



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La classifica in base al denaro pubblico destinato dallo Stato ad enti e amministrazioni

Spesa per Regioni, Campania terza

Con oltre 36 miliardi il Lazio al primo posto seguito dalla Lombardia

Sono gli altoatesini i più grandi "catalizzatori" di denaro pubblico destinato dallo Stato ad enti, amministrazioni e fondi su base locale. A livello procapite, contro una media nazionale di circa 3.600 euro a testa, gli abitanti delle Province autonome di Trento e Bolzano si sono visti direttamente o indirettamente destinare tra i 7.600 e gli 8.900 euro, circa quattro volte quello che è invece arrivato a ciascun abitante della Lombardia. I dati emergono dall'ultimo rapporto della Ragioneria generale dello Stato sulla "spesa statale regionalizzata", ovvero sulla ripartizione territoriale dei pagamenti del bilancio dello Stato. Su un ammontare complessivo di pagamenti pari nel 2014 a 563,1 miliardi, a livello regionale sono stati ripartiti, spiega la Rgs, 258,7 miliardi. I pagamenti complessivi sono stati erogati dallo Stato a qualsiasi titolo per spese correnti e spese in conto capitale, distinti per regione di destinazione. Si tratta di voci quali stipendi, acquisti di beni e servizi, trasferimenti ad amministrazioni ed enti pubblici, a imprese e famiglie, interessi, investimenti diretti e contributi agli investimenti. Rimangono invece escluse le spese per rimborsi di prestiti. Guardando al dettaglio dei dati in valori assoluti, il Lazio, dove il numero di dipendenti pubblici è più alto anche per la presenza del governo e della molte sedi centrali delle istituzioni nazionali a Roma, è la Regione che assorbe di più (oltre 36 miliardi al netto degli interessi),



Il Ministro Carlo Padoan

seguita dalla Lombardia, dalla Campania e dalla Sicilia, tutte sopra i 20 miliardi. Non a caso Regioni dove il numero degli abitanti è più alto. Se però si interpretano i numeri del rapporto della Ragioneria ribaltando la prospettiva, considerando cioè non la spesa generale ma a quella pro-capite, il panorama cambia drasticamente. La Lombardia sprofonda all'ultimo posto con "appena" 2.265 euro a testa, preceduta da Emilia Romagna (2.681 euro), Veneto (2.741 euro) e Piemonte (2.846 euro a testa). Tutte Regioni del Nord o del Centro-Nord. Al top ci sono invece ancora Regioni settentrionali, ma a statuto speciale. A Bolzano la spesa per abitante arriva a 8.864 euro e a Trento a 7.638 euro. Al terzo posto un'altra Regione autonoma, la Valle d'Aosta, dove sono stati destinati 7.475 a testa. Al quarto

Settore rifiuti troppo frammentato

Nel settore dei rifiuti e dell'igiene urbana, in Italia si ha a che fare con uno 'spezzatinò' di 463 società. Una cascata di operatori (il 4% genera il 40% del fatturato), che generano un fatturato di 10,5 miliardi di euro. E che però avrebbero bisogno di una spinta verso l'industrializzazione, verso una maggiore efficienza e qualità del servizio. Questo lo stato dell'arte in Italia, fotografato dalla Fondazione Utilitatis nella nuova edizione del rapporto 'Green Book', messo a punto con la collaborazione della Cassa depositi e

prestiti. Indipendentemente dal tipo di imprese, siano esse pubbliche o private, per il ministro dell'Ambiente Gian Luca Galletti "l'efficienza e la qualità del servizio" sono gli obiettivi da raggiungere, che dovrebbero essere ancor più garantiti dall'affidamento della regolazione del settore all'Authority per l'energia (come indicato dai decreti della legge Madia sulla Pa), anche grazie alla «trasformazione dalla tassa alla tariffa». Dal rapporto emerge «il bisogno di un'accelerazione industriale del settore».

quotidianosanita.it

Martedì 02 FEBBRAIO 2016

730 precompilato e spese mediche. In Gazzetta il decreto con la mini proroga al 9 febbraio

Publicato il decreto del Ministero dell'Economia che stabilisce la proroga al 9 febbraio per la trasmissione delle spese sanitarie da parte di medici e strutture e lo slittamento dei tempi anche per gli assistiti per esercitare il diritto all'opposizione. [IL DECRETO](#)

Dopo l'annuncio dell'Agenzia delle Entrate arriva in Gazzetta Ufficiale il decreto del MEF con la 'mini' proroga per gli adempimenti del 730 precompilato e le spese mediche. In primis il termine entro il quale deve essere effettuata la trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie da parte delle strutture sanitarie e dei medici, è prorogato al 9 febbraio 2016. In seconda battuta l'assistito potrà esercitare l'opposizione di cui dal 10 febbraio 2016 al 9 marzo 2016.

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 26 gennaio 2016.

Proroga dei termini di cui al decreto 31 luglio 2015 concernente le specifiche tecniche e modalità operative relative alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al Sistema tessera sanitaria, da rendere disponibili all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata.

IL RAGIONIERE GENERALE DELLO STATO

Visto l'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 (Sistema tessera sanitaria);

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 marzo 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 124 del 28 maggio 2008, attuativo del comma 5-bis del citato art. 50;

Visto il comma 3 dell'art. 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175 recante semplificazione fiscale e dichiarazione dei redditi precompilata, il quale prevede che ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate:

le ASL, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dei policlinici universitari, le farmacie pubbliche e private, i presidi di specialistica ambulatoriale, le strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa e gli altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari;

gli iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri;

inviano al Sistema TS, secondo le modalità previste dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 marzo 2008 i dati relativi alle prestazioni erogate, ad esclusione di quelle previste dal comma 2 del medesimo art. 3, ai fini della loro messa a disposizione dell'Agenzia delle entrate;

Visto il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, concernente il Codice per la protezione dei dati personali;

Visto il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, recante "Codice dell'Amministrazione Digitale";

Acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, reso in data 30 luglio 2015, ai sensi dell'art. 154, comma 4, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196;

Visto il provvedimento n. 103408 del 31 luglio 2015 del direttore dell'Agenzia delle entrate, attuativo dell'art. 3, comma 5 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175, concernente le modalità tecniche di utilizzo dei dati di cui ai commi 2 e 3 del citato art. 3 del medesimo decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175;

Visto il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 31 luglio 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 185 dell'11 agosto 2015, attuativo dell'art. 3 comma 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175, il quale, in particolare, prevede al paragrafo 4.6 dell'Allegato A che costituisce parte integrante del medesimo decreto, che la trasmissione dei dati delle spese sanitarie deve essere effettuata entro e non oltre il mese di gennaio dell'anno successivo a quello della spesa effettuata dall'assistito (ovvero dei relativi rimborsi);

Visto il provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 26 gennaio 2016, il quale prevede la proroga dei termini di cui al citato provvedimento n. 103408 del 31 luglio 2015 del direttore dell'Agenzia delle entrate, per la trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie relative all'anno 2015;

Considerato che risulta necessario adeguare i termini di cui al citato decreto 31 luglio 2015 del Ministero dell'economia e delle finanze alla proroga disposta dal predetto provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 26 gennaio 2016;

Decreta:

Art. 1.

1. Ai fini del presente decreto si intende per:

a) "Assistito", il soggetto che ha diritto all'assistenza sanitaria nell'ambito del SSN;

b) "Sistema TS", il sistema informativo realizzato dal Ministero dell'economia e delle finanze in attuazione di quanto disposto dall'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 e dal DPCM 26/3/2008;

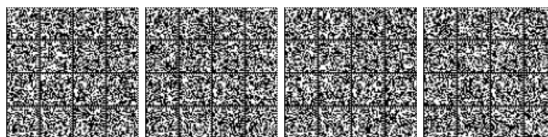
c) "Decreto 31/7/2015": decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 31 luglio 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 185 dell'11 agosto 2015, attuativo dell'art. 3 comma 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175;

d) "provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 26 gennaio 2016" il provvedimento del Direttore dell'Agenzia delle entrate del 26 gennaio 2016 di proroga dei termini di cui al provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate 31 luglio 2015;

e) "strutture sanitarie", le strutture di cui all'art. 3, comma 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175;

f) "medici", i medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri;

g) "documento fiscale", le ricevute di pagamento, fatture e scontrini fiscali relativi alle spese sanitarie sostenute dagli assistiti per il pagamento del ticket ovvero per l'acquisto delle prestazioni sanitarie, ovvero relative ai rimborsi erogati per le spese sanitarie sostenute dagli assistiti, ai fini della predisposizione da parte dell'Agenzia delle entrate della dichiarazione dei redditi precompilata;



Art. 2.

Proroga dei termini di cui al decreto 31 luglio 2015 del Ministero dell'economia e delle finanze

1. Per i dati dei documenti fiscali relativi all'anno 2015 da trasmettere al Sistema TS ai sensi del decreto 31/7/2015, in conformità con quanto previsto dal provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 26 gennaio 2016, i termini di cui al medesimo decreto 31/7/2015 sono modificati come segue:

a. l'assistito può esercitare l'opposizione di cui all'art. 3, comma 4 del decreto 31 luglio 2015 del Ministero dell'economia e delle finanze dal 10 febbraio 2016 al 9 marzo 2016;

b. il termine, di cui al paragrafo 4.6 dell'Allegato A del decreto 31 luglio 2015, entro il quale deve essere effettuata la trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie da parte delle strutture sanitarie e dei medici, è prorogato al 9 febbraio 2016.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 26 gennaio 2016

*Il Ragioniere generale
dello Stato*
FRANCO

16A00712

**MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE
ALIMENTARI E FORESTALI**

DECRETO 13 gennaio 2016.

Sospensione dell'incarico a svolgere le funzioni di cui all'art. 14, comma 15, della legge 21 dicembre 1999, n. 526 per la DOP Ragusano, conferito al Consorzio per la tutela del formaggio Ragusano DOP, in Ragusa con decreto 28 ottobre 2013.

IL DIRETTORE GENERALE
PER LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ
AGROALIMENTARE E DELL'IPPICA

Visto il Regolamento (CE) n. 1151/2012 del Consiglio del 21 novembre 2012 relativo ai regimi di qualità dei prodotti agricoli ed alimentari;

Visto le premesse sulle quali è fondato il predetto Regolamento (CE) n. 1151/2012 ed, in particolare, quelle relative alle esigenze dei consumatori che, chiedendo qualità e prodotti tradizionali, determinano una domanda di prodotti agricoli o alimentari con caratteristiche specifiche riconoscibili, in particolare modo quelle connesse all'origine geografica;

Vista la legge 21 dicembre 1999, n. 526, recante disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alla Comunità europea - legge comunitaria 1999;

Visto l'art. 14 della citata legge 21 dicembre 1999 n. 526, ed in particolare il comma 15, che individua le funzioni per l'esercizio delle quali i Consorzi di tutela delle DOP, delle IGP e delle STG possono ricevere, mediante provvedimento di riconoscimento, l'incarico corrispondente dal Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali;

Visto il regolamento (CE) n. 1263 della Commissione del 1° gennaio 1996, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* dell'Unione europea L. 163 del 2 luglio 1996 con il quale è stata registrata la denominazione di origine protetta "Ragusano";

Visto il decreto 28 ottobre 2013 con il quale è stato attribuito per un triennio al Consorzio per la tutela del formaggio Ragusano DOP il riconoscimento e l'incarico a svolgere le funzioni di cui all'art. 14, comma 15, della legge 21 dicembre 1999, n. 526 per la DOP "Ragusano";

Visto il decreto dipartimentale n. 7422 del 12 maggio 2010 recante disposizioni generali in materia di verifica delle attività istituzionali attribuite ai Consorzi di tutela ai sensi dell'art. 14, comma 15, della legge 21 dicembre 1999, n. 526;

Visto in particolare l'art. 5 del citato decreto 12 maggio 2010 che disciplina le misure applicabili ai consorzi di tutela in caso di inadempimento delle previsioni di cui al decreto stesso;

Considerato che il Consorzio per la tutela del formaggio Ragusano DOP non ha fornito alla data del 30 settembre 2015 i documenti e le informazioni richieste dai punti 1, 2 e 3 dell'allegato al decreto dipartimentale n. 7422 del 12 maggio 2010 relative all'anno 2014;

Vista la nota prot. Mipaaf n. 73341 del 29/10/2015 con la quale l'Amministrazione ha sollecitato il Consorzio per la tutela del formaggio Ragusano DOP a fornire la documentazione prevista dal decreto 12 maggio 2010;

Vista la nota prot. Mipaaf n. 77869 del 17/11/2015 con la quale l'Amministrazione ha comunicato al Consorzio per la tutela del formaggio Ragusano DOP l'avvio del procedimento di sospensione temporanea dell'incarico conferito con decreto 28 ottobre 2013;

Vista la nota prot. Mipaaf n. 84452 del 10 dicembre 2015 con la quale l'Amministrazione ha ulteriormente chiesto al Consorzio per la tutela del formaggio Ragusano DOP la documentazione prevista dal decreto 12 maggio 2010;

Considerato che alla data del presente decreto il Consorzio non ha ancora fornito la documentazione prevista dal decreto direttoriale 12 maggio 2010;

Ritenuto pertanto necessario procedere alla sospensione temporanea dell'incarico a svolgere le funzioni di cui all'art. 14, comma 15, della legge 21 dicembre 1999, n. 526 per la DOP "Ragusano" al Consorzio per la tutela del formaggio Ragusano DOP ai sensi di quanto previsto dall'art. 5 del decreto direttoriale 12 maggio 2010;

Decreta:

Articolo unico

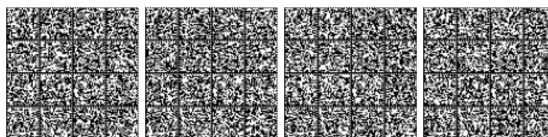
L'incarico a svolgere le funzioni di cui all'art. 14, comma 15, della legge 21 dicembre 1999, n. 526 per la DOP "Ragusano" conferito al Consorzio per la tutela del formaggio Ragusano DOP, con sede legale in Ragusa, Viale delle Americhe, 139 è sospeso fino alla data di trasmissione della documentazione richiesta dal decreto direttoriale 12 maggio 2010 ovvero fino alla data di scadenza dell'incarico.

Il presente decreto è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana ed entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione.

Roma, 13 gennaio 2016

Il direttore generale: GATTO

16A00603



Labirinto 730 precompilato

L'invio dei dati delle spese mediche è stato prorogato solo al 9 febbraio. E bisogna farsene una ragione. L'Agenzia delle Entrate lo ha detto senza se e senza ma. Per i medici e gli odontoiatri è quello il capolinea per inviare al sistema Tessera sanitaria l'elenco delle prestazioni sanitarie erogate nel 2015, per consentirne l'inserimento del modello 730 precompilato. Ma questo sistema sembra incontrare un mare di difficoltà. Difficoltà a partita doppia, perché riguardano sia i cittadini-contribuenti sia i professionisti che in questo caos dovranno trovare il bandolo della matassa per non commettere errori e rispettare le scadenze. Perché il "new deal" fiscale, previsto dal Dm 31 luglio 2015, avrà anche come obiettivo una semplificazione delle procedure e una maggiore tracciabilità delle operazioni, ma al momento è un labirinto. E tra rimborsi, diritto di opposizione, can-

cellazione e diritto alla Privacy, le scadenze sono a incastro. E se per questo primo anno le sanzioni per i ritardi saranno minime, è sempre meglio evitare di sbagliare. Per non perdersi bisogna seguire il filo di Arianna, passo passo, come spieghiamo nel nostro approfondimento. (L.Va.)

FERRARI A PAG. 12-13

FISCO/ Istruzioni per l'uso del precompilato: i dati da trasmettere e le varie detrazioni

730 precompilato, ecco le regole

Deadline 9 febbraio per inviare le comunicazioni sulle spese sanitarie

Per rendere più completo il modello 730 precompilato, entro martedì 9 febbraio 2016, salvo proroghe, i soggetti obbligati devono inviare al Sistema Tessera sanitaria i dati relativi alle prestazioni erogate nel 2015, ai fini della loro messa a disposizione da parte dell'agenzia delle Entrate.

A partire dal 2016, il Sistema Tessera sanitaria, dal 1° marzo di ciascun anno, metterà a disposizione dell'agenzia delle Entrate i dati consolidati relativi a:

a) spese sanitarie sostenute nel periodo d'imposta precedente;

b) rimborsi effettuati nell'anno precedente per prestazioni non erogate o parzialmente erogate, specificando la data nella quale sono stati versati i corrispettivi delle prestazioni non fruite.

Dunque, il primo invio dei dati entro il 31 gennaio 2016 riguarderà scontrini e fatture dell'intero anno 2015.

Chi può trasmettere telematicamente i dati. I predetti dati possono essere trasmessi:

• direttamente dai soggetti interessati;

• attraverso apposita delega per il tramite delle associazioni di categoria e dai professionisti che si occupano della contabilità degli stessi. Il Sanitario resta l'unico responsabile dell'invio anche quando fornisce delega.

Come precisato nell'allegato A al citato Dm paragrafo 4.4, nel caso di documenti fiscali cartacei, i soggetti delegati possono essere individuati solo nell'ambito di coloro che già trattano per conto del medesimo soggetto delegante lo stesso documento fiscale per altre finalità previste dalla normativa vigente.

Le Asl e/o gli Ordini professionali non sono indicati tra coloro che possono sostituirsi all'interessato. In questo caso, le associazioni di categoria o i soggetti che si occupano della contabilità dei soggetti sopra elencati, devono richiedere al Mef - ministero Economia e finanze, una specifica abilitazione per l'invio telematico dei dati per conto del delegante (articolo 2, comma 4, del

Dm 31 luglio 2015).

Studi associati. A oggi l'agenzia non ha dato una risposta precisa in proposito. Secondo le interpretazioni più accreditate l'onere di trasmissione è in capo al medico responsabile dello studio.

Studi medici specialistici privati. Anche i medici specialisti devono inviare i dati.

Cosa deve fare il medico se il contribuente non ha il 730 in quanto presenta la dichiarazione ordinaria. Deve comunque inviare le fatture. L'agenzia delle Entrate e il contribuente avranno poi l'onere di valutarne la deducibilità.

Come ci si deve comportare se l'acquisto è fatto da persona diversa da quella a cui è intestata la ricetta. Sul punto è possibile richiamare la circolare dell'agenzia delle Entrate n. 30 del 2008 emessa a chiarimento dell'articolo 1, comma 28, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007).

In conseguenza delle modifiche apportate dal richiamato articolo 1 della legge Finanziaria 2007, la deducibilità o la detraibilità delle

spese sanitarie relative all'acquisto di medicinali è subordinata alla certificazione delle stesse mediante la relativa fattura o lo scontrino fiscale in cui devono essere riportati e specificati la natura, la qualità e la quantità dei prodotti acquistati, nonché il codice fiscale del destinatario, ovvero del soggetto che dedurrà o detraerà la relativa spesa o di altro componente del nucleo familiare che sia a carico del soggetto medesimo (il cosiddetto "scontrino parlante").

Chi accede ai dati dell'agenzia delle Entrate. L'agenzia delle Entrate accede ai dati delle spese sanitarie e dei rimborsi avvalendosi di servizi di cooperazione applicativa esposti dal Sistema Tessera sanitaria.

I dati non comprendono le spese sanitarie e i rimborsi per i quali l'assistito abbia manifestato l'opposizione, per le spese 2015 è possibile, utilizzando l'apposito modulo scaricabile dal sito dell'agenzia delle entrate.

Come dare prova dell'opposizione del contribuente all'invio. Il Sistema

Tessera sanitaria fornisce, per ciascun soggetto, i totali di spesa e i totali dei rimborsi aggregati in base alle tipologie di spesa, a esclusione delle spese sanitarie e dei rimborsi per i quali l'assistito abbia manifestato l'opposizione.

L'agenzia delle Entrate elabora i dati relativi alle spese sanitarie e ai rimborsi messi a disposizione dal Sistema Tessera sanitaria con sistemi automatici, determinando l'importo complessivo delle spese agevolabili ai fini fiscali da utilizzare per la dichiarazione dei redditi precompilata.

I sistemi di elaborazione dell'agenzia delle Entrate li suddividono in:

- spese automaticamente agevolabili, secondo la legislazione fiscale vigente;
- spese agevolabili solo a particolari condizioni

La posizione del contribuente. In fase di accesso alla dichiarazione precompilata, il contribuente visualizza nell'elenco delle informazioni attinenti la dichiarazione precompilata i seguenti dati riferibili anche ai familiari a carico con esclusione di quelli per i quali sia stata manifestata l'opposizione:

a) totale delle spese sanitarie automaticamente agevolabili e dei relativi rimborsi aggregati;

b) totale delle spese sanitarie agevolabili solo in presenza di particolari condizioni e dei relativi rimborsi.

Il totale delle spese sanitarie automaticamente agevolabili viene, inoltre, esposto, secondo la legislazione fiscale vigente, negli appositi campi della dichiarazione precompilata, al netto delle

relative spese rimborsate riferibili al medesimo anno d'imposta.

Se il familiare risulta a carico di più contribuenti, le spese vengono inserite nelle dichiarazioni precompilate di questi ultimi in proporzione alla percentuale di carico.

I rimborsi delle spese sanitarie riferite ad annualità differenti, dovuti alla mancata erogazione totale o parziale della prestazione sanitaria ed erogati in un'annualità diversa da quella in cui è stato effettuato il relativo pagamento, sono inseriti nella dichiarazione precompilata del contribuente nel quadro relativo ai redditi assoggettati a tassazione separata.

Se la spesa sanitaria oggetto del rimborso non è stata portata in detrazione nella dichiarazione dei redditi relativa all'anno in cui è stata sostenuta, il contribuente può modificare la dichiarazione precompilata eliminando dai redditi assoggettati a tassazione separata l'importo del relativo rimborso.

Le informazioni sono rese disponibili ai Caf e ai professionisti abilitati, nonché ai sostituti d'imposta, preventivamente delegati dal contribuente con le modalità di cui al provvedimento del direttore dell'agenzia delle Entrate del 23 febbraio 2015, e ai dipendenti dell'Agenzia delle entrate incaricati di fornire assistenza ai contribuenti in relazione alla dichiarazione precompilata.

La delega ai professionisti abilitati. Il Caf, il professionista abilitato e il sostituto d'imposta che presta assistenza fiscale acquisiscono le deleghe per l'accesso attraverso l'apposito sistema informatico, unitamente a copia di un documento di identità del delegante, in formato cartaceo ovvero in formato elettronico. La delega può essere sottoscritta elettronicamente,

nel rispetto delle regole tecniche adottate ai sensi dell'articolo 71 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

Se il sostituto d'imposta ha fornito ai contribuenti sostituiti utenza e password personali per l'accesso al sistema informativo aziendale o a un'area di questo appositamente dedicata, in alternativa alle modalità indicate al punto 5.1 è possibile per i contribuenti sostituiti conferire la delega utilizzando le suddette credenziali.

La delega per l'accesso ai documenti contiene le seguenti informazioni:

- a) codice fiscale e dati anagrafici del contribuente;
- b) anno d'imposta cui si riferisce la dichiarazione 730 precompilata;
- c) data di conferimento della delega;
- d) indicazione che la delega si estende, oltre all'accesso alla dichiarazione 730 precompilata anche alle informazioni riguardanti l'aspetto in discorso

L'eventuale revoca di una delega fornita dal contribuente è acquisita con le stesse modalità.

Nel caso in cui il contribuente che richiede assistenza fiscale non intenda utilizzare la dichiarazione 730 precompilata, il Caf o il professionista abilitato acquisisce idonea documentazione da cui si evince la mancata autorizzazione da parte del contribuente all'accesso alla dichiarazione 730 precompilata.

Il sostituto d'imposta, il Caf e il professionista abilitato conservano le deleghe acquisite, unitamente alle copie dei documenti di identità dei deleganti, e individuano uno o più responsabili per la gestione delle suddette deleghe. Le deleghe acquisite direttamente in formato elettronico sono conservate nel rispetto

delle regole tecniche di cui all'art. 71 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

Consultazione dei dati di dettaglio da parte del contribuente. Ai fini dell'eventuale consultazione dei dati delle spese sanitarie indicati nella dichiarazione precompilata, a partire dal 15 aprile di ciascun anno il contribuente può verificare sul sito dell'agenzia delle Entrate nell'area autenticata le informazioni di dettaglio relative alle singole spese sanitarie e ai rimborsi, anche con riferimento a alle spese e ai rimborsi relativi ai familiari a carico, a esclusione delle spese sanitarie e dei rimborsi per i quali l'assistito abbia manifestato l'opposizione.

Le informazioni di dettaglio non possono essere visualizzate né dai dipendenti dell'Agenzia delle Entrate, in sede di assistenza, né dai soggetti delegati che accedono alla dichiarazione precompilata.

Sanzioni per inadempimenti. L'articolo 23 del D.Lgs 158/2015 ha introdotto la sanzione di 100 euro per ogni comunicazione omessa fino a un massimo di 50.000 euro.

La sanzione non si applica se la trasmissione dei dati corretti è effettuata entro i 5 giorni successivi alla scadenza, ovvero, nei casi di segnalazione da parte dell'Agenzia delle Entrate, entro i 5 giorni successivi alla segnalazione stessa.

Se la segnalazione è trasmessa entro 60 giorni dalla scadenza, la sanzione è ridotta di un terzo con un massimo di 20.000 euro.

pagine a cura di
Paola Ferrari
avvocato

La normativa

Con il decreto ministeriale 31 luglio 2015 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 185 dell'11 agosto 2015), sono state fissate le regole che i soggetti obbligati devono seguire per inviare in via telematica fatture e scontrini per prestazioni sanitarie al Sts - Sistema tessera sanitaria.

Nel caso di farmacie, laboratori di analisi e centri privati le linee essenziali sono desumibili dal provvedimento del 31 luglio 2015 con cui il direttore dell'agenzia delle Entrate ha dettato modalità di trattamento e accesso ai dati (delle spese sanitarie sostenute privatamente).

I soggetti coinvolti

- Le aziende sanitarie locali
- Le aziende ospedaliere
- Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
- I policlinici universitari
- Le farmacie, pubbliche e private (scontrini e fatture)
- I presidi di specialistica ambulatoriale
- Le strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa, gli altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari
- Gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri

I dati da trasmettere al sistema tessera sanitaria

Le strutture sanitarie e i medici (o i loro incaricati) devono trasmettere in via telematica al Sistema. In particolare i dati di spesa sanitaria, una volta trattati e predisposti possono essere trasmessi al sistema Ts:

1. direttamente dai soggetti/strutture/medici tramite i propri sistemi gestionali;
2. per il tramite dei sistemi regionali, autorizzati ai sensi dell'articolo 4 del presente decreto;
3. per il tramite di associazioni di categoria e soggetti terzi (soggetti delegati), ai sensi dell'articolo 2 del presente decreto.

Il sistema Ts riceve i dati in modalità sicura, su rete di comunicazione Spc ovvero, tramite Internet, mediante protocollo Ssl per garantire la riservatezza dei dati su reti pubbliche. Tutte le operazioni di trasmissione dei dati sono tracciate dal sistema Ts e registrati in appositi file di log che vengono conservati per un periodo di 12 mesi. I dati elencati nella circolare dell'agenzia delle Entrate sopra richiamata:

Per ciascuna spesa o rimborso:

- a) codice fiscale del contribuente o del familiare a carico cui si riferisce la spesa o il rimborso;
- b) codice fiscale o partita Iva e cognome e nome o denominazione del soggetto erogante;
- c) data del documento fiscale che attesta la spesa;
- d) tipologia della spesa;
- e) importo della spesa o del rimborso;
- f) data del rimborso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quali spese vanno comunicate

- A) Ticket** per acquisto di farmaci e per prestazioni fruiti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale
- B) Farmaci:** spese relative all'acquisto di farmaci, anche omeopatici
- C) Dispositivi medici con marcatura Ce:** spese relative all'acquisto o affitto di dispositivi medici con marcatura Ce
- D) Servizi sanitari erogati dalle farmacie:** ad esempio spese relative a ecocardiogramma, spirometria, holter pressorio e cardiaco, test per glicemia, colesterolo e trigliceridi o misurazione della pressione sanguigna
- E) Farmaci per uso veterinario**
- F) Prestazioni sanitarie:** assistenza specialistica ambulatoriale esclusi interventi di chirurgia estetica; visita medica generica e specialistica o prestazioni diagnostiche e strumentali; prestazione chirurgica a esclusione della chirurgia estetica; certificazione medica; ricoveri ospedalieri ricollegabili a interventi chirurgici o a degenza, a esclusione della chirurgia estetica, al netto del comfort
- G) Spese agevolabili solo a particolari condizioni:** protesi e assistenza integrativa (acquisto o affitto di protesi - che non rientrano tra i dispositivi medici con marcatura Ce - e assistenza integrativa); cure termali; prestazioni di chirurgia estetica (ambulatoriale o ospedaliera)
- H) Altre spese**

La lista delle spese detraibili

Le spese sanitarie che consentono al contribuente di usufruire della detrazione del 19 per cento (calcolata sulla totale delle spese sostenute nel corso dell'anno, che supera la franchigia di 129,11 euro) sono, in generale, quelle sostenute per:

- prestazioni chirurgiche;
- prestazioni ospedaliere;
- trapianti di organi;
- prestazioni specialistiche;
- analisi;
- radiografie;
- acquisto di protesi dentarie e sanitarie in genere;
- acquisto e affitto di attrezzature sanitarie e dispositivi medici. Le spese relative all'acquisto o all'affitto di dispositivi medici (es. l'apparecchio per aerosol) e quello per la misurazione della pressione arteriosa) rappresentano spese sanitarie che danno diritto alla detrazione del 19 per cento, purché dallo scontrino o dalla fattura risulti la persona che sostiene la spesa e la descrizione del dispositivo medico (che deve essere contrassegnato dalla marcatura CE). La generica dicitura "dispositivo medico" sullo scontrino fiscale, infatti, non consente la detrazione della relativa spesa.
- acquisto di medicinali;
- prestazioni mediche generiche;
- assistenza specifica;
- regole specifiche sono poi previste per le spese sostenute dai portatori di handicap e dalle persone affette da patologie che danno diritto all'esenzione dal ticket;
- la spesa per l'acquisto di pannolini per incontinenti è da includersi tra le spese mediche ed è pertanto detraibile (paragrafo 2 della circolare 17/E del 2006). I pannolini, infatti, sono mezzi ausiliari di un organo carente o menomato nella sua funzionalità (Dm 332 del 27 agosto 1999 emanato dal ministero della Sanità).

In generale, le spese mediche devono essere documentate e il contribuente deve conservare la documentazione fino alla scadenza dei termini entro cui l'Amministrazione finanziaria può procedere all'accertamento.

Gli interventi di estetica - condizioni. Ai fini Irfed sono detraibili solo le spese sostenute per interventi chirurgici necessari per il recupero della normalità sanitaria e funzionale della persona. Pertanto, non sono detraibili le spese relative a interventi di chirurgia plastica diretti esclusivamente a rendere più gradevole l'aspetto di una persona. Qualora, invece, l'intervento di chirurgia estetica sia diretto a eliminare deformità funzionali o estetiche particolarmente deturpanti, la relativa spesa è detraibile.

Se la spesa è sostenuta all'estero. Sarà il paziente a inserirla nella documentazione fiscale. Le spese mediche sostenute all'estero seguono le stesse regole che si applicano a quelle sostenute in Italia; anche per queste deve essere conservata la documentazione, debitamente quantizzata. Si ricorda che le spese relative al trasferimento e al soggiorno all'estero, sia pure per motivi di salute, non possono essere considerate fra quelle che danno diritto alla detrazione, in quanto non sono spese sanitarie. Se la documentazione sanitaria è in lingua originale, va accompagnata di una traduzione in italiano. In particolare, se la documentazione è redatta in inglese, francese, tedesco o spagnolo, la traduzione può essere eseguita a cura del contribuente e da lui sottoscritta; se, invece, è redatta in un'altra lingua, la documentazione va corredata da una traduzione giurata. Per i contribuenti con domicilio fiscale in Valle d'Aosta e nella Provincia di Bolzano non è necessaria la traduzione se la documentazione è scritta, rispettivamente, in francese o in tedesco. La documentazione sanitaria straniera eventualmente redatta in sloveno può essere corredata da una traduzione italiana non giurata, se il contribuente, residente nella Regione Friuli Venezia Giulia, appartiene alla minoranza slovena.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALBO DEI MANAGER/ Come cambiano le nomine con il pacchetto di decreti delegati approvati dal Cdm

L'identikit del direttore generale

Le Regioni scelgono da un elenco nazionale redatto ogni due anni da cinque esperti

Nel pacchetto di decreti delegati approvati dal Governo nel Cdm del 20 gennaio 2015 c'è anche l'istituzione dell'elenco nazionale degli idonei all'incarico di Direttore generale. Come si ricorderà la lettera p) dell'articolo 11 della legge 124/2015 aveva inteso rivedere la procedura di nomina degli organi di vertice delle aziende sanitarie allo scopo dichiarato di sottrarle alla politica e premiare il merito. Il lungo punto di delega fa seguito a periodici interventi del legislatore (l'ultimo è quello della legge Balduzzi di appena tre anni fa) che tentano, in buona sostanza, di eliminare la politica dalle nomine nelle direzioni aziendali.

Preso atto che la legge delega 124 incardina i direttori aziendali nella dirigenza pubblica, si segnala questa scelta come innovativa e francamente bizzarra perché le loro caratteristiche peculiari li distanziano nettamente - piuttosto che avvicinarli - dalla figura del dirigente pubblico: infatti il rapporto è di lavoro autonomo, le modalità di accesso sono completamente diverse, non hanno contrattazione collettiva, le retribuzioni sono congelate da 15 anni (con decurtazione del 20%), non hanno malattia, ferie e Tfr, il direttore generale è inequivocabilmente l'organo di indirizzo politico dell'azienda, non sono in pratica soggetti a nessuno dei contenuti dell'articolo 17 della stessa legge n. 124.

Detto questo proviamo ad analizzare i contenuti dell'atto. Il decreto legislativo in questione dovrà acquisire il parere del Consiglio di Stato, quello della Conferenza unificata nonché quello delle competenti Commissioni parlamentari; alla luce della tempistica delineata nel testo il primo elenco di idonei non dovrebbe essere pubblicato prima di 8-9 mesi. Diciamo subito che il decreto non è quella rivoluzione che era stata proclamata dal Governo e, soprattutto, dal ministro Lorenzin. I direttori generali saranno sempre scelti dalla Giunta regionale o, verosimilmente, in modo diretto dal Presidente con l'unica certezza che non troveremo più soggetti con laurea triennale o soggetti privi di esperienza manageriale significativa, casi peraltro assai rari in passato.

Altro aspetto annunciato ma assente nel decreto (ma anche nella delega) è quello del possesso di titoli di "onorabilità", condizione forse incautamente richiamata nei comunicati stampa ed evidentemente difficile da tradurre in norma.

Vediamo innanzitutto le novità: le Regioni dovranno pescare da un elenco nazionale redatto ogni due anni da una Commissione di cinque esperti; gli idonei sono inseriti nell'elenco previa verifica dei titoli e assegnazione di un punteggio massimo

di 100 punti (minimo 75 per l'idoneità); i candidati dovranno pagare un contributo di euro 30 all'atto della domanda; dovranno essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale acquisito prima del bando; saranno

consentiti soltanto due incarichi presso la stessa azienda; un'altra Commissione nominata dalla Regione proporrà al presidente una terna di idonei (la delega parlava di una rosa) nella quale scegliere; anche i Commissari straordinari saranno scelti tra gli idonei dell'elenco; all'atto della nomina saranno definiti gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi oltre a quelli economico-finanziari; il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci potrà chiedere la revoca anticipata dell'incarico; per i Direttori coadiuvanti gli elenchi saranno invece regionali e l'inserimento comporterà anche un colloquio, non previsto per i Direttori generali; anche la scelta del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario avverrà previa valutazione (senza punteggio) da parte di una apposita Commissione - che però non proporrà una terna - che utilizzerà criteri da definire in un Accordo in Conferenza Stato-Regioni; i prescelti devono obbligatoriamente provenire dall'elenco che potrà essere anche quello di un'altra Regione.

Restano invariati i requisiti specifici richiesti per gli incarichi nonché le cause di decadenza, di incompatibilità e di inconfirmità. Segnalato che molte Regioni già ricorrevano a elenchi generali cui attingere, che le nomine effettive le farà sempre la politica e gli incapaci ci saranno lo stesso - Lorenzin se ne faccia una ragione - si ritiene che i veri punti di forza del decreto siano sostanzialmente tre: il possesso dell'attestato

manageriale deve precedere la domanda mentre prima doveva essere acquisito entro diciotto mesi dalla nomina (!!!) e che il direttore generale decaduto può essere reinserito nell'elenco solo previa nuova selezione, eccetto il caso di violazione degli obblighi di trasparenza che comporta una decadenza permanente.

Il terzo - che garantirà maggiore trasparenza e serietà - sancisce che l'elenco nazionale e gli elenchi regionali vengono aggiornati ogni due anni, impedendo così una pratica molto diffusa in passato. Infatti spesso le Regioni bandivano - anche a distanza di pochi mesi - avvisi per la formazione di "elenchi integrativi", nella evidente necessità di regolarizzare qualcuno che non era presente nell'elenco precedente, vanificando in pratica la finalità stessa dell'elenco.

Per la piena messa a regime del decreto occorrono quattro atti di normazione secondaria: il decreto ministeriale Salute di nomina della Commissione paritetica di 5 esperti (2 designati dallo Stato, 1 dall'Agenas e 2 dalla Conferenza Stato-Regioni: paritetica per modo di dire) e i tre Accordi in Conferenza Stato-Regioni sui contenuti della formazione manageriale, sui criteri e procedure di valutazione dei Direttori e quello sui criteri di valutazione dei titoli per i direttori coadiuvanti.

A titolo di cronaca si ricorda che quello per la verifica dei Direttori generali - anche se in sede di Conferenza delle Regioni - era già previsto dall'articolo 4 della legge 189/2012 (la cosiddetta legge Balduzzi) ma non se ne è mai vista traccia.

Alcuni passaggi del decreto potevano essere più chiari. Innanzitutto all'articolo 1, comma 4 quando viene fissato il limite dei 65 anni non si tiene conto che l'articolo 6 della legge 114/2014 impedisce di conferire tali incarichi a chi «è collocato in quiescenza», evento che ovviamente può avvenire prima del 65° anno di età. Inoltre all'articolo 2, comma 4, andrebbe circoscritto il concetto di «situazione di grave disavanzo», anche per distinguerla dal «mancato raggiungimento dell'equilibrio economico» di cui all'articolo 2, comma 6; forse sarebbe stato sufficiente rinviare alle recentissime norme della legge di stabilità per il 2016 (comma 524). Infine all'articolo 5 nel declinare la incompatibilità con la sussistenza

stenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo, sarebbe stato opportuno richiamare il diritto all'aspettativa che consente di derogare a tale incompatibilità.

In ogni caso, si sottolinea la discordanza con il decreto 39/2013 - peraltro richiamato nel testo - che all'articolo 10 consente lo svolgimento di attività professionale se questa non è regolata o finanziata dal Ssr.

Un altro passaggio della delega che al momento della sua definizione (emendamento del 22 gennaio 2015)

destò una certa curiosità è la previsione che la rosa di candidati è «costituita da coloro che, iscritti nell'elenco nazionale, manifestano l'interesse all'incarico da ricoprire». La novità rispondeva probabilmente alla circostanza, non rara, che molti soggetti fanno domanda e vengono selezionati ma poi al momento dell'assegnazione di una azienda non gradita rinunciano all'incarico. La manifestazione di interesse di per sé non serve a nulla e avrebbe dovuto essere il decreto delegato a definire bene la finalità della previsione e le conseguenze della mancata assunzione dell'incarico. Tuttavia il testo del decreto si è limitato a prescrivere il contributo di 30 euro non rimborsabili, la perdita dei quali appare un deterrente francamente poco plausibile per conferire «interesse alla nomina». In disparte da un possibile profilo di eccesso di delega, resta il fatto che «la manifestazione di interesse» resta una incompiuta.

Per completezza di analisi si segnalano alcuni errori o incongruenze. Nelle premesse viene citato il decreto 165/2001 ma non una delle norme

contenute in tale decreto è applicabile alla figura del Direttore generale. Inoltre all'articolo 5 laddove si richiamano gli articoli del decreto 39/2013 si dimenticano inspiegabilmente gli articoli 5 e 14 dedicati proprio alle direzioni aziendali.

In conclusione, però, va segnalato un vero e proprio mistero. In chiusura della delega di cui alla lettera p) della legge 124 si indicava la «definizione della modalità per l'applicazione delle norme derivanti dalla presente lettera alle Aziende ospedaliere-universitarie».

Precisazione inutile, a mio giudizio, in quanto questa tipologia aziendale fa parte del Ssn. Tuttavia nelle premesse del decreto si ritiene di «estendere» le disposizioni anche alle aziende ospedaliere universitarie (dizione peraltro sbagliata). Ma non si tratta di una «estensione» bensì di una considerazione scontata e dovuta. Semmai se ne doveva soltanto

dare atto. Ma il giallo non finisce qui perché l'articolo 3 laconicamente prevede che le disposizioni degli articoli 1 e 2 si applicano anche a quelle aziende. Si deduce che tutto il resto del decreto - comprese quindi le procedure di nomina dei direttori coadiuvanti - non si applica alle aziende ospedaliere-universitarie: si tratta di uno sconcertante refuso o di una sottile spartizione di potere?

Stefano Simonetti

**Assegnato
un punteggio
massimo di 100
il minimo è 75
Annunciato ma
non introdotto
il criterio della
«onorabilità»**

GIMBE/ Pubblicato il position statement "I Livelli essenziali di assistenza 15 anni dopo"

Lea, tante leggi poche risorse

Principi validi ma le prestazioni sono state penalizzate dall'austerità

Il 7 febbraio 2015, con solo un mese di ritardo sulla tabella di marcia prevista dal Patto per la Salute, il ministro Lorenzin metteva sul tavolo di Regioni e Mef un'imponente documentazione (bozza di Dpcm corredata da 21 allegati), certa di spianare la strada verso il sospirato aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), traguardo già mancato dai suoi predecessori Turco (aprile 2008) e Balduzzi (dicembre 2012). Nei programmi della Lorenzin, un "tavolo permanente" con le Regioni avrebbe dovuto concludere l'esame dei documenti entro l'estate; tuttavia, il riaccendersi del conflitto Stato-Regioni insabbiava rapidamente la proposta del Ministro.

Dopo oltre 10 mesi, i Lea tornano protagonisti con la legge di Stabilità che annuncia l'aggiornamento del Dpcm «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» e istituisce la "Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn". Tre sono i commi che condizioneranno verosimilmente il diritto delle persone alla tutela della salute e la sostenibilità del Ssn:

- comma 557: attribuisce alla Commissione, oltre al compito di definire e aggiornare i Lea, quello di valutare che la loro applicazione avvenga in tutte le Regioni con lo stesso standard di qualità e includa tutte le prestazioni previste;

- comma 558: prevede che la Commissione formuli annualmente una proposta di aggiornamento dei Lea;

- comma 559: definisce che, se la proposta attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Ssn ovvero alla individuazione di misure volte a incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei Lea è effettuato con decreto del ministro della Salute, adottato di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari.

Per l'ennesima volta la politica interviene nella complessa normativa dei Lea, con commi e circolari che in tre lustri hanno fatto perdere di vista l'essenza del Dpcm 21 novembre 2001, limitandosi a mantenere viva l'attenzione sulla necessità di aggiornare le prestazioni, inevitabilmente condizionata dal progresso scientifico e tecnologico, ma sempre insoddisfatta per mancata copertura finanziaria.

Al fine di guidare politica e istituzioni e orientare professionisti sanitari e cittadini nella complessa materia dei Lea, la Fondazione Gimbe ha realizzato il Position Statement "I Livelli essenziali di assistenza 15 anni dopo", qui anticipato in esclusiva per «Il Sole 24-Ore Sanità».

L'analisi riparte dall'essenza del Dpcm che ha introdotto i Lea nel 2001, rilevando la mancata attuazione dei tre ineccepibili principi di evidence-based policy making (box 1).

Se correttamente e uniformemente attuati, tali principi avrebbero apportato uno straordinario contributo alla sostenibilità del Ssn, perché attestano:

- la volontà del legislatore di integrare le migliori evidenze scientifiche nelle decisioni di politica sanitaria e di rimborsare con il denaro pubblico solo servizi e prestazioni sanitarie di documentata efficacia e appropriatezza;

- la decisione di escludere dai Lea servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati o dalla costo-efficacia limitata (low value);

- la necessità, in assenza di evidenze scientifiche definitive, di circoscrivere l'erogazione di interventi sanitari innovativi solo all'interno di specifici programmi di sperimentazione, in linea con una saggia politica di ricerca e sviluppo.

In generale, bisogna accettare che il Dpcm Lea sui Lea è stato condizionato da un modello di sanità centralista e non poteva prevedere gli scenari conseguenti alla concomitante modifica del Titolo V della Costituzione. In ogni caso, a dispetto dell'allegato 4 che marcava i confini delle autonomie regionali rispetto alla definizione di Lea aggiuntivi, le Regioni li hanno spesso introdotti senza tenere in alcuna considerazione i principi di efficacia-appropriatezza, per appagare in maniera opportunistica la domanda dei cittadini e ottenere consenso elettorale.

Il Position statement Gimbe, analizzando normative e aggiornamenti e valutando le criticità applicative in relazione agli assetti politico-istituzionali e organizzativi del Ssn, fornisce alcuni suggerimenti alla costituente Commissione Lea su

tre aspetti fondamentali dei Lea: articolazione, definizione e aggiornamento, monitoraggio.

Articolazione dei Lea. L'allegato 1 al Dpcm 29 novembre 2001 rappresenta la "lista positiva" dove le voci riportate sotto ciascuno dei tre livelli (assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera) individuano prevalentemente sottolivelli e servizi, mentre prestazioni e procedure non sono in gran parte codificate, o almeno non lo sono in maniera sufficientemente dettagliata. Di conseguenza, se i Lea permettono di definire alcuni criteri di appropriatezza organizzativa, al momento non prevedono quelli di appropriatezza professionale. Al fine di allineare i criteri di appropriatezza organizzativa e professionale ai Lea, la loro articolazione dovrebbe innanzitutto identificare all'interno di ciascun sottolivello la gamma dei servizi da organizzare per rispondere in maniera appropriata e costo-efficace ai reali bisogni di salute della popolazione; in secondo luogo, nell'ambito dei servizi dovrebbe definire analiticamente sia le prestazioni sanitarie da includere nei Lea (liste positive), sia soprattutto quelle da esclu-

dere (liste negative); infine, appare non realistica l'individuazione delle procedure a livello di ciascuna prestazione, come inizialmente previsto (figura 1).

Definizione e aggiornamento dei Lea. Per definire l'inserimento di una prestazione, la prima Commissione Lea aveva elaborato il «Flusso per la definizione dei Lea», una flow-chart che attraverso 12 domande (box 2) analizza diversi aspetti della prestazione da includere/escludere dai Lea. Questo strumento, disponibile sul sito del ministero della Salute, in realtà non è mai stato inserito in alcuna normativa ed è stato utilizzato solo due volte (chirurgia refrattiva, manutenzione impianti cocleari). Innumerevoli esempi dimostrano che, di fatto, non esiste alcuna metodologia rigorosa per definire l'inserimento di una prestazione nei Lea, troppo spesso sdoganata solo in presenza di un elevato consenso sociale e professionale. Uno degli esempi più clamorosi è rappresentata dalla fecondazione eterologa, introdotta nei Lea senza che nessuna forza politica e nessuna Regione (eccezion fatta per la Lombardia che l'ha esclusa per ragioni meramente ideologiche) tenesse conto che i Lea non includono né le prestazioni di natura non sanitaria volte al miglioramento della salute, né quelle sanitarie che hanno altre finalità. In ogni caso, se oggi il Ssn si fa carico di ga-

rantire il diritto alla maternità, perché le spese sostenute dalle coppie per l'adozione non sono inserite nei Lea?

Riconoscendo che il «Flusso per la definizione dei Lea» è uno strumento complesso che necessita di un restyling, è certo che oggi la vera criticità non è rappresentata dall'aggiornamento dei Lea in quanto tale, ma dalle metodologie utilizzate sia per definire l'elenco delle prestazioni da includere/escludere, sia per integrare le migliori evidenze nella definizione e aggiornamento dei Lea. In altri termini, la politica deve confermare con i fatti i tre principi di evidence-based policy making enunciati dal Dpcm 21 novembre 2001. In particolare, i commi 558 e 559 impongono alla Commissione Lea di fare riferimento esplicito al concetto di value (salute prodotta per unità monetaria utilizzata), attraverso un rigoroso processo di ricerca, valutazione e sintesi delle evidenze scientifiche, al fine di allineare liste positive e negative di prestazioni ai principi di efficacia, appropriatezza e costo-efficacia (figura 2). Purtroppo, rispetto alle «prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia», la Legge di Stabilità non fornisce alcuna indicazione su come finanziare gli «appositi programmi di sperimentazione». Considerato

che i fondi della ricerca finalizzata sostengono prevalentemente la ricerca di base (e gli Irccs), per attuare quanto previsto dal Dpcm sui Lea è indispensabile un programma nazionale di ricerca sull'efficacia comparativa degli interventi sanitari (timidamente richiamata nella proposta Lorenzin), utilizzando una piccola quota del fondo sanitario nazionale. Questo permetterebbe di generare conoscenze indispensabili a rimodulare i Lea e ad arginare l'introduzione indiscriminata di tutte le tecnologie sanitarie, riducendo le asimmetrie informative tra politica sanitaria, management, professionisti e cittadini.

Nino Cartabellotta

presidente Fondazione Gimbe

L'aggiornamento del Dpcm deciso con l'ultima legge di Stabilità

L'identikit dei servizi: cosa includono e cosa escludono



- I Lea includono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate.

- I Lea escludono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che:

- non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Ssn;

- non soddisfano il principio dell'efficacia e della appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili

- o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

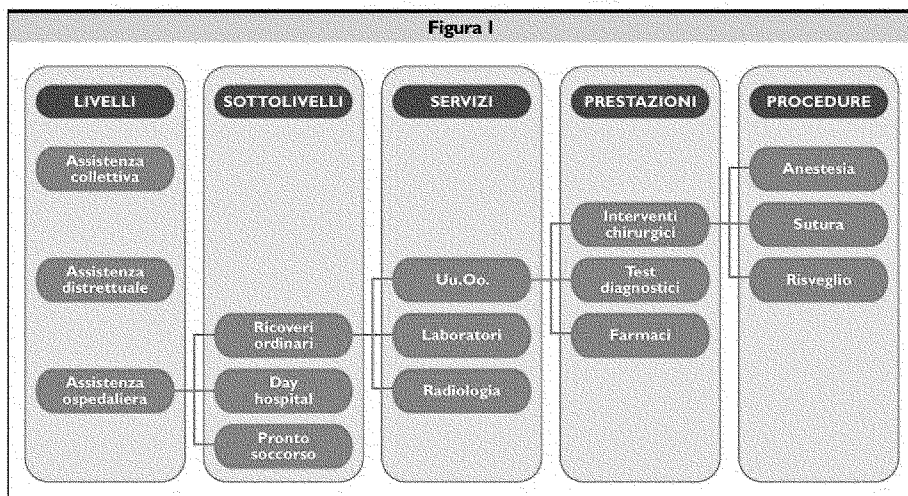
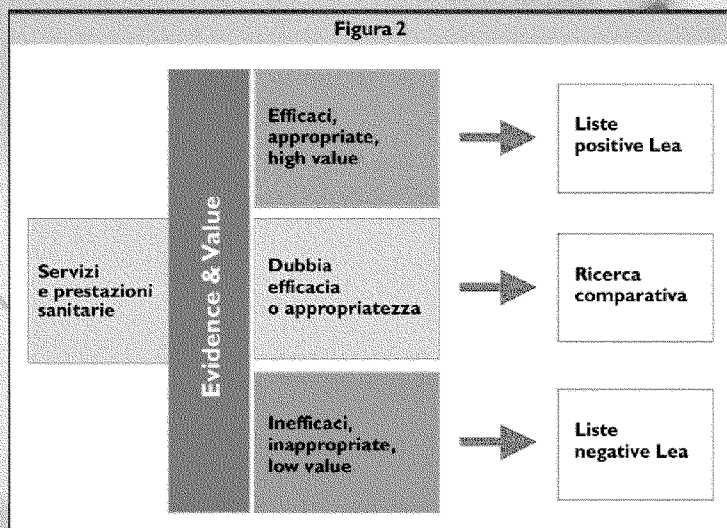
- non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze.

- Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Ssn, esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione, autorizzati dal ministero della Salute.

Dai costi ai benefici
tutte le domande
per definire il "flusso"



- 1 La prestazione è **pertinente con gli obiettivi** del Servizio sanitario nazionale ed è **finalizzata a influenzare positivamente** la salute dei cittadini?
- 2 La prestazione è in **evidente contrasto** con i fondamentali principi etici della società?
- 3 Esistono **prove di inefficacia** della prestazione?
- 4 Esistono **prove di efficacia** della prestazione?
- 5 Esiste **una elevata domanda da parte dei cittadini** per l'inserimento della prestazione nei Lea?
- 6 Esiste **una domanda qualificata e motivata** da parte dei professionisti sanitari per l'inserimento della prestazione nei Lea?
- 7 La prestazione **determina un significativo beneficio** in termini di miglioramento della salute?
- 8 L'inserimento della prestazione è **essenziale per garantire l'equità** o per **ridurre importanti disuguaglianze** tra i cittadini?
- 9 Il **costo** della prestazione **risulta sostenibile** da **tutta** la popolazione o dalla **stragrande** maggioranza?
- 10 L'inserimento della prestazione nei Lea **determina una spesa compatibile** con le **attuali disponibilità finanziarie** del Servizio sanitario nazionale?
- 11 I **benefici** della prestazione **giustificano i costi** che il sistema deve sostenere?
- 12 I **benefici complessivi** della prestazione **sono maggiori** di quelli di **tutte le prestazioni** attualmente previste dai Lea?





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

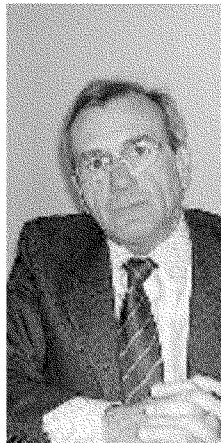
Notizie dalle Province



La sanità, le nomine

Dirigenti Asl Picker sceglie la continuità

In 18 confermati nell'attuale incarico
con l'ok del responsabile anticorruzione



L'azienda sanitaria
La sede dell'Asl,
il commissario
Franklin Picker
e l'ospedale
di Sant'Agata dei Goti

Luella De Ciampis

In apparente controtendenza con la normativa anticorruzione, sono stati riconfermati, con possibilità di rivisitazione, gli incarichi per i dirigenti di Strutture Complesse e per le Unità operative complesse di Farmacia Territoriale e Farmacia ospedaliera dell'Azienda Sanitaria Locale. Invece per i direttori di distretto era stato già adottato qualche giorno fa, il sistema di rotazione, previsto dalla legge, in quanto le funzioni svolte dai quattro dirigenti sono uguali in tutti i distretti. C'è il provvedimento del commissario straordinario dell'Asl di Benevento Franklin Picker a confermare per i prossimi cinque anni 18 responsabili di struttura complessa, sia per la quarta area che per la terza, ovvero, sia per l'area sanitaria che per quella amministrativa. Dunque saranno prorogati i ruoli fin qui ricoperti da otto dirigenti sanitari e da dieci dirigenti amministrativi. Questo vuol dire che, in tali ambiti e per il momento, non ci saranno rotazioni o sostituzioni di sorta. Rimarranno così al loro posto, Lucio Luciano, in qualità di dirigente responsabile del dipartimento di Salute Mentale, Anna Rita Citarella del dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione, Claudio Santoro della Uoc di Cardiologia e Pasquale Guida della Direzione Sanitaria del presidio ospedaliero di Sant'Agata dei Goti, Francesco Pallotta del dipartimento Prevenzione per il servizio di Tutela della Salute negli Ambienti di Lavoro, Vincenzo Biancolilli responsabile del distretto Bn1 per la UOC di Dipendenze Patologiche, Pasqualina Grasso della Uoc Laboratorio di Analisi, mentre Tommaso Zerella continuerà a dirigere il dipartimento Prevenzione per il servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Per l'area amministrativa le riconferme sono 10 e riguardano: Giovanni De Masi, direttore amministrativo del dipartimento di Prevenzione, Pietro Crisci che rimarrà al coordinamento dei servizi Socio Sanitari, Vincenzino Gianni Perfetto al Servizio Ispettivo, Pietro Paolo Pedicini al ser-

vizio Qualità e Formazione, Anna Bisesi al servizio Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Marketing, Alberto Traglia alla UOC della Direzione Amministrativa del distretto BN2, Antonio Clemente alla UOC Affari Generali, Giovanni Beatrice al Centro Elaborazione Dati, Emma Bianco al Provveditorato ed Economico e Roberto De Toma alla UOC Tecnico - Manutentiva e Patrimonio. Inoltre, in attesa dell'approvazione regionale dell'atto aziendale di riconfigurazione dell'Area Farmaceutica, è stato attribuito alla farmacista dirigente Emma De Risola, l'incarico provvisorio di direttore responsabile della Uoc Area Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale, in seguito alla rinuncia all'incarico di Lucia Rummo, farmacista dirigente della UOC Farmaceutica Territoriale.

Si diceva dunque in controtendenza con la normativa anticorruzione, come già aveva preannunciato il commissario Picker. Infatti, non più tardi di qualche giorno fa, aveva detto che il discorso sarebbe stato diverso per i funzionari dell'area amministrativa, i quali hanno competenze che variano in base alle diverse aree e quindi non riteneva opportuno sacrificare le competenze, alla normativa anticorruzione. In più, il commissario, ascoltato il parere favorevole del responsabile della prevenzione della corruzione, ha ritenuto più conveniente, per un migliore funzionamento della macchina aziendale, procedere a un'applicazione graduale del principio di rotazione, che, dopo una prima fase di avvio, dovrà essere estesa fino alla completa implementazione.

Ovviamente, devono essere individuate modalità operative e le procedure per la rotazione del personale interessato, preferibilmente in correlazione con le diverse patologie, compatibilmente con le risorse umane disponibili, tenendo conto delle specificità professionale in riferimento alle funzioni svolte, così da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e garantire, nel contempo, che l'erogazione dei servizi sanitari non siano compromessi.



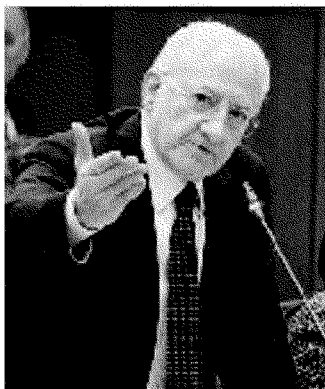
“

I criteri
Si è preferito
rinviare
il turnover
per non
«sprecare»
le competenze
acquisite

Il convegno

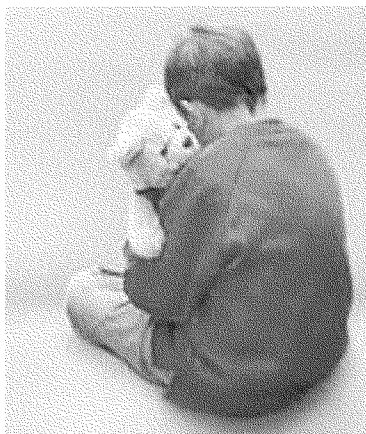
Autismo, il governatore De Luca incontra gli esperti

L'appuntamento è per domani alle 10.30 all'Hotel Vanvitelli. Saranno il presidente della Regione Vincenzo De Luca e il presidente della commissione Ambiente del consiglio regionale Gennaro Oliviero a concludere i lavori dell'incontro sul tema «Autismo e Aba, perché l'autismo è trattabile». Il meeting servirà a fare il punto sulle recenti normative introdotte dal Parlamento (la



scorsa estate) e dalla Regione in materia di interventi a favore dei soggetti con difficoltà dello spettro autistico. Ne parleranno, tra gli altri, Gabriele Cicala, sindaco di San Marco Evangelista, Carmine Lauriello, coordinatore cure domiciliari Caserta, Francesco Di Salle docente dell'università di Salerno, Vincenzo Abate, associazione La Forza del silenzio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'appuntamento È per stamattina alle 10,30 all'Hotel Vanvitelli

Il convegno

La Regione sposa il «Metodo Aba» Perché di autismo si può guarire

Questa mattina alle 10.30, presso il Grand Hotel Vanvitelli di Caserta, si terrà il convegno «Autismo e Aba», sottotitolato in maniera significativa «Perché l'autismo è trattabile». Un evento teso a presentare la maggiore novità contenuta nella recente legge di stabilità regionale, per il settore socio-sanitario: l'azione del Metodo Aba per la cura dell'autismo. L'importanza della manifestazione è sottolineata dalla presenza del Governatore campano, Vincenzo De Luca.

«Sono assolutamente lusingato dalla presenza del Governatore De Luca all'appuntamento del Grand Hotel Vanvitelli di Caserta - ha commentato soddisfatto Gennaro Oliviero, consigliere regionale del Pd, nel presentare il convegno Autismo e Aba - La sua presenza non fa altro che testimoniare quanto decisivo sia questo passo in avanti nel settore socio-sanitario campano». «L'elemento di novità, rappresentato da questa avanzata metodologia di cura per le persone afflitte dal disturbo dello spettro autistico, rappresenta - ha aggiunto - un concreto segnale dell'impegno fattivo che questa amministrazione regionale vuole mettere in campo per venire incontro alle esigenze di benessere dei cittadini più svantaggiati». «Il mio emendamento,

proposto nella legge di stabilità - conclude il democra-
t Gennaro Oliviero - è stato pienamente recepito. In tal modo si rende effettivo il reale perseguimento di obiettivi soltanto sbandierati dalla precedente Giunta Caldoro, con la legge

regionale 16/2014, in materia di autismo. La Campania riparte, mettendo in campo fatti, non soltanto buoni propositi».

L'Aba è l'acronimo di «Applied Behavioral Analysis», che significa «analisi applicata del comportamento». Come informa la nota che accompagna l'invito alla manifestazione, l'Aba può essere definita come «La scienza che ha come oggetto lo studio delle interazioni psicologiche tra individuo e ambiente e, come metodo, quello scientifico proprio delle scienze naturali». Anche se il metodo può essere utilizzato per ogni fascia di età, dalle pubblicazioni emerge che l'intervento educativo Aba risulta maggiormente efficace se iniziato precocemente (entro i 4 anni di età).

Il metodo si deve alla ricerca e alla sperimentazione, alla fine degli anni Sessanta, dello studioso Ivar Lovaas, docente presso l'Ucla (l'università di Los Angeles). La manifestazione vedrà, dopo i saluti del sindaco di San Marco Evangelista Gabriele Cicala e la presentazione del consigliere regionale Gennaro Oliviero, gli interventi del coordinatore delle cure domiciliari di Caserta Carmine Lauriello, del professore Francesco Di Salle, docente ordinario dell'università di Salerno e analista del comportamento, e il presidente dell'Associazione La Forza del Silenzio Vincenzo Abate. Conclude il presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca, modera il dibattito Lorenzo Calò, responsabile della redazione casertana de Il Mattino.

Sorpresa

Oliviero:
«Svolta messa in atto grazie al voto in Consiglio»

La sanità

Verdoliva resta commissario, rebus Policlinico

Gerardo Ausiello

Una conferma e un probabile trasloco. La conferma è quella di Ciro Verdoliva, commissario ad acta dell'Ospedale del Mare, che ha ottenuto dalla Regione una proroga di cinque mesi, scattata ieri. Il probabile trasloco riguarda il Policlinico Federico II, dove occorre nominare nuovi vertici dopo la scomparsa del direttore generale Giovanni Persico. Di nomi ne circolano diversi ma una delle ipotesi prevede il ritorno a Napoli di Vincenzo Viggiani, attuale manager del Ruggi di Salerno.

La sanità, le nomine

Verdoliva resta commissario, rebus Policlinico

Proroga di cinque mesi per il vertice dell'Ospedale del Mare. Viggiani in corsa per la Federico II

Gerardo Ausiello

Una conferma e un probabile trasloco. Ancora grandi manovre nella sanità campana per la scelta dei vertici (provvisori) delle aziende sanitarie e ospedaliere prima della designazione dei direttori generali, che resteranno in carica tre anni. La conferma è quella di **Ciro Verdoliva**, commissario ad acta dell'Ospedale del Mare, che ha ottenuto dalla Regione una proroga di cinque mesi, scattata ieri. Verdoliva resterà dunque alla guida del nosocomio fino al 30 giugno, gestendo direttamente la fase più delicata, quella dell'avvio delle attività dell'Ospedale del Mare, i cui lavori sono praticamente conclusi. Una volta ultimato il collaudo, la struttura dovrà ricevere il via libera dall'Asl Napoli 1 per l'esercizio. Resta però una grande incognita, legata al personale che prenderà servizio nell'Ospedale del Mare. Su questo fronte è al lavoro la struttura commissariale (Joseph Polimeni con il vice Claudio D'Amario) che, d'intesa con il governatore Vincenzo De Luca, punta ad ottenere dai ministeri dell'Economia e della Salute una deroga ad hoc per l'assunzione di medici e infermieri. Anche perché appare difficile che possano essere spostati da altri nosocomi, tutti alle prese con gravi carenze negli organici a causa del blocco del turnover. Il probabile trasloco riguarda il Policlinico Federico II, dove occorre nominare nuovi vertici dopo la scomparsa del direttore genera-

le Giovanni Persico. Di nomi ne circolano diversi ma una delle ipotesi prevede il ritorno a Napoli di Vincenzo Viggiani, attuale manager dell'ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno. Nominato dalla precedente giunta, potrebbe essere utilizzato dall'attuale esecutivo come commissario al Policlinico federiciano, dov'è già stato in passato come direttore amministrativo, in attesa della scelta del nuovo manager.

La giunta regionale si riunisce oggi e non è escluso che arrivi la fumata bianca. Nei giorni scorsi Palazzo Santa Lucia ha invece completato laterna alla guida del Cardarelli. Accanto al commissario Patrizia Caputo, che nonostante il pressing della Regione ha deciso di non dimettersi e che resta sub iudice (un «pasticcio», dicono al Cardarelli, creato dal consigliere del governatore per la salute Enrico Coscioni, che ora latita), sono stati indicati Elia Abbondante e Roberto Landolfi, con competenze rispettivamente sulla parte amministrativa e sani-

taria. All'Asl di Caserta la scelta è caduta sul commissario Giuseppe Matarazzo e sui vice Pasquale Di Guida (sanitario) e Anna Iervolino (amministrativo). Anche loro, come praticamente tutti i vertici delle aziende sanitarie e ospedaliere della Campania, resteranno in carica pro tempore: l'obiettivo di De Luca è infatti designare i direttori generali di Asl e ospedali entro la metà del 2016.

I medici

Allarme Fimmg «Servizio pubblico in pericolo»

«È iniziato lo smantellamento del servizio sanitario pubblico». A lanciare l'allarme sono Luigi Sparano e Corrado Calamaro leader Fimmg Napoli. L'associazione nei prossimi giorni esporrà negli studi dei medici di famiglia un volantino il cui testo dice: «Caro cittadino, con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del cosiddetto Decreto Lorenzin, 203 analisi e prestazioni che sinora potevamo prescrivere senza alcuna limitazione, ritenendole utili alla tua salute, d'ora in poi non le potremo più prescrivere liberamente. Potremo farlo solo per alcune patologie e condizioni previste dal decreto». «I cittadini - spiegano Sparano e Calamaro - dovranno pagare di tasca propria le prestazioni, a meno che non rientrino nei casi previsti dal decreto». Tra le prestazioni «a rischio» il dosaggio del colesterolo, dei trigliceridi o delle transaminasi. «Da oggi - sottolineano i rappresentanti Fimmg - in assenza di valori elevati, modifiche dello stile di vita o interventi terapeutici, questi esami potranno essere ripetuti con oneri a carico del Servizio sanitario solo a distanza di 5 anni. E Giuseppe Tortora, del Sumai di medicina generale, il sindacato dei medici di famiglia, ha inviato un telegramma al commissario alla sanità Polimeni, invitandolo a verificare di persona cosa sta accadendo negli studi in questi giorni.



Il caso
Tensione ancora alta al Cardarelli dopo il «pasticcio» creato da Coscioni

Ospedale Ascalesi, ultimo atto Sarà trasferito a Ponticelli

GIULIANA COVELLA

Prima di Natale tre blocchi operatori erano rimasti chiusi una settimana per l'assenza di anestesisti. Un disagio non da poco, se si considera che questo è l'unico polo oncologico dell'Asl Napoli 1 ed è in crisi irreversibile. «Bisogna sostituire gli anestesisti che mancano - aveva denunciato il sindacalista della Cgil Michele Regio -. Bisogna fare chiarezza sul destino dell'Ascalesi: chiuderà o sarà riconvertito?». Quello di via Egiziana a Forcella è tra i tre pronto soccorso già chiusi al centro storico (insieme a San Gennaro e Incurabili) e l'utenza si è riversata su Loreto Mare, Pellegrini e San Paolo che non riescono più a reggere il carico. Ecco perché i sindacati invocano da mesi «uno sblocco del turn over». Ma qual è l'attuale situazione dell'Ascalesi, noto per essere stato in passato il luogo in cui i clan Ferraiuolo-Stolder organizzavano summit di camorra e custodivano armi e droga? La struttura eroga le sue prestazioni in regime ordinario, in day hospital e day surgery. Si svolge anche attività ambulatoriale, la maggior parte emanazione diretta delle Unità Operative presenti ed operanti nel presidio. Di rilievo sono l'unità di Radioterapia, con l'attivazione di un nuovo protocollo di Radioterapia Ipofrazionata per il cancro della mammella, l'unità di Radiologia, attiva nello screening mammario per la prevenzione del cancro della mammella e il laboratorio specialistico aziendale di Virologia. Nel presidio è attiva anche una unità operativa dedicata alle Patologie dell'Immigrato. Sono presenti inoltre il Centro Prelievi, il Cup con relativa Cassa ticket, una sezione dell'Avvo, il Servizio Sociale, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e l'Assistenza religiosa. Servizi che presto saranno dirottati all'Ospedale del Mare di Ponticelli. «La Regione ignora l'esigenza

di assistenza sanitaria al centro storico - dice Luigi Rispoli, presidente cittadino di Fratelli d'Italia - Alleanza Nazionale -. La progressiva chiusura di Loreto Mare e Ascalesi a favore dell'Ospedale del Mare rischia di lasciare senza assistenza sanitaria, soprattutto quella garantita dalle unità di pronto soccorso, tutta questa parte di Napoli. La scelta operata nei confronti di questi ospedali conferma la tesi che il piano sanitario è stato dettato solo ed esclusivamente dagli interessi di lobby e consorterie. L'ipotizzata soppressione, in particolare dell'Ascalesi, non tiene conto dell'enorme numero di cittadini che ogni anno si rivolgono a quest'ospedale che si era ritagliato un ampio spazio nel panorama dell'offerta sanitaria con alcuni reparti che sono all'avanguardia che utilizzano tecniche innovative per la cura dei pazienti. Un enorme patrimonio di esperienza e organizzazione lavorativa che rischia di disperdersi, per giustificare l'enorme spesa e gli sperperi che ancora si registrano per la realizzazione dell'ospedale del Mare, nonostante gli interventi della precedente amministrazione regionale di centrodestra che hanno consentito una accelerazione nei lavori ed una apertura sia pure parziale. Negli ultimi anni sono stati chiusi il pronto soccorso di presidi come l'Ascalesi, gli Incurabili, il Loreto Crispi, il San Gennaro, il Monaldi, il CTO e dei vari Policlinici, nonché decine di strutture territoriali totalmente dismesse tra le quali quelle del Molosiglio, di Matilde Serao,

di via Carlo de Marco e del Gesù e Maria». Rispoli punta poi l'attenzione sull'Annunziata e sull'assistenza pediatrica in città «continuamente sotto attacco»: «ho già evidenziato in diverse occasioni come la sua attuale situazione determinata da una serie di scelte irresponsabili del direttore generale dell'azienda Santobono che lo gestisce, costringa l'utenza a spostarsi al Vomero anche per motivi futili facendo andare in tilt lo stesso Santobono con grave pregiudizio della qualità dei servizi offerti. Spero che il buon senso prevalga e si possano trovare soluzioni nell'interesse di tutti i cittadini che vivono al centro».

©riproduzione riservata



IL CASO Il nosocomio confluirà nell'Ospedale del Mare diminuendo l'offerta nel centro storico

Ascalesi, quadro in chiaroscuro È allarme per la riconversione

Restano i problemi in alcuni reparti, con qualche macchinario guasto. E proliferano i parcheggiatori abusivi

DI ANTONIO FOLLE

NAPOLI. L'ospedale Ascalesi è da sempre uno dei principali presidi ospedalieri della città. Intitolato nel 1929 al cardinale Alessio Ascalesi mentre questi reggeva l'Arcidiocesi di Napoli, fornisce prestazioni mediche di alto livello ai cittadini del centro storico nonostante le voci che danno l'intera struttura prossima alla chiusura. La nascita dell'Ospedale del Mare, infatti, prefigura proprio la confluenza di Ascalesi, Incurabili, San Gennaro e Loreto Mare nella struttura di Ponticelli e la riconversione dei nosocomi, visto che il governatore Vincenzo De Luca ha assicurato che non ci saranno chiusure di ospedali e sarà mantenuto un pronto soccorso al centro di Napoli, presumibilmente il Loreto Mare.

LE STRUTTURE DEL NOSOCOMIO. Una soluzione che sembra essere inevitabile ma che lascia l'amaro in bocca a molti se si pensa che le strutture del centro storico oltre a fornire una fondamentale assistenza "sul campo" offrono una variegata – e in qualche caso d'eccellenza – offerta sanitaria. Cardiologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Oftalmica, Dermatologia, Gastroenterologia, Otorinolaringoiatria, Rianimazione, Stomatologia, Urologia, Radiologia e Radioterapia, sono solo alcune delle specialità che fanno della struttura di via Egiziaca a Forcella un presidio medico di elevata qualità. Di particolare efficienza il settore legato alla Mammografia e alla prevenzione del tumore al seno, con centinaia di richieste che arrivano non solo da Napoli ma da tutto il territorio metro-

politano. Ma se è vero il vecchio adagio secondo il quale "non è tutt'oro quello che riluce", anche nell'ospedale Ascalesi ci sono problemi che, nel corso degli anni, non sono mai stati risolti e sono, anzi, diventati cronici. La presenza di un gran numero di parcheggiatori abusivi – che espletano la loro attività alla piena luce del sole, senza curarsi di eventuali controlli – rende quasi impossibile trovare un posteggio all'esterno della struttura.

LE TESTIMONIANZE DEI CITTADINI.

Anche i reparti, come testimoniano alcuni cittadini, continuano ad avere problemi: «Mio padre è stato ricoverato nel reparto di cardiologia in seguito ad un sospetto infarto miocardico – spiega il signor Antonio Ascione – non abbiamo avuto alcun tipo di assistenza. Gli esami ai quali è stato sottoposto mio padre sono stati semplicemente degli esami di routine. L'esame più significativo nella diagnosi e prevenzione della cardiopatia ischemica è l'elettrocardiogramma da sforzo, il cui macchinario era guasto, ragion per cui mio padre è stato dimesso senza nessuna diagnosi corretta e con molte imprecisioni. Possibile – prosegue il signor Ascione – che in un reparto di cardiologia un macchinario di vitale importanza come il cicloergometro, o la pedana mobile, destinati alla diagnosi di ridotta riserva coronarica, sia guasto? È

un reparto che non consiglieri – conclude – anche a causa della cattiva abitudine di trascinare i pazienti allettati e malati fuori dalle stanze per disinfettarle». Il probabile accorpamento della struttura ha da più giorni scatenato un'aspra polemica circa la rimodulazione dei presidi sanitari nel centro storico: «La Regione ignora l'esigenza di assistenza sanitaria al centro storico – afferma Luigi Rispoli, presidente cittadino di Fratelli d'Italia-Alleanza nazionale – la progressiva chiusura degli Ospedali Loreto Mare ed Ascalesi a favore dell'Ospedale del Mare rischia di lasciare senza assistenza sanitaria, soprattutto quella garantita dalle unità di pronto soccorso, tutto il centro storico di Napoli. L'ipotizzata soppressione, in particolare dell'Ascalesi – continua Rispoli – non tiene conto dell'enorme numero di cittadini che ogni anno si rivolgono a quest'ospedale che si era ritagliato un ampio spazio nel panorama dell'offerta sanitaria con alcuni reparti che sono all'avanguardia e che utilizzano tecniche innovative per la cura dei pazienti. Un enorme patrimonio di esperienza ed organizzazione lavorativa che rischia di disperdersi per giustificare l'enorme spesa e gli sperperi che ancora si registrano per la realizzazione dell'Ospedale del Mare nonostante gli interventi della precedente amministrazione regionale di centrodestra che hanno consentito una accelerazione nei lavori ed una apertura sia pure parziale».

QUALIANO Riunione al Comune: chiesta la V Commissione dopo la sospensione dei servizi ai diabetici

Sanità, i sindaci dell'area nord sollecitano l'intervento della Regione

QUALIANO. Piena condivisione del documento presentato dal sindaco di Acerra, Raffaele Lettieri, in occasione della riunione dei sindaci convocata ieri presso il Comune di Qualiano, relativamente alla "sospensione dei servizi ai diabetici dell'Asl Na2 Nord" e richiesta urgente della convocazione della V Commissione "Sanità" del Consiglio regionale della Campania per affrontare la questione, insieme alle altre problematiche relative ai servizi sanitari, considerando anche le specifiche criticità territoriali delle comunità, anche in età giovanile.

LA NOTA. Passa la linea portata avanti dal sindaco di Acerra che in

una nota ai sindaci convocati ieri al Comune di Qualiano, ha proposto la sottoscrizione di un documento unitario dei sindaci da sottoporre al presidente della giunta regionale della Campania, specificando: «Ritengo necessario e doveroso ampliare l'oggetto della discussione alla problematica riguardante il decreto Lorenzin. È già noto - si legge nel documento poi condiviso da tutti i partecipanti alla riunione di Qualiano - che le regioni Toscana e Veneto, hanno bloccato l'applicazione del decreto (che limita la prescrizione di 203 prestazioni sanitarie), poiché il medesimo non ha ottemperato al necessario passaggio della Confe-

renza Stato-Regioni, che avrebbe dovuto normale l'applicazione del decreto nazionale. Inoltre, mi giungono notizie allarmanti dai medici di medicina generale del mio territorio, circa l'inapplicabilità del decreto medesimo (mancato aggiornamento dei sistemi informativi ed informativi) e il fallimento della medicina d'iniziativa e preventiva, che alla luce delle criticità presenti nei nostri territori, non garantisce l'ordinario diritto alla salute. L'aspetto sanzionatorio, che il decreto prevede, altera profondamente il rapporto di fiducia tra medico e paziente. Tutto ciò premesso, propongo che rapidamente, questa assemblea di sindaci, rea-

lizzi un documento comune che sia posto all'attenzione del governatore della regione Campania, il quale sulla stregua del modello Veneto e Toscana possa sospendere l'efficacia del decreto. I criteri di applicabilità e le modalità prescrittive dovranno necessariamente considerare le specifiche criticità territoriali, in ordine alle patologie della gravidanza, oncologiche, respiratorie ed allergiche, largamente e diffusamente presenti nelle nostre comunità purtroppo anche in età giovanile».

Il tutto sottoscritto dai rappresentanti dei comuni di Acerra, Giugliano, Qualiano, Mugnano di Napoli, Marano e Melito.

OSPEDALE

Il commissario Asl convoca i sindacati sull'emergenza del primo soccorso



Gragnano. Il commissario Costantini convoca i sindacati sul futuro dell'ospedale di Gragnano. Da mesi l'emergenza del primo soccorso è finita sul tavolo della direzione generale dell'Asl Napoli 3, ora si attendono risposte per scongiurare la chiusura notturna: «Vista la oramai perenne ed enigmatica situazione del Psaut di gragnano - commenta il sindacalista Cgil Raffaele Amodio raffaele - chiediamo chiarimenti definitivi, poiché sia agli addetti ai lavori e principalmente e doverosamente l'utenza dei monti Lattari e dintorni (con un bacino d'utenza di circa 100.000 abitanti) vorrebbero capire il ruolo che svolge e l'assistenza che eroga o dovrebbe erogare un servizio del genere. La popolazione ha il diritto di sapere ed essere informata se può accedere al primo soccorso, se lo stesso faccia parte della rete emergenza/urgenza dell'asl, oppure possono solo accedere allo stesso solo codici bianchi o verdi». Un incontro che segue la visita di due settimane fa proprio del commissario straordinario dell'Asl.

DADIMAR

La svolta

Asl, rivoluzione nei distretti cambia la mappa del personale

Pronto il piano Polimeni, servizi territoriali rafforzati

Simona Paolillo

Un'azienda sanitaria locale che riflette la crisi del mondo della sanità, in generale. Se i carichi di lavoro negli ospedali sono eccessivi, come più volte denunciato dalle organizzazioni sindacali, perché quasi la metà dei lavoratori dell'Asl Salerno è impiegata nei distretti sanitari oppure nei dipartimenti? Strutture, co-

me è noto, destinate a trasformarsi sia in virtù della riforma del sistema sanitario che sta mettendo in atto il governo centrale sia perché l'attuale commissario regionale, Joseph Polimeni appartiene ad una scuola di pensiero in cui è necessario decongestionare gli ospedali e trasformarli in strutture di specialità.

Praticamente sarà abolito l'ospedale all'ombra di ogni campanile.

Le disposizioni normative vanno verso questa direzione. E quindi ci si aspettano grandi cambiamenti non tanto strutturali quanto organizzativi. Ed un'Asl costituita da 7.236 dipendenti dove 3.191 dipendenti sono collocati tra distretti sanitari di base, dipartimenti di prevenzione, dipartimenti salute mentale, oltre agli uffici "funzioni centrali" ancora dislocati per area nord, centro e sud. I colleghi che lavorano in canice, all'interno delle corsie ospedaliere aumentano di circa mille unità arrivando a 4.135 dipendenti. I numeri più consistenti di personale si concentrano nelle aree centrali dell'azienda.

Il distretto sanitario del capoluogo raccoglie ben 271 unità lavorative. È primo in classifica per l'area "funzioni centrali" che raccoglie al suo interno ben 213 funzionari. Anche il dipartimento di salute mentale ha un numero elevato di dipendenti, ben 189. Dipartimento che, nonostante gli impegni presi dal commissario straordinario, Postiglione, ancora non è stato unificato. Pertanto, al dipartimento di salute mentale dell'area "centro", vanno aggiunti i 176 dipendenti dell'area nord ed i 110 dipendenti dell'area sud. Anche l'area delle cosiddette "funzioni centrali" è tuttora separata nonostante l'unificazione delle tre ex Asl (SA 1, SA2, SA3). Tant'è che si possono contare 185 dipendenti dell'area Nord, 213 dipendenti dell'area Centro e 49 dipendenti dell'area Sud. Anche i dipartimenti di prevenzione sono ancora separati. Con il loro personale a supporto che aumenta nelle zone più a sud



della provincia, ossia: 135 area centro, 127 area nord e 147 all'area sud. I distretti sanitari di base. Quelli sotto la lente di ingrandimento del ministero ma anche dei liberi cittadini che continuano a lamentare ritardi e mancanze sono i distretti sanitari di base. Ben 1860 persone lavorano sui distretti sanitari di base. Ad attività di dubbia consistenza. Saranno destinati a partecipare a corsi di formazione per poter svolgere funzioni nuove, in previsione anche della realizzazione delle case della salute ma anche alla nuova rete dell'emergenza. Il nuovo commissario Polimeni, di concerto con il governatore De Luca, hanno ribadito in più occasioni, di voler puntare alla riorganizzazione delle strutture ospedaliere e della rete dell'emergenza. Il personale sanitario dovrà essere distribuito in maniera più capillare sul territorio e ribaltare quindi la situazione attuale.

A cosa serve avere un ospedale sotto casa che non funziona, un ospedale vuoto e senza personale? E struttura come i distretti con tanto personale ma poco efficienti? Quindi è necessario rifare tutto. E per farlo bisogna puntare sulla riqualificazione delle risorse umane. Così non si verificheranno più le attuali situazioni come quella di avere 271 persone nel distretto sanitario di Salerno, dove è pur vero che c'è una maggiore popolazione ma è anche vero che ci sono diversi uffici sanitari e c'è la presenza dell'ospedale nella città capoluogo. Invece, in territori, come quelli del Cilento e del Vallo di Diano i distretti registrano una quantità di personale inferiore rispetto alle zone centrali. E' il caso del distretto sanitario di base "DSB 72 Sala Consilina-Polla" con 118 impiegati e 468 dipendenti presso l'ospedale Curto di Polla. Fanno riflettere anche i 97 impiegati presso il distretto sanitario di base "DSB 69 Capaccio/Rocccaspide" ed i 197 operatori (tra dirigenti e comparto) dell'ospedale di Rocccaspide. Eppure qui si parla di chiusura dei nosocomi. Nell'area dell'agro nocerino sarnese invece si

La linea
Rivisitate le specialità dei presidi ospedalieri «Mai più doppioni e sprechi»

registra un numero maggiore di personale dipendente. Nel distretto di Nocera ci sono 155 impiegati mentre presso l'ospedale Umberto della stessa città, gli impiegati sono 843. Anche al distretto di Scafati si contano quasi

cento dipendenti mentre all'ospedale, nonostante la chiusura di diversi reparti e la perdita del pronto soccorso, il personale in forza è di 166 unità. All'ospedale di Eboli si sfiorano le 400 unità mentre nel distretto che si estende fino a Buccino, il personale arriva a 189 unità. All'ospedale di Vallo della Lucania invece si arriva ad un personale in forza di quasi 600 persone e più di cento persone lavorano presso il presidio. E poi capita, spesso, di avere dirigenti medici che nonostante la pensione continuano ad esercitare la propria professione all'interno dell'Asl seppur a zero euro per una durata massima di un anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda



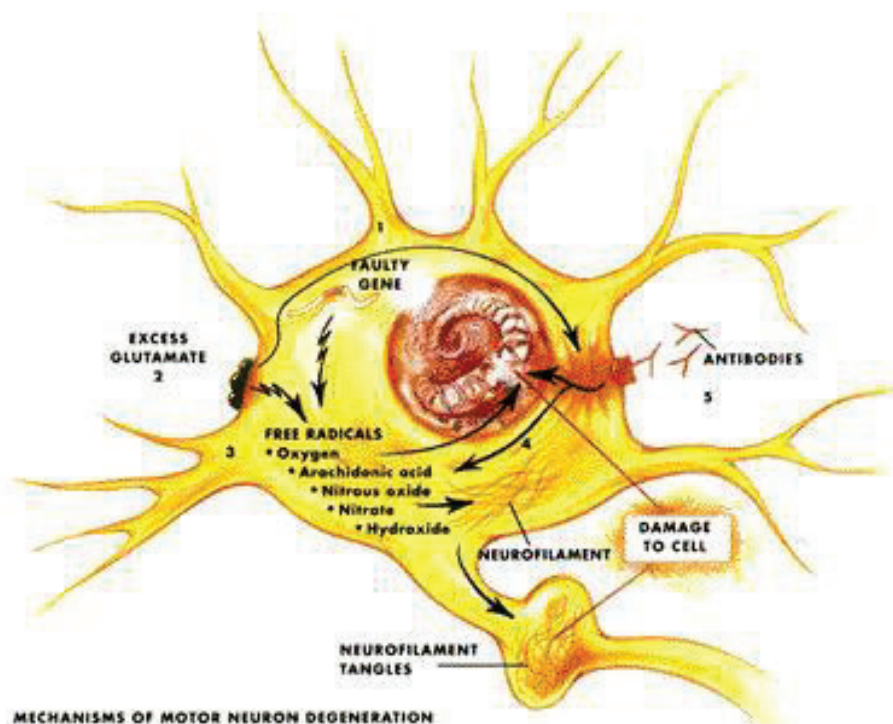
	Personale territorio	Personale Ospedali		Personale territorio	Personale Ospedali		
DSB 60 NOCERA INFERIORE	155	155	-	DIP SALUTE MENTALE AREA CENTRO	189	189	-
DSB 61 ANGRÌ/SCAFATI	99	99	-	DIP SALUTE MENTALE AREA NORD	176	176	-
DSB 62 SARNO/PAGANI	101	101	-	DIP SALUTE MENTALE AREA SUD	110	110	-
DSB 63 CAVA DEI TIRRENI COSTA D'AMALFI	152	152	-	FUNZ CENTRALI AREA CENTRO	213	213	-
DSB 64 EBOLI/BUCCINO	189	189	-	FUNZ CENTRALI AREA NORD	185	185	-
DSB 65 BATTIPAGLIA	139	139	-	FUNZ CENTRALI AREA SUD	49	49	-
DSB 66 SALERNO	271	271	-	P.O. TORTORA PAGANI	223	-	223
DSB 67 MERCATO SAN SEVERINO	103	103	-	P.O. DELL'IMMACOLATA SAPRI	315	-	315
DSB 68 GIFFONI VALLE PIANA	115	115	-	P.O. CURTO POLLA	468	-	468
DSB 69 CAPACCIO/ROCCADASPIDE	97	97	-	P.O. SCARLATO SCAFATI	166	-	166
DSB 70 AMBITO AGROPOLI	105	105	-	P.O. MARIA ADD. EBOLI	356	-	356
DSB 70 AMBITO VALLO DELLA LUCANIA	104	104	-	P.O. ROCCADASPIDE	157	-	157
DSB 71 SAPRI CAMEROTA	112	112	-	P.O. S.FRANCESCO OLIVETO	217	-	217
DSB 72 SALA CONSILINA POLLA	118	118	-	P.O. VALLO LUCANIA	590	-	590
DIP PREVENZ AREA CENTRO	135	135	-	P.O. BATTIPAGLIA	448	-	448
DIP PREVENZ AREA NORD	127	127	-	P.O. NOCERA INFERIORE	843	-	843
DIP PREVENZ AREA SUD	147	147	-	P.O. SARNO	352	-	352
					7326	3191	4135

centimetri



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Martedì 02 FEBBRAIO 2016

Un farmaco antipertensivo efficace contro l'Alzheimer?

Uno studio condotto negli USA suggerisce che il candesartan, un antipertensivo, potrebbe avere un effetto neuroprotettivo specifico su meccanismi di danno molecolare tipici delle prime fasi dell'Alzheimer. L'ipotesi dei ricercatori americani, che auspicano un pronto avvio di trial clinici controllati con il candesartan nelle fasi iniziali dell'Alzheimer, è di riuscire così a rallentare la progressione della malattia.

Un gruppo di ricercatori americani ha dimostrato che un farmaco comunemente utilizzato come antipertensivo è in grado di ridurre il danno cellulare associato al morbo di Alzheimer. Lo studio, condotto dai ricercatori del *Georgetown University Medical Center* (GUMC), in collaborazione con i *National Institutes of Health* è stato effettuato su colture di neuroni, cimentate con elevate concentrazioni di glutammato.

La scoperta, pubblicata sull'ultimo numero di [Alzheimer's Research and Therapy](#), suggerisce dunque che il candesartan, ma forse in generale l'intera classe dei sartani, potrebbero presto trovare posto nell'armamentario terapeutico delle prime fasi dell'Alzheimer.

“Il risultato del nostro studio – afferma **Juan M. Saavedra**, Dipartimento di Farmacologia e Fisiologia del GUMC – ha una sua logica precisa: l'ipertensione riduce il flusso di sangue a livello di tutto il corpo e del cervello ed è un noto fattore di rischio per Alzheimer. Studi epidemiologici condotti in passato avevano evidenziato che la progressione dell'Alzheimer risulta rallentata nei soggetti in trattamento con sartani”.

Gli studiosi americani hanno indagato in colture neuronali l'azione del candesartan sugli effetti neurotossici indotti da esposizione a glutammato, un noto fattore di danno negli stadi precoci dell'Alzheimer. In questo studio i ricercatori hanno evidenziato che il candesartan è in grado di prevenire la morte neuronale indotta da glutammato.

Più in particolare il candesartan è risultato in grado di prevenire l'infiammazione neuronale e vari altri processi patologici associati all'Alzheimer, quali le alterazioni del metabolismo dell'amiloide.

In una seconda parte dello studio, è stato effettuato un confronto dell'espressione genica delle colture neuronali, con quella delle banche dati di campioni autoptici del cervello di pazienti con Alzheimer. “Le correlazioni che abbiamo trovato – afferma **Abdel G. Elkahoun**, *Comparative Genomics and Cancer Genetics Branch* del *National Human Genome Research Institute* – sono impressionanti: l'espressione dei 471 geni alterati dall'esposizione ad un eccesso di glutammato nelle cellule in coltura, sono risultate alterate anche nei campioni autoptici prelevati dal cervello di pazienti con Alzheimer. E il candesartan si è dimostrato in grado di normalizzare l'espressione di questi geni nelle cellule in coltura.”

“La nostra ipotesi è dunque – afferma Saavedra – che il candesartan (e forse anche altri farmaci della classe dei sartani) possa non solo rallentare la progressione dell'Alzheimer ma anche prevenirne o ritardarne lo sviluppo”.

Secondo i ricercatori americani questo lavoro ha immediato valore traslazionale e auspicano dunque l'avvio di *trial* clinici controllati per valutare l'effetto neuroprotettivo del candesartan nei pazienti con Alzheimer in stadio precoce.

Maria Rita Montebelli

Nuove terapie. Le cellule madri che sono negli embrioni possono moltiplicarsi a volontà e dare vita a qualunque tessuto. Iniettate nel cervello rigenerano i neuroni. Studi sull'uomo dimostrano che riescono ad arginare la degenerazione

Il morbo di Parkinson fermato dalle staminali

GIOVANNI SABATO

LA META NON È VICINA, ma la strada per raggiungerla sembra chiara. E la possibilità di curare le malattie neurodegenerative con le cellule staminali, appare più concreta che mai. In particolare per il Parkinson, che dipende dalla morte, in un'area profonda del cervello, dei neuroni che producono la dopamina, un messaggero cerebrale. Trent'anni fa Anders Björklund, dell'Università di Lunds in Svezia, provò per primo a curarlo trapiantando, nel cervello dei malati, giovani neuroni presi da feti abortiti. A differenza dei neuroni adulti, questi erano capaci di integrarsi nel nuovo cervello e rimpiazzare quelli morti. Ma una sperimentazione condotta negli Stati Uniti die-

Già fatto il trapianto nel primo paziente. Ma i benefici arriveranno tra alcuni anni

de un esito impietoso. Non solo a due anni dall'intervento i malati non mostravano benefici, ma alcuni accusavano nuovi gravi disturbi, come scatti incontrollabili degli arti. Così i trapianti furono fermati.

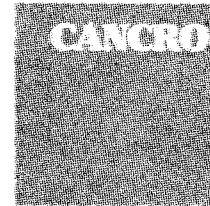
Björklund però non era convinto: «Fra i miei pazienti avevo visto miglioramenti impressionanti. Qualcuno aveva praticamente smesso di prendere i farmaci, per decenni, fino alla morte». Così si è rimesso al lavoro, e con lui gli altri maggiori studiosi del settore, riunitisi nel 2006 nel consorzio europeo Transeuro. Si è visto così che la bocciatura era stata frettolosa: i neuroni trapiantati impiegano anni a collegarsi bene al resto del cervello, e molti malati hanno iniziato a mostrare benefici dopo 3-5 anni dall'intervento. A fare la differenza è poi il punto preciso del trapianto: i malati colpiti dai gravi effetti collaterali erano quelli che avevano ricevuto le cellule in un'area risultata inadatta.

Chiariti questi e tanti altri elementi, si è approntata una nuova sperimentazione finanziata dall'Unione europea. «Siamo partiti a maggio con il trapianto nel primo paziente», ha spiegato il capofila, Roger Barker dell'Università di Cambridge. Se anche funzioneranno, però, i neuroni dei feti non saranno la soluzione tanto attesa,

perché non basteranno mai per tutti (per un malato occorrono circa sei feti). Bisognerà allora rivolgersi a un'altra fonte, virtualmente inesauribile: le cellule staminali embrionali, che possono moltiplicarsi a volontà e generare potenzialmente qualsiasi tessuto.

Sulla scia del successo di Transeuro, dal 2014 i ricercatori di questa e altre collaborazioni internazionali che lavorano ai trapianti nel Parkinson si sono uniti nel consorzio G-Force. Fra i partecipanti c'è Neurostemcellrepair, un gruppo europeo guidato da Elena Cattaneo, che mira appunto a ricavare dalle staminali i neuroni che producono la dopamina. Anche questa meta pare ormai prossima: a fine 2014 un team di Neurostemcellrepair ha ottenuto neuroni che, trapiantati nei ratti, si comportano esattamente come quelli originali. Ci vorrà ancora qualche anno per verificare che soddisfino i rigorosi requisiti per il trapianto nell'uomo. Ma se tutto va bene, nel 2018 partiranno le sperimentazioni umane. A quel punto si tratterà di aspettare alcuni anni per vedere se funzionano. E incrociare le dita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il gene è all lavoro

Parte a breve la sperimentazione di una nuova terapia genica che promette di contrastare le metastasi che si presentano al fegato in seguito a un tumore del colon retto.

La coordina Giovanni Sita, responsabile dell'Epatologia sperimentale del San Raffaele di Milano, che ne ha pubblicato i primi dati sperimentali su *Embo Molecular Medicine*. Al centro della terapia sono i macrofagi, cellule del sangue normalmente richiamate nei tumori, che possono essere utilizzati per veicolare sulle neoplasie dei geni anti-tumorali capaci di combattere le metastasi epatiche. Lo studio - fatto in collaborazione con

Luca Guidotti e Luigi Naldini, direttore del TIGET (l'Istituto Telethon per la Terapia Genica del San Raffaele) - illustra una tecnica di trasferimento genico che utilizza dei virus lenti capaci di portare nelle cellule staminali del sangue un gene che avrà attività anti-tumorale nelle cellule generate da quelle staminali. Peculiarità del gene anti-tumorale prescelto dai ricercatori milanesi è la capacità di attivarsi solo nei macrofagi, le cellule del sistema immunitario che sono richiamate in gran numero in presenza di un tumore. I macrofagi così ingegnerizzati invadono le metastasi, e iniziano a produrre interferone che nelle zone neoplastiche svolge la sua azione anti-tumorale. «Una volta nel fegato l'interferone - spiega Giovanni Sita - riduce la crescita delle metastasi e la loro espansione, poiché riesce a favorire la risposta immunitaria contro le metastasi del cancro al colon retto».

mariapaola salmi

MALATTIE DELL'OCCHIO

Mi serve una retina nuova di zecca

C' È UN BANCO di prova più semplice che non il cervello per le cellule ricavate da staminali embrionali: la retina. I trapianti sull'uomo sono già una realtà anche perché di certo sono minori i rischi essendo l'occhio relativamente isolato dal resto del corpo. Nel mirino c'è la causa più frequente di perdita della vista: la degenerazione maculare, un deterioramento progressivo di parte della retina, che non rende del tutto ciechi ma arriva a impedire di leggere o riconoscere le persone, e con i farmaci si può al massimo rallentare ma non fermare.

Negli USA è partita una sperimentazione umana con cellule della retina ricavate da staminali embrionali, che finora non hanno causato problemi e forse stanno dando qualche miglioramento. In Giappone ne è iniziata un'altra con cellule retiniche

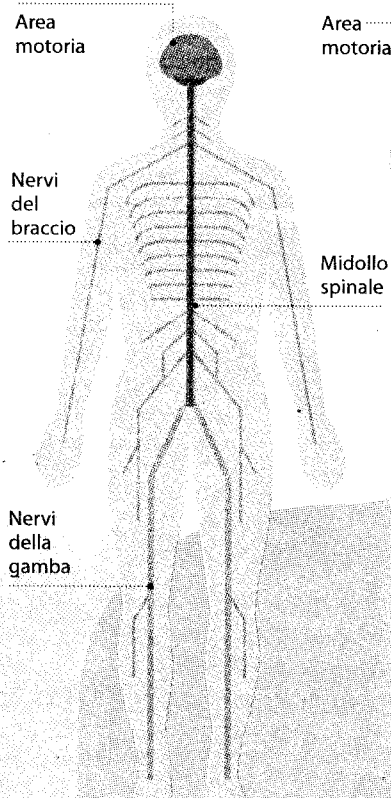
ricavate da un altro tipo di staminali (le pluripotenti indotte), che si ricavano facendo ringiovanire cellule adulte, e quindi si possono produrre anche da cellule del malato stesso, evitando in teoria rischi di rigetto.

Una terza sperimentazione è stata lanciata a Londra ad agosto dal London Project to Cure Blindness. Una donna di 60 anni ha ricevuto un lembo di cellule retiniche ricavate da staminali embrionali, con una semplice operazione di un paio d'ore. Per ora le cellule appaiono in salute. Per iniziare a capire se la donna vedrà meglio, e senza grossi danni, bisognerà però avere pazienza. E soprattutto, bisognerà aspettare che tutti e 10 i malati previsti dal programma abbiano ricevuto il trapianto e siano stati seguiti per almeno un anno.

g.s.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

COME COLPISCE



Area motoria

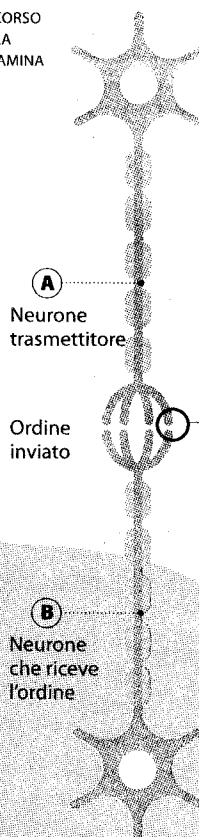
Midollo spinale

SEZIONE DEL MESENCEFALO

Sostanza nera

Zone di produzione di dopamina

PERCORSO DELLA DOPAMINA



COS'È LA DOPAMINA

È un neurotrasmettitore: un messaggero chimico che serve ai neuroni delle diverse aree del cervello a comunicare fra loro

