quotidianosanità.it

Lunedì 07 NOVEMBRE 2016

Salute. Le ore di sonno perse per il lavoro si pagano in vecchiaia

Secondo uno studio finlandese, gli uomini d'affari di mezza età che hanno lavorato più di 50 ore settimanali e riposato meno di 47, nella vecchiaia hanno più probabilità di avere problemi di salute." I risultati sono in linea con quello che avevamo ipotizzato, ma non eravamo sicuri che saremmo stati in grado di rilevare queste associazioni a lungo termine", ha commentato l'autrice principale dello studio, Mikaela Birgitta von Bonsdorff dell'Università di Jyvaskyla.

(Reuters Health) – Dormire meno ore di quante si lavora può far male alla salute. Secondo uno studio finlandese, gli uomini d'affari di mezza età che hanno lavorato più di cinquanta ore settimanali e riposato meno di quarantasette, nella vecchiaia hanno più probabilità di avere problemi di salute."I risultati sono in linea con quello che avevamo ipotizzato, ma non eravamo sicuri che saremmo stati in grado di rilevare queste associazioni a lungo termine", ha commentato l'autrice principale dello studio, **Mikaela Birgitta von Bonsdorff** dell'Università di Jyvaskyla.

I ricercatori hanno utilizzato i dati dell'Helsinki Businessmen Study per studiare lo stato di salute di oltre 3.000 uomini bianchi nati tra il 1919 e il 1934. Circa la metà avevano dato informazioni sul loro stato di salute, sulle loro abitudini lavorative e sulla durata del loro sonno nel 1974, quindi quando avevano circa 50 anni, e poi ancora nel 2000. Durante i loro anni lavorativi, quasi la metà del gruppo originario ha avuto quello che i ricercatori considerano un normale orario di lavoro di meno di 50 ore alla settimana, mentre 352 uomini hanno lavorato più di 50 ore alla settimana. I ricercatori hanno scoperto che gli uomini con un lungo lavoro e sonno breve o lungo lavoro e un sonno normale, durante la mezza età, avevano punteggi più scarsi di funzionamento fisico, vitalità e salute in generale rispetto a quelli con orario normale di lavoro e con un sonno normale. Il fumo, o altre cattive abitudini di vita, hanno spiegato alcune associazioni con gli stati di salute in età avanzata, ma non tutte.

Commenti
"Dormire poco aumenta lo stress e la tensione, che sono aspetti importanti della qualità della vita e i problemi di sonno potrebbero essere correlati a uno stile di vita non sano – ha commentato von Bonsdorff. "Dormendo poco, si verificano cambiamenti fisici, emotivi e cognitivi, oltre a una diminuzione della funzione immunitaria", aggiunge **Marco Tulio de Mello**, Universidade Federal de Minas Gerais a Belo Horizonte (Brasile), non coinvolto nello studio. "Questo è uno studio interessante perché il follow-up è insolitamente lungo: 26 anni", conclude **Mika Kivimaki** dell'University College di Londra, anch'egli non coinvolto nello studio.

Fonte: *Age Ageing 2016*

Kathryn Doyle

(Versione italiana di Quotidiano Sanità/Popular Science)

ANSAit

08-11-2016

http://www.ansa.it

FUGA ITALIANI DAL PRONTO SOCCORSO, CALO 1,5 MILIONI ACCESSI IN 2 ANNI

Dati ministero; ma ancora sovraffollamento per taglio posti letto

E' 'fuga' dai Pronto soccorso (Ps) italiani: in 2 anni, infatti, gli accessi sono calati di circa 1,5 mln, dai 22.036.558 del 2011 ai 20.551.053 del 2013. Il dato deriva dal confronto tra l'ultimo rilevamento contenuto nell''Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale 2013' - appena pubblicato sul sito del ministero della Salute - e il rilevamento relativo all'Annuario 2011. Il trend è confermato anche dai dati Agenas relativi al 2014. Il calo, per sindacati e medici d'urgenza, vede alla base l'efficacia delle campagne per educare ad un utilizzo corretto del Pronto soccorso, ma anche un aumento dell'assistenza domiciliare, pur tuttavia permanendo tra le motivazioni una certa "sfiducia" dei cittadini di fronte alle lunghe attese e allo stato di impoverimento delle strutture. La maggioranza dei Ps, nonostante i minori accessi, continua però a presentare criticità e sovraffollamento e ciò per il protrarsi del taglio dei posti letto ospedalieri (-7.339 dal 2011 al 2013) che rende difficoltosi i ricoveri, bloccando di fatto i pazienti nelle strutture di prima emergenza.

LA STAMPA.it

08-11-2016
Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

La bufala sulla Boschi e il referendum che porterà cure migliori per il cancro

I

Gira in rete un video che sta facendo molto discutere e indignare. Si tratta di pochi secondi estrapolati da un'intervista di Maria Elena Boschi a UnoMattina, su Rai1. Il ministro delle Riforme, che dà il nome alla discussa riforma costituzionale sulla quale voteremo il 4 dicembre, snocciola le ragioni per cui, a suo avviso, dovremmo votare Sì, toccando un tema molto delicato: la Sanità.

Secondo alcuni, tra cui la Lega di Matteo Salvini, Maria Elena Boschi avrebbe detto che, se passerà la riforma della Costituzione, il governo darà cure migliori ai malati di cancro. Peccato che la Boschi non abbia detto questo.

«Se passerà la riforma avremo il dovere che ci sia lo stesso tipo di diritti a prescindere dalla Regione» dice Boschi. Nessuna cura miracolosa per il cancro (come aveva promesso tempo addietro Silvio Berlusconi). Boschi si riferisce a una delle modifiche al famigerato Titolo V della Costituzione. La riforma, infatti, riscrive parte dell'articolo 117, quello che precisa i confini della «legislazione esclusiva» dello Stato nel rapporto con le Regioni e che al comma m

cambia così (in rosso la parte aggiunta con la riforma):

«determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare»

La domanda che sorge spontanea è: che bisogno c'era di aggiungere questa precisazione visto che la Costituzione, già all'articolo 32, dice chiaramente che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»? La risposta sta in un'altra riforma costituzionale, quella del 2001, che modificando sempre il Titolo V attribuiva alle Regioni l'autonomia legislativa nelle materie non specificate dall'articolo 117. Insomma, inserire la «tutela della salute» nell'articolo 117 riporta parte del potere legislativo su questi temi nelle mani dello Stato. Rimane in carico alle Regioni, invece, la «programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali».

Il Movimento 5 Stelle ha risposto alla Boschi facendo presente che tutte le Regioni devono attenersi ai Lea, i livelli essenziali di assistenza, e che le sue parole suonano come una resa del governo all'impossibilità di gestire la Sanità pubblica. Il ministro Boschi, però, non è la sola a sostenere che la differenza tra Regioni sia un problema reale: ne è convinto anche l'Ocse, che nella revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria dell'anno scorso ha evidenziato proprio le discrepanze territoriali tra i problemi principali della Sanità italiana.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 382.356
Diffusione 08/2016: 254.805
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2016
da pag. 29
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«ITALIA DIGITALE»

Debutto per R1 il robot italiano

di **Massimo Sideri**

Debutta a «Italia digitale» R1 (*foto*), il robot dell'Istituto italiano di tecnologia. La due giorni del *Corriere* sull'innovazione che prosegue oggi.

alle pagine **28** e **29**

Basso, de Cesco Maffioletti, Scutari

Il prototipo dell'Iit

Il debutto del robot made in Italy «R1» si presenta: così aiuterò gli umani in banca e in ospedale

«Robot, telefono, casa». Arriverà forse un giorno in cui i robot inizieranno a comportarsi come l'indimenticabile E.T. (che, peraltro, era un robot italiano, di Carlo Rambaldi). Inizieranno, forse, ad affezionarsi, a soffrire e a sentire la nostra mancanza. «Ma per ora siamo noi che ci affezioniamo all'iPhone o all'automobile da rottamare». Roberto Cingolani, il direttore scientifico dell'Iit, riporta il dibattito sulla robotica verso un maggiore equilibrio quotidiano. Le attese dell'uomo sono tante. Le paure anche: Elon Musk non ha voluto operai nella sua fabbrica Tesla perché, ha detto, «gli esseri umani sono di intralcio». Ma non c'è solo il robot che popola i nostri incubi da disoccupati potenziali 2.0. R1, il prototipo dell'Iit pensato per interagire ed essere vicino all'uomo, negli ospedali, nelle banche, negli aeroporti, è la versione amica. E ieri ha fatto il suo debutto assoluto sul palco di Italia Digitale. L'interesse che ha suscitato nel pubblico è stato paragonabile a quello di una star. D'altra parte lo è. È il robot made in Italy, in versione utilitaria. «L'iCub, il robot bambino — hanno spiegato Cingolani con Giorgio Metta, il padre di R1 — era una Ferrari». Costoso, sofisticato e inarrivabile. «R1 è un'utilitaria pensata e progettata per entrare nelle case delle persone». Con un paragone storico possiamo dire che R1 potrebbe essere la «500» del boom economico, quella che diede le quattro ruote alle famiglie. Anche se qui di ruote ce ne sono solo due. «Sono progettato per fare quello che gli uomini mi dicono» ha detto ieri il robot interagendo in un dialogo (immaginario) con Metta. Per ora, inutile negarlo, non fa molto. Ma solo perché i robot funzioneranno come degli smartphone, sulla base delle app sviluppate per dargli un compito. In questi giorni è in corso una trattativa con alcuni investitori istituzionali che farebbero da venture capitalist per il progetto di Metta. A Genova potrebbe nascere presto una vera Robot Valley, con una catena di montaggio per passare dal prototipo Robot1 ai suoi «figli» commerciali R2, R3, R4... Il Robot sarà presente anche questa mattina all'Unicredit Pavilion di Milano per un incontro con le scuole. Un momento culturale non banale: robot e intelligenza artificiale saranno per le nuove generazioni ciò che i pc e Internet sono stati per chi è cresciuto negli anni 80 e 90. Come il Commodore 64 è stato un educatore sentimentale per l'informatica così questi umanoidi ci anticipano con cosa dovremo fare i conti. Saranno chiavi di lettura del mondo del lavoro. Magari anche fonte di ansia, ma per questo motivo è facile immaginare che saranno sempre più centrali nel dibattito pubblico. «Noi stiamo indagando da scienziati su quali sono i limiti tecnologici di questa frontiera». Ma con la fine della distanza fisica che ci separa da loro ci sarà sempre più bisogno di nuove leggi, norme, aggiornamenti. **Sta già accadendo: per permettere la circolazione della Google Car (non è forse un robot a forma di auto?) la** California ha aggiornato il codice stradale. Cosa succede di fronte a un incidente? Di chi è la responsabilità civile e penale? Senza andare oltre verso scenari che la tecnologia sta già facendo intravedere: un'auto che si guida da sola percepisce un bambino e una persona anziana. Deve decidere cosa fare, chi salvare. Non è una scelta etica anche questa?

Massimo Sideri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 34.282
Diffusione 08/2016: 22.911
Lettori Ed. II 2016: 468.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

08-NOV-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

LOTTA AI TUMORI PROGRESSI CON NUOVI FARMACI

di **NICOLA SIMONETTI**

Rivoluzione in oncologia. Anche il mieloma multiplo e la leucemia acuta sono costretti ad arrendersi ai nuovi farmaci biologici. Il mieloma multiplo, finora incurabile, è tumore del sangue, colpisce le plasmacellule, un tipo di cellule del midollo osseo che, in condizioni normali, sono determinanti nella lotta alle infezioni. Le plasmacellule tumorali si moltiplicano con velocità inaudita, si mutano in mielomatose ed il loro accumulo genera lesioni tumorali nelle ossa. Ne derivano problemi anche gravi che coinvolgono ossa, sistema immunitario e nervoso, reni, globuli del sangue con sintomi svariati che vanno da sanguinamento anomalo, dolori ossei (che richiedono, per attenuarsi,l'uso di oppiacei) a fratture "spontanee" di cranio, rachide, anca, ecc, disfunzioni renali e disturbi derivanti dalla compressione del midollo spinale. Il decorso è un alternarsi di remissioni e recidive ad intervalli. Con il tempo, le ricadute si fanno sempre più ravvicinate e gradualmente più gravi e meno sensibili alla terapia. La causa non è ancora nota ed i trattamenti erano sintomatici (chemioterapia ad alte dosi, trapianto di midollo, ecc). Avere un parente stretto malato aumenta di 4 volte il rischio. In Italia convivono (prevalentemente molto male) con il mieloma multiplo 13.983 italiani (più colpiti gli over 65) cui e ne aggiungono 5.200 l'anno. A 5 anni dalla diagnosi poco più di 4 su 10 pazienti (30.000 in tutto) sono in vita. "La severità ed ineluttabilità della forma – dice il prof. Fabrizio Pane, presidente ematologi italiani - sono state in gran parte sconfitte dall'avvento d Carfilzomib (nome non commerciale), primo inibitore selettivo ed irreversibile del proteasoma (struttura che scompone le proteine danneggiate permettendone l'accumulo nelle cellule arrestando la vita della cellula e sua morte) di seconda generazione usato in collaborazione nel trattamento del mieloma multiplo recidivo". "Oggi – dice il prof. Mario Boccadoro, ematologo, università, Torino – la malattia si può fermare ed assicurare comunque al paziente un'ottima qualità di vita. L'87% dei pazienti risponde alla terapia e, nel 31% dei pazienti, la malattia sparisce; nel 60% i disturbi ricompaiono dopo 40 mesi. Non parliamo di sopravvivenza che è molto più lunga ma solo di periodo completamente libero da malattia". "Abbiamo imparato a gestire il farmaco (l'Italia lo ha sperimentato in 54 Centri, il maggior numero nel mondo) e possiamo affermare – dice il prof. Michele Cavo, ematologo univ. Bologna – che non vi è tossicità neanche neurologica o cardiaca". "Il farmaco – dice Francesco Di Marco (Amgen Italia) è somministrato per endovena (infusione di 10 minuti) per 2 giorni consecutivi ogni settimana per 3 settimane, seguite da pausa di 12 giorni. Se dopo il 16° ciclo, la malattia permane, Amgen fornirà gratuitamente il farmaco per il proseguimento della terapia. "Amgen – chiosa Boccadoro – è così sicura dell'efficacia del prodotto che punta grosso". Intanto – dice Di Marco – è in arrivo (primi mesi 2017) il farmaco guarisci-leucemia acuta. Il farmaco è già disponibile gratuitamente "per uso compassionevole". Vittorie che si aggiungono a vittorie nella lotta al cancro che sembrava invincibile.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 07 NOVEMBRE 2016

Manovra. Ufficio parlamentare di bilancio: “Nessun problema per nuovi tetti ma dubbi su copertura dei fondi per i farmaci innovativi”

"È plausibile che la revisione del meccanismo dei tetti risulti quasi neutra per il bilancio della sanità, ma resterebbe l’onere di circa 500 milioni per il Ssn dovuto alla conferma e incremento dei fondi per gli innovativi. In definitiva la legge di bilancio per il 2017 potrebbe implicare alcune maggiori spese che andrebbero coperte con ulteriori risparmi rispetto a quelli previsti dalla relazione tecnica". Così il presidente Pisauro in audizione in commissione Bilancio di Camera e Senato.

Il Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio, **Giuseppe Pisauro**, è stato ascoltato oggi in audizione dalle Commissioni Bilancio di Camera e Senato nell’ambito dell’esame preliminare della manovra economica per il triennio 2017-2019. Nel suo intervento il presidente Pisauro ha svolto un’approfondita analisi del contenuto della manovra, illustrando le valutazioni dell’UPB sugli interventi in essa contenuti e sulla coerenza degli obiettivi di finanza pubblica alle regole di bilancio.

Nell’ambito della sanità, Pisauro ha sottolineato come gli interventi più rilevanti concernono il sostegno all’acquisto di **farmaci innovativi** e la rideterminazione del **finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale**.

"Il finanziamento della sanità per il 2017 è stato confermato approssimativamente al livello stabilito con l’**intesa Stato- Regioni dell’11 febbraio scorso** (113 miliardi), mentre quello p**er il 2018 è stato ridotto di 1 miliardo** rispetto all’Intesa e quello per il 2019 è stato per la prima volta definito in 115 miliardi. Questo ammontare implica, stando alla relazione tecnica, una **minore spesa di 3 miliardi**, calcolata come differenza rispetto all’importo previsto nel bilancio dello Stato", ha proseguito.

"In rapporto al Pil - ha aggiunto - si osserva una stabilità della spesa sanitaria nel 2017 e una sua diminuzione dal 6,8 al 6,4 per cento nel periodo di previsione che si chiude al 2019. Sul piano finanziario va rilevato, tuttavia, che la legge di bilancio ammette una ulteriore possibile riduzione del finanziamento delle Regioni a statuto ordinario (RSO) per la sanità già dal 2017, per compensare eventualmente il mancato contributo previsto dalla legge di stabilità per il 2016 e atteso dalle Regioni a statuto speciale e dalle Province autonome, nel caso in cui questo non venga concordato singolarmente con tali enti entro il 31 gennaio 2017: l’ammontare di questo importo potrebbe superare i 400 milioni".

"La relazione tecnica - sottolinea Pisauro - non spiega in dettaglio le conseguenze delle diverse misure e si limita ad affermare che la revisione dei tetti della farmacuetica e lo spostamento della distribuzione diretta nell’aggregato dell’ospedaliera avrebbero effetto netto nullo, mentre sembra suggerire che i fondi innovativi potrebbero dare luogo a maggiori oneri, i quali sarebbero compensati dalle altre misure di risparmio, compresa la regolazione del mercato dei farmaci biosimilari. È plausibile che la revisione del meccanismo dei tetti risulti quasi neutra per il bilancio della sanità, ma resterebbe l’onere di circa 500 milioni per il Ssn dovuto alla conferma e incremento dei fondi per gli innovativi. In definitiva - conclude - la legge di bilancio per il 2017 potrebbe implicare alcune maggiori spese, soprattutto per le RSO, che andrebbero coperte con ulteriori risparmi rispetto a quelli previsti dalla relazione tecnica".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 09/2016: 22.216
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

l'Unità

Dir. Resp.: Sergio Staino

08-NOV-2016
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

La riforma e il diritto alla salute

Cesare Pinelli P. 6

Ecco come la riforma interviene sulla tutela della salute

Cesare Pinelli

Il Commento

Finora non si è parlato delle novità in tema di tutela della salute che troviamo indicate nella legge costituzionale su cui andremo a votare il 4 dicembre.

Una premessa. Il finanziamento del servizio sanitario occupa una quota che sta intorno all'85% dei bilanci delle Regioni italiane, alcune delle quali accumulano debiti ingenti, e sono conseguentemente sottoposte a programmi di rientro dal debito sotto la guida di Commissari nominati dal Governo, che spesso coincidono coi Presidenti della Regione. Anche se la responsabilità di questo disastro non dipende solo dalle Regioni indebitate, certo è che molte hanno ritenuto che la loro autonomia in materia consistesse nella libertà di fissare costi delle prestazioni decisamente abnormi. È divenuto tristemente famoso l'esempio della siringa che in una Regione può costare venti volte quello che costa in un'altra.

C'è un'altra cosa da aggiungere, in parte come conseguenza di quanto detto. Il finanziamento del servizio sanitario avviene ancora sulla base della "spesa storica", cioè della spesa, e dei debiti, accumulati in passato. Qual è la conseguenza di tutto questo? Che quando la Costituzione dice (e continua a dire col testo di riforma) che i «livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali [fra cui il diritto alla salute, e quindi per es. i posti letto negli ospedali] che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» vanno definiti dalla legge dello Stato, per garantire l'eguaglianza dei cittadini senza differenze fra una Regione e un'altra, dice una cosa che ancora non è stata realizzata. Fino a quando, infatti, la distribuzione del finanziamento fra le Regioni (anche) del servizio sanitario avverrà sulla base di quanto le Regioni stesse hanno speso, l'eguaglianza dei cittadini non potrà mai essere assicurata. Alle storiche diseguaglianze di reddito, si sono aggiunte diseguaglianze territoriali, il che naturalmente danneggia ancora di più i cittadini che non possono permettersi di andare a curarsi in una Regione diversa da quella dove vivono.

È vero che la legge n. 42 del 2009 aveva stabilito che il finanziamento dovesse avvenire, non più sulla spesa storica, ma secondo la sequenza: costi standard (quindi, siringa ovunque allo stesso costo) - differenza tra fabbisogno/costo standard e risorse fiscali dell'ente - perequazione integrale, con il concorso dello Stato, del fabbisogno standard per i livelli essenziali delle prestazioni. Ma la crisi finanziaria ha finora impedito che il sistema entrasse a regime, almeno per le Regioni.

Bene, sulla tutela della salute la legge costituzionale interviene su tre fronti.

1) All'art. 119, dopo aver previsto che le risorse finanziarie a disposizione delle autonomie «assicurano il finanziamento integrale delle funzioni pubbliche dei Comuni, delle Città metropolitane e delle Regioni», aggiunge che «Con legge dello Stato sono definiti indicatori di riferimento di costo e di fabbisogno che promuovono condizioni di efficienza nell'esercizio delle medesime funzioni». L'impegno a stabilire costi e fabbisogni standard, finora previsto con legge, diventa così un impegno costituzionale. Non solo in vista dell'efficienza amministrativa, ma per assicurare pure i livelli essenziali delle prestazioni, quindi l'eguaglianza dei cittadini. Dove si capisce bene che l'efficienza minima dei servizi pubblici non è nemica dell'eguaglianza, ma una condizione per garantirla.

2) All'art. 118, dove il testo vigente prevede il potere del Governo di sostituirsi agli organi degli enti autonomi (anche) quando lo richieda la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni, aggiunge che la legge «stabilisce i casi di esclusione dei titolari di organi di governo regionali e locali dall'esercizio delle rispettive funzioni quando è stato accertato lo stato di grave dissesto finanziario dell'ente». Il che impedirà fra l'altro ai Presidenti di Regione responsabili di gravi deficit (anche) nel servizio sanitario di ripresentarsi alle elezioni.

3) All'art. 117, mantiene alle Regioni il loro potere legislativo sulla «programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali», e, dopo aver confermato che allo Stato spetta la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sui diritti civili e sociali, aggiunge che la legge statale fisserà «disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare». Il che non comporta un accentramento irrazionale (e francamente impossibile) della gestione del servizio sanitario, ma consente di fissare standard e requisiti uniformi a livello nazionale, tutte le volte che servano a garantire i livelli essenziali delle prestazioni, e con essi, di nuovo, l'eguaglianza dei cittadini.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 42.482
Diffusione 08/2016: 27.885
Lettori Ed. II 2016: 373.000
Quotidiano - Ed. Calabria - Sicilia

Gazzetta del Sud

Dir. Resp.: Alessandro Notarstefano

08-NOV-2016
da pag. 25
foglio 1
www.datastampa.it

NELLA SEDE DELL'ORDINE DEI MEDICI SI È PARLATO DI RIFORMA COSTITUZIONALE

Stop alla "concorrenza" tra Stato e Regioni

«La Calabria può uscire dal commissariamento con l'equilibrio di bilancio»

Cristina Cortese

«Sono molto contenta di questo invito che mi ha rivolto l'Ordine dei medici e di illustrare, in quella che considero anche la "mia" casa, riforme che adesso vivono la fase della piena maturazione, calandosi positivamente nella vita dei cittadini». Si presenta così Beatrice Lorenzin nella sede di Sant'Anna dove ritorna per la seconda volta.

«È una giornata importante per la sanità reggina impegnata ad arginare i viaggi della speranza», esordisce il segretario Enzo Nociti mentre il presidente Pasquale Veneziano richiama «i ritardi dell'alta tecnologia sul nostro territorio anche se adesso si schiudono nuove opportunità per i pazienti reggini di essere curati nella propria città».

Ma come cambia il volto della sanità se la riforma costituzionale dovesse diventare realtà? Spiega la Lorenzin: «Non ci sarà più materia concorrente tra Stato e Regioni con un rimpallo di responsabilità che negli anni ha fatto solo male al sistema, togliendoci ogni azione preventiva e costringendoci ad intervenire solo in emergenza. Ebbene, in questo nuovo quadro, le Regioni avranno funzioni organizzative e di gestione, mentre le norme generali torneranno in capo allo Stato che avrà la tutela della salute vera e propria con una clausola di supremazia qualora questo diritto venisse negato».

Ecco l'altra faccia della riforma che non è solo bicameralismo perfetto, oggetto prediletto del dibattito attuale, con effetti che la ministra definisce sostanziali. «È il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e del principio di uguaglianza: ovvero uniformità di trattamento e di prestazioni per tutti gli italiani, da un campo all'altro del Paese. Questo fa sì che non ci saranno più, come è stato nel passato, Regioni privilegiate che potranno mettere in campo percorsi diagnostici e di accesso a farmaci diversi da altre realtà meno fortunate. Ritengo sia un salto di qualità anche e soprattutto per la Calabria che, spesso terra di nessuno, tra l'altro, ha la più alta percentuale di tumori alla mammella. Le disposizioni generali riguarderanno tutti quei processi di diagnosi di terapia, che rendono vivo l'articolo 32 della Costituzione. Cioè l'accesso del diritto alla salute. In questo modo il Ministero grazie anche all'aiuto delle società scientifiche, dell'Ordine dei Medici, potrà intervenire uniformando questi piani operativi a livello di singoli territori. Poi il Senato delle Regioni avrà delle competenze che ci permetteranno di confrontarci a livello nazionale su questi temi».

Ed il commissariamento? Conclude la ministra: «La Calabria può farcela ad uscire, realizzando l'equilibrio di bilancio, crescendo nei livelli essenziali di assistenza, nella rete di hospice e di screening».

Al tavolo della presidenza il presidente della Commissione Giustizia del Senato Nico D'Ascola disegna la complessa architettura della riforma costituzionale in alcuni punti centrali: il superamento del bicameralismo perfetto, la ridefinizione delle competenze tra Stato e regioni, l'abolizione del Cnel e delle Province. Ma, ancor prima, con sentimento reggino, D'Ascola mette un punto fermo. «Era doveroso che un dibattito così importante legato alla riforma costituzionale, che sta attraversando l'Italia intera, approdasse a Reggio Calabria. Dovere della classe politica illustrarne spirito e contenuto, nonchè diritto dei cittadini essere informati per esercitare al meglio il proprio voto».

Al tavolo. Nico D'Ascola, Beatrice Lorenzin e Pasquale Veneziano

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 42.482
Diffusione 08/2016: 27.885
Lettori Ed. II 2016: 373.000
Quotidiano - Ed. Calabria - Sicilia

Gazzetta del Sud

Dir. Resp.: Alessandro Notarstefano

08-NOV-2016
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

TANTI GLI IMPEGNI DELLA LORENZIN TRA MESSINA E REGGIO

Un ponte della salute nell'area dello Stretto

«Nell'ultimo mese abbiamo fatto importanti passi in Calabria come a Roma»

Paolo Toscano
REGGIO CALABRIA

Il punto sulla Sanità nell'area dello Stretto. Lo facciamo con la ministra della Salute Beatrice Lorenzin. In meno di un mese a Messina l'accorpamento tra IRCCS Bonino Pulejo e Ospedale Piemonte, con il mantenimento del Pronto Soccorso come chiedevano i comitati cittadini e la possibilità di avere un grande polo per la riabilitazione; ora l'inaugurazione di cardiochirugia, neonatologia e nuovo Pronto Soccorso ai Riuniti di Reggio: tra Calabria e Sicilia nasce il nuovo Ponte della salute?

«Insediandomi al Ministero ho pensato che era inaccettabile avere due sistemi sanitari: eccellente in alcune regioni, quasi tutte del Nord; meno buono nelle regioni in piano di rientro, quasi tutte del Sud. L'Italia è una, ogni cittadino ha diritto al meglio. Il nostro dovere è fare passi verso il miglioramento. E nell'ultimo mese abbiamo fatto importanti passi in Calabria come a Roma. La legge di stabilità ha confermato i 2 miliardi in più per il Fondo sanitario. Un miliardo vincolato per sblocco del turn over, farmaci innovativi oncologici, farmaci per epatite C e vaccinazioni. E maggiori risorse per le regioni che migliorano le prestazioni sanitarie».

- L'inaugurazione dei reparti a Reggio, attesi da anni, arriva dopo un periodo di scandali con inchieste su appalti e malasanità.

«I soldi, al Nord come al Sud, sono quello che corruttori e corrotti cercano senza dignità. La corruzione è un fenomeno odioso. Per prevenirla abbiamo siglato protocolli con l'Autorità anticorruzione di Raffaele Cantone e Agenas. Ce la mettiamo tutta, cominciando con la selezione del personale. A Reggio il primario è stato selezionato con concorso pubblico, la commissione che lo ha valutato composta alla presenza di un notaio. Ha vinto il secondo operatore dell'equipe di chirurgia del Niguarda».

- Oltre Reggio, qual è lo stato della sanità calabrese?

«Migliora in modo sensibile. Qui nel 2013 c'è stato il caso di una morte perché non c'era una rete organizzata di sistema trasfusionale. Negli ultime tre anni sono state ridisegnate rete ospedaliera, dell'emergenza urgenza, dell'ictus, del politrauma, della sindrome coronarica acuta, del trasporto neonatale, oncologica, delle cure palliative. Se penso al punto di partenza di una Regione che non trasmetteva neppure i bilanci vedo che siamo in piena fase di attuazione di quanto programmato e la giornata ai Riuniti lo conferma. Così come l'apertura della Pet a Cosenza, della terapia intensiva neonatale e della stroke unit a Crotone e il servizio di oncologia medica a Melito».

- Il rilancio è possibile con forze fresche a supporto di tecnologie migliori e strutture adeguate.

«Lo sblocco del turn over ha portato oltre 1700 assunzioni, 900 tra medici e infermieri hanno già preso servizio. Autorizzati 73 concorsi per nuovi primari e 10 hanno già preso servizio, stabilizzati 300 precari. Nonostante questa mole di spesa che rigenera la sanità calabrese, i conti si mantengono in ordine. Adesso pretendo di più nella prevenzione: i dati sono preoccupanti e si riflettono sui valori dei Lea».

- Alla luce di questi risultati è possibile pensare alla fine del commissariamento?

«Il commissariamento si basa su dati oggettivi. La Calabria ne uscirà, così come l'Abruzzo poche settimane fa, quando avrà raggiunto i Lea secondo quanto previsto dalla legge. Per farlo ci deve essere intenti comuni, collaborazione interistituzionale. Il ministero farà la sua parte».

- A Messina lei ha scommesso sulla fusione tra IRCCS Bonino Pulejo e Ospedale Piemonte: perché?

«Mi è sembrata un'operazione di buon senso. Al ministero ricevevo lettere di cittadini che chiedevano di mantenere il vecchio ospedale con il pronto soccorso nato per garantire la città in caso di sisma. Dall'altra parte avevo notizia delle grandi potenzialità di un'eccellenza della neuroriabilitazione, limitata dalla mancanza di spazi. Ho sempre detto che il Ministero avrebbe fatto la sua parte, che ci voleva la volontà del governo regionale. Messina ha mantenuto il suo pronto soccorso in centro, il suo vecchio ospedale riaccende le luci con nuove possibilità».

- Coniugare ricerca, produzione scientifica, assistenza. Nel suo saluto ha detto che Messina può diventare un riferimento per il Mezzogiorno e una vasta area mediterranea.

«Dobbiamo provare tutti a volare ad altezza d'aquila e non di piccione. Il futuro è di chi sa attrarre investimenti, finanziamenti in ricerca, reclutare i migliori scienziati, coltivare produzione scientifica evitando la fuga dei migliori. Il Sud ha materiale umano di primissimo livello. Perché l'IRCCS di Messina non deve giocarsi le sue carte. Ora dipende da Regione, Università, direzione del Bonino Pulejo. Se tutti i protagonisti saranno in grado di fare sistema, Messina può diventare centro di riferimento della neurologia e della riabilitazione».

- In tutte le città che sta visitando, quando le chiedono del referendum, lei appare come una delle più convinte sostenitrici del Sì. Perché?

«Perché un Paese non può non guardare al futuro. Il mondo ha cambiato velocità e noi siamo ancora alle due Camere che fanno le stesse cose per approvare una stessa legge. Guardo al campo sanitario e il Titolo V ha mostrato limiti enormi, causando lo splafonamento dei conti e creando sistemi sanitario diversi per ogni regione. I cittadini chiedono al ministro di intervenire ma non sanno che le responsabilità sono in capo alle Regioni. Credo sia necessaria una ridefinizione dei ruoli, non è pensabile che per i Lea da aggiornare dopo 15 anni si debba passare da una faticosissima intesa con le Regioni. È giusto che le Regioni mantengano le funzioni di organizzazione, ma in caso di mancata attuazione delle norme generali dettato dallo Stato e che garantiscono gli standard più elevati di assistenza è giusto che il Governo eserciti il potere sostitutivo». ◂

La Calabria ha un'altra Cardiochirurgia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

08-NOV-2016
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Blindare i fondi o rischio-ticket

ACETI A PAG. 4

LEGGE DI BILANCIO/ Aceti (Tdm) chiede certezza sulle risorse per il triennio 2017-'19

«Priorità è blindare i fondi»

Bene il pacchetto farmaci ma attenzione al rischio ticket ed equità

Iniziamo con una buona notizia. Per la prima volta dopo molto tempo il finanziamento programmato per il Ssn viene confermato in una legge di Bilancio dello Stato. Stiamo parlando dei 113 miliardi di Fondo sanitario per il 2017, 2 in più rispetto al 2016.

Ma i 2 miliardi in più potrebbero scendere subito a 1,5 se le Regioni a statuto speciale non concorressero alla finanza pubblica per circa 500 milioni, come previsto nell'intesa 11 febbraio 2016, e al contempo se le Regioni a statuto ordinario decidessero (con l'assenso dello Stato) di recuperare questa somma mancante ancora una volta attingendo alle risorse destinate alla sanità anziché da altri capitoli di spesa pubblica. Ecco quindi la nostra prima richiesta: il Parlamento sottragga alle Regioni e al Governo la possibilità di intaccare i 113 miliardi di Fsn, prevedendo di recuperare al di fuori del Ssn le eventuali risorse che si dovessero rendere necessarie per l'equilibrio della finanza pubblica (articolo 58, comma 12, del Ddl Bilancio 2017). Infatti se si intaccassero i 2 miliardi in più, considerando che uno è finalizzato per farmaci, vaccini e personale, e che si devono assicurare anche i rinnovi contrattuali, a rischio potrebbero esserci innanzitutto i nuovi Lea che come sappiamo sono agganciati a un livello di finanziamento del Ssn pari a 113 miliardi nel 2017.

Per quanto riguarda il 2018 invece manca all'appello 1 miliardo per la sanità pubblica: l'intesa di febbraio 2016 fissava il finanziamento del Ssn nel 2018 a 115 miliardi, mentre la legge di bilancio porta l'asticella a 114. Questa è decisamente una brutta notizia che il Parlamento deve correggere subito (articolo 58, comma 10, del Ddl Bilancio 2017).

Bene le misure sulla farmaceutica che sanciscono il divieto della sostituibilità automatica tra biologico di riferimento e biosimilari e tra biosimilari, nonché quelle che riaffermano la libertà prescrittiva del medico e che sanciscono il diritto dei pazienti alla continuità terapeutica (articolo 59, comma 11, del Ddl Bilancio 2017). Sono misure che chiediamo siano confermate dal Parlamento perché promuovono un'idea di medicina personalizzata anziché "amministrata", riconoscono la persona nella sua unicità, riassegnano alla professione medica il ruolo e la fiducia che deve avere.

Positiva la finalizzazione di 1 miliardo per vaccinazioni e personale, farmaci oncologici innovativi e farmaci innovativi. Sul finanziamento di quest'ultimi vale la pena precisare come si attinga anche alle risorse degli obiettivi di Piano sanitario nazionale, quest'ultimo però risalente ormai a circa 10 anni fa. Sarebbe più che auspicabile riprendere finalmente in mano la Programmazione Sanitaria nazionale, attualizzandola con le attuali sfide, e un input chiaro, in assenza di altri, dovrebbe arrivare dal Parlamento già con la legge di Bilancio. L'innovazione va però selezionata attentamente, attraverso una procedura trasparente, democratica e partecipata da tutti gli stakeholder a partire dalle Associazioni di cittadini e pazienti. Su questo la legge di Bilancio assegnando ad una Determina dell'Aifa (articolo 59, comma 6, del Ddl Bilancio 2017) il compito di stabilire i criteri per la classificazione dell'innovatività non sancisce al contempo una procedura "partecipata e aperta" agli stakeholder, comprese le Associazioni di cittadini e pazienti. Proprio in questo senso chiediamo al Parlamento di correggere invece la norma.

Riguardo alla rimodulazione dei tetti di spesa farmaceutica l'aumento di quello per "l'ospedaliera" risponde a un problema di un suo ripetuto, consolidato ed evidente sfondamento. La conseguente diminuzione della spesa farmaceutica territoriale, invece, non dovrà comportare l'aumento dei ticket farmaceutici da parte delle Regioni e un de-listing "brutale" di Aifa, cioè uno spostamento dei costi dell'assistenza dal Ssn ai redditi delle famiglie. Su questa misura chiediamo al Parlamento di garantire un innalzamento delle tutele per i cittadini e non un loro depauperamento.

Affinché il Ssn garantisca equità di accesso su tutto il territorio nazio-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

nale alle terapie farmacologiche, si potrebbe introdurre una norma che riconosca come "vincolante" un solo Prontuario farmaceutico: il Prontuario farmaceutico unico nazionale. Questa previsione supererebbe l'attuale presenza di molteplici prontuari farmaceutici "vincolanti" di tipo regionale, aziendale, di area vasta... Un intervento del Parlamento in questo senso garantirebbe "in pratica" equità, pari opportunità e una "spending" intelligente da parte delle Regioni.

Molto bene la misura che prevede la possibilità per le Regioni di presentare al Comitato Lea i propri programmi di miglioramento e riqualificazione di specifiche aree dei Servizi sanitari regionali con conseguente accesso a forme di primalità di finanziamento.

È una misura che, se ben applicata, rimette al centro i temi dell'accessibilità, qualità e sicurezza dei servizi sanitari da parte dei cittadini e quindi la garanzia e l'effettività dei Livelli essenziali di assistenza. Per questo chiediamo al Parlamento di confermare e verificare in progress questa misura.

Infine nella direzione giusta la misura volta a garantire l'interoperabilità dei Fascicoli sanitari elettronici, perché potrà ridurre burocrazia, costi, migliorare l'accesso alle informazioni e quindi anche l'assistenza. Ovviamente una particolare attenzione dovrà essere posta alla tutela della privacy.

Ci aspettiamo che nel passaggio della legge di Bilancio in Parlamento siano apportate quelle modifiche che avvicinino la Manovra ai bisogni dei cittadini e che tutelino di più e meglio il loro diritto alla Salute.

Tonino Aceti
coordinatore nazionale
del Tribunale per i diritti
del malato-Cittadinanzattiva

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

08-NOV-2016
da pag. 6
foglio 1 / 5
www.datastampa.it

Ecco le misure sanitarie del Ddl di Bilancio 2017

Fsn a 113 mld per il 2017, a 114 per il 2018 e a 115 per il 2019

Rimodulati e rinominati i tetti per la spesa farmaceutica

Fondi da 500 mln per i medicinali oncologici e innovativi

Più efficienza nell'e-health: interoperabilità tra i progetti Fse

Pubblichiamo gli articoli «sanitari» della legge di Bilancio 2017 all'esame della Camera. Dal finanziamento del Ssn ai tetti della spesa farmaceutica, dallo stop all'equivalenza terapeutica alla stretta su ospedali e acquisti. Dai fondi per i contratti nella Pa all'e-health.

Titolo V
Politiche invariate

Articolo 52
▼ *Fondo per il pubblico impiego*

1. Per il pubblico impiego sono complessivamente stanziati, per le finalità di cui ai commi 2 e 3, 1.920 milioni di euro per l'anno 2017 e 2.630 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018.

2. Nello stato di previsione del ministero dell'Economia e delle finanze è istituito un fondo da ripartire con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del ministro per la Semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, con una dotazione di 1.480 milioni di euro per l'anno 2017 e di 1.930 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018, per le seguenti finalità:

a) determinazione, per l'anno 2017 e a decorrere dal 2018, degli oneri aggiuntivi, rispetto a quelli previsti dall'articolo 1, comma 466, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e pari a 300 milioni di euro annui, posti a carico del bilancio dello Stato per la contrattazione collettiva relativa al triennio 2016-2018 in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e per i miglioramenti economici del personale dipendente dalle amministrazioni statali in regime di diritto pubblico;

b) definizione, per l'anno 2017 e a decorrere dal 2018, del finanziamento da destinare ad assunzioni di personale a tempo indeterminato, in aggiunta alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente, nell'ambito delle amministrazioni dello Stato, ivi compresi i Corpi di polizia e il Corpo nazionale dei vigili del fuoco, le agenzie, incluse le agenzie fiscali di cui agli articoli 62, 63 e 64 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, gli enti pubblici non economici e gli enti pubblici di cui all'articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, tenuto conto delle specifiche richieste volte a fronteggiare indifferibili esigenze di servizio di particolare rilevanza e urgenza in relazione agli effettivi fabbisogni, nei limiti delle vacanze di organico nonché nel rispetto dell'articolo 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e dell'articolo 4 del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125. Le assunzioni sono autorizzate con decreto del ministro per la Semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze;

c) definizione dell'incremento dal 2017 del finanziamento previsto a legislazione vigente, per garantire la piena attuazione di quanto previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera a), punti 1 e 4, della legge 7 agosto 2015, n. 124 e dell'articolo 1, comma 5, della legge 31 dicembre 2012, n. 244 ovvero, per il solo anno 2017, proroga del contributo straordinario di cui all'articolo 1, comma 972, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, con la disciplina e le modalità ivi previste

3. Per il concorso alle finalità di cui al comma 1, nello stato di previsione del ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, è iscritto un fondo con una autonoma dotazione di 140 milioni di euro per l'anno 2017 e 400 milioni a decorrere dall'anno 2018, da destinare all'incremento dell'organico dell'autonomia di cui all'articolo 1, comma 201, della legge 13 luglio 2015, n. 107. Al riparto del Fondo si provvede con decreto del ministro dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze.

4. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 2, si provvede ad aggiornare i criteri di determinazione degli oneri di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 18 aprile 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 132 dell'8 giugno 2016, in coerenza con quanto previsto dalla lettera a) del medesimo comma.

5. All'articolo 1, comma 466, della legge n. 208 del 2015, dopo le parole «30 marzo 2001, n. 165,», sono aggiunte le parole «e per i miglioramenti economici del personale dipendente dalle amministrazioni statali in regime di diritto pubblico,», e sono soppresse le parole da «di cui 74 milioni» fino alla fine del comma.

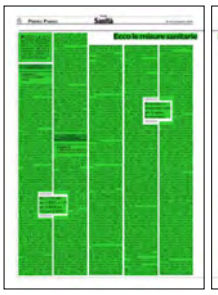
Titolo VI
Misure a sostegno del Servizio sanitario nazionale

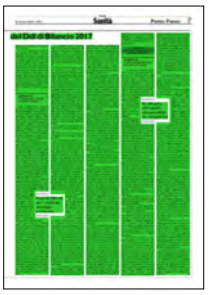
Articolo 58
▼ *Efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale*

1. All'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 15, le parole «ovvero partecipare alla definizione, realizzazione e utilizzo dell'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità per il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) conforme ai criteri stabiliti dai decreti di cui al comma 7, resa disponibile dall'Agenzia per l'Italia digitale.» sono sostituite dalle seguenti: «ovvero utilizzare l'infrastruttura nazionale di cui al comma 15-ter, da rendere conforme ai criteri stabiliti dai decreti di cui al comma 7.»;

b) il comma 15-ter, è sostituito dal seguente: «*15-ter*. Ferme restando le funzioni del Commissario straordinario per l'attuazione dell'Agenda





data stampa
dal 1980 monitoraggio media

digitale di cui all'articolo 63 del decreto legislativo 26 agosto 2016, n. 179, l'Agenzia per l'Italia digitale, sulla base delle esigenze avanzate dalle Regioni e dalle Province autonome, nell'ambito dei rispettivi piani, cura, in accordo con il ministero della Salute e il ministero dell'Economia e delle finanze, con le Regioni e le Province autonome, la progettazione dell'infrastruttura nazionale necessaria a garantire l'interoperabilità dei Fse, la cui realizzazione è curata dal ministero dell'Economia e delle finanze attraverso l'utilizzo dell'infrastruttura del Sistema Tessera sanitaria attuativo dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e del decreto del ministero dell'Economia e delle finanze 2 novembre 2011 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011, necessaria a garantire:

1) l'interoperabilità dei Fse e dei dossier farmaceutici regionali;

2) l'identificazione dell'assistito, attraverso l'allineamento con l'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (Ana), di cui all'articolo 62-ter, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, istituita nell'ambito del Sistema Tessera sanitaria. Nelle more della realizzazione dell'Ana, l'allineamento viene assicurato con l'elenco degli assistiti gestito dal Sistema Tessera sanitaria, ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326;

3) per le Regioni e Province autonome che comunicano al ministero dell'Economia e delle finanze e al ministero della Salute, entro il 31 marzo 2017, di volersi avvalere dell'infrastruttura nazionale ai sensi del comma 15, l'interconnessione dei soggetti di cui al presente articolo per la trasmissione telematica dei dati di cui ai decreti attuativi del comma 7, a esclusione dei dati di cui al comma 15-septies, per la successiva alimentazione e consultazione del Fse delle medesime Regioni e Province autonome, secondo le modalità da stabilirsi con decreto del ministero dell'Economia e delle finanze, di concerto con il ministero della Salute;

4) a partire dal 30 aprile 2017, la gestione delle codifiche nazionali e regionali stabilite dai decreti di cui al comma 7, rese disponibili dalle Amministrazioni ed enti che le detengono, secondo le modalità da stabilirsi con decreto del ministero dell'Economia e delle finanze, di concerto con il ministero della Salute.»;

c) al comma 15-quater, le parole «e il ministero della Salute» sono sostituite dalle seguenti «, il ministero della Salute e il ministero dell'Economia e delle finanze» e, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, congiuntamente, con il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 della predetta intesa del 23 marzo 2005.»;

d) dopo il comma 15-quinquies, sono aggiunti i seguenti: «*15-sexies*. Qualora la Regione, sulla base della valutazione dei Tavoli tecnici di cui al comma 15-quater, non abbia adempiuto nei termini previsti al medesimo comma 15-quater, il Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro della Salute di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per l'Italia digitale, diffida la Regione ad adempiere entro i successivi 30 giorni. Qualora, sulla base delle valutazioni operate dai medesimi Tavoli tecnici, la Regione non abbia adempiuto, il Presidente della Regione, nei successivi 30 giorni in qualità di commissario ad acta, adotta gli atti necessari all'adempimento e ne dà comunicazione alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e ai Tavoli tecnici.

15-septies. Il Sistema Tessera sanitaria attuativo dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, entro il 30 aprile 2017, rende disponibile ai Fse e ai dossier farmaceutici regionali, attraverso l'infrastruttura nazionale di cui al comma 15-ter, i dati risultanti negli archivi del medesimo Sistema Tessera sanitaria relativi alle esenzioni dell'assistito, prescrizioni e prestazioni erogate di farmaceutica e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale, certificati di malattia telematici, prestazioni di assistenza protesica, termale e integrativa.».

2. Per l'attuazione del comma 15-ter dell'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012, come modificato dal comma 1, è autorizzata la spesa di 2,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2017.

3. L'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 12, comma 15-quinquies, del decreto-legge n. 179 del 2012, è ridotta di 5 milioni di euro per l'anno 2017, di 4,92 milioni di euro per l'anno 2018 e di 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2019.

4. Ferme restando le disposizioni inerenti l'accesso alla quota premiale del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nonché le disposizioni in materia di piani di rientro, di cui all'articolo 2, commi da 77 a 97, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al fine di promuovere e conseguire una maggiore efficienza ed efficacia dei servizi sanitari regionali, in coerenza con gli obiettivi di crescita e di sviluppo del Servizio sanitario nazionale, la quota di premialità di cui all'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, è incrementata, a livello sperimentale per l'anno 2017, di una quota pari allo 0,1 per cento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Sempre a livello sperimentale per l'anno 2017, ogni Regione può proporre al Comitato permanente per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, di seguito "Comitato Lea", di cui all'articolo 9 dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005 (Rep. atti n. 2271), un programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del servizio sanitario regionale, anche sulla base delle valutazioni operate dal Comitato stesso in ordine all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e, tenuto conto delle valutazioni del "sistema di garanzia" di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56.

5. I programmi di cui al comma 4, di durata annuale, da presentarsi entro due mesi dall'approvazione della presente legge e da approvarsi entro i successivi trenta giorni dal Comitato Lea, individuano aree prioritarie d'intervento specifiche di ciascun contesto regionale, definendo i relativi indicatori di valutazione. Per le Regioni in Piano di rientro, tali programmi integrano, ove necessario, il programma operativo di prosecuzione del Piano di rientro e sono approvati dal Comitato Lea congiuntamente con il Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005.

6. I programmi di cui al comma 4 recano altresì:

a) le modalità e la tempistica per la verifica della realizzazione degli obiettivi indicati;

b) le forme di monitoraggio degli obiettivi intermedi e finali da effettuarsi da parte del Comitato Lea, e per le Regioni in piano di rientro da parte del Comitato Lea congiuntamente con il Tavolo adempimenti.

7. Con accordo da sancirsi, entro il 31 gennaio 2017, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono disciplinate le modalità di riparto tra le Regioni dell'incremento sperimentale della premialità 2017 di cui al comma 4 e l'accesso alle forme premiali in attuazione dei programmi di cui al medesimo comma. La mancata presentazione del programma ovvero la verifica negativa annuale dell'attuazione del programma medesimo determina, per la Regione interessata, la perdita permanente del diritto di accesso alla quota prevista. Le somme eventualmen-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

08-NOV-2016
da pag. 6
foglio 3 / 5
www.datastampa.it

te rese disponibili dal periodo precedente sono integralmente riattribuite alle restanti Regioni in maniera proporzionale all'accesso previsto.

8. Il Comitato Lea produce apposita relazione in ordine all'attività sperimentale di cui ai commi 4, 5, 6 e 7.

9. Al fine di migliorare le performance e di perseguire l'efficienza dei fattori produttivi e dell'allocazione delle risorse delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (Irccs) o degli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, all'articolo 1, comma 524, lettera a), della legge 28 dicembre 2015 n. 208, le parole «pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro» sono sostituite dalle seguenti: «pari o superiore al 5 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 5 milioni di euro.».

10. Per gli anni 2017 e 2018, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, indicato dall'Intesa sancita nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano dell'11 febbraio 2016 (Rep. atti n. 21/Csr), attuativa dell'articolo 1, comma 680 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è rideterminato rispettivamente in 113.000 milioni di euro e in 114.000 milioni di euro. Per l'anno 2019 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stabilito in 115.000 milioni di euro. Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e di Bolzano assicurano gli effetti finanziari previsti dal presente comma, mediante la sottoscrizioni di singoli Accordi con lo Stato, da stipularsi entro il 31 gennaio 2017. Per la Regione Trentino-Alto Adige e per le Province autonome di Trento e di Bolzano l'applicazione del presente comma avviene nel rispetto dell'Accordo sottoscritto tra il Governo e i predetti enti in data 15 ottobre 2014, e recepito con legge 23 dicembre 2014, n. 190, con il concorso agli obiettivi di finanza pubblica previsto dai commi da 406 a 413 dell'articolo 1 della medesima legge.

11. A decorrere dall'anno 2017 una quota del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato di cui al comma 10, pari a 1.000 milioni di euro, è destinata alle finalità di cui all'articolo 59, commi 4, 5, 12 e 13.

12. Con i medesimi Accordi di cui al comma 10 le Regioni a statuto speciale assicurano il contributo a loro carico previsto dall'Intesa dell'11 febbraio 2016; decorso il termine del 31 gennaio 2017, all'esito degli Accordi sottoscritti, il ministro dell'Economia e delle finanze, di concerto con il ministro della Salute, entro i successivi trenta giorni, con proprio decreto attua quanto previsto per gli anni 2017 e successivi dalla citata Intesa dell'11 febbraio 2016 al fine di garantire il conseguimento dell'obiettivo programmatico di finanza pubblica per il settore sanitario.

Articolo 59

▼ *Disposizioni in materia di assistenza sanitaria*

1. In considerazione di quanto previsto dall'articolo 21, comma 1, del decreto-legge 24 giugno 2016, n. 113, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2016, n. 160, e di quanto convenuto nell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 2 luglio 2015 (Rep. stti n. 113/Csr), fermi restando gli equilibri di finanza pubblica previsti a legislazione vigente, al governo del settore farmaceutico si applicano i commi da 2 a 11.

2. A decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti».

3. Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal comma 2, il tetto della spesa farmaceutica territoriale, di cui all'articolo 5 del decreto-legge 10 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, è rideterminato nella misura del 7,96 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica convenzionata».

4. A decorrere dal 1° gennaio 2017, nello stato di previsione del ministero della Salute è istituito un Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi di 500 milioni di euro annui. Tale Fondo è finanziato rispettivamente per 325 milioni di euro per l'anno 2017, 223 milioni di euro per l'anno 2018, 164 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019, mediante utilizzo delle risorse dell'articolo 58, comma 11, e per 175 milioni di euro per l'anno 2017, 277 milioni di euro per l'anno 2018, 336 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019, mediante utilizzo delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

5. A decorrere dal 1° gennaio 2017, nello stato di previsione del ministero della Salute è istituito un Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi di 500 milioni di euro annui mediante utilizzo delle risorse dell'articolo 58, comma 11.

6. Per gli effetti di quanto previsto al comma 4 e al comma 5, con determinazione del direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), da adottarsi entro il 31 marzo 2017, sono stabiliti i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi. Con la medesima determinazione sono definite le modalità per la valutazione degli effetti dei predetti farmaci ai fini della permanenza del requisito di innovatività e le modalità per la eventuale riduzione del prezzo di rimborso a carico del Servizio sanitario nazionale. Nelle more dell'adozione della determinazione di cui al presente comma e comunque, entro e non oltre il 31 marzo 2017, i farmaci innovativi e i farmaci oncologici innovativi validi ai fini della presente procedura sono quelli già individuati da Aifa.

7. Il requisito di innovatività permane per un periodo massimo di 36 mesi.

8. I farmaci di cui al comma 6 sono soggetti a monitoraggio dei registri Aifa.

9. Le somme dei fondi di cui al comma 4 e al comma 5 sono versate in favore delle Regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle Regioni medesime per l'acquisto dei medicinali di cui al comma 4 e al comma 5, secondo le modalità individuate con apposito decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

10. La spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui al comma 2 per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei fondi di cui al comma 4 e

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

al comma 5.

11. All'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, dopo il comma 11-ter è inserito il seguente: «*11-quater*. L'esistenza di un rapporto di biosimilarità tra un farmaco biosimilare e il suo biologico di riferimento sussiste solo ove accertato dalla European medicine agency (Ema). Non è consentita la sostituibilità automatica tra biologico di riferimento e un suo biosimilare né tra biosimilari. Nelle procedure pubbliche di acquisto non possono essere posti in gara nel medesimo lotto principi attivi differenti, anche se aventi le stesse indicazioni terapeutiche. Al fine di razionalizzare la spesa per l'acquisto di farmaci biologici a brevetto scaduto e per iquali siano presenti sul mercato i relativi farmaci biosimilari, si applicano le seguenti disposizioni:

a) le procedure pubbliche di acquisto devono svolgersi mediante utilizzo di accordi quadro con tutti gli operatori economici titolari di medicinali a base del medesimo principio attivo. A tal fine le centrali regionali d'acquisto predispongono un lotto unico per la costituzione del quale si devono considerare lo specifico principio attivo (Atc di V livello), medesimi via di somministrazione e dosaggio. La base d'asta dell'accordo quadro deve essere il prezzo massimo di cessione al Servizio sanitario nazionale del farmaco biologico di riferimento;

b) al fine di garantire un'effettiva razionalizzazione della spesa e nel contempo un'ampia disponibilità delle terapie, i pazienti devono essere trattati, con uno dei primi tre farmaci nella graduatoria dell'accordo quadro classificati secondo il criterio del minor prezzo o dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Il medico è comunque libero di prescrivere, senza obbligo di motivazione, il farmaco tra quelli inclusi nella procedura di cui alla lettera a), ritenuto idoneo a garantire la continuità terapeutica ai pazienti;

c) in caso di scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare di un farmaco biologico durante il periodo di validità del contratto di fornitura, l'ente appaltante, entro 30 giorni dal momento dell'immissione in commercio di uno o più farmaci biosimilari contenenti il medesimo principio attivo, apre il confronto concorrenziale tra questi e il farmaco originatore di riferimento nel rispetto di quanto prescritto dalle lettere a) e b);

d) l'ente appaltante è tenuto a erogare ai centri prescrittori i prodotti aggiudicati con le procedure previste dal codice degli appalti;

e) eventuali oneri economici aggiuntivi, derivanti dal mancato rispetto delle disposizioni del presente comma, non possono essere posti a carico del Servizio sanitario nazionale.».

12. A decorrere dall'anno 2017, nell'ambito del Finanziamento del Servizio sanitario nazionale è prevista una specifica finalizzazione, pari a 100 milioni di euro per l'anno 2017, 127 milioni di euro per l'anno 2018 e 186 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019, per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto vaccini ricompresi nel Nuovo piano nazionale vaccini (Npnv) di cui all'Intesa sancita in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 7 settembre 2016 (Rep. atti n. 157/Csr). Le somme di cui al presente comma sono ripartite a favore delle Regioni sulla base dei criteri individuati con Intesa da sancirsi in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano entro il 31 gennaio 2017.

13. Nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 541, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, a decorrere dall'anno 2017, nell'ambito del Finanziamento del Servizio sanitario nazionale è prevista una specifica finalizzazione, pari a 75 milioni di euro per l'armo 2017 e a 150 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018, per il concorso al rimborso alle Regioni per gli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio sanitario nazionale, da espletare ai sensi delle disposizioni recate dal primo e secondo periodo del comma 543 del medesimo articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Le somme di cui al presente comma sono ripartite a favore delle Regioni sulla base dei criteri individuati con Intesa da sancirsi in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano entro il 31 gennaio 2017.

Titolo VII
Misure di razionalizzazione della spesa pubblica

Articolo 60
▼ *Misure di efficientamento della spesa per acquisti*

1. Il ministero dell'Economia e delle finanze, nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti, avvia, tramite Consip, un'analisi volta a individuare nuovi strumenti di acquisto centralizzato di beni e correlati servizi, anche mediante modelli organizzativi, che prevedano l'acquisizione di beni durevoli e la concessione dell'utilizzo degli stessi da parte delle amministrazioni o dei soggetti pubblici interessati.

2. Dalla disposizione di cui al comma 1 non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

3. Al fine di migliorare l'efficienza, la rapidità e il monitoraggio dei processi di approvvigionamento di beni e servizi delle Amministrazioni dello Stato, il ministero dell'Economia e delle finanze, nell'ambito del Programma di Razionalizzazione degli acquisti, avvia una sperimentazione sulla cui base procede come acquirente unico per le merceologie dell'energia elettrica e del servizio sostitutivo di mensa mediante buoni pasto, per il ministero dell'Economia e delle finanze e per il ministero dell'Interno e le loro rispettive articolazioni territoriali.

4. Con decreto del ministero dell'Economia e delle finanze sono definite le modalità di attuazione, ivi compresi i tempi, nonché le strutture dei ministeri coinvolte nella sperimentazione di cui al comma 3.

5. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro dell'Economia e delle finanze, sentiti i ministri interessati, possono essere individuate ulteriori amministrazioni e ulteriori categorie merceologiche cui è applicata la sperimentazione di cui al comma 3.

6. Dalle disposizioni di cui ai commi da 3 a 5 non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

7. All'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 512, le parole «provvedono ai propri approvvigionamenti esclusivamente tramite Consip SpA o i soggetti aggregatori» sono sostituite dalle seguenti: «provvedono ai propri approvvigionamenti esclusivamente tramite gli strumenti di acquisto e di negoziazione di Consip SpA o dei soggetti aggregatori»;

b) dopo il comma 514 è aggiunto il seguente: «*514-bis*. Per i beni e servizi la cui acquisizione riveste particolare rilevanza strategica secondo quanto indicato nel Piano triennale di cui al comma 513, le amministrazioni statali, centrali e periferiche, a esclusione degli istituti e delle scuole di ogni ordine e grado, delle istituzioni educative e delle istituzioni universitarie, nonché gli enti nazionali di previdenza e assistenza sociale pubblici e le agenzie fiscali di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 ricorrono a Consip SpA, nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti della pubblica amministrazione del ministero dell'Economia e delle Finanze. A tal fine Consip SpA, può suppor-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

08-NOV-2016
da pag. 6
foglio 5 / 5
www.datastampa.it

tare i soggetti di cui al periodo precedente nell'individuazione di specifici interventi di semplificazione, innovazione e riduzione dei costi dei processi amministrativi. Per le attività di cui al presente comma è previsto un incremento delle dotazioni che finanziano il Programma di razionalizzazione degli acquisti del ministero dell'Economia e delle finanze di euro 3.000.000 per l'anno 2017 e di euro 7.000.000 a decorrere dal 2018;

c) al comma 515 dopo le parole «di cui al comma 513» sono aggiunte le seguenti «ivi compresa quella relativa alle acquisizioni di particolare rilevanza strategica di cui al comma 514-bis».

8. All'articolo 9 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, dopo il comma 2 è aggiunto inserito il seguente: «*2-bis*. Nell'ambito del Tavolo tecnico dei soggetti aggregatori opera un Comitato guida disciplinato dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui al precedente comma 2 il quale, oltre ai compiti previsti dal medesimo decreto, fornisce, attraverso linee-guida, indicazioni utili per favorire lo sviluppo delle migliori pratiche con riferimento alle procedure di cui al successivo comma 3 da parte dei soggetti aggregatori di cui ai commi 1 e 2, ivi inclusa la determinazione delle fasce di valori da porre a base d'asta. I soggetti aggregatori di cui ai commi 1 e 2 trasmettono al Comitato guida, nel caso di non allineamento alle linee guida di cui al periodo precedente, una preventiva comunicazione specificamente motivata sulla quale il Comitato guida può esprimere proprie osservazioni.».

9. All'articolo 9, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, dopo il comma 3 è aggiunto inserito il seguente: «*3-bis*. Le amministrazioni pubbliche obbligate a ricorrere a Consip SpA o agli altri soggetti aggregatori ai sensi del precedente comma 3 possono procedere, qualora non siano disponibili i relativi contratti di Consip SpA o dei soggetti aggregatori di cui ai commi 1 e 2 e in caso di motivata urgenza, allo svolgimento di autonome procedure di acquisto dirette alla stipula di contratti aventi durata e misura strettamente necessaria. In tale caso l'Autorità nazionale anticorruzione rilascia il codice identificativo di gara.».

10. All'articolo 9, comma 9, secondo periodo, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, dopo le parole «di cui al precedente periodo» sono aggiunte le seguenti: «, che tengono conto anche dell'allineamento, da parte dei soggetti aggregatori di cui ai commi 1 e 2, delle indicazioni del Comitato guida fornite ai sensi del comma 2-bis del presente articolo.».

11. Con Accordo da sancirsi in sede di Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano entro il 28 febbraio 2017 sono definite le attività da porre in essere per pervenire alla definizione di linee di indirizzo per l'efficientamento e la definizione di standard con riferimento ai magazzini e alla logistica distributiva. ●

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 382.356
Diffusione 08/2016: 254.805
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2016
da pag. 23
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

I PRECARI DEI 20 MIGLIORI OSPEDALI

«Noi, i 3.500 ricercatori senza futuro per contratto»

di **Simona Ravizza**

Posto a rischio per 3.500 ricercatori precari negli ospedali Irccs. Con il Jobs act dal 2017 stop ai contratti flessibili. Tre di loro raccontano. Sono (*foto, da sinistra*) Patrizia Giannatempo, oncologa, Elisa Assirelli, genetista, e Leonardo Caporali, biotecnologo. a pagina 23

Noi, 3.500 ricercatori in bilico

Il Jobs act cancella dal nuovo anno i contratti atipici
I dubbi sul piano di stabilizzazione del ministero

21

Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, su un totale di 49 centri di eccellenza attivi nel 2015: dall'oncologia ai trapianti, dalla pediatria all'ortopedia

35

Mila euro e 406: lo stipendio totale lordo annuo previsto dalla riforma per i ricercatori di livello A: 51.748 e 58.557 euro rispettivamente per quelli di livello B e C

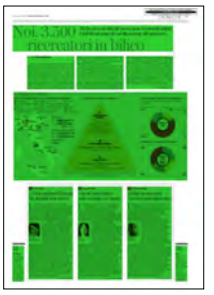
a cura di **Simona Ravizza**

Medici, fisici, chimici, biologi, biotecnologi, ingegneri, statistici ed epidemiologi. Sono i 3.500 ricercatori precari che lavorano nei ventuno ospedali top a livello italiano per la ricerca, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (Irccs). Sono i cervelli che l'Italia non vuole fare (più) fuggire, ma il loro futuro è in bilico: i contratti atipici con i quali sono stati arruolati finora (al limite dell'abuso) non potranno più essere rinnovati dal primo gennaio 2017. È una conseguenza dell'applicazione del Jobs act, che fa scattare il divieto di stipulare i cosiddetti *co.co.co.* nella pubblica amministrazione. Nessuno di loro ovviamente li rimpiange. Il problema è che, a meno di due mesi dall'entrata in vigore della norma, non c'è alcuna certezza: «Come — e quando — saremo assunti?», è la domanda che rimbalza da Milano a Napoli, passando per tutt'Italia.

Il ministero della Salute, guidato da Beatrice Lorenzin, propone un percorso di stabilizzazione il cui simbolo è una piramide. Il ricercatore accede alla sua base con un concorso pubblico con il quale può ottenere un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato di dieci anni, rinnovabile per altri cinque. Le tappe per arrivare al vertice sono tre: ricercatore, ricercatore esperto e ricercatore senior. I passaggi sono legati a valutazioni di merito e alla copertura finanziaria di ciascun ospedale. Al termine della salita è previsto un ipotetico ingresso in ruolo. Il provvedimento, che sulla carta può interessare 2.600 precari per un impatto economico di 50 milioni di euro, è destinato a fare ordine per la prima volta in Italia in un mare di contratti atipici. Peccato che, come verificato ancora ieri sera dal *Corriere*, è impossibile prevederne i tempi e i modi di approvazione. I ricercatori sono con il fiato sospeso. «Per la prima volta da quando esistono gli Irccs si fa un tentativo di riconoscere la figura del ricercatore in Sanità», dice il Coordinamento nazionale dei precari della ricerca, «ma per l'ingresso in ruolo si propongono tempi lunghissimi, 15 anni, previo raggiungimento di obiettivi intermedi, ancora in fase di definizione, con contratti a tempo determinato, non ancora definiti. Siamo destinati al precariato a vita?».

sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 382.356
Diffusione 08/2016: 254.805
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2016
da pag. 23
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

L'oncologa

«Tra le migliori d'Europa Ma in Italia non esisto»

Le valigie non è ancora riuscita a disfarle: Patrizia Giannatempo, 34 anni, è di ritorno da Parigi dov'è stata invitata al meeting annuale dell'*European society for medical oncology* (Esmo) come uno dei 40 migliori oncologi a livello internazionale sul cancro delle vie urinarie. In Italia è una ricercatrice precaria dell'Istituto dei tumori di Milano: «I miei colleghi stranieri stentano a crederci — racconta —. Qui di fatto non esisto, anche se scelgo quali malati possono rientrare nei protocolli di cura sperimentali, quali farmaci devono prendere e come devono essere quotidianamente seguiti. Di giorno faccio il medico in corsia dalle 8.30 alle 18.30. Poi stacco per dare da mangiare a mia figlia Dorotea e per metterla a letto. Riprendo da casa alle 21.30, dove faccio il mio vero lavoro — ossia la ricercatrice — fino alle 2 di notte». Il suo è un contratto da libera professionista a partita Iva. «Mia figlia è nata il 7 maggio 2015 — ricorda —. Ho lavorato fino al giorno prima del parto e sono riuscita a sfangare il periodo della maternità grazie ai soldi che ho vinto lo stesso anno come migliore giovane ricercatrice dell'Istituto dei tumori». Il rinnovo del suo contratto è legato di anno in anno al reperimento di fondi: «Oggi il mio stipendio è di 36 mila euro lordi annui, coperto dai soldi che ho ottenuto con la "Borsa di studio Umberto Veronesi". La soluzione proposta dal ministero della Sanità? Nonostante i suoi limiti, la guardo con speranza: almeno in qualche modo esisterei».

Patrizia Giannatempo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La genetista

«Se mi andrà bene sarò assunta a 50 anni»

L'ultimo contratto da *co.co.co* l'ha firmato a fine ottobre: «Un rinnovo di quattro mesi. Scadrò di nuovo a febbraio 2017. E, vista l'entrata in vigore del Jobs act per la pubblica amministrazione, non so che cosa mi aspetta». Elisa Assirelli, 40 anni appena compiuti, biologa esperta in genetica, è la coordinatrice per l'Emilia Romagna della Biobanca per i malati di artrite reumatoide: nel suo laboratorio all'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna maneggia campioni di siero, plasma e sangue dei pazienti provenienti da tutta la regione per studiare nuove cure. «Sono una ricercatrice precaria da 13 anni — ammette amara —. E adesso so che se sarò fortunata e il ministero della Salute riuscirà a fare approvare la manovra per la stabilizzazione dei ricercatori, forse finalmente sarò assunta a 50 anni». Il suo stipendio è di 1.600 euro netti al mese: «E ovviamente lavoro perché, come i miei colleghi, mi arrabatto a trovare i fondi tra bandi pubblici nazionali ed europei. Per il resto, so di essere invisibile: finora è mancata la volontà di riconoscerci un ruolo». Negli ultimi dieci anni i suoi contratti sono stati rinnovati annualmente: «Ma adesso neppure i vertici dell'Istituto ortopedico Rizzoli sanno come comportarsi: nella mia stessa situazione ci sono almeno altri 94 colleghi. Non ci resta che aspettare e sperare. Del resto ci siamo ridotti a considerare un passo avanti la possibilità di andare a mangiare in mensa. Fino a poco tempo fa non avevamo diritto neanche a quello».

Elisa Assirelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 382.356
Diffusione 08/2016: 254.805
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2016
da pag. 23
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Il biotecnologo

«Il mio lavoro scade Non so se sarà rinnovato»

Il suo futuro non è mai stato così incerto: «Il mio contratto scade il 3 gennaio. E non so ancora se potrà essere rinnovato». Leonardo Caporali, 37 anni, biotecnologo all'Istituto di scienze neurologiche di Bologna, analizza i campioni di sangue per capire se ci sono mutazioni genetiche legate a malattie mitocondriali. Il suo *curriculum* da ricercatore è scandito da quattro anni di borse di studio, due anni di assegni universitari per Telethon e dal 2013 da contratti *co.co.co*. «In totale sono nove anni di precariato — dice —. E il problema è che sono solo all'inizio». La regola non è «mal comune, mezzo gaudio». Così in una situazione d'*impasse* totale ci si può considerare persino un precario fortunato: «Se la manovra del ministero della Salute andrà a segno, con tre anni da *co.co.co* posso aspirare a entrare nel tunnel che tra oltre dieci anni mi porterà alla stabilizzazione. Ho vicini di scrivania che, con percorsi analoghi al mio ma qualche mese di differenza nell'anzianità, non possono aspirare neppure a quello». Una busta paga da 1.500 euro netti al mese: «Ma non so se a gennaio l'avrò ancora». Il suo è ormai un pensiero fisso: «I vertici del mio ospedale stanno cercando una soluzione, magari anticipando il rinnovo del mio contratto entro il 2016, prima che scatti il divieto per i co.co.co nella pubblica amministrazione. Ma lo potranno fare? Al momento non c'è nessuna certezza».

Leonardo Caporali

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La mappa e i numeri

Fonte: ministero della Salute / autocensimento del personale precario (24 maggio 2016)

Corriere della Sera

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Questo sito utilizza cookie tecnici e di profilazione propri e di terze parti per le sue funzionalità e per inviarti pubblicità e servizi in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie clicca qui. Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie.
Accetto

DAL 7 AL 13 NOVEMBRE 1.200 EVENTI IN TUTTA ITALIA

Diabete, un milione non sa di averlo Nei bimbi occhio ai segnali di allarme

In Italia i malati del tipo 2 (quello prevenibile) sono 3 milioni, ma molti altri non hanno ricevuto una diagnosi. Il 14 novembre si celebra la Giornata mondiale: prevenire e individuare precocemente la patologia, da cui non si guarisce, è il modo per batterla

di Laura Cuppini

Tre milioni: tante sono le persone in Italia in cura per diabete di tipo 2. Ma c'è di più: un altro milione avrebbe la patologia ma non avrebbe ricevuto una diagnosi. Si calcola inoltre che altri 2,6 milioni abbiano difficoltà a mantenere la glicemia nella norma, condizione che spesso prelude allo sviluppo del diabete. Sommando i dati, il 9,2% della popolazione italiana ha la glicemia "sballata". E il numero è in aumento: si prevede che nel 2030 si prevede che i malati saranno 5 milioni. Nel mondo 415 milioni di persone adulte hanno il diabete, se ne stimano 640 milioni entro il 2040, con 21 mila nuovi casi al giorno. Nel mondo, un malato su due non è diagnosticato. Il diabete di tipo 2 si manifesta generalmente dopo i 40 anni, soprattutto in persone in sovrappeso o obese. È fondamentale ricordare che si tratta di una malattia prevenibile. Il diabete di tipo 1, invece, colpisce spesso i bambini fin dalla nascita ed è dovuto a una reazione autoimmunitaria che distrugge le betacellule del pancreas dove viene prodotta l'insulina: può essere considerato la più frequente tra le patologie rare. Si stima che in Italia circa 250mila persone ne soffrano.

Una settimana di screening gratuiti

Questi numeri sono stati diffusi in occasione della Giornata Mondiale del Diabete (14 novembre), che vedrà - nella settimana precedente, dal 7 al 13 novembre - oltre 1.200 eventi in 500 città d'Italia (clicca qui per il programma), organizzati da associazioni di persone con diabete, professionisti sanitari e istituzioni. Il tema di quest'anno è "Occhi sul diabete": in programma convegni, dibattiti pubblici, spettacoli, passeggiate, mini-maratone, fit-walking e altre attività sportive. Alcuni monumenti

CORRIERE DELLA SERA

IMMOBILI

Da 100 mila euro a 1 milione Che casa si compra con 4 budget? Il giro per l'Italia

di Gino Pagliuca

La lista ragionata delle abitazioni che si potrebbero acquistare in sei delle principali città italiane LA MAPPA

IL FENOMENO

Chiusi in camera: i 100mila ragazzi ritirati dalla società
I ragazzi «malati» di games

di Dario Di Vico e Jacopo Storni

Si barricano nella loro camere, il computer sempre acceso, i pasti consumati lì

IL VIDEO

Bersani e le urla: «Nel Pd arroganza e sudditanza»

di Corriere Tv

«Ho provato amarezza, ma mi preoccupa chi sta zitto»

L'INCHIESTA

Milano, la Gdf sequestra la casa di Fabrizio Corona

di Redazione Milano online

saranno illuminati di blu. Nelle piazze italiane saranno allestiti gazebo dove sottoporsi a una valutazione del rischio e ricevere materiale informativo sulla prevenzione e corretta gestione del diabete. La novità di quest'anno è la settimana di prevenzione negli ambulatori di Diabetologia e presso i medici di famiglia, che dal 7 al 13 novembre saranno a disposizione per effettuare screening gratuiti al fine di individuare i casi di diabete misconosciuto o di prevenire/ritardare l'insorgenza della malattia con suggerimenti idonei sullo stile di vita. Non occorre l'impegnativa. Particolare attenzione sarà dedicata alle donne che hanno avuto il diabete gestazionale, agli obesi e coloro che hanno familiarità di primo grado per diabete di tipo 2. Le diabetologie pediatriche accoglieranno i bambini in sovrappeso per intervenire sulla predisposizione all'obesità.

I bambini arrivano tardi alla diagnosi

Durante la presentazione della Giornata mondiale, gli esperti dell'associazione Diabete Italia onlus hanno sottolineato che in Italia troppi bambini con diabete di tipo 1 arrivano tardi alla diagnosi, perché medici, genitori e insegnanti non riconoscono i campanelli d'allarme della malattia. «Il diabete in età pediatrica è solo di tipo 1 - ha sottolineato Giovanni Lamenza, presidente dell'associazione -. Si può solo curare, non è possibile prevenirlo, ma è essenziale accorgerci subito della malattia, ancora oggi i sintomi del tipo 1 non sono riconosciuti. Se i bambini bevono tanto, fanno tanta pipì e sono stanchi potrebbero essere diabetici, è importante diffondere anche questo messaggio». Altri possibili segnali, sono il fatto che i bambini ribagnano il letto la notte una volta cresciuti, o se a scuola chiedono frequentemente di andare in bagno. «C'è anche il dimagrimento - ha sottolineato Concetta Suraci, vicepresidente di Diabete Italia -, soprattutto nell'adolescenza. Un'altra cosa sono i possibili "diabetici di domani", bambini sovrappeso che hanno i primi segnali di un aumento del rischio, che va scongiurato con più attività fisica e una migliore alimentazione, se possibile prima della pubertà».

Le regole della prevenzione

I medici sottolineano che bisogna in ogni caso educare i più piccoli a uno stile di vita sano, abituandoli a svolgere attività fisica in modo regolare e puntando su una corretta alimentazione: vanno preferiti i cibi semplici, eliminando tutto ciò che è molto ricco di grassi, come le merendine. Sbagliato saltare i pasti, a partire dalla prima colazione. Insieme al controllo del peso, all'attività fisica e a un'alimentazione sana, dopo i 40 anni è doveroso controllare la glicemia ogni 2-3 anni in rapporto al tipo di rischio. La prevenzione è fondamentale per prevenire possibili complicanze che possono incidere pesantemente sulla qualità della vita. Quest'anno la Giornata mondiale è dedicata anche alla prevenzione del diabete nei cani e nei gatti. Per tutto novembre i veterinari organizzano incontri informativi rivolti ai proprietari di animali sulla patologia, sintomi, diagnosi e prevenzione. In Italia si stima che il diabete di cani e gatti colpisca da 1 soggetto su 500 fino a 1 su 100. La patologia può riguardare animali di qualsiasi età, indipendentemente dal sesso o dalla razza. La Giornata del diabete ha il Patrocinio del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, della Croce Rossa Italiana, Anci, Coni e la collaborazione del Segretariato Sociale Rai.

7 novembre 2016 (modifica il 7 novembre 2016 | 14:50)
© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOPO AVER LETTO QUESTO ARTICOLO MI SENTO...

Il provvedimento disposto dalla sezione Misure di prevenzione del tribunale di Milano LA FOTOSTORIA

La mamma di Corona: «Mio figlio è borderline»

La signora Gabriella nel salotto di Maurizio Costanzo: «Ha la mania dei soldi»

ALTRE NOTIZIE SU CORRIERE.IT