



# RASSEGNA STAMPA

**8 OTTOBRE 2010**

**Relazioni con i media**

Giuliana Tinti – [giuliana.tinti@studiotinti.net](mailto:giuliana.tinti@studiotinti.net) - 335 7622025

**Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati**

Rossella Pressi – [rossella.pressi@koalastudio.it](mailto:rossella.pressi@koalastudio.it) - 338 3391431

Veronica de Capoa – [veronica.decapoa@koalastudio.it](mailto:veronica.decapoa@koalastudio.it) - 3498110044

**Repubblica.it****Sporcizia e batteri killer così entrare in ospedale è diventato un pericolo****NIENTE CONTROLLI DA NORD A SUD**

Il caso dell'Aurelia Hospital, pur eclatante, non è isolato. Le infezioni colpiscono tutti gli ospedali senza risparmiare neppure i punti di eccellenza con una media nazionale dell'8,7 per cento (contro 7,7 della media europea), e oscillazioni che variano dal 5% al Nord al 17% al Sud. Va detto che nel Mondo i tassi di infezione più elevati si registrano nei Paesi del Medio Oriente (11,8%), e nel Sud Est Asiatico (10%), con un tasso lievemente inferiore negli ospedali della Costa Occidentale del Pacifico. Ed è proprio dall'estero, in particolare da India, Pakistan e Regno Unito che, secondo la rivista Lancet, stanno arrivando gli ultimi superbatteri killer resistenti a ogni tipo di antibiotico. «Ma ceppi simili a questi, come le Klebsielle pneumoniae multiresistenti - ammonisce la professoressa Maria Paola Landini, docente di microbiologia a Bologna - noi li abbiamo già in casa da almeno un anno e nessuno ha mai detto nulla. Il primo di questi superbatteri è stato isolato nel silenzio generale all'Ospedale Careggi di Firenze alla fine del 2008». Ed è allarme al Policlinico Sant'Orsola di Bologna dove, nei primi sei mesi del 2010, s'è registrato un aumento di questi batteri antibioticoresistenti: l'11,4% dei ceppi di Klebsiella pneumoniae isolati si sono rivelati multiresistenti, stessa cosa per il 58% degli Acinetobacter baumannii.

In Piemonte, nel centro di trapianti delle Molinette di Torino, fra il 1997 e il 2002 ci furono due epidemie: una di legionellosi diffusa da impianti idraulici sporchi, l'altra di aspergillosi per contaminazione dalle polveri dei cantieri. La prima provocò sette morti, la seconda nove. Qui, alle Molinette, Giovannella Tramoni, 48 anni, operata due anni fa di tumore al seno, ha dovuto affrontare un calvario non ancora terminato di una decina di operazioni per rimediare ai danni di una devastante infezione alle protesi.

Ma hanno diritto i pazienti di sapere qual è il tasso di infezioni all'interno degli ospedali pubblici e privati in modo da poter scegliere quelli che meglio rispettano i protocolli igienico-sanitari? E sono obbligate le direzioni sanitarie a denunciare alle procure e alle Regioni le percentuali delle endemie batteriche oppure quei dati possono tenerli nascosti?

In Emilia Romagna, a Modena, all'Hesperia Hospital, centro cardiocirurgico privato accreditato, tre pazienti - una donna di 78 anni e due uomini di 51 e 83 - sono morti tra febbraio e marzo per un'infezione di stafilococco diffusasi nel cuore durante l'intervento di sostituzione di una valvola. Due di loro erano stati operati lo stesso giorno, nello stesso blocco operatorio, e hanno contratto lo stesso tipo di batterio. A maggio al Policlinico Umberto I di Roma è tornato l'incubo epidemia (12 anni fa la legionella acciccò 4 anziani operati di cataratta, 11 anni fa 15 neonati furono colpiti da enterite, 9 anni fa 4 puerpere contrassero la polmonite). A morire, questa volta, una donna ricoverata in neurochirurgia contagiata dal micidiale acinetobacter. Il 17 maggio di quest'anno un'altra donna operata al Policlinico Umberto I e ricoverata dopo nella rianimazione della Fondazione Santa Lucia di Roma, è deceduta sempre a causa dall'acinetobacter. Man mano che si scende più a Sud la situazione peggiora. E le condizioni igieniche precarie nelle quali si trovano alcuni ospedali come il Cardarelli di Napoli, il Civico di Palermo e l'ospedale di Vibo Valentia sono fra le cause dei picchi dei tassi di infezioni che in Meridione sfiorano il 17%. A Cosenza un poliziotto in pensione, dopo un intervento chirurgico all'intestino, s'è infettato ed è morto fra atroci sofferenze: il figlio, Michelangelo Russo, ha fatto causa ai medici. Un anno fa a Napoli s'è verificata un'epidemia di legionella all'ospedale Monaldi che ha ucciso due persone e ne ha infettate altre dieci. A gennaio due neonati sono morti uccisi da una setticemia negli ospedali Riuniti di Foggia, nel reparto di Terapia intensiva neonatale.

Secondo il Comitato di studio per le infezioni ospedaliere dell'Associazione microbiologi, le infezioni si sviluppano maggiormente nell'apparato urinario (26%), in quello respiratorio (le polmoniti sono il 25%), quindi ci sono le infezioni del sangue (18%) e della ferita chirurgica (16%). Particolarmente a rischio sono tutti quei pazienti ricoverati presso le unità di terapia intensiva (si arriva anche al 30 % di casi), o nelle riabilitazioni, nelle oncologie ed ematologie, nelle geriatrie e in tutti quei reparti che ospitano malati immunodepressi.

Chi dovrebbe effettuare regolarmente i controlli sulle strutture? Le leggi ci sono. Ma non sempre si applicano per prevenire le infezioni ospedaliere. Lo sostiene il procuratore aggiunto di Torino, Raffaele Guariniello. «Nel nostro Paese - spiega il magistrato - abbiamo una legislazione che riguarda la tutela dei lavoratori in qualsiasi ambiente, anche negli ospedali. Questo è un principio generale per cui queste leggi si applicano anche a tutela dei pazienti ricoverati. Da un punto di vista giudiziario, la tutela contro la patologia infettiva è una efficace risposta da parte del nostro ordinamento». «Queste sono le leggi - aggiunge Guariniello - però, come sempre capita, non basta che le norme siano scritte sulla carta, bisogna applicarle e farle applicare: ed è proprio qui che incominciano i problemi. Mi sembra più ragionevole impostare un discorso che coinvolga tutte le varie istituzioni: gli organi della pubblica amministrazione, l'autorità giudiziaria. Ma bisogna sviluppare una cultura perché non tutti si rendono conto che un'infezione ospedaliera può essere un reato».

**AAROI-EMAC**

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma  
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733  
e-mail: segreteria@aaroiemac.it  
www.aaroiemac.it

**Relazioni con i media**

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025  
**Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati**  
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431  
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

## DUE MILIARDI ALL'ANNO

Ma quanto costa al servizio sanitario nazionale il dramma delle infezioni? Le infezioni ospedaliere comportano 3 milioni e 730 mila giorni di degenza aggiuntivi all'anno con un conseguente costo aggiuntivo di circa 1.865 milioni di euro. Certo, il problema non è solo italiano. Ma qui, come abbiamo detto, il numero di infezioni contratte in ospedale è molto più alto. Secondo l'Oms, il tasso di contagio batterico nosocomiale rappresenta un importante e sensibile indicatore della qualità dell'assistenza prestata, in quanto ai tradizionali rischi legati a problemi di igiene ambientale si associano quelli derivanti da comportamenti, pratiche professionali e assetti organizzativi inadeguati. A questo proposito, dal 2000 il ministero della Salute, nel piano sanitario nazionale, pone tra gli obiettivi principali da perseguire la riduzione di almeno il 25 per cento delle forme infettive contratte in nosocomio. Nel piano del 2002-04 le infezioni erano già inserite tra gli errori in medicina e si prevedeva l'istituzione del Cio (Comitato infezioni ospedaliere), in tutti gli ospedali italiani. L'ultimo piano sanitario del 2008-10, quello del governo Berlusconi, ministro Ferruccio Fazio, impone protocolli per l'uso appropriato della terapia antibiotica, responsabile, quando mal prescritta, dell'insorgere dei super batteri antibioticoresistenti. E prevede una campagna igienica per la riduzione delle infezioni: «lavarsi di più le mani».

## La Provincia di Varese

### La Mater Domini entra in classe. E sensibilizza i ragazzi

Alunni a lezione di primo soccorso. Ieri mattina i medici dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione della Humanitas Mater Domini sono saliti in cattedra per spiegare agli studenti delle medie «Da Vinci» come comportarsi in caso di emergenza. Indipendentemente dall'età è infatti fondamentale la prontezza di riflessi della persona che presta per prima soccorso, così come la sua capacità di mantenere sia calma che autocontrollo.

Con l'ausilio di materiale didattico ed in modo assolutamente interattivo, i docenti-medici dell'Unità Operativa diretta dal dottor Giovanni Albano, «intendono sviluppare negli alunni una migliore conoscenza del proprio corpo e del proprio carattere anche nelle situazioni di emergenza, oltre a favorire una maggiore consapevolezza del pericolo e far acquisire gli elementi base da mettere in pratica in caso si verifichino tali episodi». Ieri mattina si è svolta la prima lezione con tanto di esercitazione pratica: durante la mattinata gli specialisti hanno infatti affrontato e spiegato le principali manovre di emergenza cardiopolmonare in caso di primo soccorso. Agli studenti è stata inoltre offerta la possibilità di improvvisarsi soccorritori esercitandosi su appositi manichini. La lezione si ripeterà anche per le restanti 5 classi di terza media.

A conclusione del percorso formativo, per tutti i ragazzi partecipanti al corso è previsto un Open Day, un pomeriggio durante il quale sarà possibile una visita guidata all'interno della clinica per conoscere meglio come funziona un ospedale ed il ruolo delle diverse figure professionali che vi lavorano. Il corso è patrocinato dall'assessorato alla Pubblica Istruzione del Comune di Castellanza che ne ha riconosciuto l'importanza sociale e formativa.

## Il Messaggero

### Se si realizzasse immediatamente questo servizio così com'era stato previsto con il DEA

Se si realizzasse immediatamente questo servizio così com'era stato previsto con il DEA di 2° livello, presso il nuovo ospedale di Frosinone, assumendo dodici medici (chirurghi ed anestesisti) al costo annuo di settantatremila euro ciascuno, si spenderebbero ottocentotrentaseimila euro. Se a questi medici si affiancassero i sessanta infermieri necessari per la sala operatoria, per la sala di terapia intensiva e per il funzionamento del reparto, al costo annuo di trentacinquemila euro ciascuno, si avrebbe una spesa di duemilionequattrocentocinquantamila euro che sommata al precedente importo dà un totale di tremilioneitrecentoventiquattromila euro.

Aggiungendo le spese generali annue un reparto di chirurgia cardio vascolare verrebbe a costare complessivamente intorno ai cinque-sei milioni di euro.

Si annullerebbero in questo modo i viaggi della speranza, i rischi e le sofferenze dei pazienti e dei familiari e si potrebbero guadagnare tre-quattro milioni di euro da investire e migliorare l'organizzazione sanitaria.

C'è da sottolineare che nel piano sanitario presentato dalla Polverini, non è previsto per la nostra Provincia il servizio di chirurgia cardio-vascolare pur avendo un primario da circa un anno. E' previsto, invece un reparto di neurochirurgia.

\* (Francesco Notarcola Consulta della associazioni della Città di Frosinone)

## Il Resto del Carlino - Ancona

### IL CUP UNICO regionale cambia anche le abitudini e i normali procedimenti interni.

Come sta accadendo a Torrette per quanto riguarda le vecchie liste pre-ricovero per le visite a cui si dovevano sottoporre i pazienti pronti per un intervento programmato di chirurgia. Prima i nominativi venivano

## AAROIE-MAC

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma  
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733  
e-mail:segreteria@aaroiemac.it  
www.aaroiemac.it

## Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025  
Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati  
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431  
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

inserirli nella lista degli interventi, i pazienti andavano in ospedale il giorno prima per la visita di **anestesia**, fondamentale per chiarire i quadri clinici generali: visita generale, elettrocardiogramma, prelievo del sangue, tutto a livello ambulatoriale. Oggi tutto ciò, con l'entrata in vigore del Cup di nuova generazione, ancora non riesce ad essere garantito totalmente. Gli specialisti dei reparti chirurgici di Torrette sono preoccupati. La via preferenziale per i pazienti non è ancora stata abolita, ma i diretti interessati dicono che il nuovo processo Sys Prest è ancora molto tortuoso. Le liste pre-ricovero sono importanti per selezionare gli interventi, evitare tempi lunghi di ricovero e soprattutto a massima tutela del paziente.

## Apcom

### Dietrofront sull'infarto, no respirazione bocca a bocca

La respirazione bocca a bocca non solo non serve, ma fa perdere tempo e aumenta i rischi per il paziente soccorso. A dirlo è uno studio pubblicato sul Journal of American Medical Association che fa luce sulla manovra d'emergenza per eccellenza per i pazienti che subiscono un arresto cardiaco: evitare il cosiddetto "bacio della vita" in favore di prolungati massaggi cardiaci incrementa, infatti, i tassi di sopravvivenza. Nei casi in cui la rianimazione era eseguita combinando respirazione e massaggi, la sopravvivenza è stata del 7,8%. Intervenire solo con i massaggi cardiaci salva invece ben il 13,3% dei pazienti in pericolo di vita. Il motivo, spiegano i ricercatori dell'Arizona Department of Health Services, sta nel fatto che le compressioni toraciche riattivano la circolazione del sangue, ma il tempo per immettere fiato nella bocca del paziente con la respirazione bocca a bocca ritarda i benefici per il cuore.

### Federalismo/ Errani: Sbagliato accelerare, definire Lea e Lep

"Serve assoluta corrispondenza tra servizi e risorse" Una accelerazione "sbagliata", che rischia di non garantire il punto fondamentale della riforma: "La assoluta corrispondenza tra servizi da garantire e risorse necessarie". In una intervista al Sole 24 Ore il presidente della Regione Emilia Romagna Vasco Errani, rappresentante dei governatori, esprime i dubbi delle regioni sul decreto attuativo del federalismo fiscale approvato ieri dal Cdm, che accorpa in un unico provvedimento il fisco regionale e quello provinciale, e i costi standard e fabbisogni. "E' stata un'accelerazione unilaterale che non condividiamo e che consideriamo sbagliata. Solo due giorni fa - ricorda Errani - ci eravamo lasciati pensando a un altro percorso. Ci sono aspetti fondamentali che vanno assolutamente risolti. Anzitutto **la definizione dei livelli essenziali per la sanità e per le prestazioni assistenziali e gli altri servizi. I costi standard sono una gamba, l'altra gamba sono i servizi da garantire ai cittadini. Solo così si determina il fabbisogno e quanto dev'essere fiscalizzato.** Serve assoluta corrispondenza tra servizi da garantire e risorse necessarie". Errani spiega che "questa settimana approfondiremo tutto, anche tra di noi. Sono passi che nessun livello istituzionale può sbagliare. Ne va dei servizi ai cittadini, ne va dei diritti della gente. Questa è la trasparenza da garantire". E a chi sul Sud teme un asse Lombardia-Emilia Romagna Errani spiega: "Non c'è alcun asse. Noi tutti chiediamo che sia applicata interamente la legge delega e che il federalismo rappresenti una nuova unità d'Italia. Piena e convinta".

## AdnKronos

### SANITA': FORMIGONI SU COSTI STANDARD

Lombardia prima Regione di riferimento per la modulazione dei costi standard. Il resto e' tutto da discutere. "Noi vigileremo perche' sia dato un premio alla virtu'". A sottolinearlo e' il presidente della Regione Lombardia, Roberto Formigoni, sul tema del federalismo e dei costi standard, a margine di un convegno sui risultati della ricerca scientifica dell'Istituto neurologico Carlo Besta di Milano. "E' stato stabilito con chiarezza - ribadisce - che la prima Regione che fara' da riferimento e', per i dati oggettivi riconosciuti da tutti, la Lombardia. Dopodiche' si sta discutendo su quali saranno le altre due: uno schema logico suggerisce che dovrebbero essere la seconda e la terza in classifica, perche' i costi standard sono un punto di riferimento oggettivo"

## AdnKronos

### Sanità: Fazio, federalismo migliorerà qualità ci aiuterà a superare differenze tra Regioni

La riforma sul federalismo e' "una rivoluzione che pone l'Italia in una posizione di assoluta eccellenza non solo per i conti ma anche per la qualità dei servizi sanitari che consentirà di offrire ai cittadini". A sostenerlo e' il ministro della Salute Ferruccio Fazio, nel corso della conferenza stampa in via XX Settembre che ha seguito l'approvazione in Cdm del decreto legislativo sul federalismo fiscale. Un decreto, quello che ha tenuto oggi il via libera, che comprende anche il capitolo dei costi sanitari standard. La riforma introduce "non solo virtuosita' sul fronte dei conti -ribadisce il ministro- ma anche qualità, garantendo la massima efficienza dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale. Per la prima volta si guarda alla qualità e non solo all'aspetto economico. E' un passo decisivo - secondo Fazio- perché ci

## AARO-EMAC

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma  
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733  
e-mail:segreteria@aaroiemac.it  
www.aaroiemac.it

## Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025  
**Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati**  
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431  
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

aiuterà a superare situazioni che vedono un'Italia a macchia di leopardo nel fornire sanità ai cittadini, con alcune regioni del Sud meno efficienti non solo sui costi ma anche sulla qualità dei servizi. La riforma - conclude il ministro - dovrebbe garantire perequazione non solo economica ma anche qualitativa"

## Agi

### FEDERALISMO: MARINO (PD), RIFORMA SANITA' IRRESPONSABILE

Annunciare un decreto su federalismo fiscale e costi standard per la sanità quando i tecnici sono al lavoro e non si è nemmeno stabilito quali saranno le regioni attraverso cui calcolare questi famosi costi, mi sembra pretestuoso e senza reale contenuto". Così Ignazio Marino, senatore del Pd e presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio Sanitario nazionale, ha commentato l'approvazione del Consiglio dei Ministri di oggi dello schema sulla riforma federalista. "Di cosa stiamo parlando? - chiede Marino - non abbiamo nulla di definitivo sui LEA e lo stesso Ministro della Salute Fazio ammette che non c'è alcun dettaglio concreto. Inoltre, le regioni non sono state coinvolte in un confronto che è invece indispensabile. Se vogliamo davvero realizzare un federalismo utile e moderno, dobbiamo pensarlo in maniera responsabile. Non basta dire alle regioni, questi sono i conti, sbrigatevela da sole. È necessario considerare le reali esigenze per i servizi e per la salute, e anche le condizioni ambientali delle stesse regioni". "Non è federalismo responsabile - continua Marino - e porterà solo danni, perché si valutano solo gli aspetti economici e finanziari. Servono invece una valutazione e una verifica complessiva, che tengano conto anche delle gravi difficoltà gestionali che si riscontrano soprattutto nelle regioni del centro-sud. Pensare di risolvere i problemi della sanità con un calcolo di ragioneria è un grosso errore: i dati sulle migrazioni sanitarie confermano che ogni anno un milione di persone si sposta da sud a nord per farsi curare. In futuro, questo numero potrebbe aumentare facendo saltare così ogni calcolo teorico. Ma forse è la strada leghista che avrà la meglio, quella che dice: non serve una riforma responsabile ma un federalismo dell'abbandono, per cui chi vive al nord ha gli ospedali che funzionano e non si interessa del destino del sud. Oppure, ancor peggio, un federalismo cannibale per cui si dirà ai cittadini del sud: 'venite da noi al nord, pagate e sarete curati'".

## Quotidiano Sanità

### Federalismo. Governo vara decreto su costi standard sanitari

Il Consiglio dei Ministri ha approvato, su proposta dei ministri dell'Economia e delle Finanze, Giulio Tremonti, le Riforme per il federalismo, Umberto Bossi, la Semplificazione normativa, Roberto Calderoli, i Rapporti con le Regioni e la coesione territoriale, Raffaele Fitto, e le Politiche europee, Andrea Ronchi, uno schema di decreto legislativo di attuazione della legge n.42 del 2009 in materia di federalismo fiscale, concernente l'autonomia di entrata per le Regioni a statuto ordinario e le province ubicate nel loro territorio, nonché **la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario**. Sono in particolare disciplinate la soppressione dei trasferimenti statali di parte corrente con carattere di generalità e permanenza, la compartecipazione delle medesime Regioni al gettito dell'Iva, l'addizionale regionale all'Irpef e l'Irap, che le Regioni possono ridurre fino all'azzeramento. Sono inoltre individuate le fonti di finanziamento delle province, nonché i meccanismi perequativi. Viene poi disciplinata, a decorrere dall'anno 2013, **la determinazione dei costi standard e fabbisogni standard per le Regioni nel settore sanitario. Sul provvedimento, l'esame del quale era già stato avviato dal Consiglio lo scorso 7 settembre, dovranno essere acquisiti l'intesa in sede di Conferenza unificata (in cui proseguirà l'interlocuzione già avviata con le autonomie) nonché i pareri della Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo e delle altre Commissioni competenti per materia.**

## AAROIE-MAC

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma  
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733  
e-mail: segreteria@aaroiemac.it  
www.aaroiemac.it

## Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025  
**Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati**  
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431  
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

# SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO RECANTE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI DETERMINAZIONE DEI COSTI E DEI FABBISOGNI STANDARD NEL SETTORE SANITARIO

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

VISTI gli articoli 76, 87, quinto comma, 117 e 119 della Costituzione;

VISTA la legge 5 maggio 2009, n. 42, recante “delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell’articolo 119 della Costituzione” e, in particolare, gli articoli 2, commi 1 e 2, 3, 4, 5 e 8;

VISTO in particolare l’articolo 28 della citata legge 42/2009 che stabilisce, tra l’altro, che la relativa attuazione deve essere compatibile con gli impegni finanziari assunti con il Patto di stabilità e Crescita e che dalla stessa legge e da ciascuno dei decreti legislativi di attuazione non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

VISTA l’Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute per gli anni 2010-2012;

VISTI in particolare gli articoli 1, 2, 3 ed 11 della citata Intesa del 3 dicembre 2009, concernenti: la determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali; l’obbligo delle regioni ad assicurare l’equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza e di appropriatezza; l’avvio del sistema di monitoraggio dei fattori di spesa con particolare riferimento agli indicatori del rispetto della programmazione nazionale; gli organismi di monitoraggio della spesa con particolare riferimento alla Struttura tecnica di monitoraggio paritetica di cui all’articolo 3, comma 2; l’accertamento della qualità dei dati contabili, di struttura ed attività delle aziende sanitarie e del settore sanitario regionale;

CONSIDERATO che gli obblighi assunti in sede comunitaria dall’Italia e le compatibilità e i vincoli di finanza pubblica implicano necessariamente che il livello programmato del finanziamento complessivo del servizio sanitario nazionale costituisce il valore di risorse destinabile al finanziamento del Servizio sanitario nazionale che il Paese è nella condizione di assicurare per l’erogazione in condizioni di efficienza ed appropriatezze dei livelli essenziali di assistenza e pertanto assume la natura di *fabbisogno sanitario standard nazionale* nell’ambito del quale sono fissati i *fabbisogni sanitari standard regionali*;

CONSIDERATO che, ai sensi della citata Intesa del 3 dicembre 2009, costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l’attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:

- a. 5% per l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b. 51% per l’assistenza distrettuale;
- c. 44% per l’assistenza ospedaliera.

RITENUTO in fase di prima applicazione, a decorrere dall’anno 2013:

- di assumere quali regioni di riferimento (*benchmark*) per il calcolo dei costi e dei fabbisogni standard **tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, tra le migliori cinque regioni, individuate in base a criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza**, che abbiano garantito l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, in condizioni di efficienza e di appropriatezza, con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive **e che siano risultate adempienti**;
- di individuare per le regioni di riferimento i relativi costi a livello aggregato con riferimento ai tre macrolivelli di assistenza -assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera- al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale, della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale, della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali e delle quote di ammortamento;

- di individuare quale costo standard la media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni benchmark con riferimento ai citati macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza e di applicare detto costo a ciascuna regione e Provincia Autonoma di Trento e di Bolzano, con riferimento alla relativa popolazione pesata, al fine di individuare il valore percentuale di ogni singola regione e Provincia Autonoma rispetto al valore nazionale, quale *fabbisogno sanitario standard regionale* da applicare al *fabbisogno sanitario standard nazionale*;

- di individuare le regioni in equilibrio economico sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e di effettuare le pesature con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativo al secondo esercizio precedente a quello di riferimento;

- di stabilire che **qualora si trovi nella condizione di equilibrio economico come definito ai sensi del presente decreto un numero di regioni inferiore a 5, le regioni benchmark siano individuate** tenendo conto del miglior risultato economico registrato nell'anno di riferimento, depurando i costi della quota eccedente rispetto a quella che sarebbe stata necessaria a garantire l'equilibrio;

- di richiamare l'obiettivo per le regioni di adeguarsi alle citate percentuali di allocazione delle risorse di cui alla programmazione sanitaria;

VISTA la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del ....., in attuazione di quanto previsto dall'articolo 2, comma 3, della citata legge 42/2009;

VISTA l'intesa sancita in sede di Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella riunione del ....., come previsto dal citato articolo 2, comma 3, della legge 42/2009;

VISTI il parere della Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale di cui all'articolo 3 della legge 5 maggio 2009, n. 42, e i pareri delle Commissioni parlamentari competenti per le conseguenze di carattere finanziario della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, resi in attuazione di quanto previsto dal citato articolo 2, comma 3, della legge 42/2009, per i quali .....

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del ... ;

SU PROPOSTA del Ministro dell'economia e delle finanze, del Ministro per le riforme per il federalismo, del Ministro per la semplificazione normativa, del Ministro per i rapporti con le regioni e del Ministro per le politiche europee, di concerto con il Ministro dell'interno, con il Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione e con il Ministro della salute;

Emana

il seguente decreto legislativo:

Art. 1  
(Oggetto)

1. Il presente decreto è diretto a disciplinare a decorrere dall'anno 2013 la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni *standard* per le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nel settore sanitario, al fine di assicurare un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto adottati ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 662/1996, così come integrati da quanto previsto dagli Accordi tra Stato e Regioni in materia sanitaria.

2. I costi e i fabbisogni *standard* determinati secondo le modalità stabilite dal presente decreto costituiscono il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica.

## Art. 2

*(Determinazione del fabbisogno sanitario nazionale standard)*

1. Il fabbisogno sanitario nazionale standard, comprensivo delle quote che ai sensi della legislazione vigente sono destinate al finanziamento di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale proposti dal Ministero della salute, nonché delle ulteriori quote, previste da specifiche disposizioni, che ai sensi della normativa vigente sono ricomprese nel livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, è determinato in coerenza

con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria.

2. Per gli anni 2011 e 2012 il fabbisogno nazionale standard corrisponde al livello di finanziamento determinato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67, della legge 23 dicembre 2010, n. 191, attuativo dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, così come rideterminato dall'articolo 11, comma 12 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

## Art. 3

*(Determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali)*

1. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sentita la Struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni di cui all'articolo 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, determina annualmente, sulla base della procedura definita nel presente articolo, i costi e i fabbisogni standard regionali.

2. Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

3. Ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera a), dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, con riferimento ai macrolivelli di assistenza definiti dal DPCM di individuazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario del 29 novembre 2001, costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:

- a. 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b. 51% per l'assistenza distrettuale;
- c. 44% per l'assistenza ospedaliera.

4. Il *fabbisogno sanitario standard* delle singole regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, cumulativamente pari al livello del *fabbisogno sanitario nazionale standard*, è determinato, in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento (*benchmark*). In sede di prima applicazione è stabilito il seguente procedimento:

- a) sono regioni di riferimento le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque **segnalate dal Governo indicate dal Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia** in quanto migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico **e risultando adempienti**, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, sono individuate in base a criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentita la Struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni di cui all'articolo 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse



ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive;

b) i *costi standard* sono computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Il valore di *costo standard* è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza, dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni *benchmark*. A tal fine il livello della spesa delle tre macroaree delle regioni *benchmark*:

- è computato al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale;
- è depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree;
- è depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali;
- è depurato delle quote di ammortamento.
- è applicato, per ciascuna regione, alla relativa popolazione pesata regionale;

c) le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento.

d) il valore percentuale del fabbisogno regionale, come determinato in attuazione di quanto indicato al punto b), rispetto al valore totale, costituisce *il fabbisogno standard regionale*;

e) *il fabbisogno standard regionale* determinato ai sensi del punto d), è annualmente applicato al fabbisogno sanitario *standard* nazionale definito ai sensi dell'articolo 2;

**f) qualora nella selezione delle migliori cinque regioni di cui alla lettera a) del presente comma, si trovi nella condizione di equilibrio economico come definito alla medesima lettera a) un numero di regioni inferiore a 5, le regioni *benchmark* sono individuate anche** tenendo conto del miglior risultato economico registrato nell'anno di riferimento, depurando i costi della quota eccedente rispetto a quella che sarebbe stata necessaria a garantire l'equilibrio;

g) resta in ogni caso fermo per le regioni l'obiettivo di adeguarsi alla percentuale di allocazione delle risorse stabilite in sede di programmazione sanitaria nazionale, come indicato al comma 3.

#### Art. 4

*(Revisione a regime dei fabbisogni standard)*

1. Al fine di garantire continuità ed efficacia al processo di efficientamento dei servizi sanitari regionali, i criteri di cui all'articolo 3 possono essere rideterminati previa Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, comunque nel rispetto del livello di fabbisogno *standard* nazionale come definito all'articolo 2.

2. Le relative determinazioni sono trasmesse, dal momento della sua istituzione, alla Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica di cui all'articolo 5 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

#### Art. 5

*(Disposizioni finali ed entrata in vigore)*

1. In fase di prima applicazione:

- restano ferme le vigenti disposizioni in materia di riparto delle somme destinate al rispetto degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ad altre attività sanitarie a destinazione vincolate, nonché al finanziamento della mobilità sanitaria;
- restano altresì ferme le ulteriori disposizioni in materia di finanziamento sanitario non disciplinate dal presente decreto.

2. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, in materia di sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

3. Dal presente decreto non devono derivare minori entrate né nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.