



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# quotidianosanita.it

Giovedì 21 MAGGIO 2015

## Basilicata. Fisiokinesiterapia, specialistica ambulatoriale e Livelli essenziali: il primo forum dell'Aspat il 22 maggio a Potenza

***Oggetto del dibattito e delle analisi i nodi dell'attuale sistema prescrittivo-erogativo per le patologie minimali o di riabilitazione semplici e il modo in cui essi impattano con la programmazione distributiva delle risorse finanziarie disponibili.***

Fisiokinesiterapia, specialistica ambulatoriale e Livelli essenziali di assistenza: a porre la questione del riequilibrio territoriale del fabbisogno assistenziale e della riqualificazione dell'offerta di cure relative alla Riabilitazione cosiddetta minimale in Basilicata è l'Aspat (Associazione sanità privata accreditata territoriale federata, a livello nazionale, con Fenaspat) che propone una serie di forum tematici di cui il primo in programma **venerdì 22 maggio al centro congressi Park Hotel a Potenza**. Partecipano Pietro Lacorazza, presidente del Consiglio regionale della Basilicata, **Luigi Bradascio**, presidente della IV commissione consiliare Sanità e Politiche sociali, **Vincenzo Orofino**, vescovo di Tricarico, delegato della Pastorale per Salute, e **Guido D'Amico** presidente nazionale Confimprese Italia. Alla tavola rotonda che ne seguirà sono invitati operatori ed esperti del settore, oltre che i vertici nazionali e regionali di Fenaspat tra cui **Antonia Losacco**, presidente Aspat Basilicata, **Giovanni Santangelo**, medico fisiatria Consigliere Fenaspat,, **Giovanni Sellitto**, responsabile ufficio legale Simmfir (Sindacato italiano medici di Medicina fisica e riabilitativa). Conclude i lavori **Pierpaolo Polizzi** segretario generale Fenaspat.

### **I nodi sul tappeto**

Sul tappeto, dunque, i nodi dell'attuale sistema prescrittivo-erogativo per le patologie minimali o di riabilitazione semplici in Basilicata e il modo in cui essi impattano con la programmazione distributiva delle risorse finanziarie disponibili. "Per programmare la spesa in modo corretto – argomenta **Polizzi** - bisogna riqualificare il sistema erogativo. L'obiettivo è generare un'offerta seria ed una domanda congrua, da cui far scaturire l'appropriatezza del fabbisogno e assicurare di conseguenza i Lea. La Specialistica ambulatoriale e la Riabilitazione-socio-sanitaria vanno insomma riorganizzate subito per un uso corretto delle risorse".

### **Appropriatezza e qualità delle cure**

"In tale contesto l'Aspat Basilicata e la Fenaspat – aggiunge **Antonia Losacco** - articoleranno una serie di osservazioni relative alle criticità presenti nel sistema proponendo soluzioni migliorative atte a garantire da un lato la compatibilità dei Lea con i tetti di spesa in fase di programmazione e dall'altro a conseguire il massimo livello di equilibrio e di efficienza relativa all'appropriatezza della domanda e dell'offerta con la qualità dei servizi percepita dai cittadini-assistiti". Ad entrare nel dettaglio all'indice dell'Aspat ci sono una serie di scogli da superare. A cominciare dall'accordo del 22 dicembre del 2006 (recepito con la delibera 2105 del 2006).

### **No ai tetti di spesa per struttura**

"Delibera – aggiunge **Losacco** – che ha assegnato tetti di spesa per ogni singola struttura ingessando la configurazione della rete assistenziale, condannando i piccoli centri accreditati a erogare quanto richiesto senza poter crescere - in termini di dotazioni strutturali, strumentali e di personale all'aumentare della domanda – e costringendo i grandi centri a dare la caccia alle prestazioni per centrare il budget assegnato, spesso ridondante rispetto alla domanda di prestazioni. Tetti di struttura, assegnati comunque in maniera non conforme a quanto stabilito dallo stesso provvedimento regionale che fissa un tetto massimo a 730 mila euro. Tant'è dal 2007, data di inizio dello start-up normativo, il principio di provvisorietà dell'assegnazione economica del tetto e di transitorietà rispetto alla definizione ultima del calcolo dei fabbisogni assistenziali territoriali, ha determinato una crescita incontrollata della spesa segnatamente sul versante domiciliare".

### **Il colpo di spugna sulle domiciliari**

"Ma ad assestare il colpo finale ai centri di fisiokinesiterapia – aggiunge **Giovanni Santangelo** – è stata la Legge regionale n. 17 del 2011 che ha escluso dai Lea le prestazioni laser, Tens, diadinamiche e a ultrasuoni che pure sono tra le più richieste soprattutto tra anziani e pazienti cronici per problemi ortopedici di varia natura. Da qui si è stabilito di abbassare il tetto di struttura già assegnato e calcolato sul fatturato relativo al 2009, penalizzando in maniera particolare le strutture dedicate soprattutto all'attività ambulatoriale".

Tutte criticità che, secondo Fenaspat, hanno determinato la cristallizzazione dei tetti di struttura con la stabilizzazione di rendite di posizione acquisite da alcuni centri rispetto ad altri producendo un sostanziale disequilibrio nel sistema

dell'assegnazione della spesa.

### **Le soluzioni proposte**

Nel corso dell'incontro di venerdì l'Aspat Basilicata è pronto a sottoporre alla controparte regionale una serie di proposte di riqualificazione per il miglioramento del sistema erogativo delle cure di Fkt in grado di riequilibrare la qualità e quantità dei volumi di prestazioni assicurati all'utenza.

"Il nostro obiettivo – ribadisce **Polizzi** - è elevare i Lea del settore, garantire il fabbisogno dell'utenza territoriale attribuendo ai medici di medicina generale, tanto per fare un esempio, il controllo sulla appropriatezza della prescrizione di cure domiciliare da riservare a particolari condizioni di disabilità transitorie ed eccezionali tali da garantire un riequilibrio quantitativo tra prestazioni ambulatoriali e domiciliari senza dimenticare l'obiettivo irrinunciabile dell'appropriatezza delle prestazioni con strategie mutate dai più efficienti sistemi sanitari regionali d'Italia".

### **Agenas, Basilicata in affanno sui Lea**

E che la Basilicata abbia perso terreno, su questo fronte, lo testimoniano- ad avviso dell'Aspat- i dati relativi ai Lea diffusi dall'Agenas (agenzia nazionale della sanità), sulla base della cosiddetta griglia di 31 livelli essenziali di assistenza. Qui la Basilicata, nel giro di un anno, avrebbe perso 23 punti scendendo di quattro posizioni (dall'ottava alla dodicesima). Una classifica basata, come noto, su una serie di valutazione ancora non definitive peraltro e relative a parametri che vanno dai servizi agli anziani, ai ricoveri ospedalieri appropriati e non, esami come la risonanza magnetica, controlli sulla sicurezza del lavoro. Chi va bene nella singola voce ottiene un punteggio, pesato a seconda dell'importanza del settore. Via via che la qualità della prestazione peggiora, il voto assegnato si abbassa. "La Basilicata – conclude **Polizzi** - fino a qualche anno era inserita tra quelle di fascia virtuosa tanto da essere l'unica regionale del Sud presa in considerazione per identificare i costi standard a livello nazionale. Ma tra il 2012 al 2013 è passata da 169 punti del 2012 a 146 punti attuali. Si tratta di risalire la china e siamo lieti che altre associazioni di categoria come l'Anisap abbia di recente sposato le nostre ragioni e posto sul tappeto delle scelte politiche le nostre stesse analisi e argomenti. In questi casi l'unione fa la forza".

**Ettore Mautone**

È il traguardo già raggiunto dal Fasi, il Fondo sanitario di Confindustria e Federmanager

## Tutte le pratiche dematerializzate Se si vuol fare, si può fare. È un esempio per la pa-

DI SERGIO LUCIANO

**C'**è un'Italia istituzionale che segna il passo sulla banda larga e sul digitale, e ce n'è una privatistica che corre spedita: questo insegna il primo bilancio che il Fasi - il Fondo sanitario di Confindustria e Federmanager - può trarre dalla dematerializzazione di tutte le richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie, che dallo scorso gennaio è stata lanciata con pieno successo ed ha già totalizzato quasi 100 mila pratiche inviate via web. «Si parla spesso - e a volte anche a sproposito - della necessità di scommettere sull'innovazione», spiega il presidente del Fasi, **Stefano Cuzzilla**, in pole position per la presidenza della Federmanager, «come anche sulla dimensione internazionale per garantire all'Italia una ripresa industriale degna di questo nome. Ebbene, i manager italiani ne sono consapevoli e stanno reagendo positivamente. L'esperienza del Fasi, sta dimostrando che sia i dirigenti in attività sia quelli in pensione sono più che favorevoli all'investimento nelle nuove tecnologie».

**Il Fasi oggi è una realtà forte** di circa 130 mila dirigenti iscritti, che fornisce a oltre 300 mila persone, rimborsa prestazioni sanitarie per quasi 300 milioni di euro ogni anno e, soprattutto, viene indicato come riferimento nel sistema per stabilire quale sia il prezzo giusto delle prestazioni sanitarie.

La sfida della dematerializzazione delle pratiche va appunto nel segno dell'efficienza economica, se si pensa che, in un anno tipo, le richieste di rimborso inviate al Fasi dai suoi assistiti sono circa 700 mila, con le relative spese postali e cartacee. Con la digitalizzazione, si stanno ottenendo vantaggi pratici per gli iscritti e una riduzione dei tempi di gestione delle singole

pratiche.

**Anche attraverso questi progressi gestionali**, il Fasi punta a proseguire nella sua campagna di estensione e rafforzamento della rete delle convenzioni dirette con strutture sanitarie (che oggi sono circa 3.140) e di conseguente incremento dei rimborsi in forma diretta (i casi in cui l'assistito non anticipa alcun pagamento salvo le quote eccedenti il tariffario) su quelli indiretti (nei quali l'assistito anticipa il pagamento e ne ottiene poi il rimborso previsto).

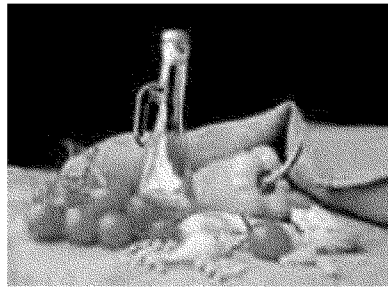
«**In una nostra recente indagine**, realizzata dall'istituto G&G Associated di Roma, sulle aspettative degli italiani nei confronti della sanità», spiega Cuzzilla, «è emerso che il 66% ha indicato l'informatizzazione del sistema come una delle premesse indispensabili per migliorare l'efficienza dei servizi». Nel frattempo, il Fasi punta a presidiare la migliore economicità possibile della gestione. «La prima direttrice è quella della massima trasparenza», afferma Cuzzilla, «come dimostrato dalla pubblicazione del bilancio sociale negli ultimi tre anni. Oltre a questo, chiediamo, e non da ora, che siano introdotti sgravi fiscali per le imprese che aderiscono a progetti di welfare complementare. Solo in tal modo si creerebbe una massa critica tale da consentire efficienza e riduzione dei costi. I benefici sarebbero collettivi e, defiscalizzando i contributi versati dalle imprese, i Fondi di categoria come il nostro porterebbero a compimento la propria funzione di integrazione, svolgendo un servizio utile al Paese».

**Anche per questo, dal 2008, il Fasi ha affiancato** all'attività principale di assistenza sanitaria integrativa dei dirigenti un filone collaterale, denominato Fasi Open, un Fondo aperto a tutti gli altri lavoratori, anche non dirigenti. È noto, d'altronde, che la spesa sanitaria ita-

liana è per larga parte ancora sostenuta *out of pocket*, mentre Fondi, Assicurazioni o Mutue garantiscono la copertura di una percentuale ancora piccola del totale. Per questo motivo, Confindustria e Federmanager, in occasione del rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro per i dirigenti industriali, hanno posto l'accento sulla centralità del welfare integrativo. «Il nuovo contratto», sottolinea Cuzzilla, «attribuisce al Fasi una forte delega ad effettuare scelte strategiche per aumentare la solidità del Fondo che già oggi è considerato una best-practice nella categoria».

**Un altro aspetto su cui il Fasi si è sempre speso** è quello relativo alla prevenzione. Con una popolazione iscritta al fondo che è composta, per il 58%, da persone con più di 60 anni di età, è fondamentale approntare efficaci programmi mirati a prevenire l'insorgere di determinate patologie. Per questo, fin dal 2011, il fondo ha attivato pacchetti di prevenzione con costi a completo carico del Fasi. Quello che ci si propone è sostanzialmente un cambio di prospettiva: passare da un incremento dell'aspettativa di vita a un aumento dell'aspettativa di vita in buona salute. E per fare questo, come ricordato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), il cambiamento degli stili di vita, adottando alcuni accorgimenti che li rendano più sani, è un tassello fondamentale. Secondo l'Oms, oltre l'80% delle patologie cardiovascolari e oltre il 40% di quelle correlate al diabete potrebbero essere evitati se si assumessero stili di vita più salutari.

—© Riproduzione riservata—■



## **Le eccellenze**

### **Dieta Mediterranea, patrimonio del Sud**

«Tutto il buono della Campania nella Dieta Mediterranea». In nome della valorizzazione delle eccellenze territoriali delle province campane convegno nel Palazzo Santa Maria La Nova. Si terrà oggi all'ombra dell'Istituto Iride per la valorizzazione del patrimonio culturale, artistico ed ambientale. Interverranno l'assessore regionale Nugnes e il vicesindaco della Città Metropolitana Elena Coccia.

# quotidianos<sup>sanità</sup>.it

Giovedì 21 MAGGIO 2015

## Campania. Presentato a Napoli "Health Technology Assessment: principi, logiche, esperienze e diffusione". Obiettivo: spendere meno, spendendo meglio

***Il booklet è il risultato del lavoro di un gruppo di esperti e professionisti della sanità, che ha analizzato il miglior posizionamento e la diffusione di questa metodologia di valutazione nelle varie regioni, con un'attenzione particolare al territorio campano.***

Prevedere un nucleo Hta all'interno delle singole realtà aziendali che dialoghi con le strutture regionali, in risposta ai dettami del nuovo Patto della Salute 2014-2016 e quindi in stretto raccordo con il Ministero della Salute e l'Aifa. Questo processo dovrà puntare all'introduzione di nuovi setting assistenziali, nuove tecnologie sanitarie oggetto di valutazione, così come nuovi farmaci innovativi ad alto costo e ammodernamento tecnologico, con l'obiettivo di migliorare l'assistenza per il paziente ad un costo minore per il sistema.

Sono questi i prossimi step in Campania sul tema della diffusione dell'Hta che sono emersi nel corso dell'incontro che si è svolto il 20 maggio a Napoli per la presentazione del testo "Health Technology Assessment: principi, logiche, esperienze e diffusione". Questo booklet è il risultato del lavoro di un gruppo di esperti e professionisti della sanità, che ha analizzato il miglior posizionamento e la diffusione di questa metodologia di valutazione nelle varie regioni, con un'attenzione particolare alla Campania. Il pamphlet formativo presentato nasce con un focus su una problematica attuale e dibattuta: quella dei farmaci intravitreali, farmaci che garantiscono netti miglioramenti per i pazienti affetti da gravi problemi alla vista correlati alla patologia diabetica e in età avanzata.

All'incontro erano presenti la Prof.ssa **Carla Riganti**, editor del volume, esperta in sanità pubblica e dirigente medico presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli, il Prof. **Francesco Rossi**, Presidente della SIF e ordinario di farmacologia presso la Seconda Università degli Studi di Napoli, il Prof. **Ettore Cinque**, sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro nella Regione Campania e ordinario di economia presso la Seconda Università degli Studi di Napoli e la Prof.ssa **Annamaria Colao**, ordinario di endocrinologia presso l'Università Federico II di Napoli. In Campania già nel 2011 con un Decreto del Presidente della Regione è stata istituita una commissione Hta e questo percorso è proseguito con la promozione di eventi scientifici regionali sul tema (dicembre 2013) e con la realizzazione di materiale formativo in collaborazione con le società scientifiche nazionali di settore.

"Comunicare il valore dell'Health Technology Assessment – ha detto **Carla Riganti** - non solo è possibile, ma indispensabile per aumentare la compliance tra i cittadini, i professionisti della salute ed i decisori. Aiuta a recuperare, con trasparenza, l'antico rapporto di fiducia nel sistema sanitario regionale e nazionale. L'Hta ha un alto valore sociale, consente di produrre più salute "in sicurezza" razionalizzando gli investimenti e salvaguardando gli aspetti di equità, equità, efficacia. Da tale esigenza nasce il booklet che presentiamo oggi che rappresenta un agile, sintetico strumento di approccio alla valutazione in sanità".

Sempre più l'Hta è diventato, dunque, strumento per migliorare l'assistenza sanitaria, valorizzando le nuove tecnologie che garantiscono risparmi per il Sistema Sanitario Nazionale. Parlando di Hta occorre quindi partire dal corretto uso delle tecnologie sanitarie più adeguate alle esigenze del paziente, in un contesto sanitario che richiede sempre più cambiamenti nel campo dell'organizzazione, e questa sfida, in un paese come l'Italia e per una regione come la Campania da anni alle prese con i sacrifici e i vincoli imposti dal commissariamento, assume certamente toni più alti.

"Il quadro economico europeo ed italiano impone sempre più al SSR di applicare criteri di razionalità, efficienza ed efficacia nelle scelte – ha dichiarato **Ettore Cinque** -, pur nella preservazione del principio di universalità. In questa ottica, metodologie evolute, multidisciplinari e multidimensionali come l'Hta possono rappresentare l'anello di congiunzione tra il mondo della ricerca, dell'industria e delle istituzioni, per passare dalle evidenze scientifiche alle decisioni manageriali. È chiaro che le scelte compiute ed i criteri applicati devono anche essere correttamente comunicati all'utenza, al fine di instaurare un giusto clima di fiducia nelle istituzioni preposte alla tutela della salute. Nel Ssr della Regione Campania la strada da percorrere è ancora lunga, anche se negli ultimi tempi si colgono dei sensibili miglioramenti anche sul fronte dei livelli essenziali di assistenza, pur in costanza di un piano di rientro che ha imposto enormi sacrifici agli operatori della sanità e agli utenti".

In un sistema sanitario come il nostro, allora, la capacità di trasmissione del potenziale di ricerca verso nuovi processi assistenziali, nonostante le gravi e perduranti difficoltà economiche, è la vera sfida che i nostri decisori hanno davanti, sfruttando la leva della trasformazione del modello organizzativo, diminuendo la spesa ospedaliera e potenziando i livelli territoriali, per liberare risorse verso la sanità del futuro.

“Garantire innovazione significa anche rendere disponibili farmaci migliori – ha infatti sottolineato **Francesco Rossi** – e quindi più aderenza alla terapia e maggiore impatto sulla salute della popolazione. L’Hta ci aiuta a garantire innovazione anche con le risorse disponibili attraverso un migliore modello organizzativo ed economico”.

Nel rispetto dei principi di trasparenza, eticità e socialità che il SSN da sempre deve garantire, la voce unanime lanciata durante l’incontro dal gruppo di esperti protagonisti di questo lavoro è quella di una pressante richiesta di valorizzazione delle numerose eccellenze del sistema campano e delle buone pratiche presenti all’interno delle strutture sanitarie.

“Prima la medicina vicariava le istituzioni ed il ricovero ordinario era molto di più di una presa in carico, aveva una funzione protettiva e di sopravvivenza. Oggi questo non è più sostenibile ed è necessario introdurre nuovi setting assistenziali. – ha detto in chiusura **Annamaria Colao** - E’ una responsabilità degli esperti e degli accademici comunicare che le eccellenze esistono e che le eccellenze producono altre eccellenze. In Campania le eccellenze sono tante e l’augurio e’ che possano essere finanziate per essere sviluppate nello stesso posto dove sono state create. Le eccellenze producono innovazione e sostenibilità”.

Venerdì 22 MAGGIO 2015

## **Speciale.** La qualità dell'informazione come “risorsa” dei sistemi sanitari

***L'informazione può essere una "risorsa" insostituibile per le attività di governo, direzione, controllo a garanzia della qualità dei servizi resi ai cittadini. Ma, per essere di qualità, deve rispondere ad alcuni precisi requisiti, tra i quali non manca la trasparenza. Da parte dei responsabili delle strutture e dei servizi sanitari serve, però, un nuovo approccio culturale al problema e la considerazione che i dati possono essere un valore aggiunto.***

L'informazione, sia nelle organizzazioni semplici sia in quelle complesse, costituisce la “risorsa” fondamentale, necessaria, insostituibile per le attività di governo, di direzione, di management, di gestione, di controllo, per garantire la qualità dei servizi ai cittadini. Nella Pubblica Amministrazione e nel Servizio Sanitario Nazionale, in particolare, l'informazione dovrebbe (dal 2005, anno di approvazione del Codice dell'Amministrazione Digitale – CAD) essere formata, gestita, trasmessa, conservata solo in modalità digitale (siamo lontani da questo “obbligo” del legislatore). L'informazione (digitale e analogica) è alla base del patrimonio informativo pubblico; come risorsa dovrebbe fare parte di una amministrazione pubblica semplificata (legge 241/90: il sistema procedimentale), accessibile e trasparente (legge 150/2000: norme sulla comunicazione pubblica; dlgs 150/2009: valutazione della dirigenza e trasparenza totale; dlgs 33/2013: accesso civico, accessibilità in rete; informazione come base del controllo dei cittadini sull'operato delle P.A.); di una amministrazione digitale ( il sistema documentale pubblico digitale nel rispetto delle norme tecniche ha valore legale (art. 20 del CAD); è originale e primario (art. 23-ter, comma 1, CAD); supporta le istanze digitali (art. 65, CAD) ed i servizi in rete (art. 63, CAD).

### **I requisiti per la formazione dell'informazione di qualità**

Ma per garantire una informazione di qualità, soprattutto nella fase di formazione dell'informazione stessa, è necessario rispettare specifici requisiti? E questi requisiti esistono nel nostro ordinamento?

Nel nostro ordinamento i requisiti per la qualità dell'informazione sono stati stabiliti dagli articoli 50 e ss. del CAD e dall'art. 6 del dlgs 33/2013. A tali requisiti è necessario ed obbligatorio rifarsi se si intende “formare” una informazione valida sia sotto il profilo giuridico e sia sotto il profilo organizzativo. I requisiti riguardano sia l'amministrazione pubblica in generale sia quella sanitaria in particolare in quanto il CAD detta norme per tutti i livelli ed le tipologie dell'amministrazione pubblica (art. 2 del CAD che rinvia all'art. 1, comma 2 del dlgs 165/2001).

Nel settore sanitario la qualità non solo deve essere garantita dal rispetto dei requisiti indicati ma anche dalla professionalità degli operatori sanitari e dalle relative metodologie e tecnologie utilizzate. I requisiti (e i dati) devono essere resi pubblici sui siti delle P.A. e delle aziende e delle strutture del SSN.

### **I requisiti stabiliti dagli articoli 50 e ss del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD)**

I requisiti sono:

- a) Disponibilità (art. 50)
- b) Continuità operativa ( piano di continuità operativa; piano di disaster recovery) (art. 50 bis)
- c) Sicurezza (sicurezza dei dati, delle sistemi e delle infrastrutture)(art. 51)
- d) Accesso telematico e riutilizzo dei dati (art. 52)
- e) Requisiti dei siti: accessibilità, nonché di elevata usabilità e reperibilità, anche da parte delle persone disabili, completezza di informazione, chiarezza di linguaggio, affidabilità, semplicità di consultazione, qualità, omogeneità ed interoperabilità. Sono in particolare resi facilmente reperibili e consultabili i dati pubblicati sui siti (art. 53).
- f) Il contenuto dei siti è stabilito dall'art. 54 del CAD e dal dlgs 33/2013.
- g) Fruibilità dei dati (art.58 e ss.).
- h) Accessibilità alle banche dati di interesse nazionale (anagrafe nazionale degli assistiti; art. 62- ter).
- i) Servizi in rete: devono essere garantiti nel rispetto dei criteri di valutazione di efficacia, economicità ed utilità e nel rispetto dei principi di eguaglianza e non discriminazione, tenendo comunque presenti le dimensioni dell'utenza, la frequenza dell'uso e l'eventuale destinazione all'utilizzazione da parte di categorie in situazioni di disagio (art. 63, comma 1).
- j) Tipologia delle modalità di presentazione di istanze digitali (art. 65).
- k) I dati devono essere resi pubblici in formato aperto (art. 68).

### **I requisiti per la qualità dell'informazione**

I requisiti per la qualità dell'informazione sono stabiliti dall'art. 6 del dlgs 33/2013: “1. Le pubbliche amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti

dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità secondo quanto previsto dall'articolo 7. I dati, le informazioni ed i documenti pubblici sono “formati” realmente nel rispetto dei requisiti citati? Di chi la responsabilità nel rispetto dei requisiti in questione? Nel nostro ordinamento la responsabilità è in capo alla dirigenza.

### **La trasparenza del servizio sanitario nazionale**

In particolare, il dlgs 33/2013 (art. 41) stabilisce i dati sanitari da pubblicare sui siti pubblici. Riportiamo interamente l'art. 41 che comporta un impegno sistemico in tema di informazione:

“Trasparenza del servizio sanitario nazionale

- 1.** Le amministrazioni e gli enti del servizio sanitario nazionale, dei servizi sanitari regionali, ivi comprese le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, le agenzie e gli altri enti ed organismi pubblici che svolgono attività di programmazione e fornitura dei servizi sanitari, sono tenute all'adempimento di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.
- 2.** Le aziende sanitarie ed ospedaliere pubblicano tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento.
- 3.** Alla dirigenza sanitaria di cui al comma 2, fatta eccezione per i responsabili di strutture semplici, si applicano gli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 15. Per attività professionali, ai sensi del comma 1, lettera c) dell'articolo 15, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario.
- 4.** E' pubblicato e annualmente aggiornato l'elenco delle strutture sanitarie private accreditate. Sono altresì pubblicati gli accordi con esse intercorsi.
- 5.** Le regioni includono il rispetto di obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.
- 6.** Gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata "Liste di attesa", i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata”.

### **Un nuovo approccio alla formazione, alla gestione e all'utilizzo dei dati**

Tutti i requisiti che abbiamo indicato dimostrano come la gestione dei dati, delle informazioni, della documentazione delle P.A. e del SSN (soprattutto nella fase di formazione dei dati) richiede una maggiore attenzione da parte della dirigenza pubblica e dei responsabili delle strutture e dei servizi sanitari, un nuovo approccio culturale al problema, la considerazione che i dati sono un valore aggiunto con particolare riferimento sia agli aspetti sanitari e finanziario-contabili-gestionali, sia ai nuovi strumenti che si intendono utilizzare come il Fascicolo Sanitario Elettronico. La ridondanza di dati, documenti, informazioni ha un costo significativo che si riverbera sulle risorse umane, finanziarie, strumentali, sui costi dei servizi.

### **Donato A. Limone**

*Ordinario di informatica giuridica*

*Direttore del Dipartimento di Scienze Giuridiche ed Economiche, Università degli studi di Roma “Unitelma SAPIENZA”*

*Presidente Comitato Scientifico Fondazione NUSA*

# quotidianosanità.it

Mercoledì 20 MAGGIO 2015

## Rapporto Istat. La sanità ai tempi della crisi. Il 9,5% degli italiani rinuncia alle cure per motivi economici o liste d'attesa troppo lunghe. Ma il 71,5% giudica eccellenti le prestazioni ricevute

***A confronto, spesa, risposta ai bisogni, dotazione del personale e soddisfazione dei pazienti. Emerge un Paese sostanzialmente diviso tra una sanità del Nord che funziona e una del Sud (Lazio compreso) in difficoltà. Situazione più grave nelle regioni in Piano di rientro. Le regioni meridionali le più "sottofinanziate". [IL RAPPORTO ANNUALE 2015.](#)***

*Di seguito il capitolo integrale del Rapporto annuale Istat 2015 dedicato alla "Eterogeneità territoriali del Sistema sanitario nazionale: equità allocativa e livelli di soddisfazione".*

Le riforme che hanno interessato il Sistema sanitario nazionale (Ssn) a partire dagli anni Novanta – fino agli ultimi provvedimenti sul contenimento della spesa e del Patto della Salute – hanno avuto un triplice obiettivo: quello di attuare il principio di sussidiarietà nel settore sanitario, attraverso la devoluzione alle Regioni della gestione e organizzazione dei servizi di assistenza e l'introduzione del federalismo fiscale; avviare il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie; migliorare l'efficienza del settore, attraverso il controllo della spesa e l'obbligo del pareggio di bilancio da parte delle Regioni.

Il processo di rientro dal debito, cui hanno dovuto far fronte numerose Regioni, associato alla difficile congiuntura economica, ha avuto come conseguenza una riduzione dell'equità nell'accesso alle cure cui si ispira il nostro Ssn. Il fatto che alcune delle Regioni sotto piano di rientro dal debito non riescano ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, erogando volumi di prestazioni al di sotto degli standard ritenuti adeguati, testimonia le difficoltà del settore.

L'analisi che segue pone l'attenzione sugli aspetti allocativi del Sistema e sulla congruenza con i bisogni potenziali di assistenza sanitaria. A tal fine è stato effettuato un confronto tra la "geografia della salute", la mappa della dotazione del personale sanitario (proxy della presenza di strutture sul territorio) e la mappa del finanziamento al Ssn. Il confronto tra il netto gradiente territoriale nord-sud nella distribuzione del finanziamento tra le Regioni e la molto più variegata geografia della salute mette in luce lo squilibrio tra i bisogni potenziali di assistenza sanitaria e i criteri allocativi delle risorse adottati.

**Nelle regioni del Sud la quota pro capite di finanziamento non raggiunge i 1.900 euro, con il minimo di 1.755 in Campania, mentre in altre aree del Paese supera i duemila euro.** I valori massimi, superiori ai 2.300 euro, si rilevano in Valle d'Aosta, Bolzano e Trento, dove sono anche più elevate le dotazioni medie di personale sanitario a fronte di prevalenze nettamente più basse di popolazione in cattive condizioni di salute.

Quote elevate di persone con problemi di salute (più di un quinto della popolazione totale) si rilevano in Umbria, Sardegna, Emilia-Romagna, Marche, Friuli-Venezia Giulia, Puglia e Abruzzo.

**Tra queste, una situazione critica si osserva per le Regioni in piano di rientro** che hanno bassi livelli di dotazione di personale sanitario e ricevono un finanziamento inferiore a quello correlato al bisogno (1.810 euro per abitante in Puglia, 1.890 nelle Marche e 1.915 in Sardegna); questo squilibrio, che dura da tempo, potrebbe essere una causa oltre che un effetto dei deficit di bilancio. La consistenza del personale sanitario e l'ammontare dei finanziamenti pubblici rappresentano elementi importanti di valutazione ma, in un quadro così complesso e articolato, è essenziale misurare l'offerta di servizi sanitari anche in termini di qualità percepita dai cittadini e di accessibilità dell'assistenza.

**La prospettiva del paziente è infatti riconosciuta come elemento importante per la valutazione della qualità di cura**, perché consente di considerare aspetti dell'attività assistenziale altrimenti non valutabili, quali la comunicazione, la trasparenza, la condivisione sulle decisioni terapeutiche e il rispetto per la dignità della persona.

Per rispondere a tale obiettivo, è stato considerato il livello di soddisfazione complessivo dei cittadini per il servizio sanitario pubblico e quello specifico per le prestazioni erogate nell'ambito di strutture sia pubbliche sia accreditate, nonché l'eventuale rinuncia a prestazioni sanitarie erogabili dal Ssn per motivi economici o connessi all'offerta (liste di attesa troppo lunghe, scomodità per raggiungere la struttura oppure orari scomodi per la fruizione della prestazione).

**La maggioranza della popolazione adulta (60,8 per cento) ha valutato positivamente il servizio sanitario pubblico,** con l'attribuzione di punteggi che variano tra 6 e 10,23 valutazione stabile rispetto al 2005. Tuttavia, il giudizio complessivo nasconde disuguaglianze territoriali, che si sono accentuate rispetto al 2005.

Nel Nord aumenta la quota dei cittadini che ritiene molto soddisfacente l'attività del servizio sanitario pubblico: quasi il 30 per cento si dichiara molto soddisfatto (con punteggi da 8 a 10). Al Sud la quota non raggiunge il dieci per cento. Nel tempo i giudizi si sono polarizzati, con l'aumento complessivo dei molto soddisfatti al Nord e dei molto insoddisfatti, soprattutto nel Sud, dove quasi una persona su tre esprime un giudizio negativo (con punteggi da 1 a 4).

Nel Lazio – una delle regioni con un piano di rientro particolarmente oneroso – si registra un netto incremento della quota di insoddisfatti, pari a 8 punti percentuali. A parità di caratteristiche sociali e demografiche e delle principali determinanti socio-economiche, si confermano i forti squilibri nella geografia della soddisfazione.

L'opportunità di avere un elevato livello di soddisfazione rispetto alla Toscana (presa a riferimento perché simile alla media nazionale) è oltre quattro volte superiore a Bolzano e a Trento e tre volte in Valle d'Aosta; si dimezza in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno e nel Lazio. L'analisi per Azienda sanitaria locale (Asl) consente di valutare nel dettaglio l'elevata eterogeneità territoriale. In alcune Asl, ad esempio quelle di Bolzano e Trento, la quota dei molto soddisfatti rappresenta la maggioranza della popolazione adulta (rispettivamente 54,2 e 51,6 per cento), mentre le più basse percentuali si rilevano in alcune Asl della Campania (2,3 per cento) o della Calabria (circa tre per cento).

**Le regioni con la maggiore eterogeneità interna sono il Piemonte,** dove la quota dei molto soddisfatti varia nelle 13 Asl dal 14,7 al 43,6 per cento, **e la Toscana,** dove varia dall'8,7 al 32,3 per cento.

**Il livello di soddisfazione migliora sensibilmente quando la valutazione riguarda prestazioni sanitarie cui si è fatto ricorso nell'ambito del Ssn.**

Il 71,5 per cento di chi ha fruito di una visita o un accertamento di tipo specialistico ha espresso un giudizio di eccellenza sulla qualità complessiva dell'ultima prestazione, con punteggi tra 8 e 10,26. La stima fa riferimento a un consistente gruppo di popolazione: le persone che hanno fatto ricorso, nel 2013, a visite mediche specialistiche (escluse quelle odontoiatriche) o accertamenti diagnostici specialistici a carico del Ssn sono circa 25 milioni, il 41,2 per cento della popolazione.

**Le differenze territoriali del livello di soddisfazione sono meno pronunciate rispetto a quelle per il giudizio complessivo sul Ssn, soprattutto per effetto di valori più alti nel Mezzogiorno.** Infatti, anche nelle regioni che si collocano nella parte più bassa della graduatoria (Molise, Campania, Calabria), la maggioranza di coloro che si sono sottoposti a una visita o un accertamento specialistico a carico del servizio sanitario pubblico assegna un punteggio che varia da 8 a 10.

**Nonostante ciò, resta evidente la distanza del Nord dalle regioni del Mezzogiorno e da alcune del Centro.** Si è più spesso molto soddisfatti delle visite o degli accertamenti specialistici a Trento (con un rischio relativo quasi doppio rispetto alla Sardegna presa come riferimento), a Bolzano, in Emilia-Romagna e Lombardia, mentre livelli più bassi si osservano nelle regioni del Mezzogiorno ma anche in gran parte del Centro.

**In tutte le Asl, a eccezione di cinque casi, la maggioranza di chi si è sottoposto a visite o accertamenti specialistici assegna punteggi di eccellenza.**

Il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie (foregone care) è un importante indicatore di qualità dell'offerta, perché rivela una domanda di assistenza alla quale il sistema non riesce a dare adeguata risposta.

**Il 9,5 per cento della popolazione non ha potuto fruire di prestazioni che dovrebbero essere garantite dal servizio sanitario pubblico per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta**(tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà a raggiungere la struttura oppure orari scomodi).

**Le fragilità si concentrano, ancora una volta, su alcuni soggetti e su specifiche aree.** Nel Nord-ovest si registra la quota più bassa (6,2 per cento) di rinuncia per motivi economici o carenza dell'offerta, mentre nel Mezzogiorno la quota è più che doppia (13,2 per cento). Tuttavia lo svantaggio per chi ha una condizione economica meno favorevole è maggiore nel Nord.

Osservando le differenze regionali, tenendo sotto controllo le caratteristiche socio-demografiche e gli altri fattori che hanno un impatto sul fenomeno, emerge una netta separazione tra Centro-nord e Mezzogiorno a svantaggio di quest'ultimo. Fa eccezione il Lazio, che presenta un rischio del 60 per cento superiore alla regione di riferimento, confermando una situazione decisamente peggiore rispetto alle altre regioni del Centro. Il rischio più basso di rinuncia si rileva nelle Province autonome di Trento e Bolzano, in Valle d'Aosta e in Lombardia.

**Tra le Asl ci sono forti distanze:** si passa dal 21,7 per cento di rinunce in una Asl della Sardegna al 2,6 per cento nella Asl di Trento e in una della Lombardia. Nel Nord si osserva la maggiore concentrazione di Asl che hanno quote non

superiori al 5,5 per cento di persone che rinunciano a prestazioni erogabili dal Ssn per motivi legati all'offerta. Merita comunque particolare attenzione l'eterogeneità intra-regionale, che presenta un valore massimo in Emilia-Romagna (dal 2,9 al 13,7 per cento, tra le 11 Asl), elevato in Piemonte, Toscana, Lazio, Sicilia, Puglia e Sardegna, mentre in Veneto, la regione con il maggior numero di Asl, la rinuncia a prestazioni essenziali oscilla tra il 4,0 e l'11,5 per cento.

**Gli squilibri allocativi, la contrazione della spesa e le conseguenti difficoltà a garantire i livelli essenziali di assistenza riferiti possono tradursi in un aumento della spesa a carico delle famiglie (out of pocket).** Infatti, gli strumenti principali che le Regioni attuano per il contenimento della spesa e il rientro del debito sono l'introduzione dei ticket e di quote di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini. Si tratta di interventi che hanno l'obiettivo di ridurre la spesa pubblica, anche attraverso un contenimento della domanda ottenuto con l'introduzione di un costo per le prestazioni sanitarie.

Tuttavia ulteriori aggravii di spesa per le famiglie potrebbero aumentare la rinuncia a prestazioni sanitarie, dovuta spesso a motivi economici. Ciò comporta un rischio di sottoconsumo sanitario, pericoloso per le condizioni di salute della popolazione

## **Teatro Mediterraneo Un premio alla buona sanità**

Oggi al Teatro Mediterraneo si assegnano i premi «Buona Sanità». La manifestazione, realizzata dall'omonima associazione guidata da Maria Rosaria Rondinella, omaggia i professionisti della salute che si sono contraddistinti quali eccellenze nelle corsie ospedaliere e non solo. Novità di quest'anno il Premio alla memoria di Enzo Musella, per giovani cronisti impegnati in inchieste in ambito sanitario.

## **IL CONVEGNO IN VIA LONGO Lo sport contro il diabete, se ne parla oggi alla sede Coni**

**NAPOLI.** “Un'alleanza vincente contro il diabete: esercizio fisico, alimentazione e benessere”. E' questo il tema del convegno che si svolgerà oggi, presso la sede del Coni Campania in via Longo con inizio alle ore 9. L'atti-



vità motorio-sportiva, purché praticata in maniera regolare e ad intensità moderata, costituisce un imponente fattore protettivo per le malattie cardiovascolari e il diabete sia in termini di mortalità che di morbidità. Dopo il saluto del Presidente regionale del Coni, Cosimo Sibilia, ci sarà l'intervento introduttivo del presidente dell'Aniad, il diabetologo Gerardo Corigliano, che nel pomeriggio chiuderà i lavori.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



## La sanità Appalti Asl a giudizio nove imprese



Dopo la conclusione delle indagini ora arrivano nove richieste di rinvio a giudizio per presunte irregolarità nei pagamenti Asl, con udienza fissata per il 25 settembre davanti al Gup Palmieri. Si tratta di imprese in rapporti con l'azienda.

## Inchiesta Asl Il 25 settembre nove indagati davanti al Gup

Dopo la conclusione delle indagini ora arrivano nove richieste di rinvio a giudizio per presunte irregolarità nei pagamenti Asl, con udienza fissata per il 25 settembre davanti al Gup Palmieri. Si procede per reati differenziati tra cui truffa e falso e i destinatari della richiesta, come anticipato nei giorni scorsi dal «Mattino», sono: Felice Pisapia, 45 anni, già responsabile del settore economico finanziario dell'Asl; Federico Russo, 67 anni, dirigente del settore farmaceutico; Michele Galiotta, 36 anni, amministratore della società «Migapi-soluzioni srl»; Ercole Nittolo, 42 anni, amministratore della società «Matrix srl»; Antonio Ionno, 48 anni, amministratore di diritto della società «Gerim» e «Center Sas»; Rocco Cirocco, 58 anni, amministratore di fatto della «Gerim» e «New Center»; Giovanni Sgueglia, 45 anni amministratore di diritto della società «Admin Group»; Giulio Carpinelli, 48 anni, amministratore di diritto della cooperativa «Modisan», e Angelo Piteo, 52 anni, amministratore di fatto della cooperativa «Modisan» ora «Provite». Un'indagine che riguarda fatti compresi tra giugno del 2009 e aprile del 2012. Archiviata la posizione di Giuseppe Reda, 47 anni, amministratore di fatto della società «Admin group».

IL PROCESSO

## Consulenze d'oro all'Asl Na 5: interrogatorio-fiume di Porcaro

■ Il manager sanitario, braccio destro dell'ex direttore Gennaro D'Auria ascoltato per quattro ore di seguito nel processo in cui è imputato

Incarichi legali e consulenze d'oro all'ex Asl Napoli 5: interrogatorio-fiume di Giuseppe Porcaro, il manager sanitario che era il braccio destro dell'allora direttore generale Gennaro D'Auria. Per quattro ore Porcaro ha risposto alla raffica di domande del pm Silvio Pavia, che per la Procura della Repubblica di Torre Annunziata condusse l'inchiesta su un presunto sperpero milionario di denaro pubblico, e al controesame dei difensori, ribattendo punto per punto a tutte le contestazioni che gli vengono mosse. Ha risposto



nella veste di imputato, quale è insieme ad altre otto persone accusate a vario titolo di abuso d'ufficio e falso: oltre a lui ci sono a giudizio l'ex direttore generale Gennaro D'Auria (non il mago come amava presentarsi lui scherzando sull'omonimia con il popolare sensitivo), Gianluca Improta, Lorenzo Labate, Mario Migliuolo, Maria Rosaria Aiello, gli avvocati Edoardo Di Natale, Eduardo Martucci, Giuseppe Ruocco. Secondo la ricostruzione della Procura della Repubblica di Torre

Annunziata tra il 2006 e il 2007 l'azienda sanitaria locale, che aveva ancora la sua sede a Castellammare, si era trasformata in una sorta di bancomat per gli avvocati amici dei vertici. Il contenzioso sarebbe stato affidato tutto all'esterno, nonostante la presenza in organico di un ufficio legale, anche per cause che non erano troppe impegnative. In questo modo sarebbero stati favoriti gli avvocati amici e sprecato il denaro pubblico. Inoltre alcune farmacie si sarebbero trovate vittime di ispezioni illegittime che avrebbero avuto l'obiettivo di intimidire i titolari in modo che questi rinunciassero alle cause contro l'Asl. Con la lunga deposizione di Giuseppe Porcaro si è aperto l'esame degli imputati. Il processo è stato aggiornato a giugno.

ST.ALE.

L'INCHIESTA

# Soldi per prestazioni-fantasma, nel mirino dirigenti Asl e aziende

■ Chiesto il processo per 9 persone, tra cui i titolari di sei società casertane  
Tra gli imputati c'è anche il torrese Federico Russo, ex funzionario 69enne

**Torre Annunziata.** Soldi sborsati dall'Asl di Caserta a sei società per prestazioni sanitarie mai effettuate. C'è anche un torrese tra le nove richieste di rinvio a giudizio presentate dal procuratore Giuseppe Maddalena e dai sostituti Nicoletta Giammarino e Flavia Felaco per il primo dei tre filoni dell'inchiesta sull'Asl. Al centro dell'attività investigativa portata avanti della guardia di finanza, i mandati di pagamento che venivano effettuati a sei a aziende finite in un'inchiesta che tra dicembre 2013, gennaio e giugno 2014 aveva portato ad eseguire tre ordinanze, con arresti e obblighi. Nove le persone per le quali è stato chiesto il rinvio a giudizio. Si tratta di Federico Russo, 69 anni, di Torre Annunziata, all'epoca dirigente dell'Unità operativa Farmaceutica dell'Asl; Felice Pisapia, 46 anni, ex

direttore amministrativo dell'Azienda sanitaria locale; Michele Galiotta, 38 anni, di Melizzano, ex amministratore di diritto della società "Migapi Soluzioni srl"; Ercole Nitolo, 44 anni, di Aiello, in provincia di Avellino, amministratore di fatto della "Matrix srl"; Antonio Ionno, 50 anni, di Molinara, amministratore di diritto delle società "Gerim A di Ionno Antonio & C sas" e "New Center sas"; Giovanni Rocco Cirocco, 59 anni, di Molinara, amministratore di fatto delle società "Gerim A di Ionno Antonio & C sas" e "New Center sas"; Giovanni Sgueglia, 46 anni, di Santa Maria Capua Vetere, amministratore di diritto della "Admin Group"; Giulio Carpinelli, 49 anni, di San Marco dei Cavoti, già rappresentante legale della Modisan, che si era dimesso dalla carica dopo un avviso di garanzia che gli era stato

notificato nel gennaio 2013; Angelo Piteo, 53 anni, amministratore di fatto della "Modisan", di San Marco dei Cavoti, domiciliato a Termoli. Rispetto all'avviso di conclusione delle indagini, manca il nome di Giuseppe Reda, 48 anni, di Telesse, amministratore di fatto della società "Admin Group", per la cui posizione è stata evidentemente proposta l'archiviazione. Gli imputati sono accusati di truffa, peculato (solo per Pisapia e Russo), tentata truffa (solo per Pisapia, Piteo e Carpinelli). Nel mirino 1 milione e 400mila di euro che l'Asl avrebbe sborsato a sei società tra giugno 2009 e aprile 2012 per prestazioni che non sarebbero mai state eseguite o lo sarebbero state solo parzialmente.

ROBERTO MAZZA

Sala Consilina Dopo tante attese e polemiche il manager dell'Asl firma il protocollo d'intesa

# Distretto sanitario all'ex Tribunale, c'è l'accordo

Squillante: con grande fatica la città ha mantenuto un servizio che ora possiamo potenziare

**Pasquale Sorrentino**

SALA CONSILINA. Anche una telenovela può avere un finale. Quella della destinazione del Distretto sanitario del Vallo di Diano, numero 72, ha trasmesso i titoli di coda. Ieri pomeriggio, il manager dell'Asl, Antonio Squillante, è arrivato in città e, nell'aula del municipio, ha firmato il protocollo d'intesa che sancisce il trasferimento del distretto sanitario nei locali dell'ex Tribunale di Sala Consilina. Una firma che arriva dopo tante puntate, numerosi colpi di scena e altrettante polemiche con due paesi del Vallo di Diano in lotta tra loro (Sala Consilina e Sant'Arzenio), un territorio fratturato, con l'Asl a far da pendolo

in diverse occasioni. Tutto inizia con la querelle tra il proprietario dello stabile di Sala Consilina e l'Asl, sul mancato pagamento degli affitti da parte dell'ente. L'Asl chiama in causa il Comune (allora guidato da Gaetano Ferrari) ma non si trova la soluzione per far restare lì gli uffici. Nel frattempo alcuni uffici del Distretto da Polla vengono trasferiti a Sant'Arzenio (nella struttura di proprietà dell'Asl) e più volte viene evidenziato che il trasferimento di tutti i servizi del Distretto a Sant'Arzenio è possibile. Tra ricorsi e controricorsi, attacchi incrociati e un territorio che non trova una sintesi, si arriva a ieri pomeriggio quando, anche in seguito alla deroga del Ministero della Giustizia sull'uso del palazzo dell'ex Tribunale giunta mesi fa, giunge l'accordo.

Il protocollo d'Intesa è stato firmato in un clima sereno, in presenza tra gli altri del direttore generale, del sindaco di Sala Consilina Francesco Cavallone, del presidente della Conferenza dei sindaci Sergio Annunziata e del direttore sanitario del Distretto Giuseppe Di Fluri. Presenti alcuni sindaci o rappresentanti di diversi comuni del Vallo di Diano. Il sindaco di Sala, Cavallone, esprime la sua soddisfazione. «Scelta giusta per il territorio, grazie alla stragrande maggioranza dei miei colleghi, soprattutto quelli dell'area sud. Diecimila euro saranno pagati tra le varie amministrazioni che hanno rinunciato alle indennità».

«Quanta fatica per sintetizzare un buon accordo nell'interesse dei cittadini - è il commento di Squillante - successo per la cittadinanza, che vede mantenuto il servizio: ora si può pensare a un potenziamento. Firmato il comodato d'uso della struttura con estrema soddisfazione».



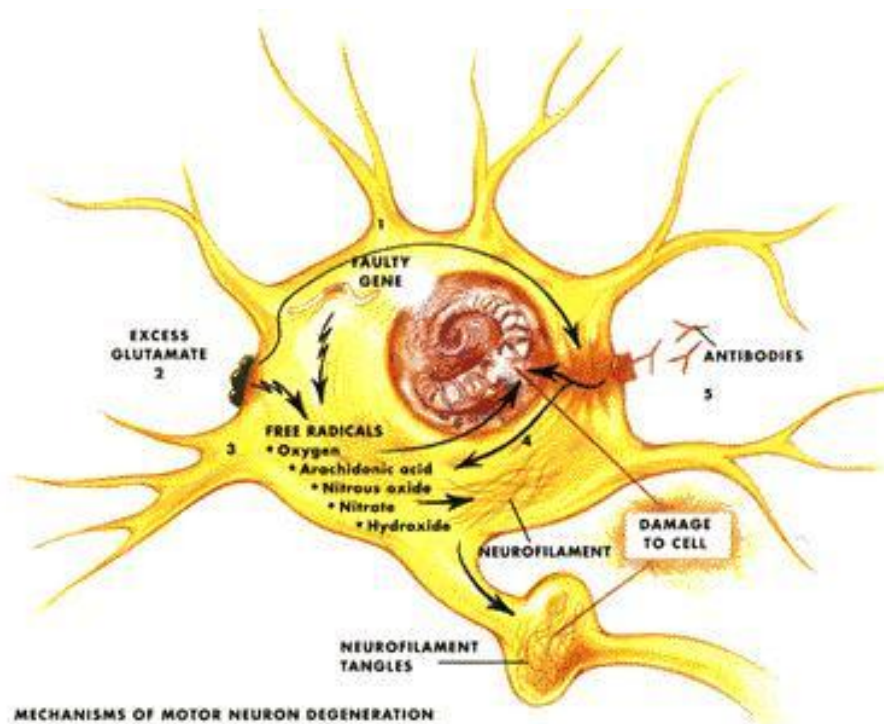
**Incontro** Il sindaco Cavallone: «È un grande successo per i cittadini»

**La querelle**  
Tutto iniziò quando il proprietario dello stabile lamentò la morosità degli affittuari



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



La ricerca Dagli scienziati un lavoro sulla patologia psichiatrica

# Schizofrenia, il Ceinge più vicino alle cause

Dai ricercatori una nuova strada per il miglioramento della terapia farmacologica

Una "nuova strada" verso il miglioramento della terapia farmacologica per la cura della schizofrenia è stata messa a punto dai ricercatori del Ceinge, il centro di ricerca di ingegneria genetica, presieduto dal professore Franco Salvatore. Dopo le recenti scoperte sul virus di Ebola e sul tumore polmonare, gli scienziati del centro di eccellenza napoletano scendono in campo con un lavoro di ricerca che riguarda la schizofrenia, un disturbo psichiatrico in Italia conta circa 500mila pazienti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica la schizofrenia al settimo posto tra le patologie debilitanti che comportano devastanti conseguenze per i pazienti e le loro famiglie. I costi diretti della schizofrenia nei paesi occidentali vanno

dal 1,6% al 2,6% della spesa sanitaria totale.

Grazie ad una ricerca guidata dal Ceinge - che ha coinvolto alcuni dei più illustri medici e biologi italiani, mettendo in rete il Centro di Ricerca in Neuroscienze e sistemi cognitivi di Rovereto, l'Università di Bari e la Facoltà di Medicina dell'Università Federico II e della Sun - è stato scoperto un "complesso percorso molecolare" con probabile origine fin dalle fasi embrionali dello sviluppo del cervello, che potrebbe essere implicato nella manifestazione di alterazioni comportamentali riconducibili alla schizofrenia.

Lo studio dei ricercatori del Ceinge, condotto dal team di ricerca guidato dal biologo romano Alessandro Usiello, docente di Biochimica clinica alla Sun e direttore del laboratorio di Neurobiologia del Ceinge, e dal suo collaboratore biologo napoletano Francesco Errico, ricercatore presso il dipartimento di Me-



## Scienziato

Il professor Franco Salvatore presiede il Ceinge, prestigioso centro di ricerche

dicina Molecolare e Biotecnologie Mediche della "Federico II", ha evidenziato la possibile rilevanza di un aminoacido, il D-aspartato, nel modulare alcuni processi biochimici capaci di influenzare il "comportamento" dei neuroni coinvolti nella schizofrenia.

«La nostra ricerca - spiega Alessandro Usiello - ha mostrato un ruolo protettivo del D-aspartato nel modulare i circuiti cerebrali della schizofrenia, un ruolo incentrato sulla capacità di questo D-aminoacido di potenziare l'attività di una particolare classe di antenne molecolari, i recettori Nmda, che risultano essere ipofunzionali nei pazienti affetti da schizofrenia già a partire dalle prime fasi dello sviluppo embrionale, contribuendo a determinare le alterazioni patofisiologiche responsabili dell'insorgenza dei sintomi psicotici».

**m.i.p.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA RICERCA

### Dal Ceinge una speranza per la cura della schizofrenia

**NAPOLI.** Arriva ancora una volta dai ricercatori del Ceinge, il Centro di Ricerca di Ingegneria Genetica di Napoli, già noto per le recenti scoperte sul virus di Ebola e sul tumore polmonare, una buona notizia per la scoperta di una possibile “nuova strada” verso il miglioramento della terapia farmacologica per la cura di una delle patologie psichiatriche di maggiore diffusione e gravità: la schizofrenia. Un disturbo psichiatrico che colpisce circa 1 persona ogni 100 in tutto il mondo e che solo in Italia conta circa 500mila pazienti. Grazie ad una ricerca guidata dal Ceinge, che ha coinvolto alcuni dei più illustri medici e biologi italiani, mettendo in rete il Centro di Ricerca in Neuroscienze e sistemi cognitivi di Rovereto, l’Università di Bari e le Facoltà di Medicina dell’Università Federico II di Napoli e della Seconda Università di Napoli, è stato scoperto un «complesso percorso molecolare» con probabile origine fin dalle fasi embrionali dello sviluppo del cervello, che potrebbe essere implicato nella manifestazione di alterazioni comportamentali riconducibili alla schizofrenia. Lo studio dal team di ricerca guidato dal biologo Alessandro Usiello e dal biologo napoletano Francesco Errico, ha evidenziato la possibile rilevanza di un aminoacido, il D-aspartato, nel modulare alcuni processi biochimici capaci di influenzare il “comportamento” dei neuroni coinvolti nella schizofrenia. Queste nuove conoscenze sul potenziale ruolo del D-aspartato potranno avere un possibile impatto per lo sviluppo di farmaci più efficaci nell’alleviare i sintomi di una malattia dal devastante impatto sulla persona, sui suoi familiari e sulla società.

# quotidianos<sup>sanità</sup>.it

Giovedì 21 MAGGIO 2015

## Sclerosi multipla. Un nuovo trattamento che potrebbe ritardarla e rallentarla. A breve sperimentazione sull'uomo

***Un gruppo di ricerca ha messo a punto un trattamento che potrebbe ritardare la comparsa della sclerosi multipla e per la prima volta rallentare la sua progressione. Si tratta di un anticorpo, chiamato PRX003, diretto contro la molecola MCAM, scoperta in precedenza dallo stesso gruppo e 'complice' della malattia. I ricercatori: primi risultati "estremamente positivi". Ed ora previsti trial su volontari sani. Lo [studio](#) su *Annals of Neurology****

Un nuovo trattamento promettente potrebbe ritardare la comparsa della sclerosi multipla e rallentare la sua progressione, secondo uno studio condotto dall'Università di Montreal e dal CHUM Research Centre (CRCHUM). In pratica, si tratta di un anticorpo, chiamato PRX003, diretto contro la molecola MCAM, scoperta 7 anni fa dallo stesso gruppo di ricerca e responsabile di un malfunzionamento del sistema immunitario nella sclerosi multipla. Lo [studio](#) è pubblicato su *Annals of Neurology*. I risultati della ricerca, ottenuti mediante test umani in vitro e test in vivo su modelli di topo, sono "estremamente positivi", dichiarano gli scienziati.

La sclerosi multipla è una malattia neurologica, caratterizzata da una serie di sintomi e manifestazioni che portano nel tempo ad una disabilità cronica. Tra questi, ci sono paralisi, insensibilità, perdita della vista, deficit di equilibrio e problemi nella deambulazione. Nella maggior parte dei pazienti, questa malattia si sviluppa in due fasi: per i primi 10-15 anni, i sintomi si manifestano in maniera non continuativa, insieme a periodi di remissione. In seguito, la malattia progredisce e diventa necessario l'utilizzo di un bastone o di una sedia a rotelle. Attualmente "non vi sono cure efficaci contro la malattia", spiegano i ricercatori "nè cure in grado di agire contro la sua progressione".

"Riteniamo di aver identificato la prima terapia che potrebbe avere un impatto sulla qualità di vita delle persone con sclerosi multipla, riducendo in maniera significativa la disabilità e la progressione della malattia", ha affermato il Dottor **Alexandre Prat**, autore principale dello studio, ricercatore al CRCHUM e Professore al Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Montreal.

In generale, un'importante protezione del cervello è costituita dalla barriera emato-encefalica (la 'barriera sanguigna del cervello'), che impedisce alle cellule immunitarie – i linfociti – di entrare nel sistema nervoso. Nel caso di persone affette da sclerosi multipla, questo scudo naturale 'viene a mancare' e si manifesta un deterioramento di tale barriera, che lascia così penetrare due tipi di linfociti, i CD4 e i CD8. Essi attaccano il cervello danneggiando la guaina mielinica che protegge i neuroni e questo danno comporta una riduzione della trasmissione degli impulsi nervosi nonché la formazione di placche.

Identificata dal gruppo del Dottor Prat nel 2008, la molecola MCAM gioca un ruolo centrale nella deregolazione del sistema immunitario nella sclerosi multipla e risulta essere la responsabile di questo danno all'importante barriera protettiva. "I nostri studi hanno mostrato che la molecola MCAM è necessaria per la migrazione del CD4 e del CD8 attraverso la barriera emato-encefalica", ha dichiarato il Dottor Prat. "Se blocchiamo l'interazione della MCAM con la proteina che normalmente lega, siamo in grado di ridurre l'attività operata della malattia". I ricercatori sottolineano che indipendentemente dai loro studi, la compagnia Prothena Corporation plc aveva scoperto dati complementari relativi alla MCAM: così è nata la loro collaborazione, da cui il risultato finale dello studio: "abbiamo osservato una riduzione del 50% della malattia" in un particolare modello di topo, ha dichiarato Prat. "Ciò che è più importante è che siamo in grado di bloccare la malattia fin dai primi sintomi e di avere un impatto sulla sua progressione, cosa che avviene per la prima volta".

In particolare, Prothena ha sviluppato un potenziale anticorpo per combattere la malattia, chiamato PRX003, designato per ridurre la funzione della MCAM ed evitare la penetrazione dei linfociti nel tessuto. La compagnia conta di iniziare trial su volontari sani alla fine di Giugno ed ha anticipato al 2016 uno studio su pazienti con psoriasi. Oltre alla psoriasi, gli anticorpi anti-MCAM potrebbero essere utili nel trattamento di altre patologie, comprese forme progressive di sclerosi multipla.

In Italia, circa 75mila persone sono affette da Sclerosi Multipla, secondo i dati riferiti dall'Associazione Italiana Sclerosi Multipla Onlus, che a partire da sabato 23 maggio promuove la Settimana di informazione su questa malattia.

**Viola Rita**

\*Lo studio è stato finanziato dai Canadian Institutes of Health Research (CIHR), the Multiple Sclerosis Society of Canada, e da the Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS).