



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





Radioterapia, dialisi e diagnostica la Regione stanZIA sette milioni

L'intervento

Si raschia il fondo del barile per garantire prestazioni gratis agli ammalati di tumore

Radioterapia, dialisi per i nefropatici, radiografie Tac e Risonanze magnetiche, visite specialistiche e analisi di laboratorio: i tetti di spesa sono esauriti praticamente in tutte le Asl dalla Campania dalla fine dello scorso settembre. È noto, ma per garantire almeno ai malati di tumore, prestazioni gratuite erogate dai centri privati in convenzione, da qui alla fine dell'anno, la Regione ha deciso di mettere nel piatto 7, striminziti, milioni di euro. Gli unici che la struttura commissariale è riuscita a tirare fuori dalle casse di Palazzo Santa Lucia raschiando il fondo del barile dei vincoli di bilancio e scavando tra le maglie della spending review.

Si tratta, in soldoni, del 2 per cento dell'intero budget della specialistica (357 milioni di euro attribuito per il 2014 e anche per il 2015) che proprio la legge di revisione della spesa prevede sia risparmiato rispetto al budget assegnato. Un accantonamento che le Asl erano tenute a mettere da parte

sin dal 2014 e che ora torna utile per alleviare i disagi di quella che, secondo il governatore Vincenzo De Luca, dovrebbe essere l'ultima stagione di sacrifici per i cittadini campani che hanno bisogno di cure inderogabili.

Dopo due giorni di convocazioni e audizioni con le associazioni di categoria, il sub commissario alla Sanità Mario Morlacco, traccia il punto in perfetta solitudine: nessuno dei funzionari dell'assessorato alla Sanità e tantomeno l'altro sub commissario in carica Ettore Cinque, lo hanno affiancato. Morlacco, insomma, si accingerebbe a varare probabilmente una delle ultime circolari prima dell'arrivo del nuovo commissario di nomina governativa. Durante le riunioni di lunedì e di ieri ha anche fatto capire che domani sarà il suo ultimo giorno di lavoro a Palazzo Santa Lucia. Dopodiché si terrà a disposizione della giunta regionale che, in questi mesi di vacatio al vertice della struttura commissariale, non lo ha certo coinvolto nelle principali azioni portate avanti sul fronte caldo della Sanità. Tanto che il verbale stilato che dovrebbe valere anche da documento di sintesi riguardo ai tetti di spesa, da consegnare nella mani del nuovo commissario governativo. La cui nomina, secondo le ultime



”
La spesa
Forse
l'ultima
circolare
firmata
dal sub
commissario
Morlacco

indiscrezioni raccolte a Palazzo Santa Lucia e dopo le sollecitazioni dei sindacati, verrebbe data per imminente, forse già nella riunione del Consiglio dei ministri di venerdì 13 novembre.

Se così non fosse da lunedì 16 novembre i 7 milioni individuati da Morlacco saranno divisi in due tranche di 3,5 milioni ciascuna, corrispondenti all'1 per cento del budget. La prima, a valere sulla spending review del 2014, sarà attribuita dalle Asl all'allungamento fino al 31 dicembre delle attività di radioterapia in convenzione. Fondo che dovrebbe risultare capiente solo grazie al ricalcolo della tariffe di rimborso. Punto quest'ultimo nuovamente contestato dalle associazioni di categoria (Aspat in testa) in quanto limitante la qualità delle prestazioni «tante su modelli terapeutici obsoleti». Alla dialisi spetterebbero inoltre circa 500 mila euro. Gli altri tre milioni e mezzo nel piatto, drenati dai risparmi previsti dal decreto enti locali (appropriatezza) andrebbero a coprire le prestazioni diagnostiche e specialistiche per i pazienti oncologici. Sul punto, se da un lato Morlacco incassa il via libera del sindacato Radiologi (Bruno Accarino) dall'altro deve fronteggiare lo stop, dal 16 novembre, al reclutamento di nuovi pazienti per la radioterapia annunciato dall'Aspat (che rappresenta il 68 per cento delle strutture di convenzionate). Proprio l'Aspat, insieme all'Aisa, ha chiesto inoltre di dirottare l'intero tesoretto sulla specialistica e di individuare un contratto integrativo per la Radioterapia.

e. m.

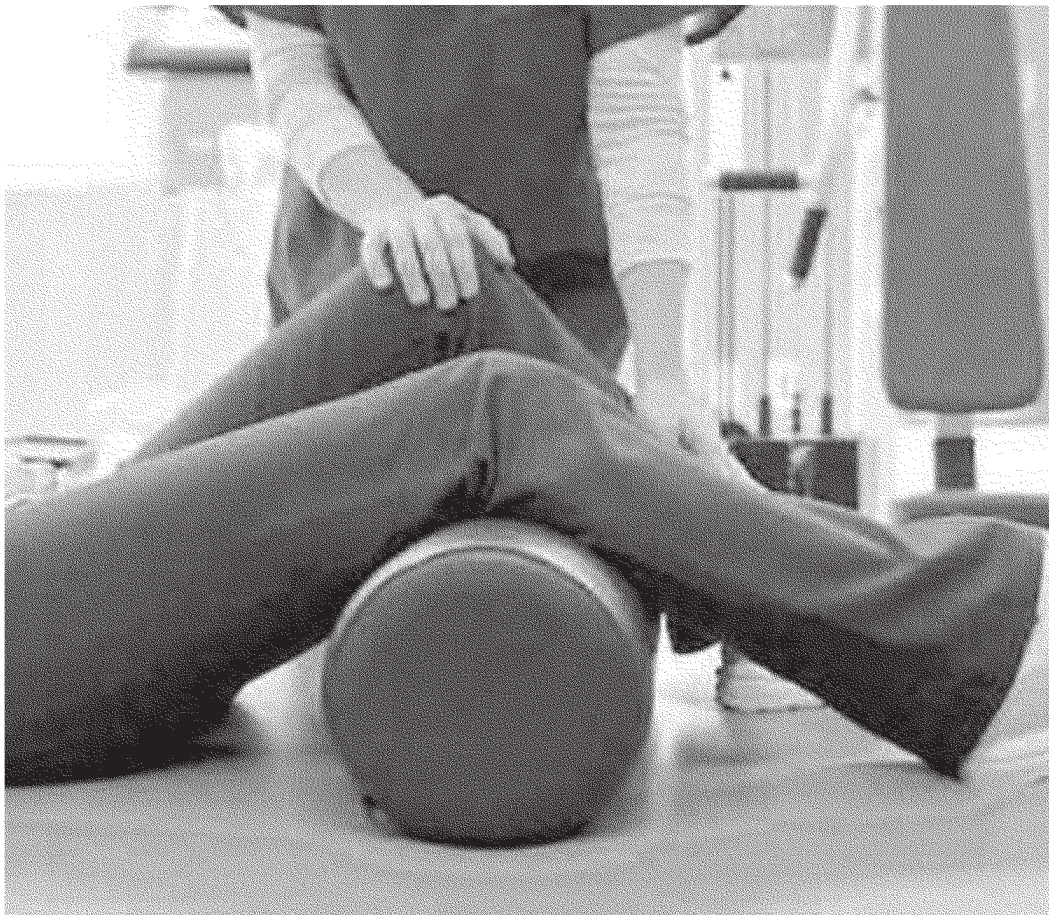
Il caso L'associazione delle imprese private denuncia 15 strutture «Fisioterapia abusiva per aggirare i tetti di spesa»

Ettore Mautone

Fisioterapia e riabilitazione, dopo il nodo dei tetti di spesa per i centri in convenzione si profila ora il problema abusivismo: «Proliferano come funghi ambulatori e strutture di Fkt prive dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio dell'attività sanitaria rilasciata dai sindaci come preconditione anche all'erogazione di prestazioni a totale carico dell'assistito, ovvero completamente private». A gettare il sas-



so nello stagno è l'Aspat (Associazione sanità accreditata territoriale) che, dopo decine di segnalazioni da parte dei centri loro associati ha istituito, all'inizio del 2015, un osservatorio sul fenomeno sfociato nei giorni scorsi nelle prime 15 denunce circostanziate trasmesse, attraverso un ufficio legale, ai Nas ed i sindaci. Ad essere interessati al fenomeno sono i Comuni di tutta la Regione, isole comprese (Capri e Ischia).



La denuncia L'Aspat: proliferano ambulatori e strutture di fisioterapia prive dell'autorizzazione

La sanità, il caso

«Fisioterapia abusiva per aggirare i tetti di spesa»

L'associazione delle imprese private denuncia quindici strutture: illegali e senza regole

Ettore Mautone

Fisioterapia e riabilitazione, dopo il nodo dei tetti di spesa per i centri in convenzione si profila ora il problema abusivismo: «Proliferano come funghi ambulatori e strutture di Fkt prive dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio dell'attività sanitaria rilasciata dai sindaci come preconditione anche all'erogazione di prestazioni a totale carico dell'assistito, ovvero completamente private». A gettare il sasso nello stagno è l'Aspat (Associazione sanità accreditata territoriale) che, dopo decine di segnalazioni da parte dei centri loro associati ha istituito, all'inizio del 2015, un osservatorio sul fenomeno sfociato nei giorni scorsi nelle prime 15 denunce circostanziate trasmesse, attraverso un ufficio legale, ai Nas ed i sindaci. Ad essere interessati al fenomeno sono i Comuni di tutta la Regione, isole comprese (Capri e Ischia).

«Abbiamo verificato un preoccupante fai-da-te nell'apertura di molti nuovi centri - avverte Pierpaolo Polizzi, presidente dell'Associazione di categoria - con la sbrigativa e quasi certamente illegale pratica d'inizio di attività priva del necessario lasciapassare sindacale. Si tratta dunque di "pseudo-centri" sanitari o riabilitativi

che, secondo le nostre indagini, sono del tutto sprovvisti delle necessarie autorizzazioni preliminari a ogni attività. Peraltro, secondo una delibera regionale del 2001 (la 7301) l'autorizzazione è deputata anche alla verifica iniziale di compatibilità tra l'offerta sanitaria e il fabbisogno assistenziale. Una procedura da anni bloccata che risponde anche all'esigenza di pianificazione e di controllo e che si completa con la verifica di requisiti strutturali, strumentali e di personale che rappresentano, tra l'altro, il primo gradino del processo di accreditamento al quale rispondo sia le strutture accreditate, sia quelle private non convenzionate».

Il dito è puntato, insomma, sulla concorrenza sleale nei confronti di chi, accreditato con il Servizio sanitario regionale, è in alcuni mesi dell'anno, complice l'esaurimento dei tetti di spesa, costretto a viaggiare sul regime completamente privato con prestazioni a carico dell'assistito trovando dinanzi a se una vera e propria giungla. Il fenomeno non è nuovo e investe anche altri settori assistenziali, dai centri di chirurgia estetica ai gabinetti odontoiatrici. E qui il nucleo ispettivo regionale annunciato da De Luca, avrà di che lavorare.

Quel che è certo è che non è so-



L'accusa Polizzi (Aspat) «Usati strumenti per i quali è prevista la presenza di un medico»

lo una questione di costi e tariffe: in gioco c'è anche la qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente garantiti dalla rispondenza di ciascun centro agli standard previsti dalla legge e dalle stringenti norme sugli accreditamenti.

«Tali strutture - aggiunge Polizzi - erogano addirittura prestazioni con apparecchiature (laser, tecar, magnetoterapia...) per le quali è prevista dalle norme la tassativa presenza di una figura medica responsabile, in particolare un direttore sanitario».

«Siamo tuttavia pressoché certi della fondatezza delle nostre denunce - conclude Polizzi - in molti casi si tratta di singoli specialisti, perlopiù fisioterapisti, che potrebbero svolgere la propria attività privatamente solo a domicilio, ovvero presso studi e gabinetti specialistici ma privi di strumentazioni e di personale dipendente». Ulteriori denunce sono previste per le prossime settimane, dopo il parere positivo dell'apposita commissione costituita in seno all'Aspat. A seguito della segnalazione degli associati e della documentazione prodotta scatterà la conseguente segnalazione alle Autorità competenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lunedì 09 NOVEMBRE 2015

Campania. I sindacati medici commentano le scelte di De Luca: "Tutto a rischio se non arriva il Commissario del Governo". E poi resta il nodo della sanità privata

La decisa accelerata impressa dal governatore De Luca alla stagione delle riforme della Sanità campana, secondo i sindacati, rischia di impantanarsi nelle sabbie mobili della politica con una nomina che da cinque mesi manca all'appello dell'agenda della presidenza del Consiglio dei ministri e del titolare del dicastero della Salute

In Campania la più volte manifestata volontà politica del neogovernatore **Vincenzo De Luca** di voltare pagina sul capitolo delle inefficienze, clientele e burocrazia che caratterizzano la gestione di Asl e ospedali, viaggia con il freno tirato a causa del ritardo del governo nella nomina del novo commissario per la Sanità regionale deputato a condurre l'ultimo tratto del cammino della Campania per uscire dal tunnel del piano di rientro dal debito. A dirlo e ribadirlo a gran voce sono praticamente tutti i sindacati della dirigenza medica campana.

"Dopo la cancellazione dell'Arsan e a fronte del precario assetto degli organi tecnici dell'assessorato regionale alla sanità – avverte **Luigi Sparano**, segretario provinciale di Napoli della Fimmg - di fatto manca una struttura tecnica in grado di affiancare la Regione e fino a quando il governo non si deciderà a nominare il commissario per la Sanità anche la struttura commissariale risulterà acefala. Noi come medi di famiglia siamo pronti ad assumerci la responsabilità di migliorare i servizi ai cittadini e di centrare obiettivi di risparmio. Ma ciò è possibile solo con la responsabilizzazione della categoria che va coinvolta a livello locale come a livello nazionale nelle scelte, con una delega che risponda agli obiettivi fissati ma non ingerisca nelle scelte professionali. Provvedimenti burocratici e calati dall'alto, come sta facendo in queste settimane il governo nazionale, rappresentano una strategia fallimentare che si traduce solo nello svilimento della professione, nello scadimento dei livelli di assistenza e in ultima analisi in una ferita al sistema sanitario nel suo complesso. Un sistema che, nelle sue varie articolazioni con sempre maggiore difficoltà riesce a garantire la sicurezza del cittadino di ricevere la migliore cura possibile rispetto alle sue condizioni di salute".

La lettera di Scotti e l'appello dell'Anaa caduti nel vuoto

Dopo la lettera aperta di **Silvestro Scotti**, presidente dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Napoli e provincia, indirizzata oltre un mese fa al presidente del Consiglio **Matteo Renzi** e al ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** è intanto caduto nel vuoto anche l'appello successivamente avanzato dall'Anaa-Assomed regionale. "Solo in Italia può esistere una politica che lasci senza commissario una Regione commissariata – dice **Bruno Zuccarelli** - verrebbe da ridere, se questo non fosse un dramma per migliaia di persone che ogni giorno lottano per mendicare cure che spetterebbero di diritto. Mi chiedo - prosegue Zuccarelli - quanto tempo dovrà passare perché la Campania possa vedere realizzata questa nomina. Come sindacalista lo trovo inaccettabile per le condizioni di lavoro alle quali ormai tutti i medici sono costretti. Qui non parliamo di settimane, parliamo di mesi. Tre sono le possibili ipotesi: o non c'è stata la volontà, o manca in tutta Italia una persona di spessore tale da poter ricoprire questo ruolo, o più semplicemente è un "gioco" di equilibri politici. Un gioco che però viene fatto sulla salute dei cittadini campani".

Cimo, i ritardi sono pagati dai cittadini

A far sentire la propria voce c'è anche la Cimo: "La Sanità pubblica sta morendo e forse non di morte naturale – avverte **Antonio De Falco**, segretario regionale della Confederazione italiana medici dirigenti – in Campania cittadini ed operatori della sanità ormai dal 2007, data di entrata nel piano di rientro dal debito, pagano a caro prezzo, sulla loro pelle e con le proprie tasche, una situazione di dissesto che viene da lontano ed attraverso gli schieramenti. Chiediamo dunque che il decisionista Renzi decida di nominare il Commissario ad Acta per la Sanità, visto che il decisionista De Luca non può decidere da solo nulla in merito, in quanto la nuova norma nazionale disgiunge le funzioni di Presidente della Giunta da quella di Commissario ad Acta. Da ormai oltre cinque mesi questa decisione è sospesa e nessuno ne dà una spiegazione, si assiste solo ad uno sterile esercizio del gioco del toto-commissario, ma nessuno spiega quale è il motivo di questo ritardo, quali problemi nasconda o in quali trattative rientri. Eppure i problemi sono tanti, accumulati nel tempo ed irrisolti. La programmazione sanitaria è al palo, visto che il famoso decreto n.49 (Piano ospedaliero), ha superato i 5 anni di vita e non ancora cammina sulle sue gambe perché mancano ancora gli strumenti di riorganizzazione per le aziende sanitarie (gli atti aziendali), ed a cinque anni dalla nascita è già vecchio perché ci sono linee di indirizzo nazionali con standard ospedalieri da rispettare; ma anche prima non godeva di buona salute, visti i dissesti creati in alcuni ambiti quali il materno-infantile".

La Cisl medici e il sistema delle regole

A rincarare la dose c'è poi la Cisl Medici di Napoli. **Roberto D'Angelo**: "Il Commissario straordinario è di nomina centrale, lo chiediamo anche noi a Renzi ed alla Lorenzin. Il Commissario avrà qualche possibilità di arrestare il declino della sanità campana se tutta la sanità italiana si baserà su poche, semplici scelte che invertano la tendenza distruttrice di questi anni. Anzitutto, priorità alla prevenzione, per evitare che le disuguaglianze nella salute della popolazione si incrementino e rendano impossibile investire in terapie innovative per la necessità di spendere milioni di euro in malattie completamente evitabili. Conclusioni a cui è giunto anche un campione dello "smantellamento del welfare, il partito conservatore inglese di Cameron. Secondo, rafforzare le cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria, a partire dal rapporto territorio-ospedale, per andare incontro alla domanda di salute di anziani e pazienti cronici con una politica che, in Germania, ha dimostrato di ridurre mortalità, complicanze, ospedalizzazioni e costi. Terzo, spezzare l'assedio che spinge i medici a prescrivere montagne di esami a solo scopo "difensivo", per non deviare risorse dai malati ai sani e restituire reciproca fiducia a pazienti e medici. Quarto, combattere finalmente in modo efficace quella corruzione che in Sanità ha dimostrato tutta la sua distruttività in Campania come in Lombardia, che vanifica tagli e risparmi mantenendo alto il deficit del Ssn".

10 decreti in 10 giorni

"Inserito in questa cornice di sistema, il Commissario Straordinario della sanità campana potrà varare in dieci giorni dieci decreti che si occupino delle emergenze non più procrastinabili, dalle regole per gli atti aziendali che Asl ed ospedali devono emanare, alle norme per una seria stabilizzazione che ponga fine allo scandalo ultradecennale del precariato sulle cui spalle il sistema si appoggia per sopravvivere.

Ma tutto questo sarà ancora insufficiente se, alla scelta del governo nazionale di agire nominando il Commissario, non si assocerà un'incisiva azione di controllo sui manager da parte della Regione Campania, che trasformi in fatti le buone intenzioni sin qui espresse da De Luca. Se questa richiesta del Commissario significa dare una scossa al sistema stringendo la politica alle proprie responsabilità, la Cisl Medici la fa propria. Ma assieme a tutto il resto di cui ha bisogno la sanità regionale".

Quel che è certo è che la parola d'ordine di De Luca, (dopo i tagli i servizi) scelta per aprire di fatto quelli che ha annunciato saranno entro dicembre gli Stati generali della sanità aperti ad operatori, sindacati e addetti ai lavori, non trova impreparati quelli che saranno i suoi principali interlocutori si misureranno sui problemi concreti.

Il documento congiunto di Cgil, Cisl e Uil

Proprio la Cgil medici, la Cisl di categoria e la Uil funzione pubblica in un documento congiunto ([ALLEGATO](#)) firmato da **Giosué di Maro** per la Cgil, **Attilio Maurano** per la Cisl medici regionale e **Raffaele Tortoriello** per la Uil-Fp, sintetizzano i principali nodi da sciogliere della sanità regionale e le attese degli

operatori medici di fronte alla svolta annunciata dal governatore De Luca. La richiesta è di confrontarsi nel merito iniziando da quattro questioni che ritengono propedeutiche al rilancio del Sistema Salute regionale: dotazioni organiche, stabilizzazione precariato e sblocco del turn over, condizioni di lavoro e applicazione delle direttive comunitarie, riorganizzazione del sistema integrato di emergenza sanitaria (118) e liste di attesa e prevenzione oncologica. Da qui, e dalla nomina del commissario governativo, proseguendo sul versante dell'assistenza sanitaria in accreditamento, inizia dunque il nuovo corso per disegnare il modello di Salute campano targato De Luca.

La sanità accreditata

Intanto porte aperte, della Cgil funzione pubblica, alla rinnovata volontà del governatore De Luca di procedere con urgenza alla riorganizzazione del Sistema Sanità in Regione Campania. "Ma a patto che non si dimentichino tutte le questioni ancora aperte, sospese da anni, e forse volutamente, dal punto di vista politico, irrisolte". A cosa fanno riferimento il segretario generale Cgil Fp Campania **Alfredo Garzi** e **Luigi Savio** per la segreteria regionale del sindacato? "Alla Sanità accreditata che rappresenta – argomenta una nota diramata oggi dal la confederazione italiana lavoratori - il 60 per cento del bilancio sanitario regionale. In questo ambito punte del 99 per cento si sfiorano nel settore riabilitazione ed in quello della diagnostica".

Mancano regole certe

"Il 90% delle strutture è accreditato definitivamente col Ssr, ma le Regole sono spesso aleatorie e non cogenti – continua la Cgil - i lavoratori della riabilitazione sono da anni sottoposti ad un taglio al ribasso di diritti e salario a causa di norme che parificano i rimborsi tariffari per qualunque contratto si applichi. I datori di lavoro stanno rincorrendo il contratto peggiore per gareggiare al ribasso sul costo del lavoro e fronteggiare la corsa ai tetti di spesa. A farne le spese sono stati, in questi anni, lavoratori e cittadini costretti a pagare le prestazioni per buona parte dell'anno. E' venuto il momento di dire basta, di affrontare questa delicatissima vicenda dando la parola a chi regge davvero il sistema sanitario campano. Abbiamo più volte posto al centro questa questione senza tuttavia ottenere un'interlocuzione vera. Decine sono i centri nei quali l'orario di lavoro è passato a 38 se non a 40 ore con stipendi ridotti anche del 30 per cento".

E sul merito, proprio nei giorni scorsi, c'è stato un primo sciopero del Centro di riabilitazione Servizi sanitari a Napoli fa con una mobilitazione permanente del personale. Contratto cambiato unilateralmente dai titolari del centro, premi di produzione al palo così come le indennità revocate e la prossima chiusura del reparto di semiconvitto oltre a liste di attesa che si allungano i motivi della drastica decisione assunta dai camici bianchi in forze al Centro servizi sanitari.

De Luca tratta, le Asl applicano le vecchie regole

Dito puntato delle associazioni di categoria anche sulle decisioni regionali in tema di tariffe di rimborso delle attività di riabilitazione. "Mentre il governatore De Luca promette di avviare un tavolo per ratificare la transazione raggiunta alla fine dello scorso maggio -. Spiega **Pierpaolo Polizzi**, presidente dell'Aspat, dagli uffici di Palazzo Santa Lucia si procede in direzione diametralmente opposta con la sollecitazione delle Asl ad applicare i più recenti e penalizzanti decreti commissariali di riordino tariffario in una filiera di contrazione che si riverbera immediatamente sui lavoratori".

Sull'altro fronte la Cgil denuncia la disdetta, da parte di molti titolari di strutture di riabilitazione, del contratto Aiop e l'applicazione unilaterale del contratto Aris-Rsa da parte del datore di lavoro che si traduce in un aumento dell'orario di lavoro a fronte di un salario più basso. La coperta è corta e scontante tutti. Il nodo dei tetti di spesa e dell'esaurimento delle risorse per le attività in convenzione da parte delle strutture accreditate, resta uno scoglio per operatori, cittadini e pazienti. Senza contare che il contratto è bloccato da sette anni. La Cgil chiede quindi un immediato tavolo di confronto con la Regione propedeutico alla verifica puntuale di tutti gli accreditamenti a partire dal rispetto delle Regole.

"Le chiediamo di verificare in tavolo triangolare quali siano gli effettivi bisogni dei cittadini campani prima di sbloccare i tetti di spesa tout-court ; il rischio è infatti quello di consentire ulteriori gare al ribasso sulla pelle dei lavoratori". Analisi del fabbisogno e rimodulazione dell'offerta dunque, come nei basilari assunti di management sanitario, per raggiungere la razionalizzazione dei servizi, il risparmio della spesa e la qualità dell'offerta assistenziale.

Ettore Mautone

Livelli essenziali di assistenza. In fondo al ranking quattro amministrazioni con la sanità locale commissariata

Sanità, la classifica delle Regioni: Toscana in testa, Calabria ultima

Roberto Turno
ROMA

Prima ancora una volta la Toscana col punteggio più alto mai ottenuto, ultima la Calabria col 40% in meno di prestazioni sanitarie per quantità e per qualità erogate ai suoi cittadini. Poi sul podio Emilia Romagna e Piemonte e in fondo alla classifica ancora Campania, Molise e Lazio. Guarda caso, tutte e quattro le ultime della classe sono sotto schiaffo con la sanità locale commissariata dal Governo.

Mentre infuria la battaglia sulla manovra 2016 per i tagli ad asl e ospedali, ecco l'ultimo e più aggiornato ranking del rispetto da parte delle regioni dell'erogazione dei Lea, i livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti uniformemente agli italiani, gratis o dietro pagamento dei ticket. È la classifica 2014, l'ultima possibile che ogni anno si mette a punto ad un apposito tavolo ministeriale. Ancora formalmente sub iudice, perché alcune regioni hanno contestato il punteggio loro assegnato. Ma i risultati del tavolo per ora sono questi, e difficilmente si scosteranno di parecchio nel giudizio finale.

Quel che emerge intanto è l'ennesimo nitido check di un federalismo che ha frantumato in mille

coriandoli l'universalità e il diritto alla salute. Un puzzle con centomila risvolti. Che ci dice meglio di tanti discorsi come e quanto curarsi in Toscana non sia la stessa cosa che curarsi in Calabria. O in Lombardia e in Campania. Anche perché chi ha meno cure paga di più tra ticket e tasse locali. La doppia beffa dell'Italia della salute. Anche se poi i risultati della scala Richter dell'assistenza sanitaria nel 2014 dicono che, per punteggio totale, solo 4 regioni (al momento) hanno peggiorato: Calabria (4 punti in meno), Umbria (-14), Piemonte (-7, benché sia terzo), Veneto (solo -1, ma ben assistato nella graduatoria delle regioni promosse). Le altre, la gran parte, hanno visto crescere il loro punteggio. Ma con la conferma che aree di recupero di sprechi e di migliore gestione e organizzazione, esistono ancora, eccome.

La classifica dei Lea d'altra parte valuta un'ampia griglia di prestazioni e di assistenza. Sono ben 31 indicatori raggruppati in tre grandi aree: assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e dilavoro, assistenza sul territorio e assistenza ospedaliera. E cioè: liste d'attesa, ricoveri, prestazioni inappropriate, farmaci e dispositivi medici, specialistica, assisten-

za gli anziani, cure domiciliari, consultori, tutela degli alimenti, vaccinazioni, screening, sanità veterinaria. L'intera gamma dei Lea dovuti. Che non tutte le regioni garantiscono allo stesso modo e con eguale qualità.

Di qui la classifica elaborata al tavolo ministeriale, ora in attesa di conferma definitiva. La Toscana ha raggiunto un punteggio di 217, il più alto mai realizzato, su 225 totali, confermandosi prima e ottenendo anzi 3 punti in più che nel 2013. L'Emilia è sempre seconda e con lo stesso valore, il Piemonte terzo con 194 ma in calo di 7 punti. Nel ranking scalano posizioni in alto Liguria, Lombardia, Basilicata, Puglia e Campania che da penultima è diventata terz'ultima. Mentre perdono posti Veneto, Marche, Umbria, Abruzzo, Lazio, Molise e Calabria. Con una differenza di ben 86 punti tra Toscana e Calabria, e 78 e 69 rispettivamente sempre tra la Toscana prima della classe e la Campania e il Molise. Un abisso di salute in più o in meno erogata agli italiani che vivono in quelle regioni.

«Sono contento che per il secondo anno consecutivo la Toscana sia arrivata prima nella graduatoria dei Lea. Ringrazio tutti gli operatori della nostra sanità, sen-

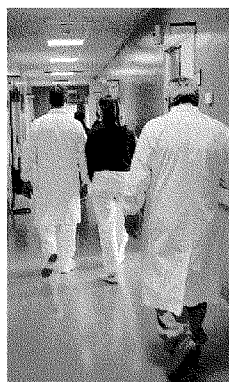
za trascurare che eroghiamo altri 100 mln di extra Lea», gongola il governatore Enrico Rossi per il risultato ottenuto quando assessore era Luigi Marroni, oggi ad di Consip. «La classifica - aggiunge Rossi - certifica l'alto livello di qualità e di risposta dei nostri servizi».

Anche di qui parte ora il Governo con la manovra 2016 arrivata alle curve decisive al Senato. Tra risparmi da realizzare, tentativi di aumentare le risorse ma anche di erodere il grave gap Nord-Sud. «Il fatto che solo quattro regioni abbiano fatto un passo indietro è segno del miglioramento e degli sforzi fatti nonostante i tagli - sostiene Francesco Ripa di Meana, presidente di Fiaso (associazione di manager del Ssn) e dg del Rizzoli di Bologna - Ma le conseguenze dei tagli di oggi li vedremo tra 2-3 anni e ce ne vorranno altrettanti per risalire la china. La verità è che usare la sanità come un bancomat, è un rischio».

TREND IN MIGLIORAMENTO

Nella graduatoria ministeriale, ancora sub iudice, gran parte delle Regioni hanno migliorato il punteggio, solo in quattro casi è peggiorato

La classifica Lea



Punteggio 2013		Rango	Punteggio 2014	
Toscana	214	1°	Toscana	217
Emilia Romagna	204	2°	Emilia Romagna	204
Piemonte	201	3°	Piemonte	194
Marche	191	4°	Liguria	194
Veneto	190	5°	Lombardia	193
Liguria	187	6°	Marche	192
Lombardia	187	7°	Veneto	189
Umbria	179	8°	Basilicata	177
Sicilia	165	9°	Sicilia	170
Abruzzo	152	10°	Umbria	165
Lazio	152	11°	Abruzzo	163
Basilicata	146	12°	Puglia	161
Molise	140	13°	Lazio	154
Calabria	135	14°	Molise	148
Puglia	134	15°	Campania	139
Campania	127	16°	Calabria	131

L'esito dell'incontro tra i sindacati di tutto il comparto sanitario e l'Aran

Regioni spalle al muro *No dei medici a deroghe sull'orario di lavoro*

DI BEATRICE MIGLIORINI

Tutto come prima per medici e infermieri in corsia. Non solo con l'avvicinarsi della scadenza del 25 novembre non cambierà nulla per il comparto sanitario ma all'orizzonte non si intravede nemmeno una possibile soluzione. Nel corso dell'incontro che si è tenuto ieri a Roma tra l'Aran e i sindacati del comparto sanitario, infatti, da parte delle regioni è arrivata solo una richiesta di deroga a 360°. È stato chiesto, infatti, ai sindacati sia di convincere i loro iscritti a pazientare ancora un po' nell'attesa di trovare una soluzione adeguata, sia di acconsentire a delle deroghe vere e proprie all'applicazione della direttiva Ue 88/2003, recepita dalla legge 161/2014, che prevede le 48 ore di lavoro medio a settimana e le 11 ore di riposo consecutive. Il tutto, senza che sia stata paventata una nuova dead line entro la quale le regioni sarebbero tenute ad adempiere. Un incontro (a cui ne farà seguito un altro la prossima settimana) che dopo un anno di inerzia non ha placato gli animi del comparto sanitario e dei sindacati di categoria che hanno annunciato l'arrivo di denunce a pioggia contro i direttori generali delle Asl e delle aziende sanitarie che, a far data dal 25 novembre non applicheranno la normativa. Entro tale termine, però, è possibile che sia approvato un decreto legge lampo di proroga della scadenza che, essendo sostanzialmente a costo zero, non troverebbe ostacoli da parte del Mef ma solo da parte del parlamento. L'Italia, infatti, per quanto riguarda l'adeguamento della regola delle 48 ore di lavoro e delle 11 ore di riposo al comparto sanitario è inadempiente su tutta la linea dal 2007 tanto da essere sottoposta a procedura di infrazione a parte dell'Ue a partire dal 2014 (si veda *ItaliaOggi* del 29 ottobre e del 7 novembre 2015).

Ecco perché, come sottolineato a più riprese dalla Consulcesi (la società leader nel settore della difesa dei camici bianchi) nel corso delle settimane precedenti, indipendentemente dalla scadenza del 25 novembre i camici bianchi avranno né più né meno la possibilità di proporre ricorso per i pregresso. E la cifra dei medici che hanno già adottato le contromisure è salita ben sopra le 5 mila unità. Prevedere, quindi, una ulteriore proroga per l'entrata in vigore di una norma attesa ora mai da più di sette anni rischia di essere un autogol su tutta la linea con ripercussioni sulle casse dello stato la cui entità è destinata a salire. Analizzando solo l'aspetto dei potenziali ricorsi le cifre parlano già di più di 3 mld di euro (sono 100 mila i medici potenzialmente coinvolti) a cui potranno andare ad aggiungersi tutte le sanzioni pecuniarie salate che potranno gravare sulla teste dei direttori generali e, quindi, sullo stato. Le opzioni a disposizione dell'esecutivo e delle regioni sono, quindi, limitate. Anche se sotto mano il parlamento avrebbe lo strumento utile quanto meno per arginare la questione. «C'è la legge di Stabilità all'esame del parlamento», ha spiegato a *ItaliaOggi* Riccardo Cassi a capo del Cimo presente ieri all'incontro, «se c'è una davvero volontà di risolvere la situazione, possono trovare finanziamenti destinati ad assumere medici per coprire l'emergenza, inserire norme cogenti che consentano la definizione della nuova figura professionale del medico e nuove regole per il suo lavoro. La soluzione è, quindi, politica, prima che contrattuale ecco perché», ha concluso Cassi, «diciamo no ad ogni ipotesi di deroga o di rinvio e denunceremo in ogni Azienda sanitaria d'Italia, i Direttori Generali che non rispetteranno le norme, oltre a continuare a dare supporto ai nostri iscritti nelle cause per danni».

Salute. In «Gazzetta» il regolamento Il fascicolo sanitario elettronico arriva all'ultimo «passaggio»

Lucilla Vazza

■ Pronti, partenza, via. Con la pubblicazione sulla «Gazzetta Ufficiale» di ieri del Dpcm 178/2015, prende ufficialmente il via l'utilizzo su tutto il territorio nazionale del **fascicolo sanitario elettronico** (Fse). Ogni cittadino italiano dalla nascita e per tutto il corso della vita avrà un fascicolo personale digitale che raccoglierà tutti i **dati e le informazioni sanitarie e socio-sanitarie** che costituiscono la storia clinica e di salute di tutti gli italiani. Ogni prescrizione, ogni accertamento clinico-diagnostico, visita medica e ogni eventuale ricovero, tutto, proprio tutto presto sarà tracciato e finirà nel faldone digitale personale.

Un'evoluzione importante, perché garantirà vantaggi concreti al sistema sanitario nazionale, al cittadino, ai medici e alle strutture. La tracciabilità prevista dal Dpcm potrà far ridurre sprechi e inefficienze attraverso le statistiche, l'incrocio dei

dati e una maggiore trasparenza degli stessi. Il che, tradotto in pratica, significa ottenere miglioramenti in termini di programmazione, controllo e valutazione del sistema sanitario nel suo complesso, in un contesto sia italiano che europeo. E innumerevoli saranno i vantaggi per i cittadini, che nel rispetto delle regole sulla privacy potranno tenere sott'occhio per tutta la vita gli alti e i bassi della propria salute, migliorando anche il «self empowerment» del proprio benessere.

Quando il percorso sarà completato i medici, dal canto loro, potranno leggere i referti e ricostruire il percorso clinico di ogni paziente che non sarà più un perfetto sconosciuto.

Nulla potrà sfuggire, ogni acciaccio, ogni pillola assunta, indipendentemente se il paziente sia nato a Cefalù o a Pordenone, mentre il dottore lo sta visitando a Genova. E anche la ricerca epidemiologica e statistica ne potranno giovare perché avreb-

bero dati freschi su tutta la popolazione, ovviamente nei limiti delle regole della privacy, perché ogni utilizzo potrà avvenire soltanto per le finalità indicate e potrà essere realizzato esclusivamente con il consenso dell'assistito e sempre nel rispetto del segreto professionale.

Ma ovviamente se tutto fosse così già da domani sarebbe troppo bello. In realtà il regolamento in «Gazzetta» contiene la cornice normativa, fissa le regole per tutte le Regioni, ma non è, né può esserne ancor'al' avvio concreto.

Bisognerà infatti aspettare il 31 dicembre quando tutte le 21 Regioni dovranno aver elaborato con l'Agenzia digitale (Agid) un sistema unificato in grado di assicurare la piena e concreta interoperabilità su tutto il territorio nazionale, seguendo le schede tecniche che l'Agid ha pubblicato il 6 maggio scorso.

L'operazione Fse è già costata anni di lavoro. Inizialmente sembrava pura utopia mettere in grado di funzionare 21 fasci-

coli digitali regionali con diversi sistemi di codifica digitale. Poi sono arrivati i protocolli digitali e step-by-step si sono andati a definire nel dettaglio la struttura del messaggio, del framework e dei dataset dei servizi base di ciascun sistema.

L'ULTIMO MIGLIO

Entro il 31 dicembre tutte le Regioni devono elaborare un sistema unificato per l'interoperabilità

In sintesi

01 | IL FSE
Il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. Ha un orizzonte temporale che copre l'intera vita del paziente ed è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che lo prendono in cura nell'ambito del Ssn e dei servizi socio-sanitari regionali. È costituito, previo consenso dell'assistito, dalle Regioni e Province Autonome per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione perseguite dai soggetti del Ssn e dei servizi socio-sanitari regionali che prendono in cura l'assistito.

02 | LA NORMATIVA
Il Fascicolo sanitario elettronico è stato introdotto dall'articolo 12 del DL 179/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 221/2012. È istituito da Regioni e Province autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, con le finalità elencate dal comma 2 dell'articolo 12. Le successive modifiche introdotte al DL 179/2012 dal DL 69/2013, convertito dalla legge 98/2013, avevano indicato nel 30 giugno 2015 il termine al quale tutte le Regioni e le Province autonome avrebbero dovuto dotarsi del Fascicolo sanitario elettronico. Tale scadenza tuttavia è stata prorogata al 31 dicembre 2015.

IL RAPPORTO

Il Ministero: "Troppi parti cesarei e pochi vaccini a bambini ed anziani". Puglia e Campania fanalini di coda

Sanità, promosse solo 9 Regioni

ROMA (Stefania Finardi) - La Sanità italiana continua a vivere di bocciature che si fanno via via più gravi su scala territoriale. Troppi cesarei e pochi vaccini, con varie aree dell'assistenza ancora da migliorare: solo 9 regioni promosse nell'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero le cure garantite ai cittadini dal Servizio sanitario nazionale. E' quanto emerge dai due Rapporti pubblicati ieri dal ministero della Salute relativi proprio al monitoraggio dei Lea e all'efficienza del sistema sanitario italiano.

Toscana al primo posto per cure e servizi erogati. Sul podio anche Emilia Romagna e Piemonte mentre l'ultima nella classifica delle 16 monitorate è

la Puglia. Esulta anche il presidente del Veneto, **Luca Zaia**: "Laurea a pieni voti senza tasse, ticket e con i conti in ordine. Siamo orgogliosi ma attoniti per i tagli uguali ai boc-



ciati". Da Roma, dalla sede del Ministero guidato da **Beatrice Lorenzin**, si sottolinea come in tutte le regioni si registrino una diminuzione dei ricoveri ospedalieri e l'aumento della appropriatezza dell'assistenza. Le note negative riguardano però la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi e quella per la vaccinazione antinfluenzale nell'anziano, che "fanno registrare un complessivo peggioramento in tutto il Paese". Continuano ad essere pessime le performance nei reparti di maternità con incidenza dei tagli cesarei ancora troppo alta, "in particolare in alcune realtà regionali si osserva addirittura un aumento dei valori percentuali". Anche la percentuale di pazienti con frattura del femore operati entro 2

giorni "non raggiunge ancora livelli soddisfacenti, pur osservando in alcune Regioni un netto miglioramento". Il Rapporto sui Lea riguarda 38 adempimenti che le Regioni devono rispettare per accedere a una quota premio del fondo sanitario nazionale. Sulle 16 monitorate 8 sono in regola: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto.

Per le rimanenti 8 regioni, quelle che hanno sottoscritto un piano di rientro, pur rilevando un progressivo miglioramento per quanto riguarda la riorganizzazione del sistema informativo e delle reti assistenziali, si legge, "persistono significative inadempienze, come la riorganizzazione dei punti nascita, le cure palliative, la prevenzione e la riorganizzazione della rete dei laboratori".

Il secondo Rapporto riguarda il monitoraggio dei Lea realizzato attraverso l'utilizzo di un set di 32 indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogate dalle Regioni: si tratta della fotografia della capacità di garantire ai cittadini l'erogazione dell'assistenza secondo standard di appropriatezza e qualità. Sulle 16 monitorate, sono 9 le realtà regionali adempienti in base alla griglia: Toscana, Emilia, Piemonte, Marche, Veneto, Lombardia, Liguria, Umbria, Sicilia.

PER LA P.A.

Dai dati fiscali a quelli sanitari, c'è l'archivio unico

a pag. 37

Presentata l'Anagrafe nazionale della popolazione residente. Orlandi: risparmi per i cittadini

Tutta la p.a. in un data base

Archivio unico con i dati fiscali, amministrativi e sanitari

Un unico gigantesco archivio che contiene tutti i dati e tutte le informazioni di ogni cittadino, da quelle fiscali a quelle amministrative fino a quelle sanitarie. Questo lo scopo dell'Anagrafe nazionale della popolazione residente (Anpr), che partirà a breve in via sperimentale in 27 comuni italiani (tra cui Roma, Milano e Torino) e che secondo la numero uno dell'Agenzia delle entrate, **Rossella Orlandi**, potrebbe essere già in funzione «in pochi mesi» in tutto il Paese.

Il progetto, presentato ieri a Roma, punta a far convergere in un unico archivio «monstre» le informazioni di tutte le principali banche dati italiane, dagli oltre 8 mila comuni all'Inps, dall'Inail alla Motorizzazione civile, per fare in modo che alla fine del percorso ciascun cittadino con il proprio Pin e la propria carta d'identità elettronica possa avere accesso a tutte le posizioni che lo riguardano: da quelle fiscali a quelle amministrative a quelle lavorative o sanitarie.

L'Archivio nazionale prevede l'istituzione di una sorta di «domicilio digitale», ossia un indirizzo di posta elettronica certificata che ogni cittadino può indicare

come esclusivo mezzo di comunicazione con la pubblica amministrazione, sulla falsariga di quanto accade a imprese e professionisti che già ricevono le comunicazioni tramite l'indirizzo Pec.

Capofila del progetto sarà il ministero dell'interno. Sogei attuerà le procedure e Agid, l'Agenzia per l'Italia digitale, coordinerà tutte le attività.

«Il Viminale dovrà diventare l'hub fondamentale a disposizione di tutte le pubbliche amministrazioni», ha dichiarato il ministro dell'interno **Angelino Alfano**. «La vita privata dei cittadini deve viaggiare alla velocità degli smartphone e della banda larga», ha aggiunto Alfano «non può andare a velocità rallentata. Possedere i dati è un elemento di potere e metterli in condivisione significa perdere un pezzetto di potere in favore di una sovranità superiore. In questo ha prevalso lo spirito di collaborazione tra amministrazioni».

«È una rivoluzione cui stiamo lavorando da tempo», ha commentato la numero uno dell'Agenzia delle entrate, **Rossella Orlandi**, «perché significa realizzare un unico data base che conterrà tutte le informazioni in un identificativo certo. Teoricamente

tutti gli atti della pubblica amministrazione saranno sul personal computer di casa, con un risparmio di tempo per il cittadino e un risparmio consistente per la pubblica amministrazione». «Grazie all'archivio unico», ha spiegato Orlandi, «una volta che

tutti i comuni saranno entrati nel sistema, le informazioni anagrafiche saranno complete, standardizzate e prive di duplicazioni» e «arriveranno all'Anagrafe tributaria non più dalle singole anagrafi comunali, ma direttamente da quella nazionale», per le comunicazioni relative a nascita, decessi e variazioni di residenza.

Inoltre, con l'Agenzia nazionale «avremo a disposizione anche i dati relativi alla famiglia anagrafica di appartenenza di ciascun cittadino residente, raccolte in una unica base dati, completa e aggiornata».

Con il completamento dell'Anpr, «l'Agenzia delle entrate e il ministero dell'interno potranno realizzare, in collaborazione, servizi integrati verso tutti gli enti e le amministrazioni, per un sistema unitario di verifica e di interrogazione di dati

anagrafici e di codici fiscali. Questo favorirà un'ottimizzazione degli scambi di dati e un abbattimento di costi nella fruizione dei servizi per tutta la pubblica amministrazione», ha concluso Orlandi.

L'operazione «ha certamente un costo», ha osservato il sottosegretario all'economia, **Pier Paolo Baretta**, «e in un periodo di difficoltà sappiamo che reperire risorse è un problema. Ma questo è un investimento che è assolutamente necessario fare, non si possono cercare alibi».

«L'anagrafe nazionale diventa la banca dati di riferimento per tutte le altre», ha commentato il presidente e amministratore delegato di Sogei, **Cristiano Cannarsa**. «Con l'anagrafe nazionale della popolazione residente e il 730 precompilato, abbiamo un motivo in più per implementare la banda larga».



Il decreto 178/2015 salvaguardia la privacy. Nel Fse, tutta la storia clinica del paziente

Dati elettronici, accesso sicuro

Fascicolo sanitario consultabile con l'ok dell'interessato

DI ANTONIO
CICCIA MESSINA

Dati nel Fascicolo sanitario elettronico (Fse) caricati e consultabili solo con il consenso informato dell'interessato, con rigide misure di sicurezza e anonimizzazione dei dati per scopi di ricerca. Nel fascicolo ci potrà anche essere un taccuino per le note del paziente.

Le salvaguardie per i pazienti nella disciplina del Fse sono soprattutto precauzioni per la privacy delle persone e sono dettagliate dal decreto del presidente del consiglio dei ministri del 29 settembre 2015, n. 178 (pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 263 dell'11 novembre 2015, si veda *ItaliaOggi* di ieri). Si tratta del regolamento sul Fse, in cui confluirà l'intera storia clinica di una persona generata da più strutture sanitarie. Il fascicolo va distinto dal Dossier sanitario, che è lo strumento costituito presso un'unica struttura sanitaria (un ospedale, un'azienda sanitaria, una casa di cura), che raccoglie informazioni sulla salute di un paziente al fine di documentarne la storia clinica presso quella singola struttura. Ancora diversa è, poi, la cartella clinica, che è finalizzata a rilevare tutte le informazioni su un paziente e a un singolo episodio di ricovero. Fatto un po' d'ordine, passiamo a esaminare le caratteristiche del Fse, su cui il garante della privacy aveva adottato apposite Linee Guida con la deliberazione n. 25 del 16 luglio 2009 (in *G.U.* n. 178 del 3 agosto 2009).

Cosa contiene. Il conte-

nuto minimo del Fse, oltre ai dati identificativi, comprende i referti, i verbali di pronto soccorso, il profilo sanitario del paziente, il dossier farmaceutico e l'eventuale consenso alla donazione degli organi e tessuti. Il profilo sanitario sintetico (patient summary) è un documento del medico di famiglia o del pediatra di libera scelta, che riassume la storia clinica dell'assistito. Possono poi trovare posto prenotazioni, cartelle cliniche, schede di assistenza domiciliari, vaccinazioni, prestazioni, certificati, sperimentazioni, esenzioni ecc. Si può anche inserire un taccuino, e cioè uno spazio a uso del paziente che può caricare i dati proprie informazioni sanitarie.

A che cosa serve. Il Fse deve essere istituito dalle regioni e province autonome e ha tre finalità: 1) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; 2) studio e ricerca scientifica; 3) programmazione sanitaria (art. 12, dl 179/2012). I dati nel Fse sono caricati da operatori del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali. Quanto al contenuto, l'assistito ha pieni poteri: può decidere di oscurare alcuni dati limitando la consultazione, oltre che a se stesso, ai titolari che li hanno generati. L'assistito potrà anche ottenere l'integrazione, la rettifica e l'aggiornamento dei propri dati.

Consenso informato. Il fascicolo può essere riempito di dati solo con il consenso dell'interessato. Ciascun paziente può decidere se e quali dati relativi alla propria sa-

lute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo. Ci vuole, poi, un consenso esplicito per informazioni soggette protette dal diritto all'anonimato (sieropositività, interruzione della gravidanza, vittime di reati sessuali, tossicodipendenze, documenti dei consultori familiari). I cittadini devono ricevere l'informativa privacy e in particolare devono sapere che il Fse si basa sul loro consenso, ma non è condizione per ricevere cure. Il consenso è revocabile in ogni momento.

Consultazione. Salvo i casi di emergenza sanitaria ci vuole sempre il consenso dell'assistito. Ovviamente chi non acconsente alla consultazione ha diritto ad essere curato, anche se si assume il rischio derivante dalla mancata conoscenza del personale sanitario di informazioni che lo riguardano.

Ricerca e governo. I dati possono essere trattati per scopi di ricerca, ma privati dei dati identificativi diretti dell'assistito e nel rispetto dei principi di indispensabilità, necessità, pertinenza e non eccedenza. La stessa regola vale per gli scopi di programmazione sanitaria e verifica del servizio sanitario.

Ricetta dematerializzata valida su tutto il territorio

Ricetta farmaceutica dematerializzata e ad ampio raggio d'azione. Questa, avrà infatti validità sull'intero territorio nazionale e permetterà non solo di sincronizzare e ridurre i tempi di trasmissione tra i vari operatori, ma anche un minor rischio di frodi e falsificazioni. Con la firma avvenuta ieri al decreto sulla ricetta dematerializzata da parte del ministro della salute, Beatrice Lorenzin, sono state definite le modalità di dispensazione dei medicinali prescritti su ricetta online a carico del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

La ricetta sarà utilizzabile presso qualsiasi farmacia presente sul territorio italiano. «Il processo di digitalizzazione del Ssn», si legge in una nota, «compie così un ulteriore



importante passo verso il miglioramento del rapporto costo/qualità dei servizi sanitari, rendendo più omogeneo l'accesso ai servizi nelle diverse aree del Paese, nonché semplificando il rapporto tra assistito e Ssn».

La nuova ricetta dematerializzata garantirà una migliore e più semplice assistenza nel percorso di cura e verificherà automaticamente l'appropriatezza prescrittiva. Sarà rafforzata la tracciabilità delle ricette e assicurata l'integrazione tra i diversi operatori sanitari, grazie alla sincronizzazione delle attività di prescrizione da parte del medico e di erogazione da parte del farmacista. La misura porterà infine a una diminuzione della possibilità di truffe e falsificazioni, con un risparmio in termini di tempo e di oneri burocratici.

Gloria Grigolon



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



ERCOLANO

Distretto sanitario, per l'Asl niente spazi comunali per gli ambulatori Si cerca dai privati

*Summit tra sindaco, commissario
e presidente della commissione Sanità*

ERCOLANO (es) – A breve potrebbe essere calendarizzato un altro incontro tra i vertici del Comune di Ercolano e quelli dell'Asl Napoli 3 Sud. Al centro del dibattito la discussione dello stato dell'attuale sede del distretto sanitario che si trova in via Marittima. Un primo incontro si è tenuto negli scorsi giorni e alla fine dello stesso, il sindaco **Ciro Buonajuto** ed il commissario straordinario dell'Asl Napoli 3, **Salvatore Panara**, hanno concordato sulla "necessità di attivare in tempi rapidissimi tutte le procedure finalizzate alla delocalizzazione degli uffici e degli

ambulatori dell'Asl". Secondo quanto ha affermato il primo cittadino ercolanese, è stato chiesto di predisporre gli atti necessari a dislocare gli ambulatori in un'altra struttura della città. "Sin da subito - ha continuato Buonajuto - il commissario Panara si è impegnato ad attivare le procedure

per l'individuazione di nuovi locali e, considerata l'indisponibilità di edifici di proprietà del Comune, ad avviare una manifestazione d'interesse al fine di valutare ipotesi alternative di strutture di proprietà di privati". All'ultimo summit hanno preso parte anche **Colomba Formisano**, presidente della Com-

missione Sanità e Servizi sociali del Municipio di Ercolano, e il direttore del Distretto 55 **Luigi Esposito**. "E' indispensabile individuare una nuova struttura per il distretto e continueremo ad impegnarci per garantire migliori servizi e migliore assistenza all'utenza ercolanese", ha dichiarato il presidente della Commissione Sanità. Nei prossimi giorni, dunque, è previsto un ulteriore incontro dell'organismo per discutere dello stato di avanzamento del progetto per il trasferimento degli uffici del distretto di via Marittima.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità

Asl, l'esordio dei nuovi commissari

Simona Paolillo

I nuovi sub commissari sono arrivati a via Nizza. Nei giorni scorsi il commissario amministrativo Caterina Palumbo ed il sub commissario Giuseppe Longo hanno fatto un timido ingresso nella sede centrale dell'Asl. Hanno avuto qualche fugace incontro con il personale e pare che abbiano ordinato dei mobili per l'arredo dei propri uffici. «Conosciamo l'esperienza dei due sub commissari. - ha affermato Pietro Antonacchio della Cisl - Sono tecnici che conoscono le difficoltà che esistono nel comparto sanitario provinciale salernitano. Staremo a vedere se potranno incidere nel distretto sanitario salernitano, con i problemi che sono ormai sotto gli occhi di tutti».

La sanità Longo e Palumbo subito al lavoro

Commissari Asl primo vertice su orari e fondi

**Il manager Postiglione
convoca i sindacati
e presenta i suoi vice****Simona Paolillo**

I nuovi sub commissari sono arrivati a via Nizza. Nei giorni scorsi il commissario amministrativo Caterina Palumbo e il sub commissario Giuseppe Longo hanno fatto un timido ingresso nella sede centrale dell'Asl. Hanno avuto qualche fugace incontro con il personale e pare che abbiano ordinato dei mobili per l'arredo dei propri uffici. «Conosciamo l'esperienza dei due sub commissari. - ha affermato Pietro Antonacchio della Cisl - Sono tecnici che conoscono le difficoltà che esistono nel comparto sanitario provinciale salernitano. Staremo a vedere se potranno incidere nel distretto sanitario salernitano, con i problemi che sono ormai sotto gli occhi di tutti».

Sarà contento il commissario straordinario dell'Asl, Antonio Postiglione, che per oggi ha convocato le organizzazioni sindacali per discutere sull'organizzazione delle attività, degli orari di lavoro e soprattutto sulla distribuzione delle fasce orizzontali. Ennesimo vertice sull'accordo delle progressioni professionali. Probabilmente oggi ne approfitterà per far conoscere i sub commissari ai leader delle forze sociali. Seppur tutti ritengono che l'avvio ufficiale del loro incarico avverrà lunedì prossimo. Sono difatti necessari dei tempi obbligati per consentire il passaggio da un'azienda ospedaliera

a un'altra.

Giuseppe Longo, dal 2002 ha ricoperto l'incarico di direttore sanitario dell'ospedale Monaldi di Napoli mentre Caterina Palumbo, è stata dirigente amministrativo dell'Ufficio provveditorato dell'azienda ospedaliera Ruggi. Entrambi rivestiranno i ruoli scoperti fin dall'epoca di Squillante. Longo sostituirà l'ex direttore sanitario Angela Anecchiarico mentre la dottoressa Palumbo, laureata in legge presso l'ateneo universitario di Salerno, prenderà il posto dell'ex direttore amministrativo Annamaria Farano. Il sub commissario Palumbo si occuperà di pianificare le attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili della struttura aziendale, con riferimento agli aspetti gestionali amministrativi. Toccherà a lei, con molta probabilità sciogliere i nodi relativi alle varie vertenze in corso all'Asl Salerno. Sul tavolo la discussione sull'accordo che stilò Squillante con i sindacati per la distribuzione dei fondi sull'indennità di carriera dei lavoratori del comparto.

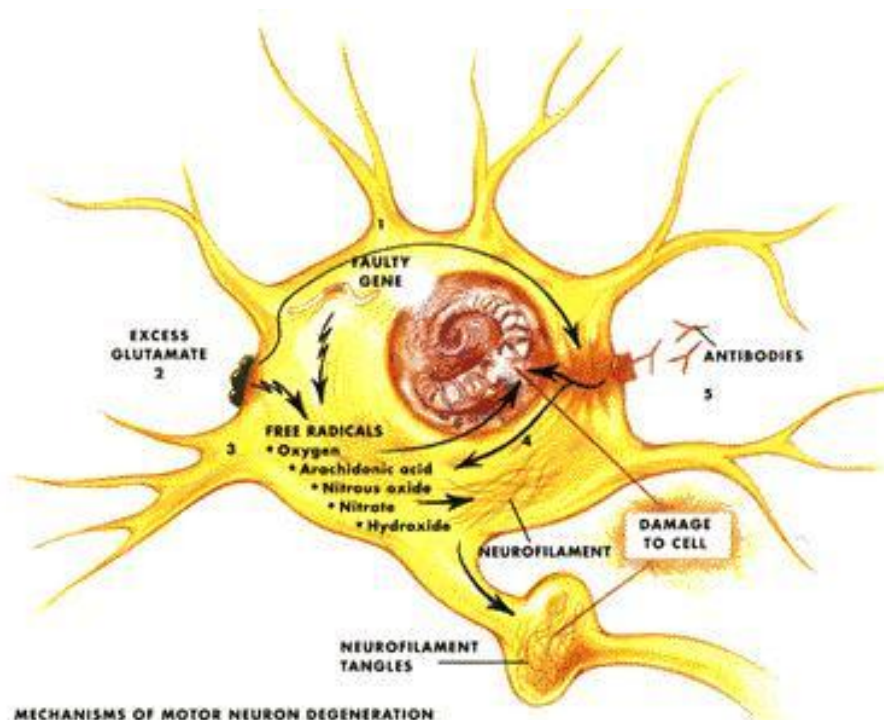
Il sub commissario sanitario, Longo, invece, laureato in Medicina e chirurgia alla II facoltà di Napoli, e specializzato in pediatria, tra i numerosi incarichi ha svolto dal 2012 quello di direttore sanitario del Monaldi di Napoli e nel 2009 è stato sub commissario sanitario dell'Azienda sanitaria locale Napoli 2. È su quest'ultimo che, la maggior parte degli addetti ai lavori del sistema sanitario, ripongono le maggiori aspettative.

**L'esordio
Ingresso
in via Nizza
e confronto
col personale
Ecco
le vertenze
sul tavolo****Via Nizza** Una protesta davanti alla sede dell'Asl. A sinistra, Postiglione



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Parte dalle staminali la lotta al Parkinson

Una strategia per curare le malattie neurodegenerative


NEUROLOGIA

VALENTINA ARCOVIO

La scommessa è sul Parkinson: se con le cellule staminali si riuscirà a curare questa malattia, potrebbero esserci buone speranze anche contro altre patologie neurodegenerative, come la Còrea di Huntington e la Sclerosi multipla. E con molta onestà che la senatrice a vita Elena Cattaneo, nonché direttrice del Laboratorio cellule staminali dell'Università di Milano, spiega le prospettive delle terapie con staminali per le malattie neurodegenerative. In un incontro che si è tenuto ieri a Roma, al Senato, la scienziata ha invitato i massimi esperti in staminali a fare il punto sullo stato dell'arte di questo filone di ricerca.

A fare da apripista sono proprio gli studi sul Parkinson, su cui, in 25 anni, sono stati accumulati molti dati e informazioni. La «prova del nove» è prevista nel 2018, quando in Europa partiranno i test sull'uomo: un piccolo gruppo di pazienti con Parkinson verrà reclutato per provare l'efficacia del trapianto di staminali embrionali. In particolare i ricercatori verificheranno se i neuroni ottenuti a partire dalle staminali embrionali sono in grado o meno di sostituire quelli «originali», distrutti dalla malattia. «Abbiamo lavorato per 10 anni allo sviluppo di un metodo per "istruire" le staminali embrionali a diventare neuroni autentici, cioè capaci di "sostituire" specificamente i neuroni dopaminergici che muoiono nel Parkinson - spiega Cattaneo -. Già nel 2005 eravamo riusciti a ottenere neuroni autentici,

cioè perfettamente in grado di integrarsi nel cervello e funzionalmente attivi».

Per arrivare a questo punto sono state percorse molte tappe. Il primo a porre le basi è stato Anders Bjorklund dell'Università di Lund, in Svezia, quando negli Anni 80 trapiantò nel cervello di persone con il morbo di Parkinson cellule staminali provenienti da feti abortiti. Da allora sono 200 i pazienti sottoposti alla procedura e cinque hanno ottenuto ottimi risultati, cioè per 15-20 anni sono guariti dalla malattia senza ricorrere alla terapia tradizionale. Numeri, questi, sufficienti a incentivare gli studiosi a unire gli sforzi.

Così, ora, sono tre i consorzi che lavorano nella stessa direzione. Due sono europei, il «Neurostemcellrepair», coordinato dalla stessa Cattaneo, e «Transeuro», e il terzo è il «G-Force». Nel frattempo, in Italia, vanno avanti progetti ambiziosi. Come quello coordinato da Vania Broccoli, capo dell'Unità di ricerca cellule staminali e neurogenesi dell'Irccs San Raffaele di Milano. «Abbiamo messo a punto - racconta - nuove procedure di riprogrammazione cellulare che mettono insieme le ultime tecnologie genetiche con le ultime conoscenze sulle staminali. Abbiamo utilizzato una combinazione di geni capaci di indurre il differenziamento di cellule

della pelle in neuroni dopaminergici attivi, capaci di secernere dopamina, es-

senziale per la trasmissione degli impulsi nervosi connessi

al comportamento e al movimento volontario».

Raffinare queste tecniche, già sofisticate, potrebbe un giorno portare alla creazione di specifici «pezzi di ricambio» per il nostro cervello.



**Elena
Cattaneo
Farmacologa**

RUOLO: È PROFESSORE DI FARMACOLOGIA E DIRETTRICE DEL LABORATORIO DI CELLULE STAMINALI DELL'UNIVERSITÀ DI MILANO. È SENATRICE A VITA

Sabato e domenica Giornata mondiale del diabete: dagli Usa il primo via a una terapia con il trapianto di cellule

Staminali generatrici di insulina

LA RICERCA

La ricerca sulle cellule staminali nel diabete è arrivata a contare i successi. Dopo alcuni anni di entusiasmi e altrettante delusioni, si è ormai in grado di differenziare, in meno di un mese, cellule staminali pluripotenti produttrici di insulina. Un obiettivo raggiunto per la Giornata mondiale del diabete che si dividerà tra sabato e domenica prossimi (www.giornatadel-diabete.it).

L'INTERVENTO

Per la prima volta, nel 2014, è stata approvata dall'Agenzia del farmaco statunitense una terapia che utilizza queste cellule in pazienti diabetici di tipo I. Due i punti forti di questa ricerca: ottenere cellule produttrici di insulina in modi validi, per poter essere impiantate in un diabetico e, soprattutto, senza immunosoppressione.

Le cellule vengono impiantate nel sottocute della schiena. E' uno studio di fase I (su 4 pazienti) al quale seguirà una fase 2 (su 28 pazienti) ed è mirato a dimostrare la sicurezza della tecnica. Le staminali pluripotenti usate per questa sperimentazione sono embrionali. «Il progetto è stato già approvato in Europa. Appena verranno definiti gli aspetti regolatori, saremo in grado di partire con una decina di pazienti», spiega Lorenzo Piemonti, coordinatore del Gruppo di studio della Società italiana di diabetologia "Medicina rigenerativa in diabetologia", e co-direttore del programma di ricerca "Tra-

**TRA LE CURE ATTUALI
LE INCRETINE
FARMACI INNOVATIVI
PIÙ PRATICI
E CON MENO EFFETTI
COLLATERALI**



pianto di isole pancreatiche" al San Raffaele di Milano.

Un altro filone sperimentale interessa le staminali "riprogrammate", che permette di superare i problemi etici, non si parte da una cellula embrionale ma da una matura. Che, in un secondo tempo si differenzia secondo le richieste della ricerca. «A livello teorico qualsiasi tessuto potrebbe essere ricostruito in questa maniera. In qualunque parte del corpo vengano impiantate le isole pancreatiche rilasciano insulina», aggiunge Piemonti.

L'ORIZZONTE

Si tratta di un primo importante passo verso lo sviluppo del "BioHub", un mini organo bioingegnerizzato che imita il pancreas naturale, per ripristinare la produzione di insulina nei pazienti con diabete di tipo I. Novità di cui i pazienti sono sempre alla ricerca in particolare online, come è stato ricordato ieri a Roma, nel corso di un incontro sulla capaci-

3mln

le persone che in Italia dichiarano di essere affette da diabete, il 4,9% della popolazione

900mila

i diabetici al Sud, è qui il più alto numero di pazienti, allarmante il tasso di obesità

15mld

di euro vengono spesi ogni anno in Italia per i pazienti diabetici, il 90% per le complicanze

tà dei pazienti a seguire le cure in modo corretto. «Per arrivare all'obiettivo dobbiamo rendere i pazienti consapevoli, quindi collaborativi - spiega Agostino Consoli, endocrinologo all'università di Chieti Pescara - a volte la "colpa" dell'abbandono delle cure va ricercata nel farmaco stesso. Ma se è a somministrazione orale, una sola volta al giorno, con un buon profilo di sicurezza e tollerabilità come sitagliptin, la vita è più facile per il paziente e anche per il medico».

In Italia solo una persona con diabete su 10 ha accesso alle iniezioni, farmaci innovativi più pratici e con meno effetti collaterali rispetto ai tradizionali. A testimoniare, l'ultimo rapporto dell'Osservatorio diabete. «Diversamente da altri Paesi europei - denuncia Andrea Giaccari, professore di Endocrinologia alla Cattolica di Roma - da noi vengono ancora prescritti con molta difficoltà».

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo studio

Autocontrollo costante per stoppare l'ipoglicemia

L'autocontrollo della glicemia rappresenta ancora oggi una delle sfide quotidiane affrontate dalle persone con diabete ma la maggioranza di loro non misura regolarmente lo zucchero nel sangue con un conseguente impatto sulla qualità della vita e adesione alle terapie. Un recente studio ha dimostrato che le persone che non verificano di frequente la glicemia vanno incontro a un tasso di ipoglicemia quasi triplo, con un tasso di ospedalizzazione raddoppiato. Se ne è parlato al convegno "Col diabete puoi...", promosso da Diabete Italia e Coordinamento associazioni diabetici Lazio Cladiab, e il supporto incondizionato di Abbott. In realtà con i più sistemi di monitoraggio del glucosio l'81% delle persone con diabete controllo la glicemia più di 6 volte al giorno e il 98% non ha avuto accessi in ospedale negli ultimi 6 mesi, come dimostra la ricerca Cawi condotta da Doxa Pharma. Si stima che nel Lazio oltre 350mila persone soffrano di diabete e si contano oltre 12mila ricoveri anche per complicanze. «L'autocontrollo glicemico e l'educazione terapeutica sono due risorse fondamentali per la salute e la qualità di vita delle persone con diabete - spiega Lina Delle Monache, presidente Cladiab - Un valido autocontrollo è l'unica chiave che permette alla persona con diabete, correttamente, di vivere una vita normale e di evitare le complicanze».

A.Cap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dall'esperienza Pic soluzioni innovative per il diabete

Ricerca scientifica, esperienza e sensibilità
per capire le esigenze delle persone con il diabete

I numeri sono impressionanti: in Italia vivono 3 milioni di persone affette da diabete. Gente che sa di essere diabetica, che ha avuto una diagnosi e che è in cura con farmaci per tenere a bada il problema. E poi ci sono gli altri, quelli che finora hanno vissuto una vita senza sintomi, che non pensano di non stare bene e che non stanno facendo nulla per curarsi: si stima si tratti di un milione di individui. Cifre che cresceranno. E così nel 2030 i diabetici nel nostro Paese potrebbero essere cinque milioni.

Il principale colpevole è uno stile di vita scorretto: alimentazione al di fuori di ogni regola, attività fisica ridotta a zero, stress alle stelle. Tuttavia non sempre cambiare abitudini è sufficiente. Così, diventa d'obbligo imparare a convivere con il diabete. L'imperativo è: toglietevi dalla testa che la vostra vita diventerà un inferno. La ricerca intrapresa dalle aziende che realizzano prodotti per la salute ha fatto passi da gigante per mettere a punto strumenti poco impattanti sulla vita del paziente.

E' questo che ha cercato da fare fin dalla sua nascita Pic Solution, marchio del gruppo Artsana, nato nel 1946, specializzato nella cura del diabete. Non a caso, il successo dell'azienda, lungo oltre 60 anni, è legato all'enorme diffusione dell'ago Indolor per i diabetici. Da allora la ricerca nel settore non si è più fermata. Oggi nella gamma di Pic Solu-

tion ci sono tanti strumenti che rendono più semplice la vita dei pazienti.

L'oggetto di punta, naturalmente, è l'ago penna Pic, progettato per ridurre il dolore percepito durante l'iniezione, grazie alla ricerca di diametri sempre più piccoli. Il ventaglio di soluzioni è talmente ampio che ognuno può scegliere in base alle indicazioni del medico e alle proprie abitudini. E' disponibile in cinque lunghezze e diametri, dotati della tecnologia Thin Wall, che rende le sue pareti particolarmente sottili e migliora il comfort durante l'iniezione. Grazie allo Smart case di Pic Solution, infatti, potete conservare in un astuccio tascabile fino a cinque aghi. Tra gli accessori c'è il Safe container, che custodisce gli aghi per smaltirli in modo sicuro, mentre il Safe remover aiuta a rimuovere l'ago dalla penna senza entrare in contatto con esso.

Ma non è tutto. La gamma include anche il necessario per effettuare il controllo glicemico nel modo più confortevole possibile. Il dispositivo pungidito Digi-test, per esempio, permette di regolare la profondità della puntura e l'espulsione della lancetta dopo l'utilizzo. Le stesse lancette sono studiate in modo da ottenere l'esatta quantità di sangue per il test della glicemia.

La novità della casa Pic Solution riguarda, però, i piedi. Sì, perché sono tra le parti del corpo più interessate dalle complicanze lega-

te al diabete: banali problemi possono causare l'insorgenza di tagli e da lì di infezioni e ulcere. Come fare per evitarli? Utilizzando Re-Vita, il primo trattamento intensivo che aiuta a ristabilire il benessere del piede, combinano l'azione di tanti prodotti specifici e Re-Derma, una calza ad azione desquamante che contrasta la secchezza della cute e aiuta la pelle a mantenersi morbida ed elastica.

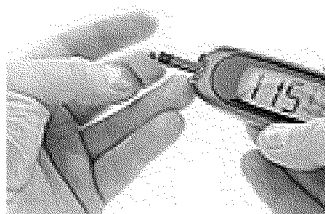
Il sito con le informazioni

Videotutorial per fare un'iniezione di insulina, il diabezionario per fugare i dubbi sul diabete, una sezione per cucinare piatti

«controllati». E' ciò che si trova su Pic Community, il sito di Pic Solution: www.community.picsolution.com/it.



L'evento Diabete, prevenzione per evitare complicanze



NAPOLI L'Organizzazione mondiale della Sanità ha organizzato in tutto il pianeta la giornata del diabete che a Napoli è coordinata da Lanfranco Scaramuzzino, chirurgo vascolare e presidente dell'Associazione diabete junior Campania Onlus che si occupa in Campania di oltre 1.500 bambini e ragazzi vittime del diabete di tipo 1, dovuto a una reazione immunitaria che distrugge le betacellule del pancreas dove viene prodotta l'insulina. In regione sono circa 380mila i pazienti diabetici che possono evitare le complicanze della malattia con un solo intervento: la prevenzione. Intervento necessario per stimolare le persone a far controllare anche parenti e amici per scoprire gli altri 100mila diabetici della nostra regione che non sanno di esserlo. Quattro mosse per battere il diabete: controllarsi, alimentarsi con attenzione, fare moto e smettere di fumare. «La prima norma è rappresentata dagli esami di laboratorio, primo fra tutti il controllo (da ripetere tre volte nel corso dell'anno) dell'emoglobina glicata il cui valore non deve superare il limite di 6,5. Altri esami: la creatinina per controllare due volte l'anno la funzione renale, il fondo oculare e l'ecocardiogramma da ripetere ogni anno. Poi colesterolo, trigliceridi e microalbuminuria. «Alla base di tutto – spiega lo specialista Scaramuzzino - c'è un'alimentazione che deve essere controllata eliminando i grassi animali e orientandosi soprattutto verso la dieta mediterranea; il moto con camminate quotidiane a passo veloce utili anche per aiutare a eliminare i chili in più».

CISAS

Tecnologie evolute... che fanno sentire bene

“Perchè sento ma non capisco le parole?": questo è il campanello di allarme di chi non sente bene. Chi ha problemi di udito spesso sente, ma non distingue le parole che gli arrivano, poco chiare come fossero sfocate. Non basta amplificare il suono: per sentire bene occorre mettere in grado il cervello di comprendere le parole. Questo è possibile con BrainHearing™, la rivoluzionaria tecnologia degli apparecchi acustici disponibili nei centri Cisas. L'innovativa tecnologia permette di tornare a capire in modo naturale, grazie ad apparecchi di nuova generazione personalizzati sulla base delle esigenze individuali. È uno straordinario passo in avanti, che restituisce a chi ha problemi di udito il piacere di sentire e capire bene i suoni e le parole senza affaticarsi. Questa straordinaria innovazione permette, grazie alla competenza degli Audioprotesisti di Cisas, di ottimizzare i risultati raggiunti dalle più recenti tecnologie come lo Speech Guard: un

sofisticato sistema progettato per rimettere a fuoco la voce e particolarmente utile nel far capire meglio le parole, rompendo così l'isolamento tipico di chi ha una difficoltà di udito. I nuovi apparecchi acustici con tecnologia avanzata sono in grado di collegarsi senza fili a televisori, telefoni fissi, cellulari, portando i loro suoni nitidi e chiari direttamente al timpano; diventando quindi degli autentici auricolari "invisibili" e personalizzati. Inoltre grazie alle piccolissime dimensioni del chip, gli apparecchi risultano così piccoli che scompaiono quando indossati.

Ogni persona percepisce il suono in maniera diversa.

La percezione dei suoni e delle loro sottili sfumature è unica per ognuno di noi.

Per questo si può ottenere molto di più da un apparecchio acustico adattato specificatamente alle esigenze individuali e al modo in cui si desidera percepire il proprio mondo

