



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





## **Piano di rientro Per le Regioni sbloccati 280 milioni**

---

Arrivano 280 milioni di euro per coprire in parte squilibri della sanità nelle Regioni, specie quelle sottoposte a piano di rientro dal deficit. Lo prevede un decreto varato con il ddl semplificazioni che rende disponibili tali somme per le Regioni che ne facciano richiesta entro il 15 luglio, con priorità per la Puglia e il Piemonte che, come la Campania, sono sottoposte alla procedura di squilibrio della spesa sanitaria. Il decreto 35 del 2013 ha previsto un'anticipazione di liquidità in favore delle Regioni per il pagamento dei debiti sanitari cumulati al 31 dicembre 2012 per un importo di 5 miliardi per il 2013 e 9 miliardi per il 2014. Sulla quota dell'anno in corso residuano risorse non richieste pari appunto a 280 milioni di euro.

## DAL GOVERNO

### Spesa sanitaria, sbloccati i fondi per pagare i debiti

**NAPOLI (fr.pa.)** - Il Consiglio dei ministri ha varato il decreto legge che sblocca fondi per il pagamento dei debiti sanitari delle Regioni. Una boccata d'ossigeno per le casse degli enti pubblici, delle ditte e del settore sanitario. Il Cdm, ieri, ha sbloccato l'anticipo di liquidità in favore delle Regioni per il pagamento dei debiti sanitari cumulati al 31 dicembre 2012 per un importo di 5 miliardi per il 2013 e 9 miliardi per il 2014. *"Sulla quota dell'anno in corso residuano risorse non richieste pari a 280 milioni di euro, al fine di consentire il superamento di squilibri esistenti e verificati in talune Regioni"*, si legge nella nota del Consiglio dei Ministri. Via libera, quindi, su proposta del Presidente del Consiglio e del ministro dell'economia un decreto che rende immediatamente disponibili tali somme per le Regioni che ne facciano richiesta entro il termine del 15 luglio, con priorità per la Puglia e il Piemonte.

# Calabrò: vanno fermati gli sprechi la fuga ci costa 400 milioni l'anno

## L'intervista

Il deputato consigliere per la Sanità  
«Avevamo anche avuto il via libera  
dalla Conferenza Stato-Regioni»

«**N**on possiamo consentire che i cittadini campani vadano a farsi curare in altre regioni se non è necessario. Si tratta di sprechi che vanno combattuti. In questo senso siamo pronti a portare avanti questa battaglia anche a livello nazionale, in sede di conferenza Stato-Regioni». Raffaele Calabrò, deputato del Pdl e consigliere del governatore Stefano Caldoro per la sanità, difende il decreto 156 varato dalla struttura commissariale. «Ogni anno - tuona - perdiamo 400 milioni di euro a causa della fuga dei pazienti. Così i conti non tornano».

### Farete ricorso al Consiglio di Stato?

«Non escludiamo di seguire questa strada ma prima vogliamo leggere le carte. Valuteremo con attenzione le misure da adottare. Di certo è una sentenza che ci sorprende. Anche in conferenza Stato-Regioni la posizione della Campania fu considerata legittima. Peraltro il decreto 156 si basa su norme nazionali».

### Addio nulla osta preventivo. Come arginare, a questo punto, la fuga dalla Campania?

«Il tema della mobilità sanitaria è molto complesso e delicato e necessita, a mio avviso, di una profonda riorganizzazione. È chiaro che bisognerà muoversi anche in Parlamento per prevedere una serie di norme ad hoc».

### Ad esempio?



Lotta agli sprechi Regione in campo. In basso Raffaele Calabrò



”

### La strategia

Ora leggeremo le carte pronti a valutare altre possibili strade per eliminare il superfluo

”

### L'appello

Bisogna rivedere i criteri di attribuzione dei fondi a livello nazionale e sbloccare il turn over

«Occorrono misure specifiche che limitino fortemente l'inappropriatezza. È ciò che ci chiede con decisione il ministero della Salute. Con gli interventi già messi in campo siamo in grado di vigilare sulle strutture presenti in Campania per evitare che si verifichino sprechi e interventi superflui. Qualora questo accada, siamo autorizzati a non remunerare tali prestazioni. Ma non possiamo controllare cliniche e case di cura che operano in altre regioni. Era questo lo spirito del decreto 156. La sfida è migliorare la qualità dei servizi garantendo i livelli essenziali di assistenza. Possiamo vincerla eliminando il superfluo».

### Tra mobilità passiva e minori trasferimenti nazionali la Campania fatica a far quadrare i conti. E i cittadini pagano le tasse più alte d'Italia.

«Bisogna rivedere i criteri di riparto del fondo sanitario nazionale che da anni ci penalizzano. È assurdo che il parametro con cui vengono attribuite le risorse sia essenzialmente l'età media degli abitanti. In questo modo la Campania, che ha la popolazione più giovane d'Italia, riceve meno fondi. Parliamo di quasi 70 euro pro capite. È necessario, insomma, invertire subito la tendenza».

### Un altro nodo da sciogliere è quello dello sblocco del turn over. È tutto pronto per effettuare le prime assunzioni ma da Roma non arriva il via libera. Continuate a coprire i buchi in organico con straordinari e doppi turni?

«Siamo allo stremo. Ormai il personale, specie in alcune strutture, non riesce a garantire i servizi essenziali. I ministeri dell'Economia e della Salute ci hanno assicurato che presto avremo l'ok per avviare le procedure concorsuali. Ci auguriamo che la situazione si sblocchi in tempi rapidi».

ger.aus.

La sanità, il caso

## «Niente nulla osta per operarsi fuori Campania»

Il Tar: va garantita la libertà di curarsi ovunque. La Regione: abbiamo applicato una legge nazionale

Gerardo Ausiello

Niente più autorizzazione preventiva per chi vorrà operarsi fuori dalla Campania. D'ora in avanti i cittadini sono liberi di recarsi in altre regioni per sottoporsi a interventi medici e chirurgici. Senza il contestato nulla osta. Lo ha deciso il Tar della Campania (sezione prima) che ha bocciato il decreto 156 della struttura commissariale, guidata da Stefano Caldoro e Mario Morlacco. Il provvedimento, fanno sapere da Palazzo Santa Lucia, puntava ad arginare la fuga dei pazienti che ogni anno costa 400 milioni di euro ed era previsto dalla finanziaria regionale del 2012 nonché dal Consiglio dei ministri. A impugnarlo è stata una clinica polispecialistica di Formia, Casa del Sole, difesa dagli avvocati Filippo Calcioli, Giuseppe Dimitri Scognamiglio e Antonella Blasi.

Nel ricorso, che è stato curato in particolare dalla Blasi, si parla di palese incostituzionalità della norma voluta dalla struttura commissariale: «La limitazione al diritto di libera scelta del luogo di cura e del medico viola i principi enunciati dall'articolo 13 e dall'articolo 32 della Costituzione. Infatti, la compressione della scelta dei soggetti erogatori di prestazioni nell'ambito dei confini del territorio regionale, incide irragionevolmente sulla libertà di scelta del luogo di cura, senza perseguire gli obiettivi di contenimento della spesa pubblica. Occorre rammentare e ribadire - si legge nel documento di 19 pagine - che, secondo una giurisprudenza costante, se il diritto alla libertà di scelta del luogo della cura in tutto il territorio nazionale non ha carattere assoluto, dovendo essere temperato

con altri interessi costituzionalmente protetti, la decisione del legislatore regionale di sacrificare la libertà di scelta del paziente è condizionata dall'esigenza di preservare altri beni di rango costituzionale, quale ad esempio un'efficiente ed efficace organizzazione del sistema sanitario. Nel caso di specie, tuttavia, non emergono sufficienti ragioni di pregio costituzionale che giustificano

ci colpiva direttamente»

la restrizione del diritto protetto dall'articolo 32 ed anzi la preclusione su base territoriale stabilita dal legislatore regionale non perviene ad un ragionevole bilanciamento tra la libertà di cura e le esigenze della finanza pubblica». Rilievi, questi, che i giudici amministrativi hanno ritenuto fondati.

Ma cosa stabiliva, in concreto, il decreto cancellato? Le patologie per le quali era necessaria l'autorizzazione appartenevano a cinque categorie: interventi sulla retina, sul cristallino (con o senza vitrectomia), sulle strutture intraoculari (eccetto retina, iride e cristallino), malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e connettivo, interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione. Quattro, invece, le regioni che non potevano accogliere direttamente i cittadini campani: Lazio, Molise, Puglia e Basilicata. Queste e non altre perché, secondo gli esperti, tali regioni ospitano ogni anno la maggior parte degli ammalati che vivono nel nostro territorio. Sempre in base al decreto commissariale, ogni Asl era tenuta a istituire un'apposita commissione «per il rilascio delle autorizzazioni preventive, fornendo adeguata informazione ai medici di famiglia e ai pazienti». Senza il nulla osta le prestazioni non sarebbero state remunerate. Sulla nascita e sulla composizione delle commissioni, tuttavia, si registravano notevoli ritardi. Il provvedimento aveva inoltre effetto retroattivo (dal primo gennaio 2012). Un'ulteriore tegola per le strutture sanitarie. Tutti elementi che hanno spinto Casa del Sole a impugnare la norma. Mettendo nei guai la Regione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Le norme bloccate

CONTINUI

#### STOP ALLE OPERAZIONI FUORI REGIONE

Per i seguenti interventi dei cittadini campani in Lazio, Molise, Puglia e Basilicata servirà un'autorizzazione preventiva dalla Regione



Interventi sul cristallino



Interventi sulla retina



Interventi sulle strutture intraoculari



Interventi sul ginocchio



Malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e connettivo

#### I COSTI PER I NON RESIDENTI

Le tariffe per i pazienti non residenti in Campania

CODICE ROSSO

CODICE GIALLO

CODICE VERDE

CODICE BIANCO

GIUNTO CADAVERE

1.032,91

25,82

309,87

154,94

41,32



**La polemica**  
Ricorso presentato da una clinica di Formia  
«La norma



# Lorenzin: per risparmiare avanti con i costi standard

## «Non si torna alla spesa disinvolta» - Mini ospedali addio

di Roberto Turno

**D**ice basta ai «violenti» tagli lineari e ad altri ticket per 2 miliardi. E promette occupazione per i giovani medici a partire dal prossimo "piano lavoro" del Governo. Mammette in guardia: «Nessun ritorno alla spesa pubblica disinvolta, tutt'altro». E allora avanti con i risparmi garantiti dai costi standard, dall'e-health, dalle cure sul territorio anche chiudendo («riconvertendo») i piccoli ospedali. Tutto col «Patto per la salute» da discutere con le Regioni già da fine luglio. «Possiamo risparmiare miliardi, garantendo qualità e la tenuta del sistema. Ma serve una fase nuova». Beatrice Lorenzin, da cinquanta giorni ministro della Salute, traccia la rotta della nuova governance del Ssn. E assicura: «Le industrie della salute non vanno abbandonate. L'industria buona va stimolata a non lasciare l'Italia».

**Ministro, la sua è una cura da dottore benevolo. Stop ai tagli, sembra un sogno. Ma come fare?**

Non sono un dottore benevolo, cerco una prescrizione appropriata. Ma sia chiaro: non sono neppure la causa del ritorno alla spesa pubblica disinvolta, tutt'altro. Conosco bene gli elementi di cattiva gestione e di governance che hanno causato lo spiaffamento della spesa sanitaria. E so bene che bisogna perseverare sulla strada del risanamento.

**Niente tagli lineari, quindi.**

Certo, niente tagli lineari. Sono già stati fatti e in modo piuttosto violento. Forse allora poteva essere necessario. Ora si deve pensare alla qualità che con i tagli s'è persa. Ma sia chiaro: non si ricomincia a spendere.

**Ma come fare? Per Saccomani i margini di risparmio ci sono.**

Lo penso anche io. Sono possibili miliardi di risparmi. Bisogna passare però dai tagli lineari tout court a una riprogrammazione della spesa in una fase di

una nuova responsabilità. Credo che tutte le Regioni si rendano conto che oggi o fai determinate cose e prendi certe misure, o il sistema non è più sostenibile. Il problema è di governance.

**Dalle parole ai fatti, il passo non è breve.**

Il «Patto per la salute» dovrà essere una nuova programmazione economica e assistenziale del sistema. Un «Patto» in pieno accordo con le Regioni, con un'azione unitaria e forte, alle quali dico: io non faccio tagli lineari, ma voi dovete sponsorizzare un livello di governance e di programmazione dalle Alpi agli Appennini che permetta di attivare i modelli virtuosi che hanno garantito risparmi ed efficienza.

**Una scommessa, tanto più in tempi brevi.**

Eppure è così. Con meno ricoveri e più cure domiciliari, possiamo risparmiare da 800 a 3 mila euro per ricovero. Significa meno spese per miliardi di euro. Con l'e-health 7 miliardi di risparmi diretti e altri 7 indiretti. Per non dire dell'assistenza che potremmo garantire alla popolazione che invecchia. I modelli non ci mancano, le performance vanno esportate ovunque. Per non dire del passaggio ai costi standard, che in alcuni casi ci farebbe risparmiare tra il 15 e il 30% dei costi, in totale più di 10 miliardi. Con più qualità.

**Sembra la quadratura del cerchio...**

Eppure con la centrale unica di acquisiti della Consip si sono avuti questi margini di risparmio. Altro che 12 miliardi necessari per evitare i ticket.

**Tutto da fare col «Patto»?**

Certo.

**Mai i governatori dicono: discutiamo se ci sono i fondi.**

Io non sono il ministro dell'Economia e non parlo per lui. Ho trovato però in Saccomani un interlocutore molto attento e sensibile alla questione sociale. È con questo senso di responsabilità che andrò al tavolo con le Regioni e so che c'è pie-

na identità col ministro dell'Economia, e, sono sicura, anche con le Regioni. Non si tratta di fare un braccio di ferro o conflitti di competenze. Ma, a risorse date e in una fase così difficile per tutti, di gestire e ridistribuire i fondi nel modo migliore possibile. Serve responsabilità da parte di tutti, anche degli operatori. Partendo col piede giusto e riconoscendo che le Regioni non sono in grado di sostenere altri tagli lineari. Ma questo non può significare aumento della spesa.

**Come cambiare i ticket? Pagando per franchigia a seconda delle fasce di reddito?**

Non so se la franchigia funzionerebbe. Il problema va inquadrato nella riforma complessiva del Fisco e in questa fase abbiamo la necessità che non si inventino nuove tasse che vanno sempre a opprimere un ceto medio che va scomparendo, mentre è il motore di una nazione. L'obiettivo non è solo di aiutare le persone povere, ma di fare in modo che chi non è povero oggi, non lo divenga domani. Servono piedi di piombo.

**Quando si parte col «Patto»?**

Spero per fine luglio.

**Si parlerà anche dei Lea?**

Certamente. Ai Lea serve una manutenzione, tenendo conto delle malattie rare e verificando le prestazioni non più attuali per i bisogni della popolazione e di altre che sono entrate con forza nell'assistenza.

**La riforma della rete ospedaliera è in panne, i tagli sono fermi. Come le mitiche cure h24. Che farà?**

Saranno argomenti cruciali del «Patto». Anche per un altro motivo: se si tagliano i posti letto e il territorio non c'è, dove si va? Le due cose devono camminare insieme. Va tagliata la spesa improduttiva, vanno riconvertiti i piccoli ospedali che non garantiscono prestazioni adeguate, salvaguardando le realtà locali.

**La gente non capirà...**

Il buon senso delle persone è

molto più avanti delle regole burocratiche e la politica deve mediare questo buon senso e farlo diventare pratica. Per farlo bisogna rimboccare le maniche e spiegare che riprogrammare il sistema sanitario conviene, con la pazienza di convertire posti di lavoro magari nel socio-assistenziale, offrire servizi sul territorio. Questo la gente lo capisce.

**I medici hanno appena minacciato lo sciopero a luglio contro il blocco dei contratti. Altra grana...**

Comprendo il disagio degli operatori della sanità e ho già avuto modo di confrontarmi con loro. Nella scorsa legislatura il Parlamento ha deciso di dar vita al rinnovo degli accordi nella medicina convenzionata, senza oneri economici, per adeguare le convenzioni. Adesso abbiamo l'esigenza di operare in maniera analoga per la dipendenza. L'ipotesi di una contrattazione limitata alla sanità non è percorribile. Auspico l'avvio di consultazioni per approfondire questioni che per esigenze di celerità potrebbero essere trascurate alla riapertura delle trattative. Governo e Regioni potrebbero investire il comitato di settore e individuare i temi con i sindacati.

**E per l'occupazione?**

I medici vanno valorizzati, serve una riforma della specializzazione. È necessario intervenire presto. Ne ho parlato con i ministri Carozza, D'Alia, Saccomanni, Giovannini. Ci saranno risorse come i fondi che devono arrivare dall'Europa con uno "spicchio" particolare per le professioni sanitarie. Senza dimenticare l'investimento nella medicina generale.

**La filiera industriale della salute vale il 12% del pil nazionale, è un volano per la crescita. Eppure si sente una ricchezza dimenticata.**

È un serbatoio che ci garantisce occupazione qualificata e investimenti. Sto facendo una serie di incontri con gli operatori dell'industria. Penso a misure at-

tive, anche di semplificazione o coordinamento, che facciano comprendere come intorno alla salute si produce economia, che questo fa bene al sistema sanitario e che vuol dire produrre eccellenze, ricerca applicata, lavoro di altissimo livello. Bisogna capire i bisogni dell'industria per farla rimanere in Italia e non mandarla all'estero. La buona industria non va abbandonata. Va sollecitata, stimolata e pungolata a rimanere nel nostro Paese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Beatrice Lorenzin

**I GOVERNATORI  
«Per il nuovo Patto con le Regioni si parte già a fine luglio e saranno rivisti i Lea»**

**INDUSTRIA DA SALVARE  
«Le imprese della salute vanno incentivate a restare in Italia: sono un valore da non perdere»**

**Le misure allo studio**



**ASSUNZIONI**

Il ministro Giovannini ha confermato che si sta ragionando sull'ipotesi di decontribuzione per le nuove assunzioni; e sono allo studio anche incentivi per l'autoimprenditorialità per far ripartire nuove e piccole imprese. A rimanere in piedi è pure l'opzione credito d'imposta per le assunzioni, con lo sgravio Irap



**CONTRATTI A TERMINE**

Il governo punta a ripristinare gli intervalli di 10 e 20 giorni per il rinnovo dei contratti a termine previsti prima della legge Fornero (che li ha innalzati a 60 giorni e 90 giorni a seconda della durata del contratto). È allo studio anche l'ipotesi di alleggerire l'acausalità, oggi prevista per il primo rapporto di 12 mesi (non prorogabili)



**APPRENDISTATO**

Tra le ipotesi al vaglio del ministro Giovannini quella di semplificare la formazione per dare tempo alle Regioni di uniformare i criteri su scala nazionale. È allo studio pure la possibilità di ridurre la percentuale di stabilizzazione per assumere nuovi apprendisti: la legge Fornero l'ha fissata al 50%, che scende al 30% ma solo per i primi 3 anni



**SERVIZI PER L'IMPIEGO**

Il governo pensa pure a un intervento sui centri per l'impiego per rafforzarli, anche attraverso sinergie più strette con le agenzie private. Del resto, politiche attive più efficienti sono alla base per la riuscita del programma di «Garanzia per i giovani», che mira a facilitare l'accesso al lavoro agli under25 disoccupati

**Occupazione.** Il ministro Giovannini: «Stiamo completando le analisi finanziarie»

# Slitta il pacchetto giovani, da sciogliere il nodo risorse

**Claudio Tucci**  
ROMA

■ Nuovo rinvio per il "pacchetto giovani", che molto probabilmente sarà esaminato dal governo mercoledì prossimo; e comunque prima del vertice europeo di fine giugno. I nodi restano gli incentivi per l'occupazione; e la loro copertura, una volta quantificate le risorse utilizzabili: «Stiamo completando le analisi finanziarie», aveva detto ieri mattina il ministro del Lavoro, Enrico Giovannini; e la conferma che il "pacchetto lavoro" non sarà all'esame del consiglio dei ministri di domani è giunta in serata dal ministro per gli Affari regionali, Graziano Delrio.

Il ministro Giovannini ha confermato che si sta ragionando «sull'ipotesi di decontribuzione, quindi di riduzione degli oneri sociali per le nuove assunzioni»; e sono allo studio anche «in-

centivi all'autoimprenditorialità, per far ripartire nuove e piccole imprese». A rimanere in piedi è anche l'opzione credito d'imposta per le assunzioni, con lo sgravio Irap. E si vorrebbe pensare non solo ai giovani, ma pure a tutelare gli over55.

L'obiettivo ora è definire gli interventi, e soprattutto la soglia delle coperture visto «che quasi tutte le risorse verranno individuate da programmi europei cofinanziati non portati a termine», ha ricordato il vice ministro dell'Economia, Stefano Fassina. Di qui l'intensificarsi del confron-

**MISURE ALLO STUDIO**

Ipotesi riduzione degli oneri sociali per nuove assunzioni, incentivi ad autoimprenditorialità e modifiche alla legge Fornero

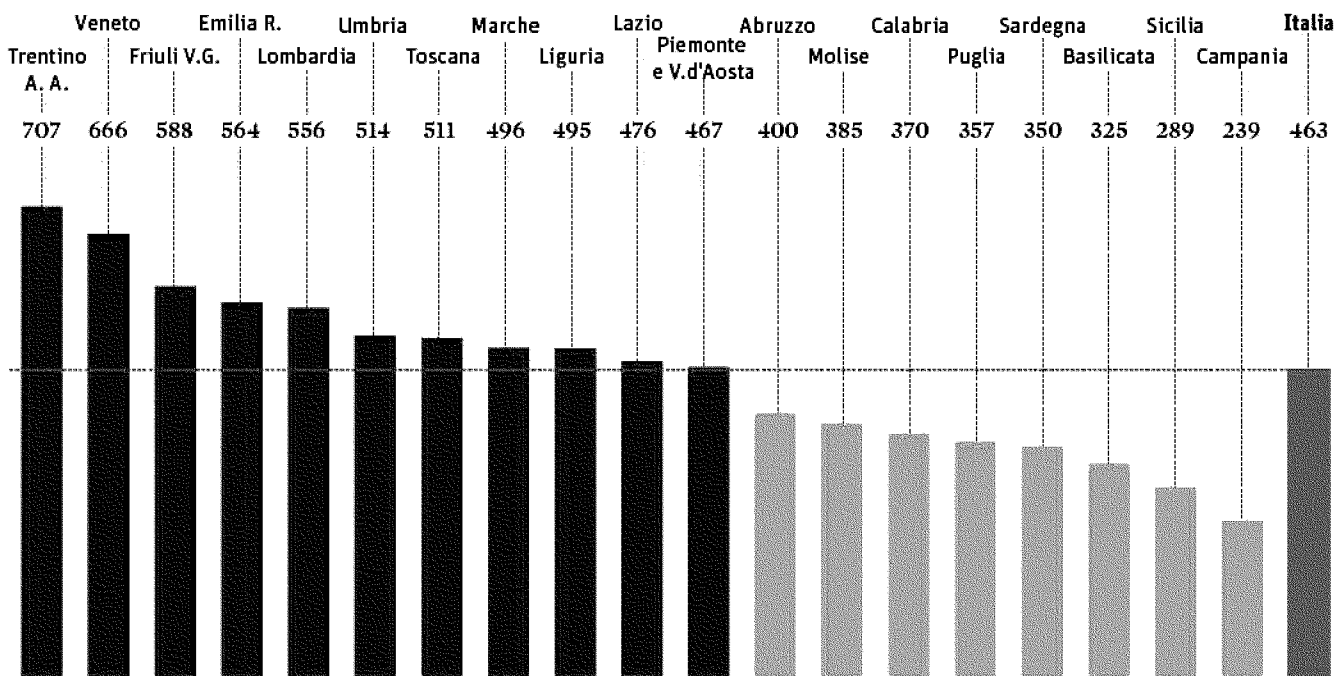
to con le regioni (ieri Giovannini ha incontrato il presidente della conferenza delle regioni, Vasco Errani) e, soprattutto, con l'Ue per destinare ad altre finalità il cofinanziamento nazionale. Del resto, i 500 milioni della riprogrammazione della tranche 2007-2013 di fondi Ue sono destinati, come ha ricordato il ministro Carlo Trigilia (Coesione Territoriale) per la decontribuzione per creare 50 mila posti per i giovani del Sud. Duecento milioni (sempre di fondi Ue) finanzieranno il tirocinio di 60 mila giovani; altri 200 milioni la legge per l'imprenditoria giovanile (per 10 mila nuovi occupati); altri 100 milioni andranno alle cooperative del terzo settore; e 170 milioni per estendere al Sud la sperimentazione della social card. Il governo è impegnato anche con l'Europa per anticipare l'utilizzo dei circa 500 milioni della «Garanzia per i giovani» che

punta a facilitare l'accesso al lavoro dei giovani under25 disoccupati. Una proposta su come attuare, in Italia, questa «Garanzia» è arrivata dal presidente dell'Isfol, Pietro Antonio Varesi. Rafforzando i centri per l'impiego e le azioni di orientamento si potrebbero assegnare ai giovani inseriti nel programma di «Garanzia» 1.680 euro a soggetto. I 500 milioni attuali garantirebbero una copertura di circa 400 euro; e quindi, aggiunge Varesi, «bisognerebbe ricorrere alle risorse del Fondo sociale europeo (Fse) per un ulteriore miliardo».

Non hanno problemi di copertura e si sta procedendo alle ultime limature le misure sul lavoro "a costo zero", e cioè le modifiche alla legge Fornero. Per i contratti a termine si punta a ripristinare gli intervalli di 10 e 20 giorni previsti prima della legge 92 e ad alleggerire l'acausalità oggi non richiesta per il primo contratto di 12 mesi (non prorogabili). Per l'apprendistato invece l'obiettivo è soprattutto semplificare la formazione per arrivare a criteri regionali omogenei.

### La spesa privata sale dove il «pubblico» funziona

Il valore pro capite annuo della spesa sanitaria privata



Fonte: Osservatorio Sda Bocconi, giugno 2013

PRIMA CRITICITÀ L'ECESSIVA FRAMMENTAZIONE DELLE ESPERIENZE REGIONALI

## Obiettivo: nazionalizzare le reti locali

**L'**indagine condotta dal Dipartimento di Scienze della comunicazione e discipline umanistiche della Università di Urbino Carlo Bo prende le mosse dal punto di vista delle singole strutture sanitarie.

Lo studio è stato condotto con metodologia Cawi, ovvero con un questionario on line, ha usato il web per distribuire, raccogliere e analizzare i dati. Il questionario assai complesso ha indagato i differenti aspetti del Fascicolo e ha coinvolto 238 fra Aziende ospedaliere, Asl e Irccs. Hanno risposto 122 fra aziende e istituti di ricerca.

Pur confermando la presenza di situazioni di eccellenza l'indagine mette in evidenza un elevato livello di frammentazione circa lo stato di sviluppo del progetto all'interno delle singole Regioni e sul territorio nazionale.

A livello di Aziende sanitarie si evincono chiare differenze rispetto all'uso di sistemi di digitalizzazione dei documenti sanitari del cittadino: chiaro l'alto livello di digitalizzazione di Emilia Romagna, Veneto cui seguono Lombardia e Toscana.

Altro dato interessante è quello relativo all'integrazione con il sistema informatico regionale: in alcuni casi le due procedure dialogano a fatica o non dialogano affatto. Solo Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Abruzzo e Molise presentano un ottimo indice di integrazione.

Emergono inoltre differenti strategie di coinvolgimento dei Mmg/Pls e nelle modalità di accesso ai dati consentite ai cittadini. Se in alcune Regioni prevale infatti un approccio basato sul coinvolgimento diretto delle singole strutture aziendali, in altre appare evidente lo sforzo di offrire servizi al cittadino e coinvolgere i Mmg direttamente a livello regionale.

Da evidenziare che il 26% delle Aziende sanitarie e/o ospedaliere offre un servizio di prenotazioni delle prestazioni sanitarie, il 25% il pagamento dei ticket ma solo il 3% consente il download della cartella clinica ospedalie-

ra. Dall'indagine emerge il ruolo significativo giocato dalle aziende in house: tutti gli indicatori presentano uno stato di sviluppo maggiore nelle Regioni dove è presente un'azienda in house.

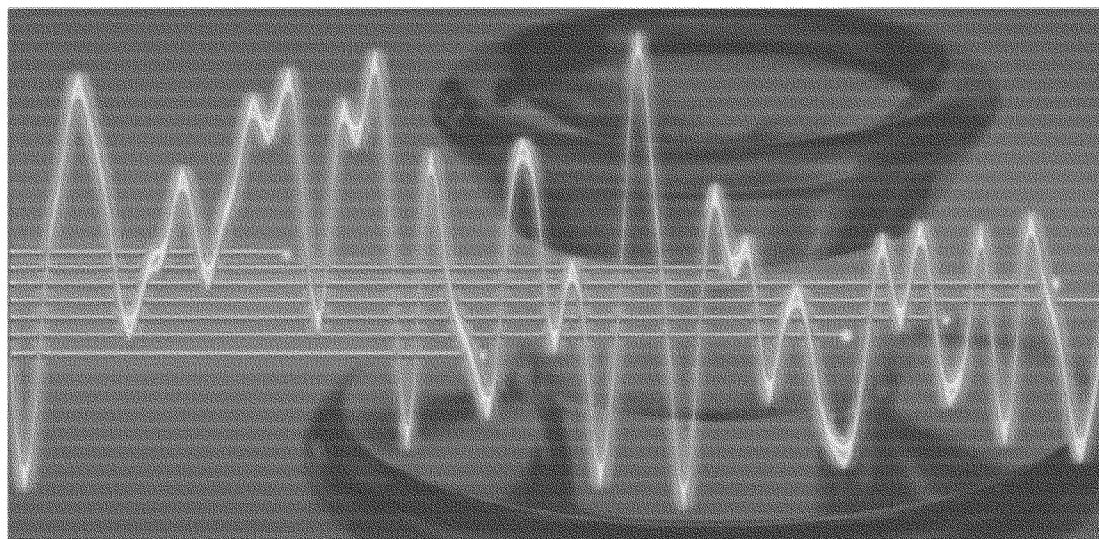
È fin troppo ovvia la necessità che il ministero svolga più attivamente un ruolo di coordinamento strategico che dovrebbe andare oltre la pubblicazione di pur indispensabili linee guida. Occorre di fatto un superamento di una regionalizzazione del sistema sanitario facendo tesoro delle esperienze positive evidenziate e diffondendole su tutto il territorio nazionale.

Per concludere, la nostra ricerca evidenzia che c'è carenza info/comunicativa e ci sono differenze strategiche, tecnologiche, di investimenti economici, culturali e territoriali: esistono eccellenze regionali collocate principalmente nel nord del Paese; i cittadini non sono ancora veramente protagonisti della gestione della salute.

In prospettiva emergono complessità e differenze superabili con un modello davvero condiviso e un ruolo attivo del cittadino non più solo consumatore di informazioni sulla salute ma attore partecipe in grado di accedervi e di produrre dati attraverso device digitali connessi.

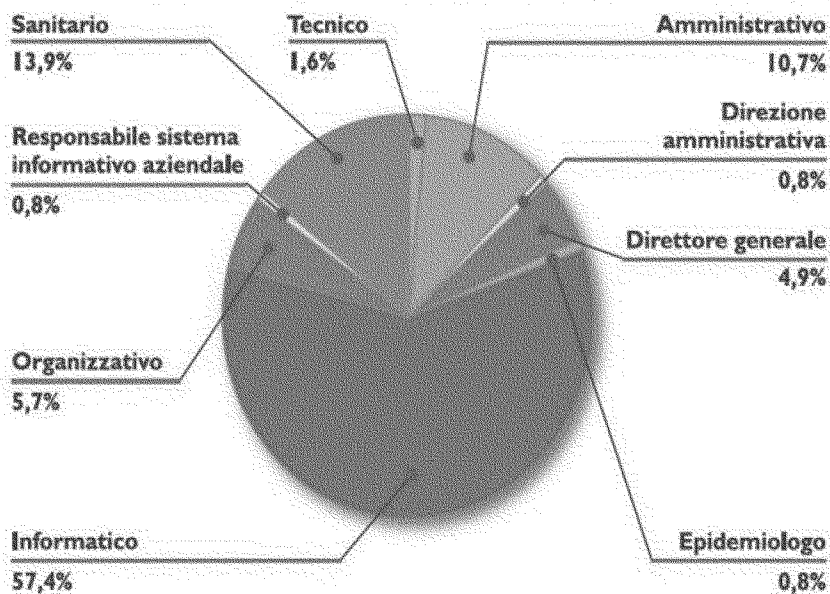
**Lella Mazzoli**

Direttore ricerca sullo stato di avanzamento del Fse in Italia - @lellamazzoli



Il campione e la metodologia dello studio

- Soggetti: Aziende ospedaliere, Aziende sanitarie locali, Irccs
- Costruzione dell'universo dei soggetti con Open data ministero Sanità (n = 238)
- Metodologia Cawi
- Response rate: 51 per cento (n = 122)



Regione	Casi	Frequenza	%
Abruzzo	4	1	25%
Basilicata	4	4	100%
Calabria	9	2	22%
Campania	17	7	41%
Emilia R.	17	14	82%
Friuli V.G.	11	4	36%
Lazio	21	7	33%
Liguria	10	5	50%
Lombardia	29	26	90%
Marche	4	1	25%
Molise	1	1	100%
Piemonte	21	10	48%
Puglia	11	4	36%
Sardegna	12	4	33%
Sicilia	18	8	44%
Toscana	16	11	69%
Trentino A.A.	2	0	0%
Umbria	6	1	17%
Valle d'Aosta	1	1	100%
Veneto	24	11	46%
<b>Totale</b>	<b>238</b>	<b>122</b>	<b>51%</b>

## CIRCOLARE

### *Cartella sanitaria dopo il 30*

La non sanzionabilità dell'adempimento non autorizza a disattendere la comunicazioni dati sanitari rilevanti per la sicurezza, in scadenza al 30 giugno. L'acquisizione delle informazioni, infatti, resta possibile anche dopo il termine mediante la procedura informativa dell'Inail. Lo precisa il ministero del lavoro nella nota protocollo n. 13313/2013.

Il ministero interviene in merito all'adempimento, in scadenza a fine mese, introdotto dal dm 9 luglio 2012 che ha individuato i contenuti della cartella sanitaria e di rischio nonché, appunto, le modalità per la trasmissione annuale al servizio sanitario degli stessi contenuti, come obbliga i medici a fare l'articolo 40 del T.u. sicurezza (dlgs n. 81/2008). Il decreto ha disciplinato un periodo transitorio di un anno, spostando il termine per la prima trasmissione dei dati, quella relativa al 2012, dal 31 marzo che rappresenta la scadenza ordinaria annuale, al 30 giugno 2013 nonché lo stop alla sanzione a carico dei medici per le inadempienze.

La previsione del periodo transitorio di un anno, spiega il ministero, non deve essere inteso come una temporanea sospensione dell'accertabilità di eventuale inosservanza dell'obbligo della trasmissione entro il 30 giugno che duri fino al 24 agosto 2013, per cui solo successivamente a tale data può essere accertata e sanzionata l'eventuale violazione, ma nel senso che, ove ricorrano i presupposti (di cui all'art. 4 del dm 9 luglio 2012), l'omessa trasmissione dei dati del 2012 entro i termini non è soggetto a sanzione in quanto tale periodo di

sperimentazione risulta coperto dalla condizione di sospensione dell'applicazione della sanzione. Tuttavia, aggiunge il ministero, le possibili difficoltà operative non saranno in ogni caso tali da ostacolare l'utile acquisizione delle informazioni richieste anche successivamente al termine del 30 giugno, in quanto la procedura telematica resa disponibile dall'Inail prevede anche il recupero di informazioni eventualmente inviate per altra via telematica ai competenti servizi territoriali di vigilanza, senza necessità di ripetere l'invio da parte del medico competente.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



## Il Movimento 5 Stelle

### Ospedale del Mare Il caso in Senato

Il Movimento 5 Stelle porta il caso dell'Ospedale del Mare di Napoli in Senato. Lo fa con una interrogazione parlamentare al Ministro Alfano ed al Ministro della Salute Lorenzin, firmata da 23 senatrici e senatori, che vede come prima firmataria Laura Bottici e tra i co-firmatari tra gli altri i rappresentanti campani Sergio Puglia, Paola Nugnes, Vilma Moronese, Bartolomeo Pepe, Andrea Cioffi. All'ordine del giorno i provvedimenti che il Governo intende assumere in relazione alla situazione rappresentata dall'Ospedale del Mare di Napoli, considerato che il sito dove è ubicato dovrebbe rientrare ufficialmente nella cosiddetta zona rossa di rischio vulcanico. Inoltre, i parlamentari grillini ritengono opportuno «alla luce delle nuove evidenze scientifiche, effettuare ulteriori accertamenti, prima dell'avvio dei lavori di completamento del polo ospedaliero sopracitato, al fine di valutare l'opportunità di realizzare un presidio strategico di rilevanza nazionale per la rete di emergenza che, proprio in caso di emergenza, dovrebbe essere evacuato». Nell'interrogazione si ricorda tra l'altro come «secondo il parere scientifico del Benedetto De Vivo, ordinario di Geochimica, Giuseppe Rolandi, ordinario di Geochimica Ambientale all'Università "Federico II" di Napoli, l'Ospedale sarebbe costruito in un sito che per prossimità alla bocca eruttiva del vulcano, risulterebbe interessato da almeno tre diversi tipi di rischio». Il progetto sarebbe dovuto partire cinque anni fa. Di esso restano però solo un immenso cantiere alla periferia Orientale di Napoli, migliaia di ettari di terreno e un grosso edificio, che non ha mai visto la luce. Ad oggi di fatto ci sono solo recinzioni e un cartello dal quale si capisce che quel fabbricato diventerà un giorno l'Ospedale del Mare. Ma soprattutto perpetuano le polemiche, sia da parte dei rappresentanti politici ma anche da parte dei cittadini che definiscono l'ospedale «una portaerei che in caso di guerra non potrà essere utilizzata, uno spreco inutile».

## Ospedale riconvertito: stop del Consiglio di Stato

**Palazzo Spada** sospende l'atto di riconversione dell'ospedale di Agropoli in Presidio di assistenza urgenza territoriale. Il pronunciamento si aggiunge alla proroga delle attività decisa dal commissario ad acta per la Sanità **Stefano Caldoro**. "Il direttore generale dell'Asl di Salerno, **Antonio Squillante**, insiste sul fatto di aver dato attuazione alla programmazione regionale ma non è così - avverte il consigliere regionale del pd **Donato Pica** - il piano ospedaliero prevede che Agropoli diventi un plesso dell'istituendo ospedale unico della Piana del Sele. Il progetto di questo nuovo ospedale ancora non c'è. L'ultima soluzione prospettata, la trasformazione in Psaut (una sorta di guardia medica attrezzata con una ambulanza) presenta diversi elementi di incertezza così la realizzazione di un centro oncologico avanzato. "L'ordinanza - conclude Pica - consente di avviare un ragionamento serio e pacato sulla sorte del presidio". Ecco la proposta: dotare Agropoli di un Pronto soccorso moderno efficiente e tecnologico e pensare ad un centro specialistico in Oncologia che abbia caratteristiche e funzioni di professionalità, anche in regime di convenzione con istituti riconosciuti a livello nazionale ed internazionale.

ore 11,00 - Salerno, Università degli Studi Sala del Senato Accademico  
Campus di Fisciano, via Ponte don Melillo

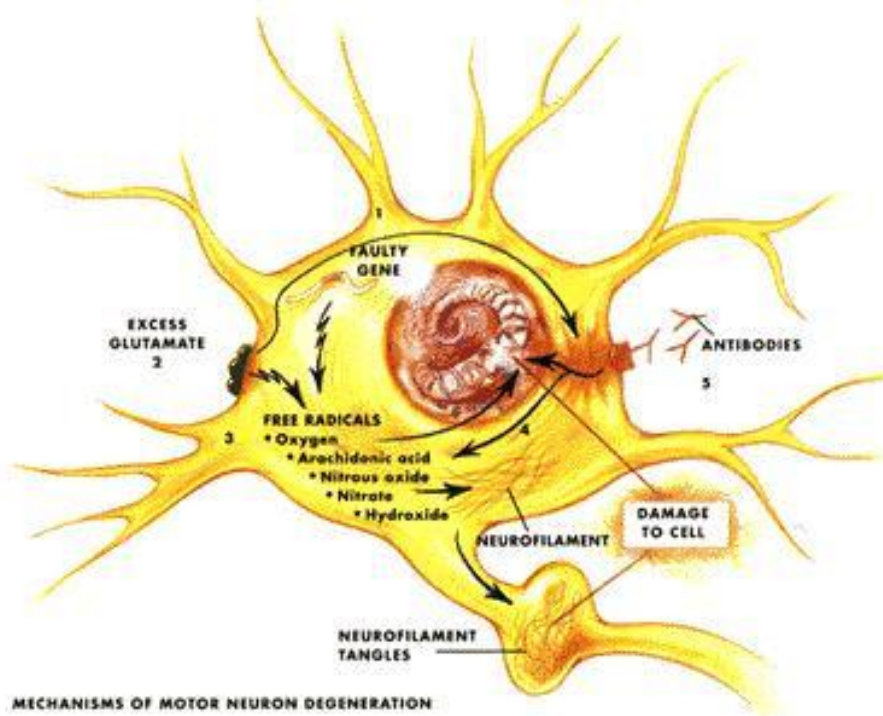
## **Epatite C: i dati della ricerca europea**

Presentazione dei risultati della ricerca condotta in collaborazione dall'Unità di Medicina Interna ed Epatologia dell'Università degli Studi di Salerno e dal Ser.T di Battipaglia, recentemente presentata al Congresso dell'Associazione Europea per lo Studio del Fegato (Easl) ad Amsterdam. L'incontro sarà l'occasione per fare il punto sull'epatite C a Salerno ed esporre il modello innovativo di collaborazione tra Università e Territorio per la gestione di questa patologia.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# Sla, cellule staminali: s'accende la speranza

Di **ETTORE MAUTONE**

**Cellule staminali**, dall'Umbria arrivano i primi risultati, a un anno dall'avvio del protocollo, della sperimentazione con le cellule staminali cerebrali nella cura della Sla (sclerosi laterale amiotrofica) una paralisi invalidante e gravemente ingravescente attualmente senza cura. Sotto i riflettori i dati raccolti, lo stato dei pazienti trapiantati, problemi aperti, elementi di valutazione, i prossimi passi. In campo l'associazione Neurothon onlus per la ricerca sulle malattie neurodegenerative, l'ospedale Casa Sollievo della sofferenza opera di San Pio da Pietrelcina e la Fondazione Cellule staminali. Nell'ambito del convegno saranno presentati i risultati della prima fase della sperimentazione clinica sull'uomo condotta da Neurothon e approvata dall'Istituto superiore di Sanità con il primo trapianto al mondo di cellule staminali cerebrali umane, sceve da problematiche etiche e morali, per la cura della Sla. I risultati - promettenti - della sperimentazione, hanno un particolare rilievo per la Campania che, nell'ultima finanziaria, proprio ispirandosi all'esperienza di Neurothon, ha inserito un capitolo dedicato alle staminali.

## **Il progetto campano**

La novità è nero su bianco al comma 57 della legge. Obiettivo fare della Regione Campania la punta avanzata in Italia nel campo della promozione degli studi finalizzati allo sviluppo ed alle applicazioni relative alle cellule staminali e alle scienze omiche. A tal fine la Campania sotto-



scriverà un protocollo di intesa con il ministero della Salute entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge. Una novità che si inserisce sulla scia del progetto Stamina che avvia la sperimentazione delle cellule staminali in malattie terminali. Un provvedimento, quest'ultimo, che pure ha alimentato una ventata di polemiche sulla mancanza di scientificità di tali impieghi. Resta da vedere in che modi si esplicherà la collaborazione e con quali laboratori. Il dilemma sciolto dal successivo comma 58 della Finanziaria che chiarisce che saranno le Università campane e il Ceinge, centro di riferimento regionale per l'ingegneria genetica ad assumere il ruolo guida negli studi. Il modello è quello umbro, dove ha sede il Neurothon, un centro studi che ha già stipulato un accordo con il ministero sulle cellule staminali cerebrali per il trattamento di patologie neurodegenerative. Parkinson, Alzheimer e Corea di Huntington oltre la Sla l'Atrofia spinale o le lesioni midollari. ●●●

## Scienza e Farmaci

---

### Alzheimer. Arriva il farmaco capace di ripristinare le connessioni cerebrali

*E' un mix di due sostanze, la memantina e la nitroglicerina e sui topi ottenuti risultati strabilianti. Il duo riporta il numero di sinapsi a livello normale in pochi mesi e i primi effetti si notano già a partire dalle prime ore. Anche nel caso di una fase di malattia in cui sono già comparse le placche cerebrali.*

Potrebbe trattarsi del primo farmaco sperimentale al mondo capace di stimolare la creazione di nuove sinapsi perse a causa della malattia di Alzheimer: è stato sviluppato dai ricercatori del Sanford-Burnham Medical Research Institute, si chiama NitroMemantina e si tratta di un mix di medicinali approvati dall'Fda per fermare la cascata di eventi distruttivi nel cervello che distrugge le connessioni tra neuroni e porta a perdita di memoria e declino cognitivo.

Per verificare gli effetti del mix di sostanze, Stuart A. Lipton e il suo team del centro statunitense hanno studiato dieci anni, giungendo però a questa conclusione incredibile: insieme memantina, molecola attiva contro le forme lievi e moderate dell'Alzheimer approvata nel 2003, e nitroglicerina, usata comunemente contro i dolori al petto e l'angina, sono efficaci nel risanare le connessioni perse per la malattia, anche nel caso che siano già presenti placche beta-amiloide. "Il che vuol dire che il farmaco potrebbe essere efficace non solo sulla malattia a uno stadio precoce, ma anche leggermente dopo", ha spiegato il ricercatore. "Ciò è molto interessante visto che finora tutti i metodi di trattamento si applicano solo quando la malattia è a uno stadio primordiale".

Per ora il risultato è stato ottenuto solo su modello animale e su colture di cellule cerebrali umane ottenute in laboratorio a partire da cellule staminali, sui quali sono stati testati 37 derivati della combinazione di farmaci, prima di trovare il giusto mix. "Se l'abilità della memantina di proteggere le sinapsi è piuttosto limitata, quella della nitromemantina è stupefacente", ha spiegato Lipton. "Sui topi il farmaco riesce a riportare il numero di sinapsi a quello normale nel giro di qualche mese di trattamenti, e i primi risultati si notano già a partire dalle prime ore".

## Scienza e Farmaci

# Stimolazione elettrica contro il dolore. Una ricerca italiana

*Corrente elettrica anodica a 2 milliampere per 15 minuti: ecco la terapia che garantirebbe la riduzione del dolore grazie all'aumento dell'eccitazione dei neuroni corticali. Allo stesso modo la corrente catodica applicata alla corteccia parietale farebbe invece diminuire le sensazioni non dolorose di avere un arto fantasma.*

È stato condotto dai ricercatori dell'Università di Milano-Bicocca uno studio pre-clinico che dimostra come la stimolazione elettrica della corteccia motoria attiva un circuito analgesico. La [ricerca](#) è stata pubblicata sulla rivista *Pain* e condotta da **Nadia Bolognini** e **Angelo Maravita** del dipartimento di Psicologia dell'ateneo milanese, in collaborazione con **Francesco Ferraro** del dipartimento di Riabilitazione dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova, **Felipe Fregni** del Laboratory of Neuromodulation, Spaulding Rehabilitation Hospital of Harvard Medical School di Boston.

**La riduzione del dolore arriva in media fino al 60 per cento nei pazienti** affetti dalla cosiddetta "sindrome dell'arto fantasma", ovvero la sensazione anomala (e spesso dolorosa) di persistenza di un arto dopo la sua amputazione, difficile da trattare in maniera farmacologica. La sindrome dell'arto fantasma è dovuta a una "errata" riorganizzazione da parte del cervello che, pur registrando la mancanza di un arto, non è in grado di escluderlo del tutto dalla "mappa" mentale del corpo. Per questo si parla di una riorganizzazione "maladattiva" che interessa le aree corticali motorie e parietali.

La sperimentazione è stata effettuata su un gruppo di otto pazienti volontari sottoposti a stimolazione con correnti elettriche anodiche a bassa intensità, una stimolazione cerebrale non-invasiva ed indolore.

**I pazienti sono stati sottoposti a una singola stimolazione a corrente elettrica sia anodica che catodica** a 2 milliampere per 15 minuti: la corrente anodica applicata alla corteccia motoria ha permesso la riduzione del dolore grazie all'aumento dell'eccitazione dei neuroni corticali, mentre la corrente catodica applicata alla corteccia parietale ha fatto diminuire le sensazioni non dolorose di avere un arto fantasma. "La ricerca – spiegano **Nadia Bolognini** e **Angelo Maravita**, rispettivamente ricercatore e professore associato di Psicobiologia all'Università di Milano-Bicocca – ha permesso di dimostrare che la stimolazione a correnti elettriche dirette riduce il dolore dal 25 al 100 per cento nei pazienti con dolore neuropatico resistente ai farmaci anche se già portatori di una protesi. Siamo in una fase avanzata di sperimentazione sul dolore da amputazione e il nostro obiettivo è quello di riuscire a stabilizzare nel tempo l'effetto indotto dalla stimolazione elettrica evitando la ricomparsa del dolore".

**Questi risultati aprono prospettive a terapie di riabilitazione**, attraverso sedute più lunghe, applicabili anche nei pazienti trapiantati quando vi è persistenza del dolore e al trattamento di altri dolori di origine neuropatica.