



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



REGIONE. 2

## Laboratori e tariffe, Morlacco apre all'Aspat

**LABORATORI, SPECIALISTICA** ambulatoriale e tetti di spesa. Fumata bianca dal tavolo di confronto tra la struttura commissariale e le associazioni di categoria. Sotto i riflettori la programmazione delle attività delle strutture sanitarie private. Entro il 15 giugno dovranno essere inviati al tavolo interministeriale i contratti tra le Asl e le strutture erogatrici con la definizione del budget e dei tetti di spesa.

La prima notizia è che i tagli previsti dalla spending review saranno limitati all'1 per cento rispetto all'1,6 per cento previsti dal decreto del governo sul budget di ciascuna branca. Novità anche sul fronte dei laboratori dove, in attesa che la Regione varii il decreto di riordino della rete (è in arrivo il via libera del ministero) i centri erogatori avranno la possibilità di contare, a fronte dei tagli alle tariffe, su re-

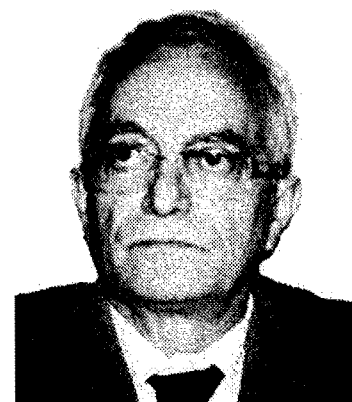
quisiti organizzativi e di personale meno stringenti rispetto alle attuali norme sugli accreditamenti abbattendo i costi soprattutto del personale.

Ciò, a fronte della posizione netta assunta dall'Aspat che ha detto a chiare lettere, al sub commissario **Mario Morlacco**, che eventuali tagli oltre la remuneratività delle prestazioni avrebbero comportato la rinuncia alla firma dei contratti, ferme restando le prerogative ordinarie della programmazione da parte della Regione.

Intanto al tavolo di confronto la Federlab non si è proprio presentata. L'udienza di sospensione del decreto della regione è in discussione nel merito il 4 giugno. L'adozione del nomenclatore taglia fino al 40 per cento i prezzi di rimborso delle prestazioni e l'unica ancora di slancio è il riordino della rete. In pratica



**Pier Paolo Polizzi**



**Mario Morlacco**

senza accorpamenti ed economie di scala il costo della prestazione resta strutturalmente superiore ai ricavi. Il Tar Lazio, invece, adito da Anisap e Federlab, contro il decreto ministeriale che ispira quello regionale, sarà discusso a luglio direttamente nell'udienza di merito. L'udienza tratta la ri-

chiesta di sospensione del decreto ministeriale del 18 ottobre 2012 riguardante il nuovo tariffario nazionale che in Campania si traduce in tagli fino al 40 per cento. ...

[Leggi il resoconto](#)



DI ETTORE MAUTONE

REGIONE. 1

## Sanità, Piano di rientro: alla Campania 287 milioni

**TERRENI E FABBRICATI** Via libera del Consiglio dei ministri alla ratifica delle anticipazioni di cassa a valere sul patto per la salute per sei Regioni, tra cui la Campania, con piani rientro per la Sanità. Nel piatto circa 2 mld di euro di cui, come anticipato dal Denaro Sanità della scorsa settimana, 287 alla Campania. "Tenuto conto del completamento dell'istruttoria compiuta dai Tavoli di verifica degli adempimenti connessi ai Piani di rientro dai deficit sanitari - si legge - il ministro dell'Economia e delle Finanze è stato autorizzato ad erogare somme a titolo di anticipo sulle spettanze relative al finanziamento del Servizio sanitario nazionale in favore delle Regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise e Sicilia". L'istruttoria compiuta dal ministero dell'Economia nel mese di aprile con il Tavolo di verifica degli adempimenti ed il Comitato permanente per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza spiega che sussistono i presupposti previsti dal decreto legge per erogare gli anticipi: all'Abruzzo (118 milioni di euro), alla Calabria

(411 milioni di euro), alla Campania (come detto 287 milioni di euro), al Lazio (540 milioni di euro), al Molise (63 milioni di euro), alla Sicilia (500 milioni di euro).

Una vittoria per il presidente della Regione Stefano Caldoro che consente alla Campania di scollarsi di sotto le stimmate del pregiudizio della spesa eccessiva e degli sprechi. Nel corso del Forum sul Mezzogiorno alla sede del Mattino il governatore ricorda come nella disparità tra Nord e Sud "c'è il sangue cittadini. Basta guardare ai 70 euro in meno procapite annui per i cittadini della Campania sulla sanità che fanno soffrire. Se il Paese resta duale - aggiunge - possiamo solo continuare a fare analisi o sperare di fare buone performance". "Mi auguro - concluso il gover-

### I risultati di gestione del 2012

• Risultato di gestione (Prestazioni ricavi)	-119,588
• Rettifica somma aziende in utile	-36,420
• risultato di gestione rideterminato	-156,089
<b>Coperture</b>	
• Stima gettito aliquote Irap e add. Irpef 2013	232,978
• Totale coperture	232,978
• Risultato di gestione dopo coperture	76,889

### Cifre in milioni di euro

natore - che il Governo possa avere il Sud e la questione meridionale come questione principale". Il buon andamento del governo della salute in Campania parlano chiaro: sessanta milioni di attivo a consuntivo del 2011 e 78 in in del pareggio per il 2012: per la prima volta in dieci anni compare il segno + nella contabilità della sanità campana. E dal 2014 le aliquote di Irpef e Irap, da due anni ai valori massimi con un gettito che nel 2011 tocca i 377 milioni di euro (232 nel 2012) potrebbero tornare a scendere. A certificarlo è il verbale del tavolo di monitoraggio interministeriale sul Piano di rientro dal deficit che mette nero su bianco il risultato di gestione degli ultimi due anni. Attenzione, un bilancio che resta negativo - al netto delle coperture assicurate dal gettito dell'aumento delle aliquote fiscali - ma che testimonia

un progressivo e ormai conclamato miglioramento nei conti della sanità regionale. Una situazione che prelude all'uscita dal tunnel del commissariamento che è possibile ipotizzare avvenga già nel prossimo ottobre. Più in dettaglio la Regione Campania presenta a consuntivo 2011 un disavanzo di 245,476 mln di euro che, incrementato della perdita 2010 non coperta di 72,222 mln di euro, viene rideterminato in 317,698 mln di euro. Il risultato di gestione viene rideterminato in un avanzo di 60,012 mln di euro. Fondi che rimangono nelle disponibilità della Regioni anche se la reale disponibilità si avrà dopo i controlli finali dei ministeri. Per il 2012 la Campania, al quarto trimestre dello scorso anno presenta un disavanzo di 156,089 mln di euro. Dopo le coperture a valere sulla leva fiscale massimizzata relativa all'anno d'imposta 2013 (gettito disponibile pari a 232,978 mln di euro) si evidenzia un avanzo di 76,889 mln di euro. Abbastanza per l'incasso di 287 milioni del patto. ●●●

Leggi il verbale



**La salute, la svolta**

# Sanità, il governo sblocca i fondi alla Campania vanno 287 milioni

## L'impegno

L'ok del Consiglio dei ministri boccata d'ossigeno per le Regioni sottoposte a piano di rientro

**Paolo Mainiero**

Ancora una boccata d'ossigeno per la sanità. Dopo i 300 milioni incassati tre mesi fa, nelle casse della Regione entrano altri 287 milioni. Il consiglio dei ministri ha infatti autorizzato il ministero dell'Economia a erogare quasi 2 miliardi, a titolo di anticipo, alle sei Regioni impegnate nei piani di rientro dal deficit sanitario. Il via libera è arrivato in seguito all'istruttoria compiuta ad aprile dal ministero con il Tavolo tecnico e il Comitato permanente per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Oltre alla Campania possono beneficiare dello sblocco dei fondi l'Abruzzo (118 milioni), la Calabria (411), il Lazio (540), il Molise (63), la Sicilia (500).

«La decisione con cui il ministero dell'Economia è stato autorizzato a erogare alla Campania un ulteriore anticipo sulle spettanze relative al servizio sanitario nazionale è per noi un'altra occasione di soddisfazione», commenta il consigliere del presidente Caldoro per la Sanità, il deputato Raffaele Calabrò. Per la Campania lo sblocco di altri 270 milioni è anche il riconoscimento ai sacrifici fatti negli ultimi anni per rientrare dal pesante deficit sanitario. Nel 2012 è stato raggiunto il pareggio di bilancio partendo da un disavanzo che appena nel 2010 era di 900 milioni. «Le nuove risorse - aggiunge Calabrò - ci consentiranno, da un lato, di fare ulteriori passi



**Le reazioni**  
Caldoro: premiati i nostri sforzi  
Calabrò: adesso si apre una nuova stagione di investimenti per il settore

avanti sul versante dei debiti e, dall'altro, di aprire una nuova stagione di investimenti nel settore». In buona parte, oltre che per i servizi all'utenza, i 270 milioni liberati ieri dal consiglio dei ministri serviranno a pagare i debiti arretrati che la pubblica amministrazione ha con le piccole aziende. In tal senso, un decreto del 22 maggio del commissariato mette in moto un piano da 1,2 miliardi per il pagamento dei debiti pregressi alle aziende sanitarie regionali. L'ammontare è stato stimato in base ai dati che fornitori e aziende hanno caricato sulla piattaforma informatica di Sorsa, la società che si occupa di sanità, fino al 2 maggio scorso. C'è poi da affrontare la questione del personale. La Regione chiede da tempo lo sblocco del turnover. La norma per avviare i concorsi è pronta ma il via libera definitivo da Roma non è ancora arrivato. Intanto il tempo passa, con il rischio concreto che Asl e ospedali della Campania non riescano più a garantire i servizi essenziali. Basti pensare che al Cardarelli mancano un centinaio di infermieri e al Ruggi di Salerno ottanta. Per non parlare della carenza di medici che comporta un ricorso allo straordinario dai costi molti gravosi.

Resta tuttavia aperta la partita sulla modifica dei criteri per il riparto delle risorse del fondo sanitario, questione su cui la Regione, assicura Calabrò, continuerà «a battersi al fine di affermare criteri di equità e di giustizia». E lo stesso governatore Caldoro fa sapere che «la Campania è virtuosa, ha invertito la tendenza» e ora «possiamo sederci al tavolo con il Governo e alzare la voce per dire che non possiamo continuare a perdere risorse».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTERSINDACALE

## I dirigenti del Ssn al Governo: «Ora incontri salva-professione»

**T**agli lineari, contratto, responsabilità professionale, precariato, formazione, rapporti con le professioni sanitarie: l'intersindacale dei dirigenti del Ssn parte all'attacco e in una lettera ai ministri Lorenzin (Salute), D'Alia (Pubblica amministrazione), Carrozza (Università) e Giovannini (Lavoro) chiede incontri «in cui discutere le questioni più urgenti e non procrastinabili del Ssn pubblico, per migliorarlo e aumentare e difendere la professionalità di medici e dirigenti impegnati in ospedali e servizi territoriali per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini».

«Il Ssn non può essere l'agnello sacrificale, il salvadanaio da depauperare per arginare temporaneamente le necessità di cassa - scrive l'intersindacale -. Non si può pensare di aggiungere ticket a ticket; mandare i dirigenti del Ssn allo sbaraglio, a tappare buchi economici e organizzativi, facendo da parafulmine alla rabbia dei pazienti; dare alla categoria sempre di meno, additandola addirittura a responsabile di molti pro-

blemi, chiedendo in cambio sempre di più; spremere il Ssn finché non rimarrà che terra bruciata».

**Tagli lineari.** Stanno portando secondo l'intersindacale alla riduzione e/o scomparsa di servizi e prestazioni e restringono l'accesso alle cure, anche per una politica dei ticket che «sta facendo deflagrare il sistema» favorendo il trasferimento di risorse economiche al settore privato non accreditato e a una svalutazione progressiva di una professione.

**Contratto.** Un ulteriore blocco fino al 2014 sarebbe inaccettabile per le categorie e dannoso per una corretta ed efficace gestione del Sistema sanitario nazionale, anche per l'asimmetria che si creerebbe con il prossimo rinnovo della convenzione di medicina generale e specialistica.

**Responsabilità professionale.** È necessaria una legge che chiarisca i limiti dell'obbligatorietà assicurativa, definisca tempi e modi delle denunce con la responsabilità delle aziende, ponga un limite ai risar-

cimenti mettendo un freno al proliferare delle cause.

**Precariato.** Servono soluzioni condivise, a partire dalla stabilizzazione su posti necessari a garantire i Lea per tutti i dirigenti che già hanno superato un concorso. È tempo di ridare ossigeno e stabilità al sistema e di scrivere la parola fine al blocco del turnover.

**Formazione.** Serve un cambiamento delle politiche della formazione che oggi vedono una discrasia con il mondo del lavoro, uno scollamento tra sistema universitario e Ssn, alimentando il paradosso dei medici laureati in Italia, a spese della collettività, che poi vanno a lavorare all'estero.

**Rapporti tra dirigenti e professioni.** Solo definendo ruoli e competenze di ciascuno, si può lavorare insieme con l'obiettivo comune del buon funzionamento della Sanità pubblica.

**L'analisi** Dati e proposte dell'Osservatorio ICT del Politecnico di Milano

# «Così si rilancia la sanità»

## Servono piani condivisi e investimenti

**F**ascicolo sanitario elettronico, cartella e prescrizione medica digitali sono i capisaldi dell'Agenda digitale italiana, il programma varato dai decreti degli ex ministri Passera e Balduzzi per rinnovare la sanità.

Secondi gli esperti del Politecnico di Milano, la direzione è quella giusta. «Tuttavia, — spiega Mariano Corso, direttore dell'Osservatorio ICT (Tecnologia dell'informazione e della comunicazione) in Sanità del prestigioso ateneo — non sono seguiti interventi attuativi concreti e la flessione a cui si sta assistendo nella spesa complessiva in nuove tecnologie digitali nella sanità italiana non può che suscitare preoccupazione».

La fotografia scattata dalla Ricerca 2013 dell'Osservatorio (si veda il grafico, ndr) sulla ICT in Sanità è quella di un Paese in cui si spende poco e si investe ancora meno, a discapito della qualità dei servizi del sistema sanitario che, negli ultimi anni — quelli dei tagli per la *spending review* — ha perso posizioni nei confronti internazionali. La spesa ICT per la Sanità è scesa a 1,23 miliardi di euro nel 2012 (l'1,1% della spesa sanitaria totale; -5% rispetto al 2011), appena 21 euro per abitante, ulteriormente ridotta nel 2013. Eppure gli analisti sottolineano come proprio un investimento in innovazione digitale potrebbe combinare efficienza e sostenibilità economica a servizi di qualità: una rivoluzione digitale completa per la sanità italiana porterebbe risparmi per circa 15

miliardi l'anno.

Da dove partire? Bisogna fare i conti con le scarse risorse disponibili e con un panorama, tanto per cambiare, molto frammentato.

«I tre ambiti dell'Agenda digitale richiedono parecchie risorse — dice Luca Gastaldi, dell'Osservatorio ICT —. Ci sono molti altri campi su cui si potrebbe lavorare, complementari a questi tre, che potrebbero rendere più semplice la loro implementazione e progettazione. Ad esempio, le prenotazioni online delle prestazioni sanitarie o il download dei referti medici, che evitano ai cittadini di andare in ospedale. Abbiamo calcolato che se tutte le Aziende sanitarie arrivassero al massimo livello di digitalizzazione fattibile, solo per questi due servizi, si potrebbero risparmiare qualcosa come 5 miliardi di euro».

Quest'anno, l'Osservatorio ha provato quindi a studiare casi specifici e ha premiato progetti di cui parliamo in queste pagine, realizzati in quattro ospedali (Vimercate, Ferrara, Milano, Firenze; si veda articolo a sinistra), due Asl (Mantova, Livorno) e una Regione (Veneto; si veda box nella pagina accanto). «L'Agenda digitale non riconosce la profonda importanza di quelli che sono i servizi digitali verso il cittadino, — aggiunge Corso — apparentemente più semplici. Riferiti al sistema sanitario sono, invece, elementi fondamentali di razionalizzazione e di miglioramento del servizio». Insomma, secondo il direttore dell'Osservatorio, conviene partire dal basso e da questi progetti

«che possono subito liberare risorse, per poi investire nel potenziamento dei servizi». A suo modo di vedere, i progetti devono però rientrare in un piano di digitalizzazione. L'ideale sarebbe svilupparlo a livello regionale, ma data la situazione disomogenea del Paese è già tanto che sia attivato dalle singole Aziende sanitarie. «Le Regioni devono comunque mettersi alla regia — conclude Corso —. È necessario poi che trovino a loro volta forme di collaborazione e di condivisione, per consentire al sistema di andare non dico allo stesso passo, ma almeno di convergere verso standard comuni. Quando infine avremo anche una regia a livello nazionale saremo tutti più felici».

**Bisogna fare i conti con le scarse risorse disponibili e con un panorama molto frammentato**

**Le Regioni devono coordinare le iniziative, ma poi serve una regia a livello nazionale**

L'analisi Il decreto sblocca pagamenti della Pa fa emergere l'intera debitoria

# Debiti della sanità pubblica Allarme in Sicilia e Campania

Tra deficit non coperti e crediti delle Asl il «rosso» siciliano da ripianare è di 3.600 milioni, quello campano arriva a 2.700

DI FRANCESCO STRIPPOLI

Il governo anticipa i soldi per aiutare le Regioni a pagare i fornitori della sanità, ma nello stesso tempo chiede di togliere un po' di polvere finita sotto il tappeto (della contabilità pubblica). È uno degli effetti del decreto legge (numero 35 del 2013) che sblocca i pagamenti dei debiti della Pubblica amministrazione.

L'esito è sorprendente: la Puglia emerge come Regione tra le più virtuose, mentre si conferma la grave situazione di Campania, Sicilia e Lazio; ed emerge — udite udite — la sofferenza di Regioni insospettabili, come Veneto, Emilia e per alcuni versi Lombardia.

Nei giorni scorsi è stato emanato il provvedimento del ministero dell'Economia che — sulla base delle disposizioni contenute nell'articolo 3 del decreto legge — ripartisce tra le Regioni le anticipazioni statali che dovranno servire a pagare i debiti del sistema sanitario. Nel 2013 sono a disposizione cinque miliardi, diventano nove per il 2014. Le Regioni attingono a questi 14 miliardi e poi restituiscono con un piano di ammortamento trentennale.

Il decreto, per dirla in breve, aiuta a smaltire la debitoria. Ma pone come condizione che essa emerga del tutto in maniera esplicita. Il «rosso» finito sotto al tappeto è di due tipi. Il primo fa riferimento agli «ammortamenti non sterilizzati» negli anni tra il 2001 e il 2011 (si veda la prima colonna della tabella). Di che si tratta? Sono quelle parti del deficit sanitario di ciascuna Regione che, al tavolo annuale della verifica ministeriale (il cosiddetto tavolo Massicci, dal nome del dirigente che lo guida) non vengono prese in considerazione. Si tratta cioè di partite per le quali — per accordo tra il ministero e la

Regione — non si chiede copertura: in generale perché riferite a uscite per investimenti, di cui si attende un ritorno in termini di efficacia della spesa. L'esito è intuibile: una Regione può portare al tavolo un deficit annuale — per dire — di 200 milioni e doverne coprire solo 150. Il rosso c'era e c'è, ma finora non era stato mai portato alla luce.

Il secondo tipo di debito finito sotto al tappeto (seconda colonna della tabella) è quello dei crediti vantati dalle Asl verso le Regioni. Queste ultime — per proprie esigenze di contabilità — omettono talvolta di trasferire alle Asl l'intero ammontare del fondo sanitario stanziato dallo Stato, trattenendone una parte sul proprio bilancio. O, in altri casi, non coprono per intero le perdite sanitarie dichiarate al «tavolo Massicci».

La tabella mostra, in conclusione, il debito reale accumulato da ciascun sistema sanitario regionale. Tra deficit non coperti (prima colonna) e crediti delle Asl (seconda colonna) si tratta di sofferenze per 23,5 miliardi. Il governo, come detto, mette a disposizione anticipazioni pari a 14 miliardi. La differenza dovrà essere prevedibilmente coperta dalle singole Regioni.

La Puglia è in una condizione tranquilla: 298 milioni di deficit non coperti, 292 di crediti delle Asl: in totale 590 milioni. Nel 2013 potrà attingere a 146 milioni, nel 2014 prevedibilmente ad altri 262 (il totale è di 408). La differenza per poter smaltire la debitoria — 182 milioni — dovrà essere a carico del bilancio ordinario (non sanitario).

Preoccupante la situazione della Campania: 611 milioni di deficit non coperti e 2,1 miliardi di crediti Asl verso la Regione. Il totale è di 2.700 milioni. Tra la *tranche* di anticipazione

## La situazione regione per regione

### I debiti dei sistemi sanitari regionali

	Ammortamenti non sterilizzati 2001-2011	Crediti maturati nei confronti della Regione	Riparto dei primi 5 miliardi (decreto sblocca pagamenti)
Piemonte	711.314	2.540.658	633.899
Valle d'Aosta		19.110	2.945
Lombardia	138.912	922.233	189.450
Bolzano		0	0
Trento		322.548	18.884
Veneto	2.044.863	521.880	777.231
Friuli	18.992	0	6.468
Liguria	47.452	426.110	81.833
Emilia R.	1.198.893	97.847	423.584
Toscana	687.196	0	230.753
Umbria	45.995	11.583	17.222
Marche	137.679	0	44.871
Lazio	36.255	4.229.180	786.741
Abruzzo	120.887	861.891	174.009
Molise	39.484	200.073	44.285
<b>Campania</b>	<b>611.013</b>	<b>2.101.000</b>	<b>531.970</b>
<b>Puglia</b>	<b>298.301</b>	<b>292.214</b>	<b>146.679</b>
<b>Basilicata</b>	<b>45.847</b>	<b>4.246</b>	<b>16.209</b>
<b>Calabria</b>	<b>79.513</b>	<b>519.454</b>	<b>107.142</b>
<b>Sicilia</b>	<b>262.324</b>	<b>3.353.101</b>	<b>606.097</b>
Sardegna	468.740	0	159.728
<b>TOTALE</b>	<b>7.336.512</b>	<b>16.223.428</b>	<b>5.000.000</b>

Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze

valori in migliaia di euro

## Il decreto

### Lo sblocca pagamenti dei debiti della Pubblica amministrazione

Il decreto legge numero 35 del 2013 ha sbloccato i pagamenti dei debiti della Pubblica amministrazione. Nei giorni scorsi è stato emanato il provvedimento del ministero dell'Economia che — sulla base delle disposizioni contenute nell'articolo 3 del decreto legge — ripartisce tra le Regioni le anticipazioni statali che dovranno servire a pagare i debiti del sistema sanitario. Nel 2013 sono a disposizione cinque miliardi, diventano nove per il 2014. Le Regioni attingono a questi 14 miliardi e poi restituiscono con un piano di ammortamento trentennale.

Il decreto aiuta a smaltire la debitoria. Ma pone come condizione che essa emerga del tutto in maniera esplicita.

di quest'anno (quasi 532 milioni) e quella attesa per l'anno prossimo (957), arriveranno anticipazioni per 1.489 milioni. Il resto dovrà garantirlo la Regione Campania.

In Sicilia situazione ancora più difficile. Tra deficit non coperti e crediti Asl, il rosso arriva a 3.615 milioni. Dovrebbero arrivare anticipazioni pari a circa 1.700 milioni (606 milioni quest'anno e poco più di un miliardo nel 2014).

La situazione più grave resta quella del Lazio: 4,6 miliardi di «buco» e anticipazioni dallo Stato pari solo a 2,1 miliardi. Non se la passano bene neppure Regioni come il Piemonte (3,2 miliardi di debiti, condizione abbastanza risaputa). Sorprende viceversa il miliardo della Lombardia, i 2,5 miliardi del Veneto e il miliardo e trecento milioni della Emilia Romagna.

In ambienti ministeriali si ipotizza che per le situazioni più gravi, dopo la carota delle anticipazioni possa arrivare il bastone del commissariamento.

**LE RICHIESTE DEGLI ARITMOLOGI DELL'AIAC**

## «Drg, stop ai tagli delle tariffe che mettono a rischio il cuore»

**I**l 28 gennaio 2013 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto del ministero della Salute che fissa le nuove tariffe per la remunerazione per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, riabilitazione, lungodegenza e ambulatoriale (Tun). Il decreto prevede che l'eccedenza della tariffa rispetto alle nuove sia a carico dei bilanci regionali e che il recepimento delle nuove tariffe è obbligatorio per le Regioni in piano di rientro.

Tale decreto ministeriale prevede una drastica riduzione delle attuali tariffe (tariffa unica convenzionale) per le procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione pari a circa il 20% (a fronte invece di una riduzione media complessiva del 4,5% dei Drg). Nello specifico:

- Drg per l'ablazione transcateretere (Drg 518 e 555) sono stati ridotti del 31 per cento;
- Drg per i pace-maker (Drg 117, 118, 552) del 39 per cento;
- Drg per i defibrillatori impiantabili (Drg 515, 535, 536 e 551) del 13 per cento.

Si tratta di tagli incomprensibili e ingiustificati, soprattutto relativamente alle procedure di ablazione transcateretere che avevano già tariffe inadeguate.

Lo dimostra un report di Health technology assessment realizzato dall'AIAC (Associazione italiana di Aritmologia e cardiostimolazione) sulla procedura di ablazione transcateretere della fibrillazione atriale, la patologia aritmica più frequente nella popolazione generale.

Nell'analisi è stato evidenziato come il costo medio di produzione della procedura di ablazione (9.455 euro) non sia oggi adeguatamente rimborsato dalla tariffa unica convenzionale (5.592 euro). Qualora fosse applicata la tariffa Tun, il rimborso si ridurrebbe a 3.962 euro, una cifra assolutamente incongrua rispetto al consumo di risorse. Considerazioni analoghe potrebbero valere sicuramente per altre procedure ablativie ad alta complessità poiché anche queste richiedono elevate competenze e consumo di risorse economi-

che (generato dal maggiore impegno di tempo, di risorse umane e dall'utilizzo di materiali di consumo ad alto costo).

L'adozione da parte delle Regioni delle nuove tariffe comporterà certamente gravi problemi di sostenibilità per qualunque struttura, sia pubblica che privata, con conseguente drastica riduzione del numero di procedure elettrofisiologiche (in particolare quelle di ablazione transcateretere) eseguite su tutto il territorio nazionale.

Paradossalmente, l'impatto maggiore ricadrà sui centri a più alto volume e con maggiore esperienza che, in virtù di tali caratteristiche, oggi eseguono anche i trattamenti più complessi e a più alto costo.

Ovviamente, nella prospettiva del Sistema sanitario nazionale e del privato cittadino, è facile prevedere una maggiore difficoltà di accesso al trattamento e un pesante allungamento delle liste d'attesa. Inoltre, il ridotto numero di procedure verrà eseguito ponendo estrema attenzione alla riduzione dei costi di produzione con disinvestimento sulle tecnologie più moderne e innovative. Tutto ciò ovviamente a discapito della qualità dell'assistenza al malato e con costi incrementali legati alla minore efficacia e sicurezza delle procedure.

L'AIAC, in qualità di Società scientifica che rappresenta gli Aritmologi in Italia e referente unico per le problematiche aritmologiche della Federazione italiana di Cardiologia, ha sempre cercato di sviluppare strumenti per una miglior gestione della pratica clinica, quali linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, studi clinici e documenti sulla struttura e l'organizzazione dell'Aritmologia.

Inoltre, negli ultimi anni AIAC ha dimostrato una grande attenzione alla promozione dell'utilizzo di tecniche per il trattamento delle aritmie in una logica di efficacia, efficienza, sostenibilità economica e appropriatezza d'uso.

Pertanto, considerate le pesanti ricadute che l'applicazione di tale norma avrà, AIAC

chiede di sospendere l'attuazione del presente decreto per quanto riguarda il set-

tore di competenza, e si rende disponibile da subito per una collaborazione con il ministero della Salute e Agenas finalizzata a una modifica costruttiva del sistema di rimborso, a partire da una revisione critica della codifica delle procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione (che oggi non consente l'identificazione di quelle a maggiore complessità e consumo di risorse) e delle relative tariffe. La corretta identificazione e valorizzazione delle procedure, esclusivamente sulla base della complessità e del consumo di risorse, è infatti presupposto imprescindibile per un utilizzo adeguato alle necessità cliniche e omogeneamente diffuso su tutto il territorio nazionale.

Al contrario, la parziale compensazione con rimborsi più elevati provenienti da altri Drg (anche dello stesso settore) non può essere ritenuta accettabile in quanto non va a incentivare la diffusione delle procedure economicamente penalizzate, e potrebbe essere fonte di comportamenti opportunistici.

Consapevole della necessità di contenere i costi sanitari, AIAC ritiene che i risparmi generati da un più appropriato utilizzo delle risorse possano essere riallocati per compensare il maggior esborso economico a carico di procedure complesse, ancorché costo-efficaci, con conseguente miglioramento della qualità ed efficienza del servizio di cura erogato.

**Massimo Tritto**  
Presidente AIAC Lombardia

**Le valutazioni precedenti erano già inappropriate**

**IL TESTO DELLA LEGGE DI CONVERSIONE**

**P**ubblichiamo il testo ricostruito - ma non coordinato - del decreto legge 24/2013 «Disposizioni urgenti in materia sanitaria» con gli emendamenti approvati al Senato e alla Camera e convertito in legge a Palazzo Madama la scorsa settimana.

**Art. 1**

▼ *Modifiche e integrazioni all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9*

1. All'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: «Il termine per il completamento» sono sostituite dalle seguenti: «Il completamento» e le parole: «e fatto salvo quanto stabilito nei commi seguenti, è fissato al 1° febbraio 2013» sono sostituite dalle seguenti: «è disciplinato ai sensi dei commi seguenti»;

b) al comma 4, le parole: «A decorrere dal 31 marzo 2013» sono sostituite dalle seguenti: «Dal 1° aprile 2014 gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi ex»;

c) al comma 6, alla fine del secondo periodo sono soppresses le seguenti parole: «, che deve consentire la realizzabilità di progetti terapeutico-riabilitativi individuali» e dopo il secondo periodo è inserito il seguente: «Il programma, oltre agli interventi strutturali, prevede attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi di cui al comma 5, definendo prioritariamente tempi certi e impegni precisi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, prevedendo la dimissione di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale, con l'obbligo per le aziende sanitarie locali di presa in carico all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alle cure e al reinserimento sociale, nonché a favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o all'assegnazione a casa di cura e custodia»;

d) al comma 7, primo periodo, dopo le parole: «dal comma 5» sono inserite le seguenti: «e dal terzo perio-

do del comma 6»;

d-bis) dopo il comma 8 è inserito il seguente:

«8-bis. Entro il 30 novembre 2013 il ministro della Salute e il ministro della Giustizia comunicano alle competenti Commissioni parlamentari lo stato di attuazione dei programmi regionali, di cui al comma 6, relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e in particolare il grado di effettiva presa in carico dei malati da parte dei Dipartimenti di salute mentale e del conseguente avvio dei programmi di cura e di reinserimento sociale»;

e) il comma 9 è sostituito dal seguente: «9. Nel caso di mancata presentazione del programma di cui al comma 6 entro il termine del 15 maggio 2013, ovvero di mancato rispetto del termine di completamento del predetto programma, il Governo, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, provvede in via sostitutiva al fine di assicurare piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4. Nel caso di ricorso alla predetta procedura il Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nomina commissario la stessa persona per tutte le Regioni per le quali si rendono necessari gli interventi sostitutivi».

2. Resta fermo il riparto di fondi tra le Regioni di cui al decreto del ministro della Salute 28 dicembre 2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013.

3. Agli oneri derivanti dalla proroga prevista dal comma 1, lettera b), nel limite di 4,5 milioni di euro per l'anno 2013 e di 1,5 milioni di euro per il 2014 si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 3-ter, comma 7, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal comma 1, lettera d). Le relative risorse sono iscritte al pertinente programma dello stato di previsione del ministero della Giustizia per gli anni 2013 e 2014. Il ministro dell'Economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con proprio decreto, le occorrenti variazioni di bilancio. Il ministro dell'Economia e delle finanze è autorizzato, altresì, ad apportare, con proprio decreto, la conseguente rideterminazione proporzionale al riparto delle risorse finanziarie del Fondo sanitario nazionale 2013, pari a euro 55 milioni effettuato dal Cipe nella seduta dell'8 marzo 2013.

**Art. 2**

▼ *Impiego di medicinali per terapie avanzate preparati su base non ripetitiva e impiego terapeutico dei medicinali sottoposti a sperimentazione clinica*

1. (abrogato)

2. Le strutture pubbliche in cui sono stati avviati, anteriormente alla data di entrata in vigore del presente decreto, trattamenti su singoli pazienti con medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali mesenchimali, lavorati in laboratori di strutture pubbliche e secondo procedure idonee alla lavorazione e alla conservazione di cellule e tessuti, possono completare i trattamenti medesimi, sotto la responsabilità del medico prescrittore, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili secondo la normativa vigente.

2-bis. Il ministero della Salute, avvalendosi dell'Agenzia italiana del farmaco e del Centro nazionale trapianti, promuove lo svolgimento di una sperimentazione clinica, coordinata dall'Istituto superiore di Sanità, condotta anche in deroga alla normativa vigente e da completarsi entro diciotto mesi a decorrere dal 1° luglio 2013, concernente l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali mesenchimali, utilizzate nell'ambito dei trattamenti di cui al comma 2, a condizione che i predetti medicinali, per quanto attiene alla sicurezza del paziente, siano preparati in conformità alle linee guida di cui all'articolo 5 del regolamento (Ce) n. 1394/2007 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 novembre 2007. Al fine di garantire la ripetibilità delle terapie di cui al primo periodo, le modalità di preparazione sono rese disponibili all'Agenzia italiana del farmaco e all'Istituto superiore di Sanità. L'Istituto superiore di Sanità fornisce un servizio di consulenza multidisciplinare di alta specializzazione per i pazienti arruolati. L'Istituto superiore di Sanità e l'Agenzia italiana del farmaco curano la valutazione della predetta sperimentazione. Per l'attuazione della sperimentazione di cui al primo periodo, il Comitato interministeriale per la programmazione economica, in attuazione del-

l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, vincola, per un importo fino a 1 milione di euro per l'anno 2013 e a 2 milioni di euro per l'anno 2014, una quota del Fondo sanitario nazionale, su proposta del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al decreto del ministro della Salute 17 dicembre 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 febbraio 2005. Il ministro dell'Economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

**2-ter.** Fatto salvo quanto stabilito dal comma 2, per la durata di diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, l'ulteriore accesso all'impiego terapeutico per le malattie rare di cui al regolamento di cui al decreto del ministro della Sanità 18 maggio 2001, n. 279, di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali mesenchimali, a eccezione dei medicinali per terapia genica e dei prodotti per ingegneria tissutale, utilizzati in difformità dalle disposizioni vigenti, è ammesso esclusivamente nell'ambito di sperimentazioni cliniche effettuate presso strutture pubbliche, svolte ai sensi del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, in coerenza con quanto previsto dalla lettera G), Procedure di trapianto sperimentale, dell'Accordo tra il ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano 14 febbraio 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 232 del 3 ottobre 2002, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili secondo la normativa vigente. Le autorità competenti individuano il centro di riferimento della sperimentazione tenuto conto della significatività delle attività già sviluppate.

**2-quater.** Ai fini dell'impiego dei medicinali di cui al comma 2-bis, il laboratorio in cui si svolge la procedura per la preparazione cellulare e la

stessa procedura sono autorizzati dalle autorità competenti ai sensi del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191. Le modalità di preparazione dei medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali mesenchimali devono essere rese disponibili all'Istituto superiore di Sanità o al Centro nazionale trapianti, in modo da garantirne la ripetibilità presso le strutture pubbliche. I medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali mesenchimali e i trattamenti sono somministrati a titolo gratuito. La metodologia utilizzata non può essere adottata per autorizzazioni all'immissione in commercio.

**2-quinquies.** Dall'attuazione dei commi 2-bis e 2-ter non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**3.** Si considerano avviati, ai sensi del comma 2, anche i trattamenti in relazione ai quali sia stato praticato, presso strutture pubbliche, il prelievo dal paziente o da donatore di cellule destinate all'uso terapeutico e quelli che siano stati già ordinati dall'autorità giudiziaria.

**4.** Le strutture di cui al comma 2 e quelle che effettuano la sperimentazione ai sensi del comma 2-bis assicurano la costante trasmissione all'Agenzia italiana del farmaco, all'Istituto superiore di Sanità, al Centro nazionale trapianti e al ministero della Salute di informazioni dettagliate sulle indicazioni terapeutiche per le quali è stato avviato il trattamento, sullo stato di salute dei pazienti e su ogni altro elemento utile alla valutazione degli esiti e degli eventi avversi, con modalità tali da garantire la riservatezza dell'identità dei pazienti.

**4-bis.** Il ministero della Salute, almeno con cadenza semestrale, trasmette alle competenti Commissioni parlamentari e alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano la documentazione di cui al comma 4 e una relazione sugli esiti dell'attività di controllo, valutazione e monitoraggio svolta ai sensi del presente articolo nonché sull'utilizzo delle risorse stanziate per la sperimentazione di cui al comma 2-bis.

**4-ter.** Presso il ministero della Salu-

te è istituito un Osservatorio sulle terapie avanzate con cellule staminali mesenchimali con compiti consultivi e di proposta, di monitoraggio, di garanzia della trasparenza delle informazioni e delle procedure, presieduto dal medesimo ministro o da un suo delegato e composto da esperti e da rappresentanti di associazioni interessate. Ai componenti dell'Osservatorio non sono corrisposti gettoni, compensi, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati. Al funzionamento dell'Osservatorio si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

### Art. 3

Entrata in vigore

**1.** Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare. ●



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



**Maddaloni / 2****L'ispezione all'ospedale, carenze e polemiche**

MADDALONI. «L'ospedale versa in una situazione strutturale insostenibile». Arriva il ciclone Enzo Rivellini. L'ispezione agognata, aspettata e temuta in piena campagna elettorale si abbatte puntuale sul locale nosocomio. L'europarlamentare annuncia: «Inoltrerò una vibrante lettera di protesta al manager dell'Asl. Non è concepibile che si possano erogare servizi trascurando del tutto la qualità, sia quella logistica che l'accoglienza dell'utenza». Rivellini va giù duro: «È tempo di accelerare l'attuazione del decreto 49; bisogna spiegare ai maddalonesi che è tempo di accedere a servizi di qualità indipendentemente da



dove e come sono allocati».

Poi tocca un argomento scottante: «Bisogna superare il dualismo pubblico-privato e puntare sull'integrazione con i servizi erogati dalla clinica San Michele che è pubblica perché convenzionata con il servizio sanitario nazionale». E sebbene l'ospedale di Maddaloni risulti in primo

per produttività in Provincia, Rivellini chiarisce: «Bisogna ora garantire la qualità e non solo la quantità». Gigi Bove, ex assessore Pdl, che ha accompagnato l'europarlamentare aggiunge: «La situazione è davvero preoccupante, incalzerò nel mio piccolo, la politica regionale affinché si esca dall'equivoco sulla vocazione del nosocomio». Si attendono reazioni furibonde. L'analisi impietosa mortifica, ancora di più, gli sforzi degli operatori che solo grazie alle loro prestazioni arginano le carenze e l'abbandono amministrativo. Un primato della professionalità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Annunziata, salvare l'ospedale: manifestazione e lettera a Caldoro

**MASSICIA ADESIONE** alla manifestazione in Piazza Calenda, davanti al teatro Trianon di Napoli, per salvare l'ospedale Annunziata, per la riapertura della maternità e la ripresa delle attività chirurgiche pediatriche dell'ospedale. Centinaia di camici bianchi in strada a rivendicare lo stop alla svendita del presidio avviato a un lento e inesorabile declino dopo il passaggio dalla Asl Napoli 1 al Santobono.

“Una chiusura strisciante - avverte **Ermano Scognamiglio**, del direttivo della Cimo, principale sindacato schieratosi in difesa dell'ospedale - con successiva inevitabile perdita anche dell'accettazione urgente pediatrica

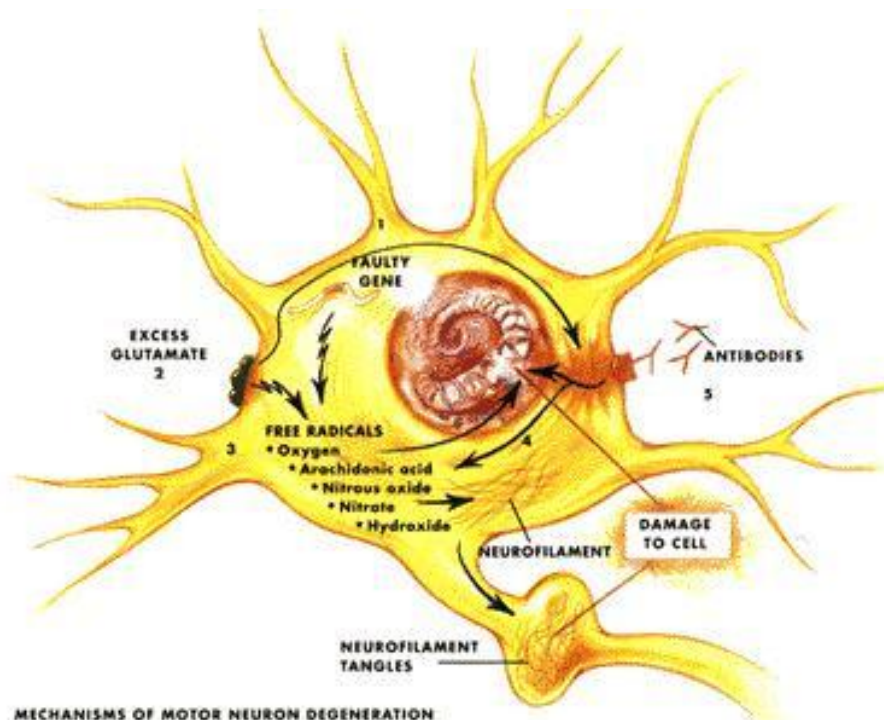
che funziona giorno e notte”. Non solo manifestazione ma anche festa popolare con un piacevole intrattenimento musicale molto apprezzato tenuto dal gruppo di musica popolare napoletana “Voci di Napoli” formato di professionisti che abitualmente si esibiscono per cause di utilità sociale o per beneficenza. Invitati autorità e forze politiche e sindacali e tra il pubblico erano presenti, con sventolio di bandiere, rappresentanti sindacali di Cgil, Cisl, Uil, Fials oltre alla Cimo ovviamente, rappresentanti della Rsu dell'Azienda Santobono-Pausilipon. Presenti anche rappresentanti politici e delle istituzioni locali tra cui il presidente del Consiglio pro-

vinciale **Luigi Rispoli** di Fratelli D'Italia, il sindaco di Napoli **Luigi de Magistris** che ha riferito delle proprie azioni a sostegno dell'Ospedale, sottolineando la necessità di salvaguardare gli ospedali del centro storico e la sanità pubblica contro ogni tentativo di affossarla a favore di quella privata. Molto incisivo anche l'intervento del consigliere Regionale del Pd **Antonio Amato**, firmatario, unitamente alle consigliere **Angela Cortese** e **Anna Petrone**, di un'interrogazione, che da oltre tre mesi è ancora senza risposta, indirizzata al presidente della giunta regionale della Campania, **Stefano Caldoro**, a favore dell'ospedale. ●●●



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



Tra i vari eventi in programma, a Roma un importante convegno destinato a "rivoluzionare" la ricerca internazionale

# Nuove opzioni terapeutiche per ogni paziente

Un nuovo approccio per combattere con efficacia la malattia, anche nei casi più invalidanti: guardare sempre alle singole esigenze e alle prospettive di chi, spesso in giovane età, ne viene colpito

**L'**appuntamento con la Giornata Mondiale della Sclerosi Multipla, fissato quest'anno per mercoledì 29 maggio, all'interno della Settimana dedicata alla malattia in tutti i continenti, rappresenta tradizionalmente una fondamentale occasione sia per sensibilizzare l'opinione pubblica sulla gravità di questa patologia, sia per fare il punto della situazione sui progressi ottenuti in campo diagnostico, terapeutico, riabilitativo e dell'assistenza in generale.

#### OBIETTIVI AMBIZIOSI

La Sclerosi Multipla (SM) colpisce il sistema nervoso centrale scatenando una serie di sintomi assai variabili: dai disturbi visivi alle difficoltà motorie, al perenne affaticamento, e l'elenco potrebbe continuare a lungo con differenziazioni per singolo paziente. Essendo una malattia cronica (tuttora non esiste una cura risolutiva) e progressivamente invalidante, oltre a colpire soprattutto i giovani tra i 20 e i 40 anni, per la maggior parte donne, (per un totale di 65mila pazienti solo nel nostro paese) comporta anche elevatissimi costi sociali.

Uno dei più autorevoli esperti in materia è il professor Giancarlo Comi - presidente della Società Italiana di Neurologia (SIN) e direttore del Dipartimento di Neurologia e Istituto di Neurologia Sperimentale dell'Università Vita-Salute San Raffaele di

Milano - che ci ha fornito un quadro dettagliato: "Tra i numerosi eventi in programma nella Settimana mondiale della SM, in Italia sarà di grande importanza il convegno istituzionale annuale organizzato a Roma il 29 e 30 maggio dalla SIN e dall'AIMS, l'Associazione Italiana Sclerosi Multipla, tramite la sua Fondazione (FISM), intitolato significativamente 'Diamo una risposta alle persone con SM'.

#### *Al centro dell'attenzione vanno poste le esigenze specifiche del paziente*

Si farà il punto sullo stato dell'arte nella ricerca, confrontandosi sui progressi ottenuti con le terapie più consolidate, grazie alla partecipazione dei nostri

principali ricercatori, presentando inoltre la *MS Progressive Initiative*: un'iniziativa, appunto, da me coordinata insieme al londinese Alan Thompson, davvero rivoluzionaria, promossa congiuntamente dalle Associazioni di Sclerosi Multipla americana,

canadese, olandese, inglese e italiana. L'obiettivo è lanciare un nuovo programma di sviluppo delle terapie concernenti la parte progressiva della malattia, quando cioè il paziente diventa disabile. Tutte le sperimentazioni recenti finora hanno completamente fallito.

#### *Mettere insieme le risorse di ricercatori di più Paesi è stato un successo*

Oggi è chiaro che la malattia presenta due fasi. Quella cosiddetta a ricadute e remissioni beneficia finalmente di terapie molto potenti e attive: di recente è entrata in uso anche la terapia orale, e aspettiamo altre tre novità entro fine anno, quindi la copertura in tal senso è perfetta. Qualora la diagnosi sia tardiva un intervento efficace è più difficile e deve essere calibrato sulla base della progressione della malattia".

**IMPORTANTI INVESTIMENTI**  
L'iniziativa, sottolinea Comi, si propone di investire 5 milioni di euro nei prossimi cinque anni attraverso il finanziamento di ricerche internazionali. Per mettere a punto opzioni terapeutiche sempre più efficaci occorre approfondire i meccanismi alla base della malattia nella fase di maggior gravità: "Si tratta quindi di uno sforzo che si rivolge a una popolazione enorme, dato che circa il 40% dei pazienti è oggi lasciato senza cura efficace a combattere contro la loro invalidità: il faro si è finalmente acceso e per la prima volta siamo riusciti a mettere insieme le risorse di ricercatori di più Paesi".  
Dato che la malattia presenta grandi aspetti di variabilità individuale, sia nella velocità con cui progredisce, sia nella forma di decorso, Comi tiene a ribadire come si debba sempre mantenere il singolo paziente al centro del sistema terapeutico, con cure

il più possibile personalizzate: "Lo sviluppo di terapie efficaci sta avendo una notevole accelerazione: ora si tratta di capire come usarle al meglio, cercando il miglior rapporto possibile tra i benefici apportati e gli effetti avversi, che incidono pesantemente sulla qualità della vita".

#### SPERANZE PER TUTTI

I maggiori costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale per arrivare a una terapia sempre più mirata individualmente, tra l'altro, sarebbero abbondantemente ripagati. Così infatti conclude Comi: "Porre al centro dell'attenzione di questa difficile partita le esigenze specifiche del paziente, consentendogli di avere una vita il più possibile normale e non invasa da terapie

ed effetti collaterali, proteggendolo quindi da un'evoluzione negativa, eviterà numerosi casi di maggior gravità: un fattore da considerare con ancor più attenzione in quanto a essere colpiti dalla Sclerosi Multipla sono soprattutto le persone giovani, con i conseguenti costi d'assistenza. Per abbattere le spese del Sistema Sanitario Nazionale, occorre che le terapie e la riabilitazione a livello territoriale siano sostenibili e appropriate. Inoltre, la prevenzione rimane fondamentale per non entrare nella fase di non-ritorno progressiva. Unendo le forze della ricerca mondiale, come sta avvenendo con la *MS Progressive Initiative*, speriamo di poter arrivare a una cura risolutiva per ogni paziente, anche nei casi più gravi". ■

## L'impegno contro la malattia va oltre la Giornata Mondiale

Gli eventi a supporto della ricerca scientifica e della sensibilizzazione dell'opinione pubblica riguardo al dramma che vive chi è colpito dalla Sclerosi Multipla non sono certo concentrati solo nei pochi giorni della tradizionale Settimana dedicata alla malattia. Nel mondo e anche in Italia si susseguono iniziative che favoriscono un dibattito continuo, senza soste, spesso con il contributo economico e organizzativo delle aziende farmaceutiche più attive nel campo.

Tra queste, per esempio, Teva Italia ha organizzato a Roma lo scorso aprile la seconda edizione del BEMS - *Best Evidences in Multiple Sclerosis*, evento che ha avuto autorevoli partecipanti, il Professor Comi come Responsabile Scientifico e che ha rappresentato un'eccezionale occasione di confronto tra neurologi, rappresentanti delle istituzioni e dell'AIMS allo scopo di trovare soluzioni in grado di rispondere al meglio alle esigenze dei singoli pazienti (3 milioni nel mondo, con una lista che si allunga di 5 soggetti al giorno solo nel nostro Paese), a partire da cure di qualità a costi accessibili.

Un'altra iniziativa, tuttora in corso, promossa dalla Società Italiana di Neurologia, riguarda la seconda edizione del Premio giornalistico "SIN, campioni oltre la malattia neurologica", che vede di nuovo protagonista il professor Comi nel ruolo di presidente della giuria. Il premio verrà assegnato all'autore del miglior articolo e servizio radio-tv sul tema, realizzato tra il 31/10/2012 e il 30/08/2013, distintosi per completezza, originalità, correttezza scientifica, capacità divulgativa e fruibilità. Per l'iscrizione (gratuita): Segreteria organizzativa Value Relations, tel. 0220241357 c.merli@vrelations.it.

SICILIA

## Dalla ricetta dematerializzata alla neurochirurgia in rete

In Sicilia è in atto un percorso virtuoso, realizzato con il supporto di Foromez PA nell'ambito del progetto Poat Salute, per utilizzare l'e-Health come strumento utile a coniugare l'innalzamento del livello dei servizi sanitari pubblici con la ben nota esigenza del contenimento dei costi. Le attività si possono suddividere in tre macro aree, di seguito illustrate.

Un primo ambito riguarda la messa in rete dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con gli specialisti di territorio e ospedalieri per migliorare le cure per i pazienti cronici (diabetici, con scompenso cardiaco ecc.), tramite l'utilizzo e l'arricchimento della piattaforma di fascicolo sanitario elettronico (Fse), per attuare una vera gestione integrata dei percorsi assistenziali. Si sta lavorando per definire, cioè, un sistema informativo-informatico connesso con l'Fse che metta in stretta congiunzione e continuità tutti i professionisti che seguono un paziente cronico, sia nel territorio (aggregazioni di Mmg, specialisti territoriali ecc.) sia tra ospedale e territorio: le informazioni cliniche saranno sempre disponibili per i corretti interessati, sgravando il paziente dall'onere del passaggio delle stesse ai vari interlocutori che si occupano della sua salute. Infine, gli operatori sanitari avranno a disposizione costanti suggerimenti sulle più opportune azioni da compiere per il miglioramento della salute dei pazienti che hanno in carico.

Un secondo ambito di attività riguarda la messa in rete degli specialisti ospedalieri per l'emergenza, tramite la definizione del progetto di rete regionale dedicata al teleconsulto neurochirurgico, denominata "TeleNeuRes" - teleconsulto neurochirurgico in rete, Sicilia.

Infine, il terzo ambito riguarda la diffusione della ricetta "dematerializzata", cioè la sostituzione progressiva delle prescrizioni mediche del Ssn oggi effettuate tramite le "ricette rosse", con prescrizioni informatizzate "immateriali", utilizzando un sistema centrale (Sac)

della Sogei del ministero delle Finanze, al quale tutti gli attori faranno riferimento sia per l'immissione sia per la lettura delle ricette. Tramite la dematerializzazione non solo si risparmieranno i costi di produzione e distribuzione dei blocchetti di ricette cartacee (oggi prodotte dal Poligrafico dello Stato su carta filigranata, per una spesa indicativa per la Regione Sicilia di 2-2,5 milioni), ma si otterranno altri benefici relativi al controllo dell'esenzione, dei dati anagrafici, allo snellimento delle procedure amministrative ecc.

In Sicilia è in atto un piano di sperimentazione per la graduale diffusione della ricetta dematerializzata che coinvolgerà progressivamente tutti i prescrittori (specialisti delle Asp e delle Ao, medici di medicina generale, pediatri) nonché tutti gli erogatori di quanto prescritto (strutture pubbliche e in convenzione per le prestazioni specialistiche e diagnostiche, farmacie ecc.). In questo percorso la Sicilia, con il supporto del Poat Salute, è stata la prima Regione ad aver avviato la sperimentazione delle prescrizioni specialistiche in ambiente interno a una stessa struttura ospedaliera.

**La telemedicina per le emergenze.** Nell'ambito della linea telemedicina del Poat Salute, un gruppo di lavoro ha redatto il documento «Linee programmatiche e studio di fattibilità per la rete regionale di teleconsulto neurochirurgico - TeleNeuRes». Il documento prende il via dalla raccolta delle esperienze di telemedicina sul territorio siciliano e in particolare da due

reti di teleconsulto di ambito provinciale (ResPecT) e interprovinciale (TeleTAC), e dall'evidenza delle possibilità di innalzamento della qualità delle cure e del contemporaneo risparmio economico tramite l'applicazione di tecnologie innovative dell'Ict. Il documento da un lato traccia le linee secondo le quali andranno sviluppati i futuri progetti regionali di telemedicina e dall'altro applica immediatamente il mo-

dello allo studio di fattibilità della rete regionale per i teleconsulti neurochirurgici per traumi cranici, ictus e patologie tumorali, che collegherà le neurochirurgie e i pronto soccorso supportati dalla radiologia presenti nel Ssr.

I risultati attesi riguardano la disponibilità per i pronto soccorso del territorio siciliano di una immediata tele-consulenza neurochirurgica per pazienti affetti da patologie rapidamente evolutive (in cui il tempo che intercorre tra la diagnosi e la terapia è di vitale importanza), la riduzione del numero di trasferimenti non necessari dai centri periferici verso i centri dotati di neurochirurgia (fino al 75% in meno), con conseguente riduzione dei costi per ricoveri impropri e dei costi di trasporto e l'effetto di innalzare il livello di cura per i pazienti da sottoporre a intervento chirurgico (allertando a distanza una équipe specializzata). Ulteriori ricadute positive riguarderanno la riduzione dei costi sociali per i minori spostamenti dei familiari e dei relativi disagi.

Dal punto di vista tecnologico è stata progettata una rete federata (Sicilia occidentale e orientale) integrata, con topologia Hub & Spoke, basata su piattaforma di teleconsulto con distribuzione delle immagini radiologiche, prevedendo anche un nodo per la raccolta dei dati al fine della governance di rete.

**Stefano Giordano**  
Resp. Poat Salute Sicilia L1-5

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Mmg e pediatri collegati on line