

Sanità: Bilancio del Governo Prodi Anni 2006-2008

Contributed by Gero Grassi
giovedì, 19 giugno 2008

Pubblichiamo, al fine di ricordare il recente passato e valutare il prossimo futuro, alcune note sintetiche riconducibili all'attività del Ministero della Salute retto dalla sen. Livia Turco e all'attività che il Gruppo PD della Camera dei Deputati ha svolto nel corso della Legislatura XV. Ovviamente siamo impegnati oggi, come ieri, nel perseguire una sanità che abbia al centro la Persona.

Pubblichiamo, al fine di ricordare il recente passato e valutare il prossimo futuro, alcune note sintetiche riconducibili all'attività del Ministero della Salute retto dalla sen. Livia Turco e all'attività che il Gruppo PD della Camera dei Deputati ha svolto nel corso della Legislatura XV.

Ovviamente siamo impegnati oggi, come ieri, nel perseguire una sanità che abbia al centro la Persona.

In coda all'articolato il testo del depliant che il Ministro Livia Turco ha diffuso come bilancio della propria attività.

Nuovo Patto per la salute tra Stato e Regioni

riduzione progressiva della spesa per ciascun anno del triennio rispetto al tendenziale; determinazione della contribuzione statale (97.000 milioni di € nel 2007, 99.900 milioni di € nel 2008 e 102.900 milioni di € nel 2009), compreso 1 miliardo di € nel 2007 per il risanamento delle Regioni con forti squilibri; piena responsabilizzazione finanziaria delle Regioni (adeguamento automatico delle aliquote al massimo livello e affiancamento gestionale nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi); misure di riorganizzazione e qualificazione della spesa (eliminazione degli sprechi, contenimento della spesa, omogeneizzazione di forme di compartecipazione alla spesa).

Impegno per rimuovere gli squilibri sanitari

connessi alla disomogenea distribuzione tra le varie realtà regionali nelle attività realizzate del Piano sanitario nazionale per l'Edilizia sanitaria attraverso un forte rilancio degli investimenti strutturali nell'edilizia sanitaria e per la Ricerca sanitaria, con un forte impulso ed incremento alle risorse destinate alla ricerca sanitaria.

Soggetti danneggiati da trasfusioni infette

Per risarcire i talassemici, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusioni con sangue o da somministrazione di emoderivati infetti e i soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, stanziati 150 milioni di euro già nel 2007, cui si aggiunge a decorrere dal 2008, un'autorizzazione di spesa di 180 milioni di euro annui, per le transazioni da stipulare con soggetti affetti da tali patologie nonché con gli effetti da sindrome da talidomide.

Riforma farmaceutica: meno sprechi e più attenzione alle prescrizioni

Contenimento dei costi dei farmaci di classe C sia per quelli di automedicazione sia di quelli soggetti a prescrizione medica. Cambiamento dei tetti percentuali per la spesa farmaceutica pubblica con la determinazione di un nuovo limite di spesa unico per la farmaceutica territoriale. Ripiano tramite pay back: le Regioni sono tenute ad adottare misure di contenimento della spesa per evitare nuovi sprofondamenti, pena il versamento diretto della quota di loro spettanza dello sfioramento. Farmaci innovativi: previste misure per favorire la maggiore diffusione di farmaci più innovativi e sicuri, impiegando a tal fine le risorse risparmiate con la diffusione dei farmaci generici o equivalenti e con il controllo delle prescrizioni non appropriate. Farmaci equivalenti: in caso di prescrizione dei farmaci equivalenti obbligo di indicare in ricetta o il nome della specialità medicinale o il nome del generico e divieto di prescrizione di Farmaci sperimentali e farmaci d'indicazione diversa dall'autorizzata, se non in casi espressamente indicate dalla Commissione tecnico-scientifica dell'Aifa.

Lotta agli sprechi

Revisione del sistema di accreditamento delle strutture private con il Servizio Sanitario nazionale al fine di assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati per garantire la qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, anche attraverso nuove linee guida e protocolli diagnostici. Rideterminazione del sistema di tariffazione della diagnostica di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche. Fissazione dei prezzi di riferimento nazionali dei dispositivi medici da porre come base d'asta per le forniture del Servizio sanitario nazionale, a parità di standard di qualità e sicurezza per i pazienti. Lotta alle truffe al SSN, attraverso la previsione di specifiche e gravi conseguenze amministrative a carico dei farmacisti e degli altri sanitari che commettono truffe ai danni del Servizio Sanitario Nazionale.

DAL PATTO PER LA SALUTE A UNA SANITÀ DALLA PARTE DEI CITTADINI"

Fin dall'approvazione dell'accordo firmato nel settembre 2006 tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, il cosiddetto "Patto per la salute", tutte le linee guida del Governo Prodi in questo settore sono state incentrate nel coniugare il rigore nel controllo della spesa sanitaria con la necessità di approntare le riforme necessarie per il rilancio e lo sviluppo del servizio sanitario stesso. Il "Patto per la salute", recepito fin dalla finanziaria 2007 e poi in tutti i provvedimenti che nel corso della XV legislatura si sono succeduti nel settore sanitario sono stati diretti a disegnare un nuovo percorso di condivisione, collaborazione e responsabilità da parte sia dello Stato che delle Regioni nella gestione di un governo integrato del SSN. Tale Patto ha rappresentato e rappresenta, quindi, una vera e propria svolta nelle politiche sanitarie del nostro Paese dopo anni di permanente conflittualità istituzionale tra Governo centrale e Governi regionali. Esso ha avuto il merito di aver dato finanziariamente corpo ad un meccanismo di controllo della spesa sanitaria basato sulla certezza nell'assegnazione delle risorse economiche alle Regioni responsabilizzando nel contempo queste attraverso un sistema di controlli più serrati. In forza del Patto per la salute l'andamento della spesa sanitaria pubblica nel 2007 è stata tenuta sotto controllo e se si fosse potuto continuare su questa linea di rigore e di controllo degli sprechi, negli anni successivi la spesa sanitaria si sarebbe stabilizzata intorno al 6,8 % del Pil. In sintesi, quindi, le misure adottate nel corso di questa legislatura sono state dirette a dare certezza nell'erogazione delle risorse

destinate al settore sanitario e nel contempo nell'adozione di provvedimenti che migliorassero le prestazioni sociosanitarie su tutto il territorio nazionale al fine di rafforzare la prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie e di quelle ospedaliere dando così continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del "cittadino paziente", rendendo finalmente effettivo ed universalistico il diritto alla salute.

RISORSE EROGATE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

Finanziamento Servizio Sanitario nazionale. Il finanziamento del SSN è stato fissato in 96.040 milioni di euro per l'anno 2007 e in 100,623 milioni di euro per l'anno 2008 e in 102.285 milioni di euro per l'anno 2009. L'importo assegnato a ciascuna Regione viene erogato per una quota pari al 97%. Il 3% residuo viene erogato solo dopo che la Regione abbia dimostrato di avere rispettato gli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dai precedenti patti Stato-Regioni. Tali adempimenti fondamentalmente riguardano la garanzia che i Livelli Essenziali di Assistenza vengano effettivamente mantenuti con un'appropriata erogazione delle prestazioni e che sia mantenuto l'equilibrio economico-finanziario per il rispetto del patto di stabilità. Viene confermato, in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario, l'innalzamento dell'addizionale Irpef e della maggiorazione Irap che, dopo la data del 31 maggio, scatta automaticamente in caso di mancata copertura dei disavanzi registrati nell'anno precedente (Articolo 1, comma 796 lettera a) legge 296 del 2006; Articolo 2, comma 377 legge n. 244 del 2007).

Fondo transitorio: E' previsto per il triennio 2007 – 2009 un Fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009. L'accesso al Fondo è riservato alle Regioni che abbiano registrato un disavanzo pari o superiore al 7% e che abbiano sottoscritto uno specifico accordo con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze. (Articolo 1, comma 796 lettera b) legge 296 del 2006) .

Affiancamento delle regioni impegnate nei Piani di rientro Si disciplina l'attività di affiancamento delle regioni impegnate nei piani di rientro dalle situazioni di disavanzo strutturale. Si tratta di 7 regioni (Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Sicilia, Liguria e Sardegna) per ciascuna delle quali verrà costituito un Nucleo di affiancamento composto da un rappresentante del Ministero della salute, un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze e un rappresentante della Conferenza delle regioni. Attraverso dei prestiti agevolati in attuazione degli accordi sottoscritti con le Regioni Lazio, Campania, Molise e Sicilia per il risanamento dei rispettivi Ssr lo Stato anticipa fino a 9.1 miliardi di euro per l'estinzione dei debiti contratti con le banche fino al dicembre 2005. Questo articolo è direttamente collegato all'articolo 4 del decreto legge fiscale che dà la possibilità di nominare "commissaria ad acta" nelle Regioni, che già impegnate nei piani di rientro del deficit sanitario previsti dagli accordi di quest'anno, non mantengono gli impegni presi per il contenimento della spesa. Il commissario ad acta potrà proporre la sostituzione dei direttori generali delle ASL ovvero delle aziende ospedaliere. La nomina a commissario ad acta è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento. (Articolo 1, comma 796 lettera b) legge n. 296 del 2006); Articolo 4 legge n. 222 del 2007; Articolo 2, commi 46-49 legge n. 244 del 2007) .

Cofinanziamento progetti attuativi. Al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione tra le varie realtà regionali nelle attività realizzate del Piano sanitario nazionale si istituisce un Fondo di 65, 5 milioni di euro, per il triennio 2007, 2008 e 2009. (Articolo 1 comma 805-807 legge n. 296 del 2006), La finanziaria 2008 lascia invariato l'importo complessivo del Fondo destinato alle regioni modificandone però l'elenco delle finalità a cui devono essere prioritariamente volti i progetti attuativi del Piano sanitario. (Articolo 2 comma 374 legge 244 del 2007)

Edilizia sanitaria. Si prevede un forte rilancio degli investimenti strutturali nell'edilizia sanitaria con uno stanziamento di 20 miliardi di euro per il 2007 a cui se ne aggiungono altri 3 per il 2008. (Articolo 1 comma 796, lettera n) legge n. 296 del 2006; Articolo 2, comma 34 1legge 244 del 2007).

Ricerca sanitaria. A partire dalla legge finanziaria 2007 si dà un forte impulso ed incremento alle risorse destinate alla ricerca sanitaria. Parte di queste risorse sono vincolate a progetti riguardanti (Articolo 2, comma 374 legge n. 244 del 2007) :

- sicurezza degli alimenti
- miglioramento degli interventi di diagnosi e cura delle malattie rare anche in riferimento alla facilitazione della erogazione ai pazienti dei farmaci orfani
- utilizzazione di cellule staminali
- qualificazione e potenziamento delle attività di tutela della salute nei luoghi di lavoro

Inoltre:

- per combattere la "fuga dei cervelli" nella ricerca, sale dal 5 al 10%, per un totale di circa 81 milioni di euro, la quota di finanziamenti riservata ai ricercatori "under 40" (Articolo 1 comma 814, legge n. 296 del 2006, Articolo 2 comma 316-317, legge n. 244 del 2007)
- Viene previsto un potenziamento delle attività dell'Istituto Superiore di Sanità attraverso un erogazione di 8 milioni di euro annui (Articolo 1 comma 816, legge n. 296 del 2006,)
- Viene previsto che gli enti di ricerca sanitaria possano avvalersi di ulteriori risorse derivanti dalla finalizzazione scelta dal contribuente di una quota del 5 per mille dell'IRPEF (Articolo 3, comma 4 – 9 legge n. 244 del 2007).

Finanziamenti progetti settoriali.

- Contributo di 500.000 euro a decorrere dal 2007 per il funzionamento della Consulta del Volontariato per la Lotta AIDS. (Articolo 1, comma 809, legge 296 del 2006)
- Contributo di ulteriori di 2 milioni di euro per gli anni 2007, 2008, 2009 alla Lega italiana per la lotta contro i tumori. (Articolo 1, comma 817, legge n. 296, del 2006). Un ulteriore contributo di 1 milione di euro per il triennio 2008-2010 viene erogato dalla finanziaria 2008. (Articolo 2, comma 354, legge n. 244 del 2007)
- Contributo di ulteriori 2 milioni di euro per la lotta al doping per gli anni 2007, 2008, 2009. (art.1, comma 828, legge n. 296 del 2006)
- Contributo straordinario per il 2007 di 36 milioni di euro a favore dell'Istituto Giannina Gaslini di Genova. (Articolo 31 legge n. 222 del 2007)
- Contributo straordinario di 1 milioni di euro a favore dell'ANMIL , ANMIC, UNMS, ENS, da ripartire con decreto in proporzione ai loro iscritti. (Articolo 31 legge n. 222 del 2007)
- Contributo straordinario di 1 milioni di euro a favore della "lega filo d'oro" (Articolo 31 legge n. 222 del 2007)
- Contributo di un milione di euro per il 2007 a favore dell'Unione Italiana Ciechi. (Articolo 31 legge n. 222 del 2007)
- Contributo di tre milioni di euro per il 2007 a favore della Fondazione EBRI (European Brain Research Institute. (Articolo 31 legge n. 222 del 2007)
- Contributo 20 milioni di euro per l'anno 2007 e 18 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009, per la diffusione di screening oncologici nelle regioni meridionali ed insulari. (Articolo 1 comma 808, legge n. 296, del 2006)

Promozione e sicurezza della rete trapiantologia. Si prevede un'autorizzazione di spesa pari a euro 700.000 annui a decorrere dal 2008 per Centri regionali per i trapianti di cui all'articolo 10 della legge 1° aprile 1999. Il riparto delle risorse è operato con decreto del Ministro della salute, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze. Mentre, il Centro nazionale per i trapianti, per svolgere le sue funzione di coordinamento, di controllo delle attività di donazione, prelievo e trapianto di organi, tessuti e cellule può stipulare accordi di collaborazione e convenzioni con amministrazioni pubbliche, enti ect. (Articolo 2, commi 307 – 308, legge n 244 del 2007)

Soggetti danneggiati da trasfusioni infette. Si stanziavano 150 milioni di euro per il 2007 per risarcire i talassemici, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusioni con sangue o da somministrazione di emoderivati infetti e i soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie. Inoltre, si prevede un ulteriore indennizzo anche agli emofilici per i quali è riconosciuto il danno. L'assegno aggiuntivo una tantum va corrisposto per metà al soggetto danneggiato e per l'altra metà ai congiunti. Se il danneggiato è minore di età o incapace, l'assegno è corrisposto interamente ai congiunti. Infine, è corrisposto un assegno una tantum in favore del coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni inabili al lavoro di soggetti già deceduti alla data di entrata in vigore della legge 229 del 2005, e già titolari dell'indennizzo. (Articolo 33 della legge 222 del 2007). A partire poi dal 2008, si prevede l'autorizzazione di spesa di 180 milioni di euro annui, per le transazioni da stipulare con soggetti di cui sopra compresi anche coloro che siano effetti da sindrome da talidomide. Per poter accedere al risarcimento è necessario avere instaurato azioni di risarcimento danni e che queste siano ancora pendenti. (Articolo 33, legge n. 222 del 2007; Articolo 2, comma 361 – 364, legge 244 del 2007)

Vaccinazione contro il cancro all'utero per le dodicenni. Si incentiva la campagna attraverso lo stanziamento di una quota non inferiore al cinquanta per cento dell'apposito fondo per l'anno 2008 per promuovere l'offerta effettiva del

vaccino Hpv per le dodicenni. questa nuova vaccinazione pubblica, la prima efficace contro il cancro, sarà garantita ogni anno a oltre 250 mila ragazze. (Articolo 2, comma 372 legge n. 244 del 2007)

RIFORMA FARMACEUTICA: MENO SPRECHI E PIÙ ATTENZIONE ALLE PRESCRIZIONI

Farmaci di classe C (a carico dei cittadini): è previsto che, il prezzo dei farmaci di automedicazione e di quelli non soggetti a prescrizione in classe C sia bloccato per tutto il 2007 sui livelli 2006, mentre i farmaci in classe C soggetti a prescrizione medica possono aumentare di prezzo solo nei limiti dell'indice Istat sul costo della vita. (Tale proroga può essere estesa per tutto il 2008 se il decreto legge "mille proroghe" venisse approvato) (Articolo 1 commi 801-804 legge n. 296 del 2006)

Farmaceutica territoriale ed ospedaliera: cambiano i tetti percentuali per la spesa farmaceutica pubblica con la determinazione di un nuovo limite di spesa unico per la farmaceutica territoriale (farmacie e distribuzione diretta da parte delle Asl, compresi importi ticket regionali) pari al 14,4% della spesa sanitaria complessiva e un limite del 2% per la spesa farmaceutica ospedaliera al netto della distribuzione diretta. In caso di superamento del tetto per la farmaceutica territoriale a livello nazionale, le aziende farmaceutiche ripianano gli sforamenti insieme a grossisti e farmacisti per le quote di competenza; (Articolo 5, legge n. 222 del 2007).

Ripiano tramite pay back: le Regioni sono tenute ad adottare misure di contenimento della spesa per evitare nuovi splafonamenti. Il ripiano da parte delle aziende avviene tramite "pay back" (ovvero versamento diretto della quota di loro spettanza dello sfioramento nelle casse delle Regioni). Questo meccanismo, che sostituisce la vecchia logica dei tagli indiscriminati dei prezzi, ha il vantaggio di ripianare subito la maggiore spesa ma anche quello di dare certezze alle imprese per la programmazione dei loro investimenti in sviluppo e ricerca. Con questi nuovi tetti, inoltre, si riordina profondamente l'assetto della spesa farmaceutica, consentendo una migliore gestione e un monitoraggio costante degli andamenti di spesa e dell'eventuale superamento dei livelli stabiliti in ogni Regione. Il tetto percentuale 2008 complessivo non cresce rispetto al 2007 ma si articola in modo diverso. Nel 2007 esso era infatti stabilito nel 13% per la farmaceutica territoriale e nel 3% per l'ospedaliera. Quest'anno, come abbiamo visto, esso arriva a un complessivo 16,4% ma, a differenza del 2007, comprende anche gli importi del ticket che prima non erano calcolati all'interno del tetto. (Tale sistema potrà essere prorogato a tutto il 2008 qualora venisse approvato il decreto legge "mille proroghe") (Articolo 5, legge n. 222 del 2007).

Farmaci innovativi: sono poi previste misure per favorire la maggiore diffusione di farmaci più innovativi e sicuri, impiegando a tal fine le risorse risparmiate con la diffusione dei farmaci generici o equivalenti e con il controllo delle prescrizioni non appropriate. Per farlo si attua una nuova politica dei prezzi che mira a "premiare" i farmaci più innovativi e a "calmierare" quelli con brevetto ormai scaduto allineandoli ai prezzi dei farmaci generici equivalenti con maggiore risparmio per il Ssn e stesse garanzie di assistenza per i cittadini; (Articolo 5, legge n. 222 del 2007).

- Ospedale senza dolore. Per la prosecuzione del progetto «Ospedale senza dolore» è autorizzata la spesa di 1 milione di euro per l'anno 2007 (Articolo 5, legge n. 222 del 2007)

- Farmaci equivalenti. Nella prescrizione dei farmaci equivalenti il medico deve indicare in ricetta il nome della specialità medicinale o il nome del generico (Articolo 5, legge n. 222 del 2007).

- Farmaci sperimentali e farmaci per indicazione diversa dall'autorizzata. Divieto di prescrizione di questi farmaci da parte del medico se non sono disponibili almeno dati favorevoli da trials di Fase II. Le decisioni in materia sono affidate alla Commissione tecnico-scientifica dell'Aifa. (Articolo 2, commi 348 – 349, legge n. 244 del 2007)

- Recupero medicinali. Le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, in possesso di ospiti delle residenze sanitarie assistenziali (Rsa) o delle loro famiglie possono essere riutilizzate negli stessi ambiti o anche cedute ad organizzazioni senza fini di lucro. La norma vale anche per i medicinali contenenti stupefacenti o psicotrope. (Articolo 2 comma 350 – 352, legge n. 244 del 2007)

Finanziamenti aggiuntivi. Gli adempimenti per l'accesso ai finanziamenti aggiuntivi per il ripiano dei debiti pregressi 2001-2004 in relazione alla spesa farmaceutica 2007 si intendono evasi per il superamento del tetto del 13% per quella convenzionale e del 3% per quella ospedaliera. (Articolo 2, comma 353, legge n. 244 del 2007)

Farmacovigilanza: si stanziavano 25 milioni di euro per un programma di farmacovigilanza attiva, a seguito di convenzioni tra l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e le regioni. (Articolo 1, comma 818, legge n. 296 del 2006).

PERSONALE SANITARIO

Assorbimento medici precari. Si prevede che i medici e gli altri dirigenti sanitari del Ssn con contratti o incarichi di lavoro precari possano far valere gli anni di servizio prestati come titolo ai fini dell'assunzione a tempo indeterminato. Fino ad oggi, infatti, anche un periodo di diversi anni a carattere precario non aveva alcun riconoscimento tra i titoli valutabili ai

fini dell'assunzione. (Articolo 1 comma 565, legge n. 296 del 2006; Articolo 3 comma 115, legge n. 244 del 2007.)

Educazione continua. La gestione dei programmi di educazione continua in medicina rivolti a tutto il personale sanitario per l'aggiornamento e la formazione post laurea passa all'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Con questo trasferimento si chiude la fase sperimentale avviata nel 2001 che ha visto lo svolgimento di oltre 350 mila eventi formativi. Articolo 2, commi 357- 360, legge n. 244 del 2007)

Dottori in chiropratica. Si istituisce presso il Ministero della salute del registro dei dottori in chiropratica dove potranno iscriversi i possessori del diploma di laurea magistrale in chiropratica o titolo equivalente. L'iscrizione è condizione per poter esercitare la professione sia nell'ambito del Ssn che in forma privata. (Articolo 2, comma 355, legge n. 244 del 2007)

Croce rossa. Si confermano i contratti di lavoro a tempo determinato per la durata delle convenzioni a cui si riferiscono sempre che queste riguardino i settori dei servizi sociali e socio sanitari. Inoltre, per i soggetti in possesso dei prescritti requisiti che non possono essere stabilizzati per mancanza di disponibilità di posti vacanti nell'organico della Croce rossa italiana, si dà la possibilità di essere gradualmente assorbiti presso gli enti del servizio sanitario nazionale e presso le regioni. Articolo 2, comma 366- 367 , legge n. 244 del 2007)

Personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali. si prevede che la stabilizzazione a tempo indeterminato del personale precario in servizio da almeno tre anni, anche non continuativi nel quinquennio anteriore al 1° gennaio 2007. (data di entrata in vigore della legge finanziaria per il 2007) sia subordinata all'accertamento dei requisiti specifici professionali e generali di idoneità. (Articolo 2, comma 375, legge n. 244 del 2007)

Contratti di lavoro flessibili per medici, infermieri e personale di supporto. Gli enti del Ssn in relazione al personale medico, con esclusivo riferimento alle figure infungibili, al personale infermieristico ed al personale di supporto alle attività infermieristiche possano avvalersi di personale con contratti di lavoro flessibile non solo per esigenze stagionali o per periodi non superiori a tre mesi ma anche per la sostituzione di assenti o cessati dal servizio per situazioni contingenti legate al rispetto dei Livelli essenziali di assistenza. Inoltre si potranno avere contratti flessibili per lo svolgimento di progetti di ricerca e innovazione tecnologica. (Articolo 3, comma 115, legge 244 del 2007).

IRCSS. Gli incarichi direttivi presso gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono incompatibili con qualsiasi altro rapporto di lavoro pubblico e privato e con l'esercizio di qualsiasi attività professionale (Direttore generale, Direttore scientifico, Direttore sanitario e Direttore amministrativo)(Articolo 1 comma 818, legge 296 del 2006, finanziaria 2007)

Medici. Il tempo dedicato all'attività libero professionale deve essere inferiore a quello per il servizio pubblico. (Articolo 22 bis legge 248 del 2006)

LOTTA AGLI SPRECHI

Rapporto pubblico-privato e accreditamenti. Si prevede la definizione di disposizioni certe in materia di accreditamento delle strutture private con il Servizio Sanitario nazionale al fine di assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati garantisca prioritariamente la qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, favorendo strategie di coinvolgimento delle strutture private negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, di controllo dei volumi e della spesa. (Articolo 1 comma 796, lettere s,t,u, legge 296, del 2006)

Linee guida e protocolli diagnostici. Si sviluppano nuove ed ulteriori iniziative volte a favorire la definizione e la diffusione di linee guida e di protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura. (Patto per la Salute - punto 4.4 e articolo 1, comma 796 lettera m) legge n. 296 del 2006)

Tariffe più basse per la diagnostica di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche. Viene previsto che le strutture private accreditate, nel tariffare le prestazioni rese per conto del Servizio Sanitario Nazionale, applichino uno sconto del 20 per cento per le prestazioni di diagnostica di laboratorio e del 2 per cento per tutte le altre prestazioni specialistiche, avvicinando così le tariffe al livello remunerativo dei costi efficienti. Viene anche promossa la razionalizzazione della rete pubblica delle strutture specialistiche di laboratorio (molti punti di prelievo diffusi sul territorio e pochi laboratori centralizzati e fortemente automatizzati. Articolo 1, comma 796, lettera o) legge n. 296 del 2007)

Lotta agli sprechi. Viene prevista la fissazione dei prezzi di riferimento nazionali dei dispositivi medici da porre come base d'asta per le forniture del Servizio sanitario nazionale, a parità di standard di qualità e sicurezza per i pazienti (Articolo 1, comma 796, lettera v) legge 296 del 2006)

Lotta alle truffe al SSN. Si prevedono specifiche e gravi conseguenze amministrative a carico dei farmacisti e degli altri sanitari che commettono truffe ai danni del Servizio Sanitario Nazionale. Le norme sono motivate dalla necessità di far fronte a comportamenti irregolari che arrecano seri danni all'immagine del SSN e che appartano, inoltre, pesanti ripercussioni sull'erario dello Stato. (Articolo 1, commi 811 – 812, legge 296 del 2006)

Responsabilizzazione dei cittadini. In un'ottica di corresponsabilizzazione del cittadino alla spesa sanitaria pubblica si prevede il pagamento del costo della prestazione effettuata per i cittadini –compresi gli esenti- che non ritirino i risultati di

visite ed esami diagnostici (Articolo.1 comma 796, lettera r) legge 296 del 2006)

ULTERIORI PROVVEDIMENTI

Riordino funzioni sanitarie penitenziarie. L'assistenza sanitaria ai detenuti passa al Servizio sanitario nazionale. Tutte le funzioni sanitarie svolte dal dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e da quello della giustizia minorile del Ministero della Giustizia vengono trasferite al Ssn. Si completa così, finalmente, il riordino della medicina penitenziaria avviato con la legge 230 del 1999. L'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari passa, così, al SSN. (art.2, commi. 283 – 284, legge n. 244 del 2007)

Lotta al randagismo e gestione canili. Si modifica l'articolo 4, comma 1, della legge 14 agosto 1991, n. 281, sopprimendo il termine "incruenti" confermando così, la legittimità dello strumento della sterilizzazione ai fini dell'attuazione dei piani di controllo delle nascite degli animali di affezione la cui attuazione è demandata ai comuni, singoli o associati, e alle comunità montane. Inoltre, si prevede che i comuni, singoli o associati, e le comunità montane possono gestire i canili e i gattili sanitari direttamente o tramite convenzioni con le associazioni animaliste e zoofile o con soggetti privati, che garantiscano la presenza nella struttura di volontari. (Articolo 2, commi 370 – 371, legge n. 244 del 2007)

Assistenza protesica. La disposizione demanda al Ministero della salute la promozione per l'adozione, da parte delle regioni, di programmi intesi ad assicurare qualità ed appropriatezza nel campo dell'assistenza protesica, sulla base di linee guida definite con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Si introduce, poi, per il solo 2008, un limite di spesa, nazionale e regionale, per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica, e si dispone un aumento del 9 per cento del livello delle tariffe massime relative alle medesime prestazioni. (Articolo 2, commi 379 – 381, legge n. 244 del 2007)

Sanità integrativa: assistenza odontoiatrica e ai malati non autosufficienti. Si stabilisce che per ottenere i benefici fiscali previsti dalle norme, i fondi sanitari integrativi dovranno erogare obbligatoriamente anche le prestazioni odontoiatriche e quelle per i non autosufficienti. Sarà un decreto del Ministero della salute a stabilire il "pacchetto" minimo di prestazioni obbligatorie. Inoltre è prevista l'estensione alle mutue territoriali delle norme sulla deducibilità ai fini fiscali dei contributi versati, già in vigore per i fondi sanitari di origine contrattuale. (Articolo 1, comma 197 -198, legge n. 144 del 2007)

Autorità nazionale per la sicurezza alimentare: Il comitato nazionale per la sicurezza alimentare, già istituito con decreto dei Ministeri della Salute e delle politiche agricole nel luglio 2007, sale di rango e si trasforma in Autorità nazionale per la sicurezza alimentare. Essa opererà presso il Ministero della salute ed avrà una sede referente a Foggia per la quale sono stati stanziati 6,5 milioni di euro per il triennio 2008/2010. (con l'approvazione del decreto legge "mille proroghe", l'Autorità nazionale per la sicurezza alimentare sarà trasformata in "Agenzia nazionale per la sicurezza alimentare"). (Articolo 2, comma 356, legge n. 244 del 2007)

Progetto tessera sanitaria. Si prevede che il controllo della ricetta tramite codice fiscale dell'assistito sia esteso alle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa. Inoltre dal 1° luglio 2007 i medici avrebbero dovuto trasmettere per rete telematica i dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze e le certificazioni di malattia all'INPS. Per tale trasmissione è riconosciuto ai medici convenzionati con il SSN, per l'anno 2008, un contributo di 10 milioni di euro. (Articolo 1, comma 810, legge n. 296 del 2006)

Ordine Mauriziano di Torino. Si prevede il commissariamento della Fondazione Ordine Mauriziano per l'attività di gestione e liquidazione. (Articolo 30 della legge 222 del 2007). Inoltre:

- L'azienda sanitaria ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino succede dalla data della sua istituzione nei contratti in essere con l'Ente Ordine Mauriziano di Torino (Articolo 1 comma 1349, legge 296 del 2006)
- La proprietà dei beni mobili ed immobili già appartenenti all'Ente Ordine Mauriziano di Torino è della Fondazione Ordine Mauriziano di Torino
- Sono esclusi da tale proprietà i beni immobili e mobili funzionali alle attività istituzionali del presidio ospedaliero Umberto I di Torino e i beni mobili funzionali alle attività istituzionali dell'Istituto per la ricerca e la cura del cancro di Candiolo
- La proprietà dei beni immobili già dell'Ente Ordine Mauriziano di Torino, attribuita alla Fondazione Ordine Mauriziano, può essere trasferita a titolo oneroso, ai valori di mercato, alla regione Piemonte nel rispetto dei contratti di affitto o locazione efficaci al momento del trasferimento e) Alle operazioni di acquisto della regione Piemonte non si applicano i vincoli previsti dalla normativa vigente in termini di prelazione agraria (Articolo 1 comma 1350, legge 296 del 2006)

Attività libero-professionale intramuraria. Si prevede che per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, le regioni e le province autonome debbono promuovere iniziative da completare entro gennaio 2009 per recuperare locali, anche tramite interventi di ristrutturazione edilizia. Fino a tutto gennaio 2009 (se non sono stati reperiti

ancora specifici locali) sono applicabili I provvedimenti precedentemente adottati Le regioni e le province debbono, comunque, entro gennaio 2009, individuare e attuare le misure per assicurare il definitivo passaggio al regime ordinario del sistema dell'attività libero-professionale intramuraria. Articolo 1 legge n. 120 del 2007)

Livia Turco: Per un New Deal della Salute