerca endometriosi)

Viene autorizzata la spesa di **2 milioni di euro** per ciascuno degli anni 2020 e 2021 per il sostegno dello studio, della ricerca e della valutazione dell'incidenza dell'endometriosi nel territorio nazionale. Le risorse destinate alla ricerca scientifica non potranno essere inferiori al 50% della dotazione del Fondo.

Commi da 470 a 472 (Formazione specialistica dei medici)

Al fine di supportare le attività dell'Osservatorio Nazionale e degli Osservatori Regionali viene istituita un'apposita tecnostuttura di supporto. Le competenze dell'Osservatorio Nazionale vengono estese anche alle scuole di specializzazione destinate alla formazione degli ulteriori profili professionali sanitari. Conseguentemente, la denominazione dell'Osservatorio Nazionale



della Formazione Medica Specialistica viene modificata in “Osservatorio Nazionale per la Formazione Sanitaria Specialistica” e la sua composizione viene integrata per garantire una rappresentanza degli specializzandi dei profili professionali sanitari diversi da quello di medico, in aggiunta alla rappresentanza eletta dei medici in formazione specialistica.

Per questo, a decorrere dal 2020, viene autorizzata la spesa di **3 milioni di euro** annui.

Al fine di sviluppare ed adottare metodologie e strumenti per la definizione del fabbisogno di medici e professionisti sanitari, nell’ottica di consentire una distribuzione dei posti da assegnare per l’accesso ai corsi di medicina e chirurgia e delle professioni sanitarie ed alle scuole di specializzazione di area sanitaria rispondente alle effettive esigenze del Servizio Sanitario Nazionale, viene autorizzata la spesa di **3 milioni di euro** nell’anno 2020 e di **2 milioni di euro annui** a decorrere dal 2021 da destinare all’Agenas per il supporto reso alle attività del Ministero della salute e delle regioni, nonché all’Osservatorio Nazionale ed agli osservatori regionali.

Comma 629 (Rimodulazione degli oneri detraibili in base al reddito)

Resta la **detrazione nell’intero importo per le spese sanitarie** a prescindere dall’ammontare del reddito complessivo.

Comma 634 (Imposta sul consumo dei manufatti in plastica con singolo impiego e incentivi per le aziende produttrici di manufatti in plastica biodegradabile e compostabile)

Farmaci e dispositivi medici vengono **esentati dalla nuova plastic tax**.

Commi 659 e 660 (Accise sui tabacchi)

Aumenta da 30 a 35 euro al chilogrammo l’accisa minima per sigari; da euro 32 ad euro 37 per i sigaretti; e da euro 125 ad euro 130 per tabacco trinciato a taglio fino da usarsi per arrotolare le sigarette. E ancora, per i tabacchi lavorati l’onere fiscale minimo passa da “95,22 per cento” a “96,22 per cento”.

Inoltre, la voce “tabacchi lavorati” viene sostituita dalla seguente: “Tabacchi lavorati: a) sigari 23,5 per cento; b) si-

garetti 24 per cento; c) sigarette 59,8 per cento; d) tabacco trinciato a taglio fino da usarsi per arrotolare le sigarette 59 per cento; e) altri tabacchi da fumo 56,5 per cento; f) tabacchi da fiuto e da mastico 25,28 per cento.”

Viene introdotta un’imposta di consumo sui prodotti accessori ai tabacchi da fumo.

1. Le cartine, le cartine arrotolate senza tabacco e i filtri funzionali ad arrotolare le sigarette sono assoggettati ad imposta di consumo in misura pari a € 0,0036 il pezzo contenuto in ciascuna confezione destinata alla vendita al pubblico.
2. La circolazione dei prodotti di cui al comma 1 è legittimata dall’inserimento degli stessi in apposita tabella di commercializzazione, secondo le modalità previste al comma 5.
3. I prodotti di cui al comma 1 sono venduti al pubblico esclusivamente per il tramite delle rivendite di cui alla legge 22 dicembre 1957, n. 1293, e successive modificazioni.
4. L’imposta di consumo è dovuta dal produttore o fornitore nazionale o dal rappresentante fiscale del produttore o fornitore estero all’atto della cessione dei prodotti alle rivendite di cui al comma 3, con le modalità previste dall’articolo 39-decies.
5. Con determinazione del direttore dell’Agenzia delle dogane e dei monopoli, sono disciplinate le modalità di presentazione e i contenuti della richiesta di inserimento dei prodotti di cui al comma 1 nelle tabelle di commercializzazione previste per ciascuna delle categorie di prodotto, nonché gli obblighi contabili e amministrativi dei soggetti obbligati al pagamento dell’imposta.
6. È vietata la vendita a distanza, anche transfrontaliera, di prodotti di cui al comma 1, ai consumatori che acquistano nel territorio dello Stato. L’Agenzia delle dogane e dei monopoli, fermi i poteri dell’autorità e della polizia giudiziaria ove il fatto costituisca reato, comunica ai fornitori di connettività alla rete Internet ovvero ai gestori di altre reti telematiche o di telecomunicazione o agli operatori che in relazione ad esse forniscono servizi telematici o di telecomunicazione, i siti web ai quali inibire l’accesso, attraverso le predette reti, offerenti prodotti di cui al comma 1.
7. Per i prodotti di cui al comma 1 si applicano le disposizioni previste dagli articoli 291-bis, 291-ter e 291-quater del decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43 e successive modificazioni, nonché dall’articolo 96 della legge del 17 luglio 1942, n. 907, e dall’articolo 5 della legge 18 gennaio 1994 n. 50,

in quanto applicabili.”

Commi da 661

(Imposta sul consumo di bevande con zuccheri aggiunti)

Viene istituita un’imposta sulle “bevande edulcorate”, ossia quei prodotti finiti e i prodotti predisposti per essere utilizzati come tali previa diluizione, destinati al consumo alimentare umano, ottenuti con l’aggiunta di edulcoranti e aventi un titolo alcolometrico inferiore o uguale a 1,2 per cento in volume.

L’importo della nuova imposta viene fissata nelle misure di:

- a. euro 10,00 per ettolitro, per i prodotti finiti;
- b. euro 0,25 per chilogrammo, per i prodotti predisposti ad essere utilizzati previa diluizione.

Commi 679 e 680

(Tracciabilità delle detrazioni)

Ai fini dell’imposta sul reddito delle persone fisiche, la detrazione dall’imposta lorda nella misura del 19 per cento degli oneri indicati nell’articolo 15 del testo unico delle imposte sui redditi spetta a condizione che l’onere sia sostenuto con versamento bancario o postale ovvero mediante altri sistemi di pagamento elettronici.

Al comma 2 si specifica tuttavia che l’obbligo del pagamento tracciabile non si applica alle detrazioni spettanti in relazione alle spese sostenute per l’acquisto di medicinali e di dispositivi medici, nonché alle detrazioni per prestazioni sanitarie rese dalle strutture pubbliche o da strutture private accreditate al Servizio sanitario nazionale, che potranno quindi essere pagate in contanti senza perdere il diritto alla detrazione.

Comma 852 (Ant Onlus)

Per sostenere l’attività della Fondazione Ant Italia Onlus viene assegnato alla stessa Fondazione un contributo di **500.000 euro** per il 2020.

Comma 859

(Ulteriori stanziamenti per contratti formazione specialistica in medicina)

Per l’ammissione di medici alle scuole di specializzazione di area sanitarie viene autorizzata l’ulteriore spesa di **25 milioni di euro** per ciascuno degli anni 2020 e 2021, e di **26 milioni di euro** a decorrere dall’anno 2022.

Comma 882

(Fondo minori non accompagnati)

Il Fondo minori non accompagnati viene incrementato di **1 milione di euro** annui a decorrere dal 2020.



Patto per la Salute

Con un colpo al cerchio e uno alla botte il Patto per la Salute ha ricevuto il placet delle Regioni a poco più di dieci giorni dalla scadenza entro al quale doveva essere ratificato, pena la perdita degli aumenti per il fondo sanitario del biennio 2020-2021.

A sbloccare l'impasse la possibilità di far restare in servizio i medici fino a 70 anni e il via libera alla stipula di contratti a tempo determinato per gli specializzandi a partire dal terzo anno, due richieste delle Regioni accolte dal Governo ieri sera. Ma anche l'impegno reciproco di Governo e Regioni ad aprire un tavolo di confronto con l'obiettivo di individuare ulteriori ambiti di convergenza su argomenti ancora aperti.

Per quanto riguarda invece i Presidenti commissari, l'accordo è che il Governo, entro 180 giorni, d'intesa con le Regioni interessate, riesaminerà le procedure di nomina del Commissari ad acta, anche alla luce dei recenti indirizzi della Consulta.

Le principali Misure. Finanziamento di 3,5 mld per il biennio 2020-2021, arrivano i Piani di Potenziamento Lea e i commissariamenti ci saranno solo come soluzione estrema. Sale il tetto di spesa per il personale per le assunzioni, riforma della formazione sia specialistica che in medicina generale e nuovo programma nazionale per la mobilità sanitaria. E ancora, riforma Aifa, Iss, Agenas e unica regia per l'Hta. Previsto aggiornamento linee guida su governance farmaci e dispositivi medici, così come saranno definiti delle linee d'indirizzo per l'assistenza territoriale (medici di famiglia, pediatri, specialisti, infermieri e farmacie) oltre che all'integrazione socio-sanitaria. Previsto sviluppo della farmacia dei servizi e dell'infermiere di famiglia.

Ma non solo, saranno messe in campo misure per velocizzare l'iter di accesso ai fondi per l'edilizia sanitaria, sarà avviata una revisione dei fondi integrativi e dei ticket. Spazio anche a maggiori investimenti per la prevenzione e ad una nuova governance della Ricerca. Previste infine misure per favorire il dialogo tra i cittadini e il Ssn. Sono queste le principali misure contenute nelle 17 schede che compongono il Patto per la Salute appena siglato in Conferenza Stato-Regioni.

Finanziamento di 3,5 mld per il biennio 2020-2021, potenziamento Lea, commissariamenti solo come soluzione estrema. Sale tetto spesa assunzioni, medici in pensione a 70 anni e ingresso anticipato specializzandi. E ancora, riforma Aifa, Iss, Agenas e unica regia per l'Hta. Aggiornamento linee guida governance farmaci e dispositivi medici, linee indirizzo assistenza territoriale (medici di famiglia, pediatri, specialisti, infermieri e farmacie) e per integrazione socio-sanitaria. Sviluppo della farmacia dei servizi e dell'infermiere di famiglia



Luciano Fassari
Ester Maragò

Ma ecco la sintesi del Patto

Scheda 1

3,5 mld per il biennio 2020-2021.

Vengono fissate le risorse per il triennio 2019-2021: 114.474.000.000 euro per l'anno 2019, 116.474.000.000 euro per l'anno 2020 e in 117.974.000.000 euro per l'anno 2021.

Governo e Regioni convengono inoltre sulle necessità di ricondurre le quote vincolate del Riparto del fabbisogno sanitario standard all'interno del riparto relativo alla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard fermi restando i criteri di assegnazione come definiti nelle ultime proposte di riparto. Resta ferma la facoltà del Ministero della salute, di indicare, annualmente, specifici obiettivi da raggiungere su progetti ritenuti meritevoli di distinta evidenziazione. Le Regioni forniranno apposita rendicontazione al Comitato LEA dei progetti ef-

fettuati. Governo e regioni si impegnano a semplificare la procedura di attribuzione degli obiettivi di piano con particolare riferimento alle modalità di rendicontazione basate su indicatori che dovranno valorizzarne i risultati

Scheda 2

Arrivano i piani di potenziamento Lea. Commissariamento solo come soluzione estrema.

In premessa Governo e Regioni convengono sulla necessità di completare al più presto il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 "Nuovi LEA", attraverso l'approvazione del decreto che fissa le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che consente l'entrata in vigore dei relativi Nomenclatori sull'intero territorio nazionale.

Detto ciò il nuovo meccanismo di affiancamento funzionerà così:

Dall'anno 2020 per il monitoraggio dell'erogazione dei livelli di assistenza a livello regionale e sub-regionale, il Comitato Lea effettuerà annualmente la valutazione basata sul Nuovo sistema di garanzia, inerente la qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali dando evidenza delle criticità eventualmente presenti con riferimento all'erogazione dei Lea. Sulla base di tale monitoraggio, da effettuarsi perentoriamente entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento:

- a) anche in situazioni di sufficienza nei 3 macro-livelli, il Comitato Lea, nell'ambito del sistema adempimenti, segnala le eventuali carenze rilevanti da qualificare come impegni;
- b) ove si rilevino gravi criticità in almeno due macro-livelli di assistenza, il Comitato LEA invita la regione a presentare, entro un termine congruo in



relazione alla criticità e comunque non superiore a 30 giorni, un piano di risoluzione delle predette criticità che riporti gli interventi da porre in essere in un arco temporale coerente con la complessità dei problemi da risolvere.

Il piano dovrà prevedere gli interventi di risoluzione delle criticità nell'ambito della sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale interessato. Tale piano, denominato "Intervento di potenziamento dei Lea", è valutato nei successivi 30 giorni dal Comitato Lea in ordine alla coerenza degli interventi proposti, ai modi e ai tempi previsti. In caso di mancata presentazione del piano da parte della regione o di non adeguatezza dello stesso sulla base delle valutazioni del Comitato Lea, il Ministro della salute, anche avvalendosi degli Enti vigilati, previa diffida ad adempiere alla regione entro i successivi 15 giorni e ove persista l'inadempimento, provvede entro i successivi 30 giorni a predisporre un piano e a sottoporlo all'approvazione del Comitato Lea. La valutazione da parte del Comitato Lea deve in ogni caso avvenire entro il termine utile a consentire la chiusura della valutazione complessiva degli adempimenti annuali en-

“
Nel triennio 2020-2022 è previsto che la percentuale di incremento della spesa di personale fissata in misura pari al 5 per cento salga al 10 per cento”

tro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento.

Fermo restando che le Regioni dispongono della facoltà di scegliere come assegnare i singoli obiettivi alle proprie aziende sanitarie e come valutare di conseguenza i direttori delle medesime, e che spetta alla Direzione sanità delle regioni l'obiettivo generale di potenziamento dei LEA, l'attuazione del piano è obiettivo prioritario del Direttore regionale e dei Direttori generali delle aziende sanitarie e/o ospedaliere interessate. La Regione è tenuta alla realizzazione degli interventi nei tempi e nei modi previsti dal piano approvato dal Comitato LEA, attraverso le aziende e gli enti del SSR e con il necessario affiancamento e supporto tecnico-operativo messo a disposizione da Agenas.

Gli obiettivi di miglioramento dei livelli assistenziali individuati dal piano si intendono ottenuti con il raggiungimento, alle scadenze previste, degli intervalli di garanzia previsti dal NSG negli ambiti di criticità. La valutazione è effettuata dal Comitato Lea. La valutazione positiva, da parte del Comitato LEA, del piano di potenziamento comporta il riconoscimento di adempimento con impegno a realizzare le attività previste dal piano. La mancata realizzazione nei tempi e nelle modalità previste delle attività del piano comporterà una valutazione di inadempienza.

Qualora si registri nel medesimo anno una valutazione insufficiente in tutti e tre i macro-livelli la regione, valutata inadempiente, è tenuta alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale e operano tutte le norme vigenti in materia di piani di rientro.

Commissariamento come extrema ratio e nuove linee guida per l'uscita. Governo e Regioni confermano che il Commissariamento costituisce un rimedio ultimo dettato da circostanze eccezionali. Verranno elaborate apposite linee guida adottate di concerto dai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze da sottoporre all'intesa della Conferenza Stato-Regioni. Tali linee guida dovranno fornire indicazioni operative per la valutazione dei parametri ai fini della cessazione dell'esercizio dei poteri commissariali basati su criteri relativi all'equilibrio di bilancio, l'adempimento del mandato commissariale e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza al di sopra della soglia di sufficienza. Le stesse linee guida dovranno dettare i requisiti per uscire dal Piano di rientro. Previsto anche un meccanismo di allerta sul rischio di entrare in Piano di rientro. Qualora il disavanzo sia pari al 5% come da normativa vigente scatta il Piano se la soglia dovesse essere del 3%

scatta una sorta di alert per la Regione. Stabilito che entro 180 giorni il Governo proceda al riesame d'intesa con le Regioni interessate dei commissari ad acta dopo la sentenza della Consulta che ha dichiarato l'illegittimità dell'incompatibilità tra presidente di Regione e commissario ad acta.

Scheda 3

Tetto di spesa per il personale sale al 10% per 3 anni con possibilità di crescere al 15%.

Nel triennio 2020-2022 è previsto che la percentuale di incremento della spesa di personale fissata in misura pari al 5 per cento salga al 10 per cento. Previsto poi, per il periodo di vigenza del patto, la possibilità di graduale aumento, sino al 15 per cento, della percentuale di incremento della spesa qualora emergano obiettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica adempimenti e dal Comitato LEA, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale;

Formazione-lavoro. Nel Patto si prevede di proporre uno schema di accordo tipo da parte del Ministero della salute, al fine di uniformare le modalità di svolgimento della formazione specialistica a tempo parziale e delle attività formative teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione universitaria e di valutare il superamento anche temporaneo dell'applicazione dell'art. 1, comma 361, della legge n. 145/2018 alle graduatorie di personale sanitario del SSN con l'obiettivo di garantire il tempestivo reclutamento del personale del SSN ed assicurare il turn over necessario per la continuità dei servizi, nonché per consentire risparmi nella spesa connessa all'organizzazione delle procedure concorsuali;

Prevista anche la revisione, in accordo anche con il MIUR, del sistema di formazione dei medici specialisti, valorizzando il ruolo all'interno delle strutture sanitarie regionali pubbliche facenti parte della rete formativa, con progressiva autonomia e responsabilità coerenti con il grado di conoscenze e competenze acquisite

Formazione in medicina generale. Prevista anche la revisione dei contenuti del corso regionale di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali, ribadendo il ruolo dei MMG nell'azione di prevenzione e contrasto delle malattie croniche, al fine di realizzare sul territorio nazionale una formazione che, pur tenendo conto delle specificità territoriali, assicuri un set minimo omogeneo di re-

quisiti formativi quali quantitativi, ritenuti indispensabili a garantire livelli uniformi di assistenza.

Valorizzazione professioni sanitarie ma a costo zero. Nel documento si punta alla valorizzazione e sviluppo delle relative competenze professionali delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché del servizio sociale tenendo conto dei livelli della formazione acquisita nell'ambito di quanto previsto nei CCNL di settore relativamente al conferimento degli incarichi professionali senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica.

Trattamento accessorio. Per le Regioni con i conti e i Lea in ordine sarà possibile la graduale perequazione del trattamento accessorio fra aziende ed enti del servizio sanitario delle predette regioni nonché per valorizzare le professionalità dei dirigenti medici, veterinari e sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del servizio sociale del comparto sulla base di criteri definiti da linee di indirizzo regionali, anche tenendo conto delle attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari regionale al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018, da definirsi nell'ambito del tavolo di verifica per gli adempimenti. Prevista anche l'ammissione degli specializzandi al 3° anno di poter accedere ai concorsi. Fino al 2022 sarà possibile mantenere i medici in servizio fino a 70 anni.

Scheda 4

Programma nazionale per la Mobilità sanitaria.

Si evidenzia la necessità di mettere in campo alcune azioni, fra cui:

1. elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali/regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni. Istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni per una lettura del fenomeno. In particolare, il gruppo di lavoro dovrà individuare procedure idonee a rendere vincolanti e a garantire l'operatività dei citati accordi;
2. elaborare e attuare specifici programmi regionali rivolti alle aree di confine nonché ai flussi interregionali con particolare riferimento al flusso sud/nord per migliorare e sviluppare i servizi in loco al fine di evitare pro-

blemi di accesso, rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei pazienti;

3. rendere tali piani funzionali in ragione dei processi di attuazione delle nuove procedure e degli obiettivi del piano nazionale liste attese (PNGLA);
4. valutare la definizione di specifici piani di sviluppo sulle strutture pubbliche e private accreditate al fine di potenziare i servizi in loco, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.
5. valutare altresì la compatibilità dei tetti vigenti in coerenza con i piani di recupero della mobilità, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.

Controllo privato accreditato. Governo e Regioni condividono inoltre l'esigenza di avviare un percorso di armonizzazione dei sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati. Sarà istituito un gruppo di lavoro Ministeri/regioni con il compito di sviluppare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale tramite un set di indicatori oggettivi e misurabili

Scheda 5

Riforma Aifa, Iss e Agenas e unica cabina di regia per Hta.

Si prevede di riordinare di AIFA, ISS e Agenas, al fine di superare la frammentazione operativa che si è stratificata nel corso degli anni e la potenziale duplicazione di funzioni e compiti tra soggetti in numerose aree di attività. L'obiettivo prioritario, in questo senso, è quello di ridefinirne la governance e rivedere i meccanismi operativi di funzionamento di tali Enti al fine di garantirne la funzione sistemica e di supporto nell'ambito delle funzioni assegnate al Ministero della salute ed alle Regioni.

Sarà valutata anche l'opportunità di accorpate tutte le funzioni oggi frammentate tra più soggetti in un unico soggetto che opera in rete con i centri regionali, a cui affidare la governance complessiva dell'intero processo di HTA in coerenza e a supporto delle attività di competenza della Commissione LEA e delle politiche di innovazione in generale.

Scheda 6

Governance farmaceutica e dei dispositivi medici.

Previsto lo sviluppo dei due documenti di governance già elaborati dai gruppi di lavoro Ministero-Regioni. Sarà poi adottata una codifica unica nazionale dei dispositivi medici che dovrà costituire la base per un inserimento dell'informazione relativa ai dispositivi impiantati nei flussi informativi correnti.

Scheda 7

Iter più veloce per accesso a risorse per edilizia sanitaria.

Velocizzare l'iter di ammissione a finanziamento al fondo da 32 mld per l'edilizia sanitaria. In tal senso il Ministero della salute effettuerà una ricognizione straordinaria dello stato di attuazione degli interventi approvati ed all'esito, elaborerà una proposta di semplificazione dell'iter amministrativo e normativo.

Si conviene di valutare, in relazione a particolari esigenze straordinarie e/o alla situazione di emergenza di alcune aree geografiche soggette a calamità naturali, il superamento della legislazione ordinaria, per consentire interventi urgenti di edilizia sanitaria

Scheda 8

Riorganizzazione cure primarie: arrivano nuove linee indirizzo.

Previsto nell'ambito dell'assistenza territoriale di concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali. A tal fine si conviene di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'obiettivo di promuovere:

- le modalità e gli strumenti per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno;
- il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone;
- specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza. Saranno inoltre potenziate politiche a favore dell'area materno- infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore;
- valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura

dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità; valorizzazione del ruolo del farmacista in farmacia che è un presidio rilevante della rete dei servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti e per l'aderenza terapeutica degli stessi e non solo per la dispensazione dei medicinali, al fine di rafforzare l'accesso ai servizi sanitari. Tale processo trova la prima attuazione nell'ambito del percorso di definizione e attuazione della Farmacia dei servizi e della nuova convenzione nazionale.

Scheda 9

Riordino dei fondi sanitari integrativi.

Sarà istituito un gruppo di lavoro per l'ammodernamento e la revisione della normativa sui fondi sanitari, e sugli altri enti e fondi aventi finalità assistenziali, al fine di tutelare l'appropriatezza dell'offerta assistenziale in coerenza con la normativa nazionale, di favorire la trasparenza del settore, di potenziare il sistema di vigilanza, con l'obiettivo di aumentare l'efficienza complessiva del settore a beneficio dell'intera popolazione e garantire un'effettiva integrazione dei fondi con il Ssn. Sarà fatta anche un'analisi degli oneri a carico della finanza pubblica.

Scheda 10.

Rendere il Ssn più hi-tech.

L'obiettivo è quello di realizzare strumenti informativi e modelli previsionali, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie ICT, e l'infrastruttura tecnologica di analisi dei dati del Sistema Tessera Sanitaria. Sempre sul tema si vorrebbe definire una normativa che abiliti il Ministero della salute, le Regioni, le Aziende Sanitarie pubbliche e gli enti del servizio sanitario nazionale alla raccolta, interconnessione ed elaborazione dei dati, su base individuale, relativi alla salute degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale, per finalità previsionali, di programmazione, per la gestione condivisa dell'assistenza sanitaria all'interno di reti di professionisti e strutture sanitarie e per lo sviluppo della medicina di iniziativa.

Scheda 11

Più coordinamento per la Ricerca.

Vengono definite le priorità per la Ricerca tra cui la promozione di una governance condivisa della ricerca rafforzando il ruolo congiunto del coordinamento interregionale e del Ministero del-

la salute con l'obiettivo di armonizzare le reti assistenziali e le reti scientifiche. E la definizione delle priorità della Ricerca sanitaria per snellire le procedure per una più rapida attribuzione delle risorse, con particolare riferimento ai fondi della ricerca finalizzata. Previsto anche di valutare congiuntamente la vigente normativa sugli IRCCS, al fine di delineare azioni di "manutenzione" del sistema, che tenga conto dell'evoluzione scientifica e tecnologica intervenuta nell'ultimo decennio.

Scheda 12

Più investimenti in Prevenzione.

Governo e Regioni convengono di implementare gli investimenti in promozione della salute e prevenzione, quali elementi cruciali per lo sviluppo della società e la tutela della, favorendo l'integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale. Convengono altresì, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche" e in collegamento con gli indirizzi internazionali in materia di prevenzione (Agenda 2030).

Previsto anche l'aggiornamento del Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR).

Confermato l'impegno alla realizzazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia. Rafforzamento delle attività di vigilanza sui luoghi di lavoro prevedendo uno standard di dotazione del personale: medici, tecnici della prevenzione, chimici, ingegneri, ecc.;

Previsto anche di valorizzare l'impegno a rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", che si basa sulla progettazione e attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca, in cui più settori comunicano e collaborano per ottenere migliori risultati di salute pubblica, mediante un metodo collaborativo, multidisciplinare, multi-professionale.

Scheda 13

Revisione della disciplina del ticket e delle esenzioni

Sarà rivista la normativa sui ticket attraverso una revisione della disciplina che preveda la graduazione dell'importo dovuto in funzione del costo delle prestazioni e del "reddito familiare equivalente" al fine di ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari garantendo l'inclusività del servizio sanitario nazionale.

Scheda 14

Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari.

Si punta a favorire lo sviluppo di progettualità su base regionale e/o aziendale (attraverso la definizione di linee guida e nell'ambito delle risorse a legislazione vigente) che abbiano come obiettivo quello di migliorare la comunicazione e la trasparenza sull'efficienza dei percorsi clinici e amministrativi e il coinvolgimento dei cittadini. Si conviene inoltre sulla necessità di favorire l'empowerment del cittadino verso un corretto, appropriato e responsabile utilizzo dei Servizi sanitari, anche attraverso l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico; Previsto anche il superamento del dualismo tra SPID e CIE, la gestione delle deleghe (ivi incluso la certificazione della responsabilità genitoriale per ottenere l'abilitazione ad accedere, per conto dei propri figli minorenni, ai servizi telematici disponibili), l'adozione di regole, standard e codifiche condivise per l'interoperabilità e l'integrazione degli ecosistemi, l'istituzione dell'anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), l'eliminazione del consenso all'alimentazione del FSE per applicazione del GDPR 2016/679.

Scheda 15

Revisione del DM 70/2015.

Si conviene sulla necessità di revisione del Decreto sugli standard ospedalieri, aggiornandone i contenuti sulla base delle evidenze e delle criticità di implementazione individuate dalle diverse Regioni, nonché integrandolo con indirizzi specifici per alcune tipologie di ambiti assistenziali e prevedendo specifiche deroghe per le regioni più piccole.

Scheda 16

Regioni a Statuto Speciale e Province Autonome.

Sono fatte salve le competenze delle Regioni a Statuto Speciale e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, che provvedono alle finalità della presente Intesa, ai sensi dei rispettivi statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.

Scheda 17

Impegni reciproci

Governo e Regioni s'impegnano ad aprire un tavolo di confronto al fine di individuare altri ambiti di convergenza sugli argomenti ancora aperti



PATTO PER LA SALUTE



DL Fiscale

Nuovo tetto spesa per il personale e Iva ridotti per prodotti igiene femminile. Ecco tutte le misure per la sanità

Nel provvedimento prevista la proroga per la sigla del Patto per la Salute al 31 dicembre 2019, alzato dal 5% al 10% il tetto di spesa per il personale sanitario, proroga al 2020 per l'invio dei dati della Tessera sanitaria per la dichiarazione precompilata, Iva agevolata per i prodotti per la protezione dell'igiene femminile. Stabilito anche un taglio di 14 mln al Ministero della Salute.

In particolare nel provvedimento viene istituito un nuovo tetto di spesa per il personale sanitario (dal 5 passa al 10%), introdotto di recente dal Decreto Calabria, con la possibilità di un ulteriore incremento della spesa pari a circa 200 milioni di euro.

Viene poi innalzato, di circa 150 milioni, il tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera. Passa anche la cosiddetta 'Tampon tax', con il riconoscimento di un'aliquota Iva agevolata per prodotti per la protezione dell'igiene femminile compostabili. Previste, inoltre, agevolazioni fiscali relative ai veicoli elettrici e a motore ibrido utilizzati dagli invalidi. Ridotto del 2% anche il limite di spesa per gli acquisti di prestazione dal privato accreditato.

Previsto anche lo slittamento al 31 dicembre della firma del Patto per la Salute, la proroga al 2020 per l'invio dei dati della Tessera sanitaria per la dichiarazione precompilata e il taglio di 14 mln al Ministero della Salute

Fatturazione elettronica e sistema tessera sanitaria.

Nelle more dell'individuazione di specifiche modalità di fatturazione elettronica per i soggetti che effettuano prestazioni sanitarie nei confronti di persone fisiche, si estende all'anno 2020 la disciplina transitoria prevista per i soggetti che inviano i dati al Sistema Tessera Sanitaria ai fini dell'elaborazione della dichiarazione precompilata. Per effetto delle disposizioni contenute nell'articolo 9-bis del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, che prevede l'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 10-bis del decreto-legge 23 ottobre 2018, n. 119 anche ai soggetti non tenuti all'invio dei dati al Sistema Tessera Sanitaria, viene sancito anche per l'anno

2020 il divieto di emissione di fatture elettroniche tramite il Sistema di Intercambio in relazione a prestazioni sanitarie effettuate nei confronti delle persone fisiche. Il sistema TS metterà a disposizione dell'Agenzia delle entrate i dati fiscali (ad esclusione della descrizione e del CF del cliente) delle fatture ricevute dagli operatori sanitari.

A decorrere dal 1° luglio 2020, i soggetti tenuti all'invio dei dati al Sistema tessera sanitaria adempiono all'obbligo di memorizzare elettronicamente e trasmettere telematicamente all'Agenzia delle entrate i dati relativi ai corrispettivi giornalieri, esclusivamente mediante la memorizzazione elettronica e la trasmissione telematica dei dati relativi a tutti i corrispettivi giornalieri al Sistema tessera sanitaria, attraverso gli strumenti tecnologici che garantiscano l'inalterabilità e la sicurezza dei dati, compresi quelli che consentono i pagamenti con carta di debito e di credito.

Imposta sul valore aggiunto con aliquota agevolata su prodotti igienico-sanitari.

Viene riconosciuta, dal 1° gennaio 2020, un'aliquota Iva agevolata (dal 20% attuale si passa al 5%) prodotti per la protezione dell'igiene femminile compostabili o lavabili; coppette mestruali.

Disposizioni in materia di salute.

La dead line per la chiusura del Patto per la Salute - inizialmente prevista al 31 marzo 2019 dalla manovra dello scorso anno - al prossimo 31 dicembre 2019 così come di recente ratificato anche da un accordo raggiunto tra Governo e Regioni.

Rivisto il nuovo tetto di spesa per il personale fissato dal Decreto Calabria.

In sostanza si riconosce, per il triennio 2019-2021, che i limiti di spesa possano essere incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari, non più al 5% ma al 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Inoltre, qualora una regione abbia ulteriori obiettivi fabbisogni di personale, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea si potrà riconoscere un ulteriore incremento fino al

15%. L'aumento del tetto di spesa per il personale dal 5 al 10% nel triennio 2019-2021 dovrebbe corrispondere ad un incremento di 200 milioni di euro.

Per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si interviene sul Dl 95/2012, rideterminando, a decorrere dal 2020, il limite di spesa nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale. Ricordiamo che questo tetto era attualmente fissato al valore della spesa del 2011, ridotto del 2%. Questo aumento dovrebbe tradursi in un incremento della spesa per gli acquisti di prestazioni dal privato accreditato per un valore di circa 150 milioni.

Si interviene anche sul limite di età per i direttori sanitari e direttori amministrativi delle Asl, disciplinata dal Dlgs 502/92. Più nel dettaglio, viene rivisto il comma 7 dell'articolo 3 specificando che, queste due figure, non debbano aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età al momento del conferimento dell'incarico. Questa modifica si è ritenuta necessaria per evitare, come avveniva in alcune regioni, un'interpretazione più restrittiva della vecchia norma che prevedeva la decadenza dall'incarico al compimento dei 65 anni.

Disposizioni in materia di agevolazioni fiscali relative ai veicoli elettrici e a motore ibrido utilizzati dagli invalidi.

Viene riconosciuta un'aliquota agevolata al 2% per le auto di cilindrata fino a 2.000 centimetri cubici se con motore a benzina o ibrido, a 2.800 centimetri cubici se con motore diesel o ibrido, e di potenza non superiore a 150 kW se con motore elettrico, adattati ad invalidi, titolari di patente F per ridotte o impedite capacità motorie.

Tagli al Ministero per la Salute.

Nel decreto vengono anche imposte riduzioni per 14 mln al Ministero.

DL FISCALE

Riforma pensioni

Le proposte Cosmed per una previdenza più equa e con maggiori certezze per il futuro

Centralità delle condizioni di lavoro e della necessità di provvedimenti di accompagnamento alla pensione collegati all'ingresso del lavoro dei giovani. Sono queste alcune delle richieste della COSMED presentate in occasione del recente incontro con il Ministro Nunzia Catalfo sulla riforma delle pensioni, apprezzandone il metodo di un confronto aperto e senza pregiudiziali. Il coinvolgimento dei rappresentanti dei lavoratori, la presenza al tavolo di confronto dell'Inps con il suo Presidente Tridico e dei Ministeri sono certamente di buon auspicio – commenta Giorgio Cavallero Segretario Generale della Confederazione - per un intervento coordinato e condiviso che semplifichi la previdenza rendendola più equa dando certezze per il futuro.

IL DOCUMENTO COSMED

La centralità delle condizioni di lavoro

La corsa al pensionamento anticipato ha tra le molte cause la mancanza di un programma di accompagnamento alla pensione.

Infatti non esistono incentivi alla permanenza in servizio e il pensionando non riceve nessuna agevolazione in termini di numero di giorni di ferie, orario di lavoro al raggiungimento di un'età vicina alla pensione di vecchiaia. Inoltre, nonostante numerose raccomandazioni dell'unione europea e i suggerimenti contenuti nei contratti di lavoro non esistono norme cogenti che esonerino dal lavoro notturno e festivo perlomeno gli ultra sessantadueni. Infine il sistema di calcolo della pensione che nel sistema misto è ancora condizionato per la parte retributiva dall'entità dell'ultimo stipendio, questo fatto scoraggia e penalizza economicamente il ricorso al part-time negli ultimi anni di lavoro.

Interventi sui lavori usuranti

Il vantaggio dei lavori usuranti rispetto a mansioni normali è troppo limitato e rischia di demotivare lo svolgimento di determinate attività lavorative necessarie e che richiedono adeguati incentivi normativi ed economici.

Flessibilità in uscita

Superare le rigidità dell'età pensionabile tenendo conto che nel sistema contributivo l'età pensionabile non costi-

tuisce un parametro che incide sul sistema modulando gli assegni sulla base dell'aspettativa di vita. Pur comprendendo che esiste un problema di cassa è innegabile che nel sistema contributivo l'uscita anticipata non destabilizza il sistema. Per quanto riguarda i contribuenti con il sistema misto sarebbe utile riaprire la possibilità di opzione per il sistema contributivo, più favorevole sul lato della pensione di vecchiaia.

Staffetta generazionale

Abbinare su base volontaria un tempo parziale di un giovane con un tempo parziale di un pensionando senza penalizzazioni prevedendo un calcolo della pensione sul maturato a tempo pieno. In tal modo si valorizza il bagaglio di esperienza dei lavoratori più anziani utilizzandolo alla formazione dei giovani e limitando il precariato delle nuove generazioni.

Limitare il continuo variare delle norme spesso con un orizzonte temporale limitato

È noto come la legge "Fornero" abbia creato uno scalone tra i nati nel 1951 e i nati nel 1952: nei casi più estremi a fronte di 1 giorno di età si è creato un impegno di lavoro aggiuntivo fino a 7 anni.

Parimenti la quota 100 potrebbe determinare fino a 5 anni aggiuntivi di lavoro per i nati dopo il 1959. È evidente che le contingenze delle leggi annuali di bilancio rischiano di destabilizzare il sistema creando gravi iniquità e disorientamento nei contribuenti.

Superare le discriminazioni dei dipendenti pubblici sull'erogazione del trattamento di fine rapporto

A differenza del settore privato i dipendenti pubblici attendono fino ad otto anni la corresponsione del trattamento di fine rapporto. La Corte Costituzionale nella sentenza 159 del 2019 ha ribadito che perlomeno al raggiungimento dell'età corrispondente a quella di vecchiaia il trattamento di fine rapporto dovrebbe essere liquidato. I dipendenti pubblici pagano il mancato accantonamento dei contributi pensionistici e la scarsa disponibilità di liqui-

dità. Paradossale l'assenza di interessi per il ritardato pagamento.

Separare previdenza ed assistenza

La previdenza alimentata dai contributi dei lavoratori deve essere distinta da prestazioni assistenziali, pur necessarie ma che devono essere alimentate dalla fiscalità generale. Gran parte degli emolumenti pensionistici derivano infatti quasi esclusivamente dai contributi dei lavoratori versati in sede di contrattazione e durante l'attività lavorativa.

Stabilizzare l'opzione donna senza penalizzazioni

L'opzione donna viene prorogata di anno in anno e sconta una penalizzazione non indifferente rispetto alla quota 100 in quanto comporta il calcolo contributivo su tutta la durata della contribuzione.

Previdenza complementare da incentivare

La scarsa informazione nel contesto di una cultura previdenziale carente non ha consentito il pieno decollo della previdenza complementare. Le pubbliche amministrazioni, in difficoltà in questi anni, in tal modo hanno risparmiato la quota del datore di lavoro. Tuttavia occorre incentivare il sistema e impedire che i risparmi delle contribuzioni datoriali, specie nei sistemi delle autonomie, costituiscano elemento per il pareggio di bilancio. Molto utile sarebbe eliminare l'obbligo di conferire il TFS maturando, consentendo l'accesso ai fondi di previdenza complementare con le sole quote.

Lotta all'evasione contributiva

Una seria lotta all'evasione contributiva, collegata inesorabilmente a quella fiscale, è indispensabile per la credibilità e l'equità del sistema.

Omogeneizzazione delle aliquote

Addivenire ad un'aliquota unica di prelievo contributivo per la generalità dei contribuenti oggi penalizzante per i lavoratori dipendenti, tale discriminazione favorisce il proliferare di contratti atipici e precari.



GIORGIO CAVALLERO
Segretario generale Cosmed



Rete ospedaliera per l'emergenza/urgenza e accreditamento

PREMESSA

La legge istitutiva del SSN, 833/1978, stabilisce che "l'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti nel territorio della regione di residenza dell'utente nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati" (art 24).

Con successivi provvedimenti legislativi (DPR 14 gennaio 1997 – DLgs 229/1999) dal "convenzionamento" si è passati all'"accreditamento", ossia al possesso di requisiti specifici per poter erogare assistenza in nome e per conto del SSN. E sono stati in seguito declinati gli standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici relativi all'assistenza stessa (D.M. 70/2015). Quest'ultimo decreto ha dato indicazioni, fra l'altro, circa "l'organizzazione secondo livelli

gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti" (Classificazione delle strutture ospedaliere), assegnando alle Regioni la "definizione delle reti dei posti letto ospedalieri per acuti e attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni" (All.1 § 2)

Tra le reti quella per l'Emergenza/Urgenza è costituita da "strutture di diversa complessità assistenziale" e costituisce parte integrante dell'attività ospedaliera per acuti.

L'importanza di questa "rete" è fondamentale nell'organizzazione sanitaria e con il presente studio si è inteso effettuare un'analisi dell'offerta di servizi dedicati all'Emergenza/Urgenza (E/U) presenti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate in relazione a quanto previsto dalla normativa vigente.

FABIO FLORIANELLO
Esecutivo Nazionale
Anaa Assomed

ROSSANA CARON
Consigliere Regione Lombardia
Anaa Assomed

CARLO PALERMO
Segretario Nazionale Anaa Assomed

L'ANALISI

La situazione dell'offerta è stata effettuata mediante il censimento delle strutture pubbliche e private accreditate¹, valutate come singoli presidi ospedalieri e non come Aziende (per lo più sede di accorpamenti tra più presidi), in relazione ai seguenti servizi di E/U:

- Dipartimento Emergenza-Urgenza di Primo e Secondo Livello (DEA I e DEA II),
- Pronto Soccorso (PS),
- Pronto Soccorso Pediatrico (PS Ped.),
- Unità di Terapia Intensiva (UTI),
- Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC),
- Terapie Intensive Neonatali (TIN)
- Servizi Immuno-Trasfusionali (SIM-TI/ST)

Inoltre è stato valutato il numero di accessi ai DEA/PS, il numero dei Posti Letto/Acuti (PL) accreditati, il rapporto PL/Acuti per mille abitanti, il numero di ricoveri per Acuti e loro valorizzazione.

¹ Classificazione delle Strutture di ricovero accreditate

Strutture di ricovero pubbliche:

- le aziende ospedaliere;
- gli ospedali a gestione diretta;
- le aziende ospedaliere integrate con il Servizio Sanitario Nazionale;
- le aziende ospedaliere integrate con l'Università;
- gli IRCCS pubblici anche costituiti in fondazioni.

Strutture di ricovero equiparate alle pubbliche:

- i policlinici universitari privati;
- gli IRCCS privati e le fondazioni private;
- gli ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'art. 1, ultimo comma, L. 132/1968;
- gli istituti privati qualificati presidi A.S.L.;
- gli enti di ricerca.

Strutture di ricovero private:

- case di cura private accreditate

RISULTATI

L'elaborazione e l'analisi dei dati pubblicati ² evidenziano:

	Strutture pubbliche	Strutture Equiparate	Case di Cura
Presidi/Acuti:			Privati 432 39,7%
	657 60,3%	77 17,8 %	355 82,2 %
Offerta di DEA/PS:	585 Presidi su 657 89 %	34 Presidi su 77 44 %	355 totali 8,2 %
Accessi in DEA/PS	18.442.482 91,5%	1.116.084 5,4%	590.470 2,9%
Posti Letto/Acuti:	136.484, di cui 132.534 con DEA/PS (97,1%) e 3.950 senza	14.599, di cui 11.822 con DEA/PS (81,1%) e 2.777 senza	26.237, di cui 4.799 con DEA/PS (18,2%) e 21.438 senza
Rapporto Posti Letto/Acuti % abitanti	Il rapporto totale PL/Acuti accreditati per mille abitanti (pubblici + privati) è pari a 2,95 ‰ ab Il rapporto PL/Acuti accreditati per mille abitanti (pubblici + privati) che tenga conto della presenza di servizio DEA/PS è pari a 2,48 in quanto 28.165 PL sono privi di DEA/PS		
Ricoveri /Acuti	4.769.507 77%	565.934 9,1%	855.332 13,8 %
Valorizzazione dei Ricoveri/Acuti (€)	€ 19.470.996.621 75,4%	€ 6.339.917.436 24,6%	
Gli altri servizi per l'E/U sono così ripartiti:			
UTI 502	400 pari al 79,7 %	42 8,4 %	60 12,0 %)
UTIC 376	327 87 %	17 4,5 %	32 8,5 %
TIN 124	105 84,7 %	14 11,3 %	5 4,0 %
PS Pediatrico 111	100 90,1%	9 8,1 %	2 1,8%
SIMTI/ST 267	259	8	0

² Fonti informative relative agli ultimi dati pubblicati: "open data" del Ministero della Salute 2018, PNE/Agenas 2018, Rapporto SDO/2017, Istat 2018. Non si è tenuto conto del recente Annuario Statistico 2017 del SSN in quanto sotto la dizione "Strutture Pubbliche" comprende anche le "Equiparate".

Molto diversificata la situazione tra Regioni, la cui analisi rimandiamo ad un secondo report. Si può tuttavia anticipare che in 11 Regioni le strutture private accreditate non hanno DEA/PS, in 17 non hanno PS Pediatrico, in 8 non hanno UTI, in 12 non hanno UTIC, in 15 non hanno TIN e in 18 non hanno SIMT/ST. Nelle strutture pubbliche l'offerta degli stessi servizi per l'E/U è presente in tutte le Regioni.

In sintesi a fronte del 39,7 % dei Presidi/Acuti, del 23 % posti letto/acuti e del 22,9 % dei ricoveri/Acuti per una valorizzazione pari al 24,6 % (€ 6.339.917.436), al privato accreditato afferiscono l'8,4% degli accessi in E/U, in particolare il 5,5% nelle Equiparate e 2,9 % nelle Case di Cura.

DISCUSSIONE

Come ricordato in premessa l'assistenza ospedaliera del SSN è prestata dagli ospedali pubblici e dalle strutture private in possesso dei requisiti di accreditamento.

Dai dati relativi all'offerta di servizi per l'E/U si evidenzia un accentuato squilibrio tra strutture pubbliche e private, ma anche tra le stesse strutture private. Il possesso, o meno, di servizi per l'E/U pone su piani notevolmente diversi le diverse strutture con evidenti vantaggi per quanti ne sono sprovvisti sotto il profilo organizzativo, gestionale, economico e conseguente penalizzazione delle altre strutture. Ma soprattutto si vengono in tal modo a creare le condizioni per poter effettuare la "scelta" delle prestazioni.

Peraltro sono ben declinate le modalità di organizzazione e adeguamento della rete E/U previste dal DM 70/2015:

- Definizione della rete dei posti letto per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni entro il limite di 3 posti letto per mille abitanti (all. 1 §2.1)
- Organizzazione della rete territoriale ospedaliera secondo tre livelli gerarchici di complessità: base, 1° e 2° livello in relazione al possesso di specifiche dotazioni specialistiche (all. 1 § 9.2) secondo il modello organizzativo "hub e spoke" (all. 1 § 2.2 - § 2.3 - § 2.4)
- Classificazione delle strutture ospedaliere e assegnazione di ogni struttura ad un particolare livello di E/U prevedendo che le strutture ospedaliere private, ai fini della accreditabilità e sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, sono ac-

Ogni struttura per acuti deve avere una specifica dotazione di specialità per essere assegnata ad un preciso livello di emergenza:

Pubblico

10,9%

Equiparate

55%

Case di Cura

91%

non soddisfano i requisiti previsti dalla normativa

creditate in base alla programmazione regionale considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente (art. 1 c 5 lett. a – all. 1 § 2.5)

- Prevedere strutture con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera (all. 1 § 2.5)
- Prevedere specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso (art. 1 c 5 lett. l)

È indicato inoltre il percorso per il “disegno della rete ospedaliera (pubblica e privata), partendo dai presidi e dalle specialità necessarie a garantire la rete di Emergenza-Urgenza, definendo il bacino di utenza di ciascuna specialità, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e di posti letto normalizzati relativi nonché le strutture pubbliche e private esistenti (all. 1 § 3.1 n.3)

Considerando che ogni struttura per acuti deve avere una specifica dotazione di specialità per essere assegnata ad un preciso livello di emergenza, si evidenzia che oltre il 55 % delle Strutture Equiparate e oltre il 91% delle Case di Cura non soddisfai i requisiti previsti dalla normativa, a fronte del 10,9 % delle Pubbliche.

Ne deriva un numero di accessi in DEA/PS pressoché totalmente a carico del Pubblico con l'91,5% mentre alle Equiparate ne afferiscono il 5,4% e alle Case di Cura il 2,9%.

Per quanto riguarda i Posti Letto/Acuti del privato su un totale di 40.836 accreditati vi sono 24.215 (59,2%) PL privati privi di servizi di DEA/PS pur erogando prestazioni/Acuti per il SSN, a fronte di 3.950 (2,8 %) del pubblico. Anche per quest'ultimo dato emerge la differenza tra pubblico e privato, ma anche tra strutture Equiparate e Case di Cura: in particolare dei 24.215 PL privi di DEA/PS, l'11,4 % sono nelle Equiparate e l'88,5 % sono nelle Case di Cura. Le ripercussioni sulla dotazione totale di Posti Letto/Acuti è significativa perché il rapporto per mille abitanti a disposizione dei ricoveri derivanti dai servizi di pronto soccorso passa da 2,95 a 2,48 ‰ con le note conseguenze per l'utenza. In nessun caso, comunque, è raggiunto il rapporto di 3,0 ‰ abitanti prescritto dalla normativa.

Situazione sovrapponibile per gli altri Servizi E/U (UTI, UTIC, TIN, PS Ped. e SIMT/ST) con un'offerta privata tra l'1,8 e il 12 %.

Ribadendo pertanto che l'assistenza ospedaliera nell'ambito del SSN è ero-



Numero di accessi in DEA/PS

Pubblico

91,5%

Equiparate

5,4%

Case di Cura

2,9%

gata sia dalle strutture pubbliche che da quelle private accreditate, occorre tuttavia richiamare quanto previsto dai “criteri di accreditamento fissati in riferimento alle singole strutture pubbliche e private”, nonché quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, vale a dire “il rispetto delle condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità della struttura e dalla sua interazione sinergica nella rete assistenziale territoriale”. Tenendo conto che la gestione dei posti letto deve avvenire “con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza (DM 70 - all.1 § 1.2 e § 1.3).

Appare dunque lecito in proposito porre il quesito se la mancanza di servizi così essenziali e previsti dalla normativa non rappresenti una grave anomalia rispetto ai criteri di accreditamento. Infatti, un tale assetto dell'offerta per l'E/U, oltre ai disservizi per l'utenza, avvantaggia in modo inequivocabile il privato accreditato sotto i diversi profili menzionati consentendo di erogare prestazioni esclusivamente in ambito di elezione.

Lo squilibrio nell'offerta riguarda in mo-

do particolare le Case di Cura e in misura minore le Strutture Equiparate tra le quali, al contrario, alcune presentano un'offerta riguardante la totalità dei servizi per l'E/U tanto da poter essere classificate come Presidi di II livello. Ciò che rappresenta un'importante asimmetria anche tra le strutture private stesse.

CONCLUSIONE

Rinviando ad un secondo momento l'estensione ad ogni Regione dell'analisi sull'offerta di servizi per l'E/U sono necessarie due osservazioni.

La prima è che il ruolo acquisito dal privato accreditato nel settore per acuti in termini di posti letto e ricoveri è tale da renderne imprescindibile la presenza sul territorio nazionale per poter far fronte alle richieste di prestazioni ospedaliere nell'attuale complessiva carenza di posti letto.

La seconda è che proprio in virtù del ruolo acquisito, l'inosservanza del dettato normativo dovrebbe aprire la discussione intorno al rispetto dei criteri di accreditamento e ad una loro globale revisione. Accreditamento che attualmente pone la rete dell'E/U tra i compiti attribuiti alla programmazione regionale.

HIV: U=U* ma dobbiamo parlarne di più

*Undetectable = Untransmittable

Ogni anno in occasione della Giornata Mondiale contro l'Aids, puntuali si riaccendono i riflettori su una patologia temuta, ma di cui ancora oggi troppo poco se ne parla. Sì, bisognerebbe parlarne di più e le statistiche chiaramente lo dimostrano, perché numerose sono ancora le persone che ogni anno in Italia scoprono di avere contratto l'infezione.

I nuovi dati epidemiologici elaborati dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, indicano che nel 2018 vi sono state circa 2850 nuove diagnosi di infezione da HIV, con una media pari a 4,7 nuovi casi per 100.000 residenti. Tra le regioni più popolate, l'incidenza più alta è stata registrata in Lazio, Toscana e Liguria. Le persone che hanno scoperto di essere HIV-positivi si trovano per la maggior parte (51,9%) nella fascia di età compresa fra 30 e 49 anni e sono nell'85,6% dei casi maschi. La principale via di trasmissione è quella sessuale (80,2%), riconducibile a rapporti non protetti tra eterosessuali nel 41,2% dei casi e fra maschi omosessuali nel 39,0%.

Sebbene nel 2018 il numero delle nuove infezioni sia diminuito del 20% rispetto al 2017, resta il dato preoccupante che la maggior parte delle persone che scopre di avere l'infezione da HIV appartiene ad una fascia di popolazione socialmente molto importante, matura ed attiva, principalmente di età compresa tra 25 e 29 anni (11,8 nuovi

casi ogni 100.000 residenti di età 25-29 anni) e, secondariamente, di età compresa tra 30-39 anni (10,9 nuovi casi ogni 100.000 residenti di età 30-39 anni). Questi dati evidenziano che o non si conosce abbastanza questa malattia, oppure che l'AIDS non sia temuto più di tanto, essendo considerato una malattia meno pericolosa perché curabile. Ecco perché bisogna parlare di più, ecco perché bisogna tornare a 'far rumore'. Le espressioni del Viceministro della Salute Pierpaolo Sileri sono particolarmente cogenti: "Tra le nuove generazioni c'è una scarsa consapevolezza e conoscenza del virus, di come si trasmetta e di cosa fare per difendersi dal rischio di infezione. Molti confondono la prevenzione delle gravidanze indesiderate, mediante l'uso della pillola contraccettiva, con la prevenzione di HIV. Molti altri invece si vergognano a comprare i profilattici. Sarebbe importante introdurre l'educazione sessuale nelle scuole e iniziative per la distribuzione gratuita di preservativi agli studenti delle università e delle scuole secondarie di secondo grado".

L'altro dato preoccupante riguarda l'incremento nel numero di persone che scoprono di essere sieropositive quando la patologia si trova già ad uno stadio clinico avanzato: persone con età maggiore di 50 anni (prevalentemente eterosessuali, maschi), il 57,1% delle quali si presenta alla diagnosi con un numero di linfociti T CD4 inferiore a 350 cellule/ μ L, cioè quando il sistema immunitario risulta già pesantemente compromesso nella sua funzionalità. Anche in questo caso, la diagnosi tardiva di infezione da HIV è suggestiva di una scarsa familiarità con questa patologia, con le sue modalità di acquisizione, trasmissione e manifestazione. Secondo il Ministero della Salute, si stima che in Italia siano circa 130.000 le persone che convivono con HIV, di cui 110.000 con infezione diagnosticata, tra queste 94.000 sono seguite in strutture sanitarie, 82.000 ricevono la terapia antiretrovirale e ben 73.000 risultano "virologicamente sopresse", cioè con il virus non-rilevabile nel sangue. Quest'ultimo dato avvicina l'Italia all'obiettivo UNAIDS "90-90-90" il quale mira, entro il 2030, a diagnosticare il 90% delle persone infette con HIV, ad assicurare che almeno il 90% di queste acceda alle terapie antiretrovirali, e a far sì che il 90% di loro raggiunga una

carica virale soppressa. Secondo il report UNAIDS 2019, le stime relative al 2018 indicano che l'Italia è molto vicina al raggiungimento dell'obiettivo. Tuttavia, resta il fatto che 15mila persone non sanno di avere l'infezione da HIV e che possono trasmetterla. Dunque è necessario implementare un sistema che diffonda capillarmente le informazioni sulla malattia da HIV tra la popolazione e favorisca maggiormente l'accesso al test per una diagnosi precoce dell'infezione, in modo da garantire l'accesso universale e tempestivo alle cure, che, insieme all'adozione di misure adeguate di protezione individuale, rappresenta uno strumento chiave per ridurre la trasmissione dell'infezione a livello di popolazione, concetto questo, racchiuso nello slogan "treatment as prevention". Infatti, numerose evidenze scientifiche hanno confermato che le persone HIV-positive, sottoposte a terapia antiretrovirale e "virologicamente sopresse", cioè con il virus non-rilevabile nel sangue, non trasmettono l'infezione al partner. Da questo nuovo assunto è derivato l'altro slogan chiave U=U, che sta per Undetectable=Untransmittable, accolto con entusiasmo da tutte le comunità quando è stato lanciato nel 2017 su un articolo pubblicato dalla prestigiosa rivista The Lancet.

Grazie ai nuovi farmaci antiretrovirali, l'infezione da HIV è diventata una patologia cronica come le altre, e le persone sieropositive per HIV non sono più riconducibili a particolari "categorie" in quanto possono condurre un'esistenza quotidiana normale, a casa come al lavoro, con gli stessi bisogni affettivi, familiari e lavorativi comuni a tutte le altre. Tuttavia, è necessario insistere ed investire in iniziative finalizzate all'informazione sulle modalità di prevenzione e controllo dell'infezione basate su semplici misure comportamentali (quali la protezione dei rapporti sessuali con l'uso del preservativo per proteggersi dall'HIV e da numerose altre infezioni sessualmente trasmesse; l'effettuazione del test HIV ogni qualvolta si sia esposti a rapporti sessuali non protetti con persone di cui non si conosce bene lo stato di salute; l'utilizzo di siringhe sterili monouso). Ma, soprattutto, è necessario veicolare il messaggio verso le fasce di popolazione più vulnerabili, in particolare i giovani, il nostro futuro.



MARIA
CAPOBIANCHI



ALESSANDRA
AMENDOLA
Istituto Nazionale
per le Malattie
Infettive
"L. Spallanzani",
Roma



Novità

Il testo del contratto e le schede esplicative.



ANAAO ASSOCIAZIONE ASSOMED MEDICI DIRIGENTI

2019

d!

d!rigenza medica

UN ANNO VISTO DA DIRIGENZA MEDICA



Aggressioni ai sanitari: ne hai mai subito una?

Da diversi anni si assiste a un incremento progressivo delle aggressioni ai sanitari e solo i casi più eclatanti hanno raggiunto l'onore della cronaca, in qualità di punta dell'iceberg.

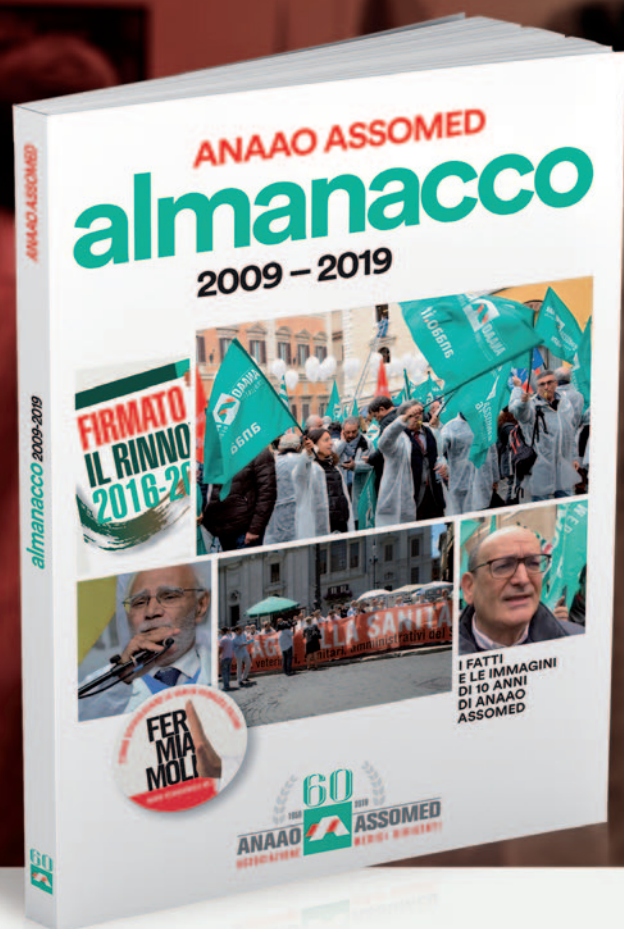
Partecipa all'indagine Anaao Assomed

Di recente è stato costituito un tavolo di confronto tra la FNOMCeO, voluto dal Presidente nazionale Filippo Anelli, e le organizzazioni sindacali per affrontare questa spinosa questione. Il problema che si è subito evidenziato è, però, la mancanza di dati certi sull'entità del fenomeno da poter fornire al Ministero della

Salute, ai NAS e alle altre autorità competenti, al tavolo ministeriale. Si tratta di un requisito necessario per trovare soluzioni concrete. Per colmare questa lacuna l'Anaao propone ai colleghi un questionario per poter ottenere una mappa del fenomeno e trovare le giuste soluzioni.



Per partecipare all'indagine scansiona il QR o vai al seguente link <https://it.surveymonkey.com/r/aggressioni>



La foto story dei nostri ultimi dieci anni.

Se vuoi leggerlo inquadra il Qrcode

