

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 14.12.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -



Balduzzi: qualità servizi con Patto salute

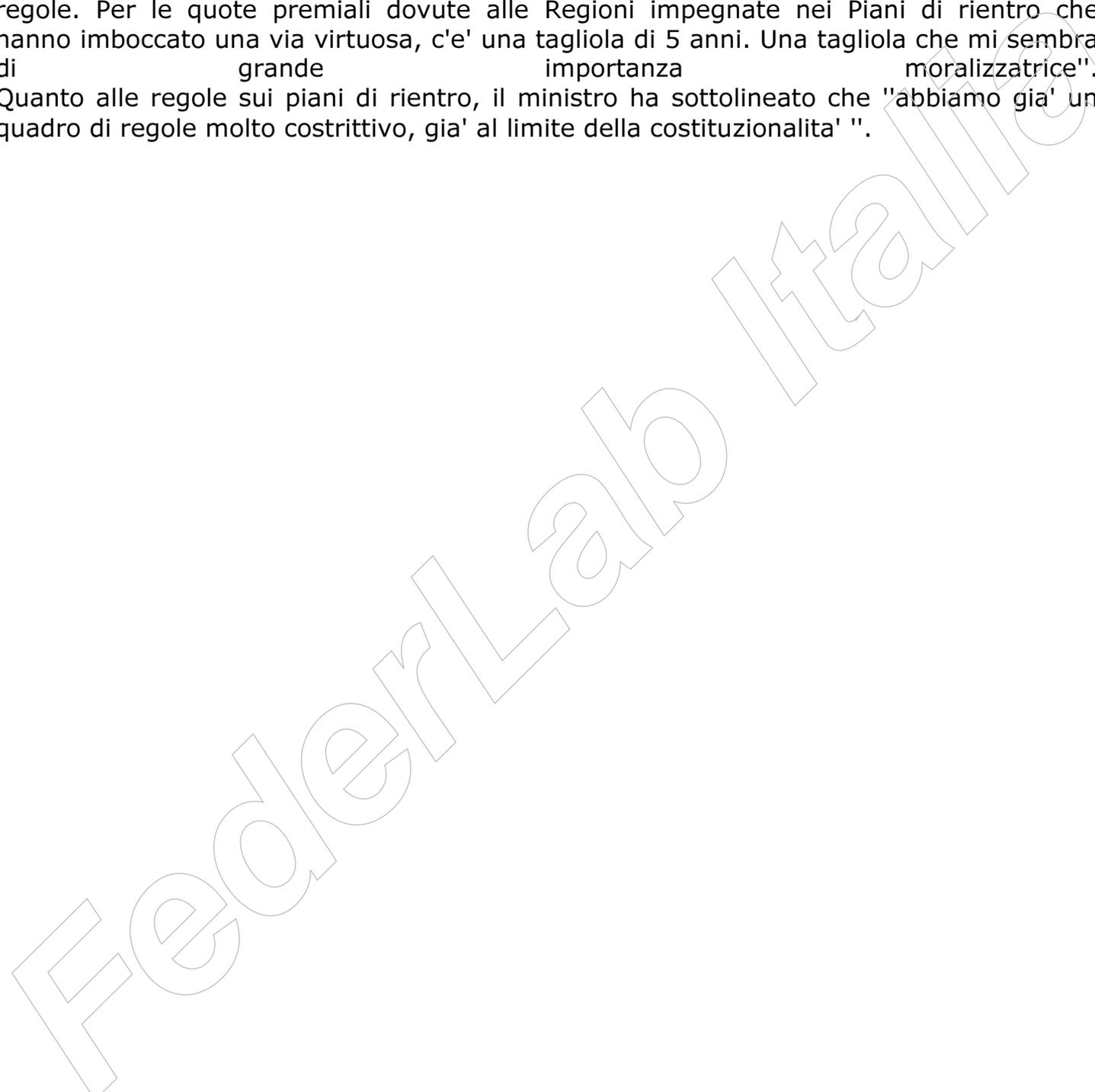
Fondi 'premio' a termine per le Regioni impegnate nei piani di rientro

(regioni.it) "Quali tagli? Nel decreto salva-Italia e' stato deciso di non considerare la sanita' che verra' analizzata nel tavolo per la salute con le Regioni". Così il ministro della Salute, Renato Balduzzi, sui tagli al fondo sanitario nazionale: "Gli 8 miliardi sono previsti da una legge dello Stato - ha detto Balduzzi riferendosi alla manovra estiva - non esiste altro provvedimento che la annulla. Il tavolo per la salute e' il luogo migliore per esaminare insieme il tema della economicita' e della qualita' dei servizi". Quindi al tavolo del Patto per la salute "andremo a vedere i singoli punti su cui la manovra finanziaria di luglio ci ha chiesto di monitorare e intervenire. Vedremo come assicurare l'equilibrio tra budget e servizi offerti". Il ministro ammette che "ci sono problemi specifici che vanno affrontati, come quello delle liste d'attesa. E' un problema che riguarda tutto il sistema e da questo punto di vista abbiamo gia' un piano nazionale di governo sulle liste d'attesa che e' stato approvato un anno fa tra governo e Regioni. Pero' i piani - conclude - bisogna riuscire ad attuarli e praticarli".

Balduzzi inoltre conferma la rimodulazione dei ticket: "in Italia esistono gia' e sono differenti da regione a regione". La volonta' e' quella di agire con nuovi criteri per rendere il sistema piu' equo sulla base di nuovi fattori come appunto la numerosita' familiare. In occasione del prossimo tavolo per il Patto per la salute "proporro' una rimodulazione dei ticket sulla base di criteri di equita', trasparenza e del riconoscimento del ruolo e della composizione familiare". Alla base di questi criteri, ha ribadito Balduzzi in occasione della presentazione sullo stato sanitario del Paese, c'è il concetto che "non e' la stessa cosa una famiglia con figli e una senza, e nemmeno una con tanti e una con pochi".

Balduzzi aggiunge: "Le norme sulla liberalizzazione dei farmaci sono oggetto di discussione parlamentare, ma e' necessario assicurare sempre elevati livelli di farmacovigilanza e di garanzie ai cittadini che nel momento in cui acquistano un farmaco, a prescindere da dove questo e' venduto, sia sicuro". Inoltre potrebbero trovare spazio nel nuovo Patto per la salute fra Governo e Regioni i fondi per l'ammodernamento del sistema sanitario. Lo ha anticipato il ministro della Salute, Renato Balduzzi, nel corso dell'audizione in Commissione Affari sociali della Camera, rispondendo alle repliche dei deputati. "Nel Patto per la salute - ha affermato Balduzzi - vorrei trovare spazio per uno degli interventi di manutenzione straordinaria necessario al nostro Ssn: il rifinanziamento dell'edilizia sanitaria ex articolo 20". Infine Balduzzi annuncia dei fondi 'premio' a termine per le Regioni impegnate nei piani di rientro dal deficit in sanita'.

La manovra, infatti, mantiene il meccanismo delle 'risorse premiali' ma prevede se dopo 5 anni la Regione non avra' realizzato tutte le misure previste, non avra' piu' diritto alle risorse accantonate, che verranno riassegnate alla collettivita' delle Regioni. Una

"tagliola di grande importanza moralizzatrice", ha spiegato il ministro della Salute Renato Balduzzi, nel corso dell'audizione in Commissione Affari sociali della Camera. Le risorse "condizionate alla verifica positiva degli adempimenti regionali", secondo quanto si legge nel decreto, resteranno disponibili "per un periodo non superiore al quinto anno successivo a quello di iscrizione in bilancio". "Il principio - ha spiegato il ministro - e' quello di aiutare chi e' piu' debole a fare meglio sapendo pero' che, come prevede il decreto Monti, tutti devono stare dentro certe regole. Per le quote premiali dovute alle Regioni impegnate nei Piani di rientro che hanno imboccato una via virtuosa, c'e' una tagliola di 5 anni. Una tagliola che mi sembra di grande importanza moralizzatrice". Quanto alle regole sui piani di rientro, il ministro ha sottolineato che "abbiamo gia' un quadro di regole molto costrittivo, gia' al limite della costituzionalita' ".




Pubblico e privato, in Aula la nuova legge

DI REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 13 DICEMBRE 2011

Parificazione tra le strutture sanitarie pubbliche e private, programmazione sanitaria e tetti di spesa: sono ripresi mercoledì 7 dicembre, alla Camera, i lavori per lesame del testo di legge presso XII Commissione Sanità e Affari sociali. Relatore della legge è il deputato campano Vincenzo D'Anna (Popolo e territorio, nella foto). Il testo riguarda la modifica degli articoli 8-quater, 8-quinquies e 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernenti l'accreditamento e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture pubbliche e private. La norma aggiorna quanto già previsto nel 1992 dal decreto di riforma quadro della Sanità italiana (n. 502) targata Rosy Bindi. Decreto, quest'ultimo, che già prevede, almeno sulla carta, la sostanzialità parità tra le strutture erogative pubbliche e private ma di fatto mai applicata su questo punto. Ad essere puntualizzati sono la pari dignità degli erogatori, sia pubblici sia privati, differenziati solo per la natura gestionale delle strutture (pubbliche o private) in un sistema tutto pubblico e dunque gratuito per i pazienti ai quali è attribuita la centralità del servizio e la libertà di scelta. Una parità che vede i privati, dunque, impegnati ad effettuare prestazioni in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale. Una parità incompleta, tuttavia, laddove attualmente il sistema di tariffazione delle prestazioni è fissato solo per le strutture private.



Decreti ingiuntivi, via alla riforma

DI ETTORE MAUTONE – MARTEDÌ 13 DICEMBRE 2011

Interpretazione e applicazione delle norme processuali dopo la confusione determinata dalla sentenza delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione n. 19.246 del 9 settembre 2010

La Camera dei deputati approva all'unanimità (con 467 voti favorevoli ed un solo astenuto) la proposta di legge in tema di giudizi di opposizione a decreto ingiuntivo. Si pone così rimedio, sia per i giudizi in corso sia per quelli futuri, alla grave situazione di difficoltà e di incertezza nella interpretazione e nella applicazione delle norme processuali, determinata dalla sentenza delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione n. 19.246 del 9 settembre 2010, che ha stravolto la giurisprudenza univoca e consolidata della stessa Cassazione.

IL NODO DA SCIogliere

Tale pronuncia fissa, infatti, il principio che per tali giudizi, anche quelli pendenti da anni, il termine per la costituzione in giudizio è sempre ridotto alla metà di quanto finora previsto nella prassi ed in giurisprudenza. Sarebbero di conseguenza dichiarate tardive tantissime costituzioni in giudizio, pure avvenute nel pieno rispetto della interpretazione della Cassazione. Così si estinguerebbe, e sarebbe mandato al macero, un enorme numero di processi in corso, spesso di valore economico assai rilevante, con un pregiudizio molto pesante soprattutto nel settore sanitario dove c'è la più alta mole di decreti ingiuntivi.

I RISVOLTI PROCESSUALI

“La questione ha risvolti non solo giuridici e processuali – Dice il deputato del Pd Tino Iannuzzi – ma determina una grave lesione delle garanzie costituzionali del giusto processo e del legittimo affidamento del cittadino, pregiudicando la certezza delle situazioni economiche e rischiando di creare danni gravissimi ad un gran numero di cittadini e di operatori economici. Per queste ragioni si è reso necessario un intervento legislativo per definire la normativa per il futuro nonché regolare, con una norma interpretativa, le situazioni già processualmente in itinere”. In tal senso Iannuzzi ha presentato con i colleghi di partito, una specifica proposta di legge alla Camera, mentre al Senato sono state formalizzate due proposte di cui l'una di 13 senatori dei diversi gruppi ed una del Pdl.

IL TESTO UNIFICATO

E' stato così approvato al Senato il 13 aprile 2011 un testo unificato che modifica, a regime e per il futuro, l'articolo 645 del codice di procedura civile e fornisce una interpretazione autentica. Così per tutte le opposizioni a decreto ingiuntivo in corso e pendenti viene eliminato l'effetto negativo della sentenza della Cassazione. In molti casi i giudizi pendenti riguardano questioni sollevate da cittadini nei confronti di Banche, assicurazioni e soggetti gestori di contratti di massa. Una vicenda su cui il Consiglio dell'Ordine degli avvocati di Salerno ha assunto un ruolo decisivo. Per la Campania, intanto, e per le altre regioni sottoposte al Piano di rientro dal deficit, i procedimenti per decreti ingiuntivi sono attualmente bloccati fino alla fine del 2012.



Asl Bn, ex convenzionati: in arrivo i fondi

DI REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 13 DICEMBRE 2011

Pagamenti lumaca e Asl debitrice: le strutture ex convenzionate con l'Asl di Benevento, che da mesi non percepiscono le proprie spettanze, dovrebbero ricevere, a breve, buona parte delle somme arretrate. Ad assicurarlo è il consigliere regionale del Pdl, e presidente della commissione Ambiente, Energia e Protezione civile, Luca Colasanto. "Come Pdl abbiamo ottenuto un importante risultato che consentirà alle strutture convenzionate di poter riscuotere i propri crediti dall'Asl e ai lavoratori delle stesse di affrontare il futuro con maggiore serenità" spiega Colasanto. Quest'ultimo, nelle settimane scorse, ha incontrato, per discutere dell'argomento, il presidente Stefano Caldoro. "Ho spiegato le enormi difficoltà finanziarie dell'Asl sannita e consegnato una nota mia e di Nunzia De Girolamo dove analizzavano puntualmente le questioni". Il consigliere regionale del PdL, dunque, prende atto "con soddisfazione che le nostre sollecitazioni siano state recepite". Già da settimane il sub-commissario Mario Morlacco consapevole dei ritardi delle Asl di Benevento e Napoli 3 sud ha assicurato la standardizzazione dei trasferimenti da parte di Regione Campania per evitare per il futuro nuovi collassi e difficoltà.

Sanità, la Puglia supera l'esame scongelati fondi per 400 milioni

Buone notizie da Roma: possibili deroghe per il personale

Il ministero ha riconosciuto grandi sacrifici su tre punti: assunzioni, farmaci e riordino della rete ospedaliera

IL GOVERNO è pronto a scongelare i primi 400 milioni di euro del fondo integrativo destinato alla sanità pugliese. La Regione supera la verifica del piano di rientro dal deficit sanitario. La notizia rimbalza da Roma, dove ieri il tavolo Massicci ha setacciato i conti della sanità regionale: la Puglia che era stata rimandata a settembre, nell'ultimo trimestre è riuscita a fare i compiti a casa e quindi a vedersi scongelate le annualità del 2006 e del 2008 che Roma teneva bloccate perché la Regione aveva sfiorato i vincoli del patto di stabilità. Al tavolo ministeriale, l'assessore alle Politiche della salute, Tommaso Fiore coadiuvato dal dirigente dell'assessorato Ettore Attolini che ha seguito tutte le tappe del piano di rientro, hanno potuto constatare «un cambio di atteggiamento». La prima tranche, salvo sorprese, arriverà a chiusura dell'esercizio del 2011. L'anno prossimo potranno essere scongelati altri 250 milioni bloccati nel 2009.

Cos'è cambiato da settembre? Il governo, verrebbe da dire. A vigilare sui conti pugliesi, infatti, non c'è più un ministero guidato da Giulio Tremonti che in più di un'occasione aveva puntato la Puglia governata da Vendola. In parte è così ma da settembre, da quando il tavolo rimandò la Regione a fare i compiti a casa, la Puglia ha fatto «grandi sacrifici» su tre punti: personale, spesa farmaceutica, riordino della rete ospedaliera. Il giro di vite pagato con il blocco del turn over e con le chiusure di reparto, come la stretta sulla spesa farmaceutica, hanno permesso

gliesi un abbattimento del deficit di 250 milioni in meno di anno. Un exploit impensabile solo un anno fa, quando materialmente è stato firmato un piano di rientro che era previsto che cominciasse almeno sei mesi prima. Una corsa contro il tempo che ha anticipato alcune misure già ora, come l'ulteriore taglio di posti letto e l'avvio del tavolo di confronto con enti ecclesiastici e cliniche private per il taglio di 300 postazioni che bisognerà completare entro il 2012.

Ora cosa potrà accadere? «Possiamo riposare qualche ora», ironizza Attolini che fa parte del tavolo di monitoraggio sui piani di rientro delle Regioni. In realtà su sussurra che possa diventare in discesa la strada per sbloccare qualche situazione critica sul personale. E tra queste potrebbe esserci quella relativa al personale stabilizzato ma ritornato precario dopo le sentenze della Consulta, che a fine anno rischia di rimanere disoccupato. Il governatore Vendola non commenta ma tiene indirettamente il punto a proposito della chiusura dell'ospedale di Conversano nel corso di un incontro con una delegazione guidata dal sindaco Giuseppe Lovascio: «In nessuna parte d'Italia si potranno più tenere in vita ospedali di piccole dimensioni. Non sono sostenibili economicamente e sono pericolosi per la salute stessa degli ammalati. Noi per questo vogliamo trasformare, celermente, l'ospedale di Conversano in una moderna casa della salute».

(p. r.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Italia

14-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Massimiliano Tamanti

da pag. 2

Il ministro della Salute: "Rimodulazione sulla base di criteri di equità e trasparenza"

Sanità, Balduzzi sul ticket: "Li proporrò in base alla composizione della famiglia"

In occasione del prossimo tavolo per il Patto per la salute "proporrò una rimodulazione dei ticket sulla base di criteri di equità, trasparenza e del riconoscimento del ruolo e della composizione familiare". Lo ha detto il ministro della Salute, Renato Balduzzi, a margine della presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010, oggi a Roma. E annuncia: al tavolo del Patto per la salute "andremo a vedere i singoli punti su cui la manovra finanziaria di luglio ci ha chiesto di monitorare e intervenire. Vedremo come assicurare l'equilibrio tra budget e servizi offerti". Balduzzi non vuol sentire parlare di tagli decisi dall'attuale governo in materia di sanità. "Gli 8 miliardi di euro -dice- sono previsti da una legge dello Stato, cioè la manovra finanziaria di quest'estate, e finora non ce ne è stata un'altra che l'ha abrogata. Abbiamo deciso di tenere fuori la sanità dal decreto 'salva-Italia' e di affrontarla al tavolo del Patto per la salute, proprio perché in sanità il problema di un migliore impiego delle risorse va di pari passo con la qualità dei servizi offerti". Il ministro ammette che "ci sono problemi specifici che vanno affrontati, come quello delle liste d'attesa. E' un problema che riguarda tutto il sistema e da questo punto di vista abbiamo già un piano nazionale di governo sulle liste d'attesa che è stato approvato un anno fa tra governo e Regioni. Però i piani -conclude- bisogna riuscire ad attuarli e praticarli". Infine, la questione farmacisti: "E' un tema oggetto di discussione parlamentare. Al di là di quella che può essere la soluzione finale del problema, credo debbano essere sempre assicurati livelli elevati di farmacovigilanza". "Bisogna assicurare -ha concluso il ministro- elevati livelli di garanzia per il cittadino nel momento in cui va ad acquistare un farmaco, a prescindere dal luogo in cui farmaco viene acquistato".



Lettori: n.d.

Italia

14-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Massimiliano Tamanti

da pag. 9

Parla il governatore della Regione Lazio, Polverini. Mandarelli: Il ministro Balduzzi riconosce il nostro impegno

“Sanità, buono il piano di rientro”

“Ancora una volta si conferma che l'Italia ha un servizio sanitario di eccellenza. Il ministro ha posto l'attenzione sul fatto che ormai ci sono le Regioni che occupandosi di sanità debbono poter garantire lo stesso livello di assistenza su tutto il territorio. Forse non sempre e' così”.

Lo ha detto il governatore del Lazio Renato Polverini, lasciando l'auditorium Biagio D'Alba dopo aver partecipato alla presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010 da parte del ministro Renato Balduzzi. “La cosa importante che ha sottolineato il ministro, - ha aggiunto Polverini - è io avevo avuto modo di parlarne con lui, e' che le regioni sottoposte al piano di rientro, debbono guardare, come stiamo facendo noi, anche in collaborazione con i ministeri vigilanti, non solo al pareggio di bilancio ma anche e soprattutto ad un servizio di ristrutturazione del sistema che migliori il livello delle prestazioni, e in momento come questo, per regioni come il Lazio, che stanno lavorando bene, sono contenta di aver ascoltato ancora una volta dal ministro, la sua convinzione che il capitolo dell'edilizia sanitaria è importante perché non si può chiaramente riorganizzare un sistema se non c'è un contributo in questo senso.

Il ministro conosce bene le questioni territoriali e questo è importante alla luce del fatto che a breve inizierà un confronto che porterà al nuovo patto per la salute”. A chi le chiedeva se ci fosse continuità con il suo lavoro sul piano di rientro, la presidente ha risposto: “Assolutamente sì”.

“Sono rassicuranti le dichiarazioni del ministro Balduzzi perché, sottolineando l'importanza, per le Regioni sottoposte a piano di rientro, sia del rispetto del bilancio, che, soprattutto, di una riforma della stessa sanità, confermano ed avvalorano i risultati e l'indirizzo del notevole lavoro che l'amministrazione Polverini sta portando avanti. Inoltre, il riconoscimento dell'importanza del capitolo dell'edilizia sanitaria, come parte necessaria di una virtuosa riorganizzazione, permette di pensare in maniera globale all'operazione di riforma e ristrutturazione della sanità.

Il rapporto di confronto già avviato dalla Presidente Polverini con il nuovo Governo conferma la continuità della collaborazione, a garanzia del sostegno costruttivo e di una serena prosecuzione del programma di lavoro”. Lo dichiara, in una nota, Alessandra Mandarelli, consigliere regionale della Lista Polverini e presidente della Commissione Sanità.



SANITÀ IN PUGLIA

LA VERIFICA COL GOVERNO

E NEL 2012 ALTRI 250 MILIONI

Realizzati quasi tutti gli adempimenti della manovra dei tagli: arrivano le quote congelate per lo sfioramento del Patto nel 2006, 2008 e 2009

Il piano tagli supera gli esami saranno sbloccati 400 milioni

Si dai ministeri a una valutazione delle deroghe per i 530 medici «licenziati»

BEPI MARTELLOTTA

● **BARI.** Prima vittoria per la Puglia, dopo un anno e mezzo di faticosi negoziati tecnici, al tavolo interministeriale preposto alla verifica sul piano di rientro sanitario. A fronte di uno scostamento di appena 31,5 milioni di euro rispetto ai risparmi che la manovra dei tagli, concordata col governo, aveva previsto nel 2011, arriva il «premio» tanto atteso delle risorse congelate a Roma dopo che la Regione, per tre anni, aveva sfiorato il patto di Stabilità. Il governo, dunque, staccherà subito l'assegno di 397,6 milioni spettanti alla regione come quota aggiuntiva del riparto del Fondo sanitario nazionali per gli anni 2006 e 2008. E, il prossimo anno, se le tappe del piano di rientro dovessero andare a compimento e superare tutti gli «esami», dal governo arriveranno altri 250 milioni bloccati per lo sfioramento del Patto nel 2009.

Tornano a casa soddisfatti l'assessore alla Salute **Tommaso Fiore** e la delegazione dei tecnici regionali (**Aulenta, Attolini e Pacifico**) guidata dal manager d'area **Vincenzo Pomo**. I 400 milioni (ovvero l'80% delle risorse spettanti) saranno erogati in una quota pari al 60% su 3 anni per il parziale adempimento degli obiettivi del piano di rientro previsti nel 2011. Parziale, in realtà, solo perché la Puglia riuscì a chiudere l'accordo col governo per la manovra triennale dei tagli alla fine del primo anno. In pratica, in un anno si è riusciti a fare quello che era previsto in due, decurtando il sistema di 18 ospedali e accorpando reparti con un taglio di 1.600 posti letto (200 in più rispetto a quelli previsti nel primo biennio).

Di più: l'informativa dettagliata fornita da Pomo ai tecnici dei ministeri Salute, Economia e Coesione Territoriale ha consentito una prima apertura sulle deroghe per i 530 medici stabilizzati che la sentenza della Consulta ha obbligato a «licenziare». L'accorato appello della Puglia al governo, perché non vengano messi a repentaglio i livelli essenziali di assistenza, pare abbia aperto un varco - seppur a livello tecnico - perché si possa arrivare alle deroghe, alla luce delle prime sentenze dei Tribunali che hanno riammesso al posto di lavoro gli interessati. Così come, qualora il piano di rientro dovesse continuare a procedere spedito, non è da escludere una deroga anche al blocco totale del turn-over del personale nelle Asl.



ALLARME**Risorse sanitarie in calo preoccupano le Regioni**

I sistemi sanitari sono alle prese con la riduzione delle risorse complessive, ma impegnati però a mantenere lo stesso livello qualitativo e di equità richiesto dalle leggi. «I fondi sanitari potrebbero essere inferiori dell'1,5% rispetto all'anno scorso – lamenta l'assessore alla Sanità Luciano Bresciani –. È solo una stima al vaglio dei tecnici della Regione, ma è chiaro che con gli aumenti di Iva e tasse abbiamo meno soldi». Posizione condivisa – almeno nelle proporzioni – dall'assessore al Diritto alla salute della Regione Toscana, Daniela Scaramuccia: «Nel 2012, anche se bisogna valutare come andrà a finire l'assegnazione del Fondo sanitario nazionale, abbiamo in previsione un altro calo di risorse. Saremmo quindi ampiamente sotto il finanziamento del 2009, in un momento in cui l'inflazione ha ripreso a crescere». (En.Ne.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



BILANCIO/SANITÀ

«5 riforme sanitarie», la favola di Monti

Ivan Caviochi

C'era una volta una riforma che aveva stabilito un determinato rapporto tra il diritto alla salute e le risorse: se aumentavano i costi dei diritti sarebbero dovute aumentare le risorse. Ben presto ci si rese conto che i costi crescevano mentre le risorse disponibili calavano. Allora si decise di fare un'altra riforma puntando tutto sulle aziende, cioè su una migliore gestione dei costi in modo da creare condizioni di compatibilità con le risorse. Ma anche questa misura si rivelò ben presto insufficiente: i risultati della buona gestione non compensarono né la crescita dei costi e meno che mai la restrizione delle risorse. Si decise allora di fare una terza riforma questa volta puntando tutto sulle Regioni, convinti che responsabilizzarle avrebbe indotto un cambiamento. Le regioni senza un vero pensiero riformatore diventarono ben presto prigioniere della spesa sanitaria e non sapendo che fare cominciarono a chiedere «patti per la salute» per avere più soldi che regolarmente andavano a finire male. Si decise quindi di fare una quarta riforma per tentare di razionalizzare questa volta i diritti, copiando dall'esperienza inglese, ma anche questa soluzione si rivelò inadeguata. Si escogitò una quinta riforma, il «federalismo fiscale» convinti che standardizzando i diritti si sarebbe potuto standardizzare i costi e quindi le risorse necessarie. Un'idea che fino ad ora si è rivelata tecnicamente impraticabile. Allora ci si rassegnò a imporre alle regioni fortissime limitazioni e ai cittadini sempre più gravosi ticket quindi mettendo a repentaglio la natura pubblica del sistema.

Dopo ben 5 riforme la contraddizione tra diritto alla salute e risorse attende di essere rimossa. Oggi per la sanità resta in piedi, a un anno, la manovra di luglio (11/2011) che prevede tagli e ticket, ecc per un valore di quasi 8.000 mld. Inoltre la crescita dell'Irpef dallo 0,9 all'1,23 per cento, prevista dal governo Monti, in alcune regioni avrà il significato di una seconda crescita perché è già stata aumentata. Ma a parte questo, non dobbiamo fare l'errore di svalutare la proposta di Giarda di ripensare il meccanismo di finanziamento che oggi è alla base della sanità pubblica. Il passaggio tendenziale dal reddito di impresa al reddito delle persone significa ripensare i modi attraverso i quali garantiamo l'universalismo e il solidarismo del nostro servizio sanitario nazionale e che oggi, come si evince dalla «favola delle cinque riforme», fa acqua da ogni parte. Per difendere il servizio pubblico e quindi annullare la mazzata programmata in precedenza dal governo Berlusconi per il prossimo anno, è necessario ripensare in meglio il meccanismo di finanziamento della sanità.



News 24

SANITA'/ PRENOTAZIONI E PAGAMENTI NEGLI UFFICI POSTALI. PRESENTATO LO SPORTELLO AMICO

13/12/2011 14:20

I cittadini calabresi potranno prenotare le visite mediche e pagare i ticket sanitari direttamente negli uffici postali in cui è attivo lo Sportello Amico. E' la principale novità contenuta nell'accordo quadro per i servizi di e-Government in campo sanitario sottoscritto oggi tra l'Ad di Poste italiane, Massimo Sarmi, e il presidente della Regione Calabria, Giuseppe Scopelliti.

Il programma di innovazione sarà operativo a partire dai primi mesi del 2012 ed a breve sarà integrato anche dal servizio di invio della documentazione sanitaria in formato cartaceo che i residenti potranno ricevere a casa via posta. "L'accordo quadro con la Regione Calabria - ha dichiarato Massimo Sarmi - ha forte valore sociale e coniuga l'applicazione di tecnologie avanzate, favorendo soluzioni innovative di welfare con un originale modello di servizi al cittadino. Grazie alla nostra infrastruttura tecnologica e alla rete di uffici postali mettiamo a disposizione del servizio sanitario e delle persone soluzioni che offrono procedure veloci e semplici, come quella di pagare il ticket sanitario o prenotare una visita all'ufficio postale, ricevendo poi il referto medico direttamente a casa". "Attraverso la vasta rete di sportelli postali presenti sul territorio - ha detto il presidente Scopelliti - daremo la possibilità a tutti di poter prenotare una visita medica o pagare il ticket sanitario senza dover affrontare code o scomodi spostamenti. Con l'invio a casa del referto medico si completa un servizio innovativo che non si fermerà qui. Migliorare la qualità della vita dei cittadini calabresi è il nostro obiettivo e l'accordo con Poste Italiane diventa strategico".

"Un servizio che abbiamo voluto garantire ai calabresi - ha spiegato, da parte sua, il senatore Antonio Gentile - nella consapevolezza dei disagi che questi affrontano per raggiungere le strutture sanitarie locali. La diffusa rete di sportelli postali potrà agevolare anche i cittadini che vivono nelle zone meno raggiungibili della regione". L'applicazione dell'intesa sarà estesa progressivamente a tutte le Aziende sanitarie provinciali (Asp) che operano sul territorio calabrese.

In base ai termini dell'accordo, i residenti potranno servirsi dei 332 uffici postali provvisti di "Sportello Amico" presenti sul territorio regionale per prenotare la visita e versare il relativo ticket sanitario senza essere costretti a recarsi negli uffici della Asp. In ogni caso, le prenotazioni mediche e il pagamento del ticket potranno essere eseguite in tutti gli uffici postali attivi sul territorio nazionale dotati di Sportello Amico. L'accordo estende su base regionale il protocollo già operativo tra Poste Italiane e Asp di Cosenza per la fornitura di servizi di e-Government in campo sanitario. Il protocollo d'intesa pone inoltre le basi per l'avvio di un progetto per la consegna a domicilio delle medicine.

<http://www.sciroconews.it/index.php/2011/12/13/sanita-prenotazioni-e-pagamenti-negli-uffici-postali-presentato-lo-sportello-amico/>



Sulla sanità persistono alcune criticità ma si guarda a sviluppo ed efficienza

“Dal Piano di Rientro al Piano di Sviluppo. La sanità Abruzzese si confronta col resto del paese: tra rispetto del rigore e ricerca di innovazione”. E' questo il titolo della due giorni di confronto, dialogo e scambio di esperienze per ripercorrere le tappe di un faticoso iter di risanamento, quello sanitario abruzzese.

Titolo di un dibattito, ma si potrebbe meglio dire evoluzione di un percorso culminato in una nuova stagione di credibilità per l'Abruzzo: da ex regione canaglia a modello di virtuosismo tradotto in termini pratici dal pareggio di bilancio raggiunto nel 2010 a nuove prospettive di crescita ed efficienza.

Si è parlato tanto di piano di rientro, ha fatto notare il presidente della Regione e Commissario per la Sanità Gianni Chiodi, ma tutto va inquadrato nella generale crisi che ha attraversato il mondo occidentale. “Nel 2007 – ha spiegato Chiodi - è stato certificato il default: l'Abruzzo come la Grecia. Non si era in grado di pagare fornitori e cliniche private, né di garantire la funzionalità di un sistema che così com'era costruito assomigliava ad un Titanic. L'Abruzzo è stato dunque costretto a chiedere aiuto ad altre regioni ed al governo nazionale, accettando la condizione di comportarsi in modo virtuoso”. Il piano di rientro ha comportato una delle conseguenze più severe per la classe politica, costretta a farsi da parte per aver perso la dignità. “L'Abruzzo - ha proseguito - aveva utilizzato risorse del fondo sanitario nazionale per sostenere il bilancio regionale”.

Evidente, quindi, che oltre ad azioni concrete, era necessario anche un cambio di mentalità. E, in questo senso, il grande merito da attribuirsi al piano di rientro è stato quello di far superare uno dei vizi della politica: il pensare al consenso immediato dell'oggi, distribuendo risorse nei tavoli di concertazione anche quando non ci sono. “Il commissariamento finirà – conclude su una nota di ottimismo Chiodi - quando avremo rimosso le cause che hanno determinato questa situazione: il forte debito accumulato, i deficit che di anno in anno il sistema sanitario faceva registrare ed il livello essenziale di assistenza sanitaria non corrispondente alle reali esigenze di salute dei cittadini abruzzesi”. E ancora: “Il commissariamento terminerà quando ce lo saremo meritati, come sta avvenendo”. Si perché nel corso del convegno sono stati evidenziati anche i punti di forza del sistema sanitario locale nella sua articolazione attuale.

Dati e tabelle dimostrano il superamento del fenomeno dei ricoveri inappropriati e degli eccessi di ospedalizzazione, l'ottimo livello raggiunto dai reparti di cardiocirurgia degli ospedali di Teramo e Pescara, l'efficienza della rete di assistenza pediatrica di base, solo per citarne alcuni. “Comincia a serpeggiare la sensazione che l'Abruzzo ce l'abbia fatta - ha sostenuto il dirigente dell'Agenas di Roma Francesco Enrichens -. C'è un diverso entusiasmo nel progredire nell'attività di riforma della sanità regionale”.

Atteso anche l'intervento del ministro della Salute, Renato Balduzzi, che ha ribadito l'azione di continuità fra piano di rientro e fase successiva, ossia il piano di sviluppo. “Ogni piano di rientro, se fatto bene, è al contempo un piano di sviluppo perché non può esistere un contenimento dei costi senza un miglioramento della qualità”. Il ministro ha speso parole elogiative per l'Abruzzo: “sono stati fatti molti passi in avanti, riconosciuti anche dai tavoli romani. Non si può che auspicare che il commissariamento in regione possa avere un termine breve: questo sarebbe anche il suggello di un'attività amministrativa importante che ha avuto l'appoggio da parte del ministero”.



Ticket sanitari, Filippin: proposta ministro Balduzzi sembra andare nella giusta direzione

Rosanna Filippin, segretario regionale Pd - "Ticket sanitari modulati in base alla composizione familiare? La proposta del ministro Balduzzi ci sembra andare nella giusta direzione". Commenta così Rosanna Filippin, segretario regionale del PD, le parole del ministro della Salute, Renato Balduzzi, a margine della presentazione della Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010 tenutasi oggi a Roma.

"La rimodulazione dei ticket sanitari - *afferma la Filippin* - sulla base di 3 principi, equità, trasparenza e composizione familiare, ci sembra un buon primo passo verso quei principi che abbiamo sin da subito chiesto a questo Governo. Forse è il segnale che il clima è davvero cambiato e non si vuole più fare di tutta *di tutta l'erba un fascio*. E del tutto evidente - *precisa la Filippin* - che c'è una bella differenza tra una famiglia numerosa ed una senza figli". "La manovra Tremonti di quest'estate - *sottolinea la Filippin* - chiedeva 8 miliardi alla Sanità e il governo Monti ha scelto di non mettervi mano, rimandando la questione al "Tavolo del Patto per la Salute". Quel che vogliamo sottolineare - *spiega la Filippin* - è che l'aspetto fondamentale di questa vicenda rimane per noi la garanzia di qualità nei servizi offerti. Ci sono problemi che non possono attendere, come l'annosa questione delle liste d'attesa. Se si parla di equità non si possono escludere queste considerazioni. Il PD - *conclude la Filippin* - ha già avanzato una proposta in materia, attraverso un disegno di Legge presentato dal Senatore Ignazio Marino, che mira a coprire i costi relativi punendo comportamenti dannosi per la salute come il fumo".



Sanità, nel 2010 disavanzo del servizio sanitario nazionale in calo. Resta alto in Calabria

13 dicembre 2011

ROMA. I primi dati disponibili sulle spese del SSN nel 2010, relativi al quarto trimestre, indicano un livello di spesa che si attesta sui 111,168 miliardi di euro. L'analogo dato consolidato per l'anno 2009 era di 110,219 miliardi di euro, indicando un incremento annuo dello 0,9%, inferiore a quello registrato nel 2009 (2,9%), ma superiore all'incremento annuo del PIL (2,2%). Si legge nella relazione del ministero della Salute sullo stato sanitario del Paese. La quota del PIL assorbita dal SSN nel 2010, pari al 7,10%, risulta quindi lievemente inferiore a quella del 2009 (7,20%). Una dinamica simile si osserva anche dal lato del finanziamento del SSN, che nel 2010 rappresenta il 7,0% del PIL, come registrato nel 2009, seppure a fronte di un rallentamento più marcato del trend: +1,8% nel 2010 rispetto al +3,2% del 2009. Il 2010 fa pertanto ancora rilevare un disavanzo del SSN di circa 2,3 miliardi di euro che ne prosegue il trend di tendenziale riassorbimento già avviato negli anni precedenti (era pari a 3,2 miliardi di euro nel 2009), con un più marcato rallentamento (da -6,3% del 2009 sul 2008 a -28,5%): il sistema sanzionatorio differenziato per le Regioni che non hanno sottoscritto il Pdr e per quelle che lo hanno sottoscritto introdotto per garantire l'effettiva copertura di disavanzi non coperti nel settore sanitario, unito agli incrementi dei finanziamenti destinati al SSN negli ultimi anni, ha conseguito il risultato atteso di graduale raffreddamento della dinamica della spesa sanitaria e rientro dai disavanzi sanitari. Anche in termini relativi, il disavanzo indica nel 2010 una lieve riduzione, passando dallo 0,21% allo 0,15% del PIL. Portando l'analisi dal livello nazionale al livello regionale, si osserva come, sia nel 2010 sia nel 2009, i disavanzi sanitari continuino a rappresentare un fenomeno prevalentemente localizzato nel Centro-Sud del Paese e più in particolare in un gruppo di 4 Regioni (Lazio, Campania, Puglia e Sardegna) che spiegano oltre il 90% del disavanzo complessivo netto del SSN nel 2010. I valori procapite del disavanzo più elevati sono quelli del Lazio, seguito da Molise, Campania, Sardegna, Valle d'Aosta e Calabria.



La Presidente della Regione Lazio è d'accordo con il Ministro Balduzzi



Sanità: Polverini, guardare anche a ristrutturazione sistema

(regioni.it) "Ancora una volta si conferma che il nostro Paese ha un servizio sanitario pubblico d'eccellenza. Il ministro Balduzzi pone ancora una volta l'attenzione sul fatto che sono ormai le Regioni che, occupandosi di sanità, devono poter garantire nell'ambito dello stesso Paese lo stesso livello di assistenza, e forse non sempre è così". A sostenerlo è la Presidente della Regione Lazio Renata **Polverini**, a margine della relazione sullo Stato sanitario del paese, commentando il discorso del Ministro Renato Balduzzi (vedi notizia precedente). "La cosa importante che ha detto il ministro, ne avevamo già parlato insieme - ha aggiunto - e' che le Regioni sottoposte a Piano di rientro devono guardare, come noi stiamo facendo anche in collaborazione con i ministeri, non soltanto al pareggio di bilancio ma anche e soprattutto a una ristrutturazione del sistema che migliori il livello delle prestazioni. In un momento come questo, per Regioni come il Lazio che stanno lavorando bene, sono contenta di aver ascoltato dal ministro la sua convinzione che il capitolo dell'edilizia sanitaria e' importante, perché non si può riorganizzare e ristrutturare se non c'e' un contributo in questa direzione. Il ministro ha le idee molto chiare, conosce bene approfonditamente le questioni anche sul piano territoriale - ha concluso Polverini - e questo ci aiuta anche in un momento in cui stiamo per iniziare un confronto importante che porterà al nuovo Patto per la salute e quindi anche probabilmente a regole che agevoleranno il lavoro dei commissari". A chi le chiedeva se dunque ci fosse continuità nel lavoro con il nuovo governo in merito al Piano di Rientro, Polverini ha risposto: "Assolutamente si'. Noi siamo una Regione che ha portato a casa risultati importanti".



MANOVRA: FONDI 'PREMIO' A TEMPO PER REGIONI CON PIANO RIENTRO, PERSI DOPO 5 ANNI

martedì 13 dicembre 2011

BALDUZZI, UNA TAGLIOLA MORALIZZATRICE

Roma, 13 dic. (Adnkronos/Adnkronos Salute) - Fondi 'premio' a termine per le Regioni impegnate nei piani di rientro dal deficit in sanità. Il decreto Monti prevede, infatti, che se dopo 5 anni la Regione non avrà realizzato tutte le misure previste, non avrà più diritto alle risorse accantonate, che verranno riassegnate alla collettività delle Regioni. Una "tagliola di grande importanza moralizzatrice", ha commentato il ministro della Salute Renato Balduzzi, nel corso dell'audizione in Commissione Affari sociali della Camera.

"Vogliamo aiutare chi è più debole a fare meglio - ha affermato il ministro - sapendo però che, come prevede il decreto Monti, tutti devono stare dentro certe regole. Per le quote premiali dovute alle Regioni impegnate nei Piani di rientro che hanno imboccato una via virtuosa, c'è una tagliola di 5 anni. Una tagliola che mi sembra di grande importanza moralizzatrice".

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Relazione sullo Stato sanitario del Paese. Il punto sulla qualità e il governo clinico del Ssn

Aumenta la formazione degli operatori e la vigilanza su l'uso dei farmaci e sugli eventi avversi. Cresce anche la sicurezza in sala operatoria, mentre rimane stabile l'incidenza delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Ancora ritardi per quanto riguarda l'accreditamento delle strutture private.

12 DIC -

Qualità e governo clinico. La politica per la qualità è parte integrante della programmazione sanitaria nazionale e i Piani Sanitari Nazionali hanno previsto lo sviluppo di forme integrate di attività per il miglioramento della qualità. Le politiche di ammodernamento richiedono una strategia per la qualità condivisa fra tutti gli attori e la conseguente progettazione e sperimentazione di modelli clinici, organizzativi e gestionali innovativi, che assicurino risposte efficaci ai bisogni di salute nell'ottica della clinical governance. L'obiettivo è orientare il sistema affinché la gestione dei servizi in condizioni di efficienza sia accompagnata dal perseguimento della qualità, efficacia, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni erogate. Strategie fondamentali sono l'informazione e la comunicazione, sostenute da opportuni sistemi informativi e informatici, essenziali per promuovere la trasparenza e il "rendere conto" di ciò che viene fatto (accountability), nella logica della misurazione/valutazione.

Il complessivo miglioramento della qualità dipende dall'interazione delle molteplici componenti che agiscono nel sistema e l'adozione di pratiche di governo clinico presuppone, quale valore essenziale, di rafforzare le competenze dei professionisti e la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure. Il Ministero della Salute, in collaborazione con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) e la Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI), ha realizzato il Corso RCA, fruibile con metodologia FAD, accreditato ECM rivolto a medici e infermieri. Alla data del 10 giugno 2011 erano iscritti più di 40.000 operatori sanitari, con un rapporto 1:4 tra medici e infermieri. Con la stessa modalità, è stata realizzata un'offerta formativa sulla sicurezza e qualità delle cure, diretta ai farmacisti, che ha registrato più di 16.000 iscritti. Il Ministero della Salute ha elaborato il Manuale sull'Audit clinico, nel quale è presentata la metodologia che si focalizza su specifici problemi clinico/assistenziali o su aspetti della pratica corrente che vengono valutati in termini di struttura, processo o esito. È stato quindi definito un decalogo di buona prassi per la conduzione di un appropriato audit clinico e infine predisposto il corso di formazione per gli operatori, con modalità FAD, in collaborazione con FNOMCeO e IPASVI. Per l'implementazione del governo clinico, anche la formazione deve far parte di un sistema coordinato, orientato al paziente, che renda coerenti comportamenti clinici, assetti organizzativi, responsabilità, procedure, incentivazioni, attrezzature e dispositivi, processi e risorse. È prioritaria, quindi, l'esigenza di implementare il Programma Nazionale per la Promozione permanente della Qualità nel Servizio Sanitario Nazionale PROQUAL, finalizzato a sostenere in modo sistematico e costante la qualità delle prestazioni e dei servizi, al fine di migliorare i livelli di salute e il soddisfacimento dei bisogni della popolazione, in un contesto di sicurezza, partecipazione e responsabilità condivisa.

Sicurezza dei pazienti. La sorveglianza degli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità che causano morte o grave danno al paziente) è un'importante azione di sanità pubblica, strumento indispensabile per la prevenzione e la promozione della sicurezza delle cure. Il Ministero ha avviato già dal 2005 il monitoraggio e l'analisi degli eventi sentinella. Con il DM 11 dicembre 2009 è stato istituito, nell'ambito del NSIS, il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), che fa capo all'Osservatorio nazionale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (OsMES) presso la DG della Programmazione Sanitaria.

Il monitoraggio degli eventi sentinella ha l'obiettivo di:

- raccogliere le informazioni riguardanti gli eventi sentinella occorsi nel SSN;
- analizzare i fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi;

- elaborare raccomandazioni rivolte a tutte le strutture del SSN per ridurre il rischio di accadimento degli eventi stessi;

- assicurare il ritorno informativo alle strutture del SSN e alle Regioni e Province Autonome.

Nel novembre 2009 è stato pubblicato il Rapporto di monitoraggio degli Eventi sentinella, con i risultati di 4 anni di attività (settembre 2005-agosto 2009).

Eventi avversi. Il suicidio o il tentato suicidio al vertice ma migliora l'analisi degli eventi. In relazione alle segnalazioni di eventi avversi, il "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" ha rappresentato l'evento più frequentemente segnalato (22,9%); la seconda categoria (17,1% di segnalazioni) è rappresentata da "eventi non classificabili"; l'evento "Morte o grave danno per caduta di paziente" è la terza categoria (9,9%), mentre l'evento "Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" è pari al 4,2% del totale. L'esito "decesso" ha caratterizzato il 54,8% degli eventi segnalati. Più del 40% degli eventi è occorso nelle stanze di degenza, mentre il 25,7% si è verificato in sala operatoria. Rispetto al I Rapporto, pubblicato nell'ottobre 2007 riferito al periodo settembre 2005-febbraio 2007, emerge un progressivo miglioramento delle modalità di analisi degli eventi e nel 40,5% dei casi è stato individuato un Piano di azione per prevenire il ripetersi dell'evento; nella rilevazione precedente tale percentuale era del 20%.

Sicurezza farmacologica: errori più frequenti legati all'uso dei farmaci LASA. Per quanto attiene alla sicurezza della terapia farmacologica, si rileva che tra gli errori sono molto frequenti quelli legati all'uso dei farmaci cosiddetti "Look-Alike/SoundAlike" ovvero "LASA", acronimo che indica i farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome. In questo campo è stato sviluppato uno specifico progetto "Farmaci LASA e Sicurezza dei pazienti" nell'ambito del quale è stato redatto un elenco di farmaci LASA disponibile sul sito web del Ministero.

Sicurezza in sala operatoria: il 90% delle Aziende la adotta. In accordo con il programma "Safe Surgery Saves Lives" dell'OMS, il Ministero ha provveduto alla traduzione e adattamento delle Linee guida OMS e della checklist per la sicurezza in sala operatoria. In particolare, per quanto attiene all'adozione del Manuale della sicurezza e della Checklist da parte delle aziende, si evince che circa il 90% delle aziende rispondenti alla prima rilevazione ha fatto propri tali documenti, il rimanente 10% delle aziende rispondenti non ha adottato il manuale e non dispone di una Checklist di sala operatoria. È opportuno sottolineare che laddove il Manuale o la Checklist vengono adottati, le aziende si attivano anche per il monitoraggio della loro implementazione a testimonianza dell'impegno e attenzione verso tali problematiche.

Il Ministero ha reso disponibile sul proprio sito web una sezione dedicata, dove possono essere reperite le raccomandazioni già elaborate, ovvero che saranno successivamente rese disponibili, sulla base delle criticità emerse e delle esperienze internazionali. Inoltre, al fine di verificare modalità di implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni, esse saranno oggetto di uno specifico programma commissionato dal Ministero all'AgeNaS, in collaborazione con le Regioni e Province Autonome.

Incidenza infezioni correlate all'assistenza sanitaria maggiore che in Germania. In Italia, il numero di casi registrati di infezioni correlate all'assistenza sanitaria appare da molti anni in linea con il trend registrato negli altri Paesi europei, con un'incidenza media tra il 4,5% e il 7% dei ricoveri (pari a 450.000/700.000 casi), con una mortalità dell'1%, a fronte dell'incidenza del 3,6% in Germania e del 13% in Svizzera. È già da tempo attestato da evidenze scientifiche che il 30% delle infezioni associate all'assistenza sanitaria è evitabile con l'adozione di semplici regole assistenziali, quali il lavaggio delle mani e la pulizia del paziente durante l'assistenza. Il 70% delle infezioni, invece, è causato da fattori quali lo stato clinico del paziente e l'insorgenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici utilizzati in pratica clinica. Dal 2006, il Ministero della Salute con il CCM ha attivato il progetto "Progetto Nazionale Cure Sicure", con il nome di "Prevenzione e Controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria", che sotto la guida dell'Emilia Romagna ha coinvolto tutte le Regioni italiane. Tale progetto si è concluso nel 2008. Tale progetto ha coinciso con la campagna dell'OMS "Clean care is Safer Care", che ha visto l'Italia partecipare come sito pilota nella diffusione e implementazione della pratica del lavaggio delle mani in 14 Regioni italiane, con diffusione di opuscoli informativi, brochure, allestimento di corsi, programmazione e valutazione dell'impatto della campagna sulla struttura sanitaria coinvolta.

Dai dati raccolti è emerso che le Aziende hanno migliorato, rispetto a dati precedenti, le attività di sorveglianza e controllo sulle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con buona diffusione delle attività nelle Aziende Ospedaliere che hanno partecipato al progetto, e soprattutto nel Nord Italia. Esiste una grande variabilità tra Regioni, che deve essere colmata, così come dovrebbero essere implementate le risorse per la formazione del personale addetto e le attività di sorveglianza. La prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza è una delle azioni previste nell'ambito del PROQUAL, finalizzato a promuovere in modo sistematico e costante la qualità delle prestazioni.

Sistemi di accreditamento e certificazione della qualità. Più di una struttura privata su 4 non è accreditata. **La Legge 296/2006, all'art. 1 comma 796 e s.m.i., ha previsto la conclusione del complesso percorso dell'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie, stabilendo che a far data dall'1 gennaio 2010 tutte le strutture sanitarie per operare in nome e per conto del SSN dovevano aver acquisito tutti i requisiti di qualità delineati con il cosiddetto "accreditamento istituzionale". Il termine ultimo per l'adeguamento è stato successivamente derogato al 31 dicembre 2012 per le strutture sociosanitarie. Un'analisi ricognitiva, espletata dall'AgeNaS, ha rilevato che al 31 maggio 2010 le strutture sanitarie private definitivamente accreditate rappresentavano il 54,2% (7.161) del totale; quelle provvisoriamente accreditate il 19,2% (2.536) e il restante 26,7% (3.527) è stato inserito nella categoria "altro" (comprendente diverse fattispecie non riconducibili alle precedenti). L'iniziale accezione di accreditamento quale strumento prevalentemente amministrativo sta subendo cambiamenti rilevanti arricchendosi degli aspetti di garanzia della qualità, soprattutto in merito alla sicurezza delle cure. Si deve procedere a una revisione della normativa sull'Accreditamento anche rispetto alla problematica connessa alla remunerazione delle prestazioni sanitarie. In tal senso il Ministero della Salute ha provveduto a istituire un tavolo per la revisione della normativa sull'accreditamento (TRAC) che dovrà fornire specifiche indicazioni normative e tecnico-scientifiche capaci di garantire l'implementazione della qualità delle prestazioni assistenziali erogate dalle strutture sanitarie accreditate, anche per favorire l'integrazione fra le strutture sanitarie pubbliche e private, maggiore spazio all'accreditamento volontario di eccellenza, quale elemento centrale degli strumenti di programmazione nazionale e quindi regionale.**

Farmacovigilanza. Segnalazioni aumentate più del 100% rispetto al 2007. La farmacovigilanza è il processo di monitoraggio continuo della sicurezza dei medicinali in commercio. Gli obiettivi principali sono l'identificazione di qualsiasi potenziale segnale di allarme relativo all'uso dei medicinali, la valutazione e la quantificazione del rischio di reazioni avverse e, infine, l'adozione di misure di minimizzazione dello stesso. Nel 2009 e nel 2010 le attività di farmacovigilanza sono continuate e sono state potenziate anche attraverso il consolidamento della rete nazionale di farmacovigilanza (con il coinvolgimento dei centri regionali) e del suo collegamento a Eudravigilance e al Centro Collaboratore OMS per il Monitoraggio Internazionale dei Farmaci di Uppsala. Le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse a farmaci sono aumentate rispetto agli anni precedenti, superando il massimo storico finora riscontrato (20.186 segnalazioni nel 2010, rispetto alle 9.741 del 2007). Nel corso dell'anno 2010 è stato inoltre superato, in media nazionale, il valore di 300 segnalazioni per milione di abitanti, che rappresenta il gold standard fissato dall'OMS. Nel 2009 e 2010 sono stati valutati e monitorati i progetti di farmacovigilanza attiva presentati dalle singole Regioni e/o Province Autonome. Particolare impegno è stato dedicato al potenziamento dell'informazione sulla sicurezza dei farmaci attraverso, in particolare, la pubblicazione sul sito dell'AIFA delle Note Informative Importanti (NII) e la posta della Rete Nazionale di Farmacovigilanza.