

***SINTESI RAGIONATA***  
***del***  
***PATTO PER LA SALUTE 2014-2016***

**Il Patto per la Salute 2014-2016 e le disposizioni  
di interesse per le persone con sclerosi multipla**

Commenti a cura dell'Osservatorio AISM diritti e servizi

**Osservatorio AISM  
"SM e Diritti"**

## 1: PATTO PER LA SALUTE 2014-2016 ED ANALISI DELLE DISPOSIZIONI DI INTERESSE PER LE PERSONE CON SM

### 1.1 Premessa

Il 10 luglio 2014 è stata sancita l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul **nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016**, l'accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Il Patto precedente era stato siglato nel 2009 a valere per il triennio 2010-2012.

Il nuovo testo prevede numerosi rinvii e provvedimenti successivi e le prime scadenze iniziano a settembre 2014, ma si concentrano soprattutto tra ottobre e dicembre quando le intese su ticket ed esenzioni, nuovo Prontuario, LEA, sanità digitale, piano per le cronicità, standard degli ospedali e l'applicazione della Legge Balduzzi dovranno avere ulteriori via libera.

Certezze vi sono invece sui finanziamenti del Servizio Sanitario Nazionale, con **337,5 miliardi** in tre anni. Dopo anni di tagli lineari le Regioni avranno certezza di budget e sarà possibile avviare una programmazione triennale.

<b>109,92</b>	<b>112,06</b>	<b>115,44</b>
I miliardi complessivi per il fabbisogno del SSN previsti per il 2014	I miliardi complessivi per il fabbisogno del SSN previsti per il 2015	I miliardi complessivi per il fabbisogno del SSN previsti per il 2016

I principali obiettivi del nuovo Patto sono la **sostenibilità** del Servizio Sanitario Nazionale dinanzi alle nuove sfide (l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata) **uniformità**, **equità** ed **universalità** degli interventi sulla salute per garantire a tutti l'accesso alle cure, ai farmaci ed uno standard qualitativo di assistenza.

Gli articoli del Patto sono 29 ed è prevista un'azione di controllo e monitoraggio (le verifiche sull'attuazione del vecchio Patto hanno evidenziato un'applicazione poco più che a metà di tutte le norme) da parte del **Tavolo per la verifica degli adempimenti** e del **Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza rispetto alla realizzazione delle prescrizioni**.

Il primo tavolo si occuperà di aggiornare annualmente gli adempimenti regionali che consentono, se attuati e giudicati positivamente, l'accesso al finanziamento integrativo mentre il Comitato per la verifica dei LEA dovrà dare il supporto ai Ministeri della Salute e dell'Economia per definire le specifiche esigenze di monitoraggio dei livelli essenziali e verificare il raggiungimento degli obiettivi di salute e assistenziali.

## **1.2 L'analisi ragionata del Patto per la Salute 2014-2016**

Le disposizioni disciplinate all'interno del Patto per la Salute e che hanno un impatto diretto sulla qualità di vita delle persone con SM, attengono alle seguenti materie:

- ❖ **LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)**
- ❖ **Assistenza territoriale e Piano Nazionale della cronicità**
- ❖ **Assistenza socio-sanitaria**
- ❖ **Assistenza ospedaliera**
- ❖ **Assistenza farmaceutica**
- ❖ **Revisione disciplina dei ticket**
- ❖ **Aggiornamento del nomenclatore tariffario protesi e ausili**
- ❖ **Mobilità transfrontaliera**
- ❖ **Sanità digitale**
- ❖ **HTA (*Health Technology Assessment*)**
- ❖ **Piano di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali**
- ❖ **Umanizzazione delle cure**
- ❖ **Ricerca sanitaria**

## Aggiornamento dei LEA

---

Il "Decreto Balduzzi" aveva disposto di procedere con urgenza, entro la fine del 2012, all'aggiornamento delle prestazioni erogabili dal SSN nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, ma tale impegno non è stato rispettato.

Il nuovo Patto per la Salute ridefinisce ora un nuovo importante obiettivo: entro il 31 dicembre 2014 è previsto l'aggiornamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), in attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e con l'obiettivo di garantire l'erogazione di prestazioni moderne ed efficaci per la cura delle malattie.

Vengono inoltre confermati i compiti e le funzioni attribuite al Comitato LEA creato nel 2005 per la verifica degli adempimenti regionali che consentono l'accesso al finanziamento integrativo (verifica superata nel monitoraggio LEA 2012 solo da 8 su 16 regioni monitorate). Il Comitato potrà aggiornarli annualmente, tenendo conto di novità normative, accordi e/o intese sopraggunte e delle esigenze di monitoraggio conseguentemente emergenti.

Il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA costituirà grave inadempimento contrattuale da parte dei Direttori Generali della sanità pubblica e comporterà la decadenza automatica dall'incarico.

## Assistenza territoriale

---

Il Patto per la Salute detta disposizioni rispetto all'organizzazione dell'assistenza territoriale, in linea con il modello precedentemente disegnato dal decreto "Balduzzi".

L'importante novità contenuta in questo Patto è la nascita delle **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)** e delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, che vedranno collaborare i Medici di Medicina generale, i Pediatri di Libera Scelta ed il personale del Servizio Sanitario Nazionale, al fine di garantire anche sul territorio la continuità dell'assistenza e le cure domiciliari. In un tempo stabilito dal Patto, UCCP e AFT diventeranno l'unica forma possibile di aggregazione delle cure primarie.

### Ruoli e funzioni

Importante il richiamo del Patto ad una necessaria ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali – accompagnata da specifici percorsi formativi e azioni normativo/contrattuali a sostegno – in una visione che assegna ad ogni professionista

responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica a favore dell'implementazione di una *governance* responsabile dei professionisti coinvolti.

Le **UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie)** sono caratterizzate dal lavoro multi-professionale, garantito dal coordinamento tra le varie professionalità con particolare riguardo all'integrazione tra medicina generale e medicina specialistica. Ogni **AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale)** della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata all'UCCP. È inoltre stabilito che le AFT della medicina generale coprano un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti.

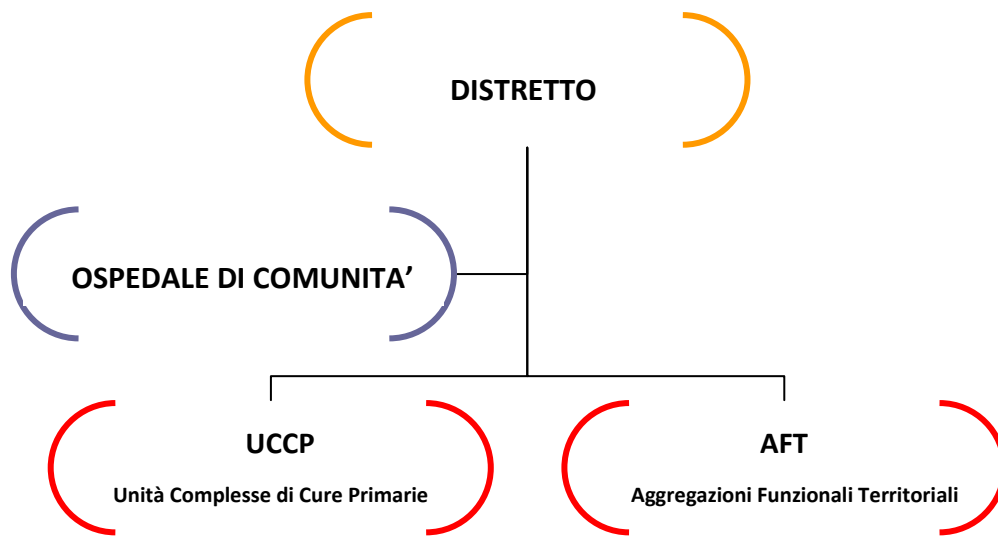
Tali servizi concorrono alla presa in carico della comunità di riferimento garantendo l'integrazione tra gli operatori, la condivisione e applicazione dei percorsi assistenziali ed un approccio proattivo nei confronti delle persone con una malattia cronica.

Le UCCP sono a loro volta parte fondamentale ed essenziale dei **Distretti**, per i quali arriveranno nuovi standard organizzativi. Due sono gli obiettivi: favorire il loro ruolo strategico nella creazione delle reti assistenziali a "baricentro territoriale" facilitando l'integrazione e la tutela della salute; assicurare la qualità delle prestazioni erogate dagli operatori nell'ambito delle UCCP e AFT e dagli altri servizi del territorio, con un occhio di riguardo al target dei malati cronici.

Vengono inoltre stimolati gli **ospedali di comunità** quale più efficace risposta ai ricoveri inappropriati in cui è possibile effettuare ricoveri brevi per casi non complessi; a tal fine, entro il 31 ottobre, Stato, Regioni e Province Autonome dovranno siglare un'intesa contenente gli standard qualitativi di tali servizi.

Con l'obiettivo migliorare la qualità dell'assistenza delle persone in condizione di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza, le Regioni devono altresì completare l'**attivazione degli hospice**, assicurare sul territorio l'accesso alle **cure palliative domiciliari** e prevedere a livello distrettuale una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

Sempre nell'ambito dell'assistenza territoriale è prevista la realizzazione del **numero unico "116-117" per il Servizio di Guardia Medica non urgente**; le modalità e i tempi di realizzazione del servizio saranno definite con apposito Accordo tra le Regioni e il Ministero della Salute.



Infine, si prevede quale compito delle Regioni quello di definire con specifici atti di indirizzo la **promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi**, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute anche tramite l'educazione delle popolazione ai corretti stili di vita, nonché all'assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva delle cronicità.

### **Piano Nazionale della Cronicità**

---

Entro il 30 dicembre 2014 il Ministero della Salute dovrà predisporre il **Piano Nazionale della Cronicità**.

Inoltre, ai fini di una più adeguata presa in carico domiciliare e residenziale dei malati cronici non autosufficienti, le Regioni sono chiamate a ridefinire il fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali e il fabbisogno e l'organizzazione delle cure domiciliari sanitarie e socio-sanitarie.

## Assistenza socio-sanitaria

---

Rispetto all'assistenza socio-sanitaria il Patto ribadisce e conferisce forza a quanto già si sta facendo in alcune Regioni: ingresso nella rete integrata di servizi tramite **punti unici di accesso** presenti sul territorio (PUA), **valutazione multidimensionale** ed **elaborazione di un piano personalizzato** delle prestazioni da parte dell'équipe responsabile della presa in carico dell'assistito.

Inoltre, le Regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'**integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali**, anche per le aree dedicata alla disabilità e alla non autosufficienza.

Si devono però porre in evidenza che tali attività sono effettuate nei limiti delle risorse previste a legislazione vigente.

## Assistenza ospedaliera

---

Il Patto sblocca finalmente l'intesa che darà il via al **regolamento sugli standard ospedalieri (qualitativi, strutturali, tecnologici)** pronto dal novembre 2012.

La politica di "*spending*" indica come obiettivo una media complessiva di 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,7 deve essere dedicato a riabilitazione e lungo-degenti ed i restanti 3 per gli acuti.

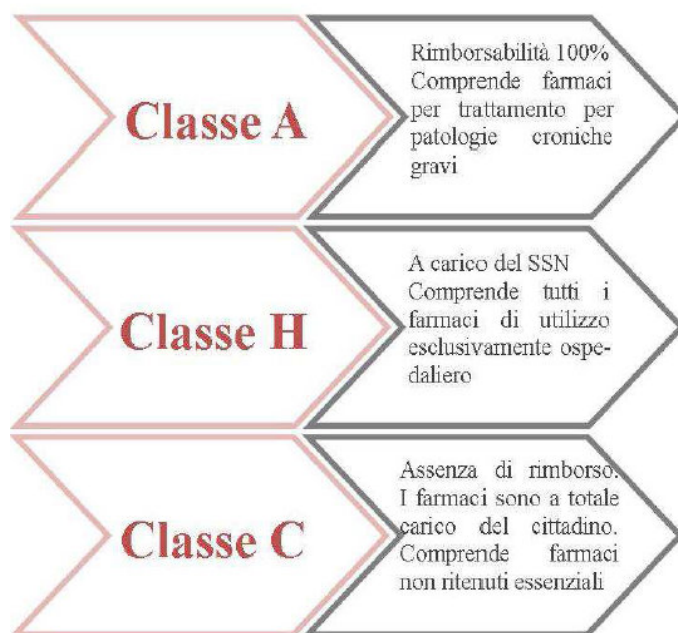
Il Patto, sempre in tema di assistenza ospedaliera, prevede che entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni stipolino un'**intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio**.

Infine, entro 6 mesi dalla stipula del Patto sarà definito, a sviluppo di quanto previsto dal Piano di indirizzo per la riabilitazione del 10 febbraio 2011, un **documento di indirizzo sull'appropriatezza riabilitativa** che individui per l'appunto criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari *setting* riabilitativi al fine di garantire alle persone con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa.

## Assistenza farmaceutica

Rispetto al governo della spesa farmaceutica, si ritiene necessario incrementare e migliorare le strategie che favoriscono l'accesso dei cittadini ai farmaci innovativi (un nuovo trattamento è innovativo quando offre benefici maggiori rispetto alle opzioni precedentemente disponibili) ed efficaci ai fini della tutela della salute e a garanzia della centralità del paziente nei percorsi assistenziali e terapeutici.

Tra i principali impegni assunti all'interno del Patto vi è l'**aggiornamento del prontuario farmaceutico nazionale**, che contiene la lista dei farmaci presenti sul mercato del Paese con l'indicazione di quello che potremmo definire il loro "status" di rimborsabilità. Attualmente le classi di rimborso previste in Italia sono principalmente tre:



L'aggiornamento del prontuario era previsto anche nel cosiddetto decreto "Balduzzi" del 2012 ma non è mai stato varato.

Tale aggiornamento viene demandato all'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) che dovrà introdurre i farmaci innovativi ed eliminare quelli obsoleti.



## Revisione disciplina dei ticket

---

Tema fondamentale che tocca la maggioranza delle famiglie è la **revisione della disciplina dei ticket sanitari, da attuarsi entro il 30 novembre 2014, secondo dichiarati principi di equità ed universalismo.**

La previsione è che le esenzioni vengano ridotte in modo consistente ed il testo mette in chiaro che **il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare.** Non saranno più valide le autocertificazioni e i dati saranno forniti direttamente dall'Agenzia delle Entrate, sulla base delle dichiarazioni dei redditi fornite da ogni singolo cittadino.

I cittadini, tramite la propria tessera sanitaria elettronica, vedranno automaticamente l'importo del ticket sanitario da pagare quando acquisteranno medicinali o effettueranno una visita medica.

**Il nuovo sistema** – che dovrà essere messo a punto da un gruppo di lavoro misto Regioni Ministero della Salute e dell'Economia, Agenas e dal quale si attendono risparmi per almeno 200 milioni – **dovrà quindi considerare il reddito, la composizione del nucleo familiare, essere semplice e chiaro per la sua applicazione e garantire lo stesso gettito per ogni Regione.**

## Aggiornamento del Nomenclatore Tariffario

---

L'aggiornamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e del nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili<sup>1</sup> sono istanze imprescindibilmente legate alla qualità della vita e talvolta delle stessa sopravvivenza delle persone con grave disabilità.

**Nel Patto vi è l'impegno di procedere rapidamente all'aggiornamento del nomenclatore tariffario** dando quindi attuazione all'articolo 5 del decreto "Balduzzi" che si poneva l'obiettivo di aggiornare l'elenco entro maggio 2013.

Le risorse necessarie all'aggiornamento del nomenclatore protesico saranno individuate all'interno dei finanziamenti a favore del Servizio Sanitario Nazionale.

---

<sup>1</sup> Il nomenclatore tariffario (allegato al Decreto del Ministro della Salute n.332/1999) contiene l'elenco delle prestazioni protesiche e dei dispositivi erogabili a carico dal Servizio Sanitario Nazionale.

Si auspica quindi che questa volta il nomenclatore tariffario - fermo a quindici anni fa – venga finalmente aggiornato con tutte le novità in campo di ausili che, ad oggi, non sono previste. Ciò provoca un disagio alle persone ma anche alle stesse aziende che hanno difficoltà a erogare strumenti al prezzo previsto da un decreto del 1999 e magari potrebbero fornirne di più evoluti e adeguati alle esigenze delle persone, a prezzi più contenuti, che pur essendo già oggi disponibili non sono però in elenco.

### **Mobilità transfrontaliera**

---

**È in vigore dal 5 aprile 2014, il provvedimento (D.Lgs n.38/2014) che intende eliminare gli ostacoli che impediscono ai pazienti di curarsi in altri Paesi UE, formalizzando il diritto di recarsi in uno Stato membro diverso da quello di appartenenza e ottenere, al proprio rientro, il rimborso delle spese sostenute.** Restano escluse dal campo di applicazione della direttiva tre categorie: i servizi assistenziali di lunga durata, i trapianti d'organo e i programmi pubblici di vaccinazione.

Il decreto legislativo prevede:

- norme sulle prescrizioni di medicinali rilasciate in un altro Stato membro, con la previsione del riconoscimento delle stesse per la fornitura di medicinali;
- disposizioni relative al rimborso delle prestazioni godute all'estero in misura corrispondente ai costi che il sistema nazionale avrebbe coperto se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata nello Stato membro di appartenenza;
- istituzione del punto di contatto nazionale presso il Ministero della Salute che fornirà tutte le informazioni necessarie circa le procedure di rimborso e di autorizzazione, ma anche in merito agli standard di qualità e di sicurezza e circa l'affidabilità del prestatore di assistenza sanitaria prescelto. Il punto di contatto nazionale dovrà essere collegato ai *contact-point* regionali istituiti dalle Regioni;
- procedure amministrative relative alla richiesta di autorizzazione preventiva e alla richiesta di rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

**Al fine quindi di garantire un'omogenea applicazione in tutte le Regioni del decreto sovra**

**citato** (che dà attuazione a delle direttive europee<sup>2</sup>) **il Patto per la Salute concorda sull'importanza di procedere ad una tempestiva adozione**, entro il 31 ottobre 2014, **delle linee guida sull'assistenza sanitaria transfrontaliera**, adottando una modalità di progressiva implementazione delle stesse.

## Sanità digitale

---

Le Regioni e il Governo hanno trenta giorni di tempo dall'approvazione del Patto per la Salute per **stipulare un altro patto**, quello per la **Sanità Digitale, al fine di garantire efficienza, trasparenza e sostenibilità**. Si tratta di un piano strategico per mettere in rete servizi, farmacie, medici di base, strutture ospedaliere e per monitorare tutto il sistema con la massima trasparenza e la possibilità di intervenire in caso di sue inefficienze.

Lo strumento per programmare gli interventi sui sistemi informativi sarà il Piano di Evoluzione dei Flussi (NSIS), che consentirà anche il monitoraggio dei Lea e dei relativi costi.

## HTA (Health Technology Assessment)

---

Al fine di migliorare la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di selezionare i dispositivi medici e le tecnologie elettromedicali in relazione al valore generato nel sistema, il Ministero della Salute – coadiuvato da Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) e Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) – dovrà **promuovere la creazione del Programma Nazionale di Hta<sup>3</sup> dei dispositivi medici e favorire valutazioni di Hta**, volte a caratterizzare e individuare i percorsi farmaco-terapeutici in grado di garantire l'impiego efficiente delle risorse disponibili.

---

<sup>2</sup> Direttiva 2011/24/UE; Direttiva 2012/52/UE

<sup>3</sup> L'HTA (valutazione delle tecnologie sanitarie) è il processo che si occupa di valutare in modo complessivo, sistematico, multidisciplinare, trasparente, imparziale e robusto le informazioni su aspetti e conseguenze sanitarie, sociali, economiche ed etiche – nel breve e lungo periodo - connesse con l'introduzione, uso, implementazione di una tecnologia o intervento sanitario. Prende in considerazione tutti gli aspetti che possono essere influenzati dalla tecnologia in esame, ma anche quelli che possono influenzarne l'impiego e i relativi risultati. Il suo scopo è garantire scelte sanitarie (politiche o aziendali) sicure ed efficaci per ottenere il miglior valore per il paziente e l'istituzione.

## **Piano di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali**

---

Si conviene di dover **ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro** con processi di qualificazione dei servizi sanitari regionali. In particolare, si prevede la realizzazione di un efficace sistema di monitoraggio e supporto alle Regioni, che consenta di intervenire prima che si realizzino le condizioni che impongono l'adozione dei piani di rientro (ovvero del piano di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del servizio sanitario regionale). In questa attività di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari regionali, il Ministero della Salute si avvarrà del supporto tecnico-operativo di Agenas.

## **Umanizzazione delle cure**

---

Nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare **interventi di umanizzazione in ambito sanitario** che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

Un altro impegno è la definizione di un programma annuale che comprenda la definizione di attività progettuali in materia di formazione del personale e in tema di cambiamento organizzativo. Inoltre, per il monitoraggio del grado di soddisfazione dei cittadini si prevede **l'utilizzo sistematico di strumenti di valutazione della qualità percepita**.

## **Ricerca sanitaria**

---

Richiamando all'importanza della **ricerca sanitaria come parte integrante delle attività del Servizio Sanitario Nazionale** per garantire ai cittadini una sanità che risponda in modo efficace, efficiente e sostenibile ai reali bisogni di assistenza e cura, si sottolinea l'importanza di reperire fonti di finanziamento, individuare possibili sinergie fra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed extraeuropea e valorizzare le risorse già presenti nel SSN.

## 2. Commento di AISM al Patto per la Salute

Come riportato nelle premesse istituzionali si tratta, con molta probabilità, dell'ultima intesa con l'attuale assetto costituzionale e sarebbe stato quindi utile definire in modo chiaro competenze e ruoli degli enti chiamati al cambiamento.

Prima quindi di vagliare le positività e criticità del nuovo Patto per la Salute è necessario porsi una domanda condivisa da molti: i molteplici rinvii a provvedimenti ed il labirinto di scadenze più o meno serrate potrebbero compromettere l'effettiva realizzazione di tutti gli impegni contenuti nel testo? Ad oggi non esiste ancora risposta ma le cento date in calendario per portare a casa la riforma che dovrà mettere in sicurezza il Servizio Sanitario Nazionale sono sicuramente impegnative.

Per quanto riguarda i contenuti del Patto, si denota come positivo il fatto che si preveda la **certezza di un finanziamento triennale** (anche se sappiamo essere correlato alla capacità del Paese di "tenere" economicamente) e il fatto che vengano concretamente toccati aspetti come la **riduzione dell'inappropriatezza**, l'implementazione della "**clinical governance**" - anche adottando sistemi di **HTA** - nonché temi fondamentali quali la **continuità delle cure**, **l'integrazione socio-sanitaria**, la **centralità del paziente**, la garanzia di un'**appropriatezza riabilitativa**, **l'umanizzazione delle cure**, l'assegnazione ai vari professionisti di **responsabilità non solo individuali ma anche di équipe** su compiti e obiettivi, temi che AISM sta promuovendo concretamente nel lavoro che sta portando avanti con le Regioni per la costruzione di **percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per la SM**.

Importante poi che il modello di servizio che si intende adottare sia quello della **medicina di iniziativa** (non più di attesa) capace di prendere in carico i pazienti in fasi di patologia iniziali attraverso percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali costo/efficaci e la previsione di un **piano nazionale delle cronicità**.

Fondamentale sarà inoltre la prevista riorganizzazione del sistema dei servizi con la **nascita del sistema di cure primarie**, di **servizi quali il 116-117 (guardia medica non urgente)** per una sanità più vicina ai cittadini ed ai loro luoghi di vita, nell'ottica di ridurre gli accessi impropri alle strutture ospedaliere e di rispondere al meglio e in ottica integrata e multidisciplinare ai bisogni della popolazione.

Tra le positività del Patto vi è senz'altro l'attenzione posta al tema della **ricerca sanitaria**, intesa – in linea con AISM – come parte integrante delle attività del Servizio Sanitario Nazionale, che deve avere fonti di finanziamento certe e sinergie fra il pubblico e il privato ma anche tra la ricerca nazionale ed europea/extraleuropea. Come sancito nella **Carta dei Diritti delle persone con Sclerosi Multipla** la ricerca è lo strumento a disposizione delle persone con

SM per incidere sulla "storia" della malattia e migliorare il benessere e la qualità di vita, garantendo sempre e comunque il rigore del metodo e l'affidabilità dei risultati.

Il disegno che emerge è quindi organico e condivisibile ma solleva tuttavia alcune criticità.

Per prima cosa pone sfide attuative non di poco conto: riconvertire o costruire i luoghi fisici del sistema di cure territoriali previsto dal Patto (e già precedentemente definiti dal Decreto Balduzzi), definire ed attivare i percorsi per patologia, attivare la medicina di iniziativa, costruire sistemi informatici *ad hoc* per garantire il flusso di informazioni tra servizi (nell'ottica dell'integrazione multi professionale) richiederà molto tempo ed una riorganizzazione consistente del sistema dei servizi. Inoltre il Patto lascia molti fronti aperti su temi fondamentali quali la **revisione dei LEA e del nomenclatore tariffario**, ormai divenute questioni "storiche" sulle quali le pronunce di intervento sono state innumerevoli ma rimandate di anno in anno senza addivenire ad una concretezza d'azione, quando invece le persone aspettano da tempo risposte immediate.

Infine andrà posta particolare attenzione alla **revisione del sistema dei ticket sanitari**: la nuova legislazione in materia di ticket potrà infatti prevedere che i cittadini paghino in maniera proporzionale al loro reddito le visite mediche, le prestazioni accessorie e i farmaci, **compresi quelli per malattie croniche**, mentre fino ad oggi tutte le persone, abbienti o meno, che soffrivano di malattie croniche, sclerosi multipla compresa, usufruivano dell'esenzione dal ticket per le prestazioni per il monitoraggio della patologia.

### **Per approfondimenti:**

**[http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_044351\\_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf)**