

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

VENERDI' 12 DICEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **A Olbia brindisi in corsia: ora è ufficiale, nasce Mater** **Ultimo atto della lunghissima trattativa con i** **rappresentanti del governo *Raggiunta l'intesa anche con*** ***le banche per i terreni attorno al nuovo ospedale***

Mater Olbia ultimo atto. Al termine di una maratona estenuante, sigla finale dell'intesa per il nuovo ospedale di Olbia nel segno della Qatar Foundation. Ieri a tarda sera, nella capitale, è stato firmato l'accordo conclusivo. Il nuovo obiettivo, adesso, è quello di riuscire a far partire i servizi sanitari secondo il cronoprogramma concordato a suo tempo. Cioè dal prossimo mese di marzo. Ma quali saranno le divisioni ospedaliere che potranno cominciare per prime la loro attività? È ancora presto per saperlo. E a ogni modo su questi punti si riveleranno decisivi i futuri incontri con la giunta regionale, in particolare con l'assessore Luigi Arru e il presidente della giunta Francesco Pigliaru. In assenza, almeno per ora, di dichiarazioni dei protagonisti della fase conclusiva delle trattative, evidentemente tenuti al riserbo per qualche ora, è però importante una sottolineatura: ieri a Roma in sede governativa è stata siglata l'intesa anche con le banche e i curatori fallimentari del patrimonio appartenuto alla fondazione Monte Tabor di don Verzè. Un passo avanti che già nelle scorse settimane veniva considerato essenziale per l'esito positivo dell'intero pacchetto al centro dei negoziati. Oggi con ogni probabilità arriveranno i primi commenti ufficiali da parte dei politici e degli operatori finanziari che hanno svolto un ruolo di primattori in questi lunghissimi mesi. Ma già adesso è il caso di rimarcare come alla conclusione della vicenda abbiano dato un apporto determinante, oltre ai rappresentanti della Regione, il deputato gallurese Gian Piero Scanu (Pd), che non ha mai fatto mancare il suo sostegno attivo, e il massimo responsabile per la Qatar Foundation nella delicatissima partita, il dirigente Lucio Rispo. Superata la spaccatura legata al costo complessivo dei 60 ettari attorno al nuovo complesso sanitario, comunque, la gran parte dei tasselli dell'intesa tra le parti ha trovato il posizionamento ottimale. Ora, con il rush finale nel cantiere alle porte di Olbia e la

predisposizione della nuova logistica ospedaliera, comincerà il confronto con la realtà sanitaria dell'isola. Un confronto che si annuncia non facile.

## **REGIONE Conto alla rovescia per i commissari Asl Nel weekend un vertice di maggioranza. Pigliaru e Arru: nomine di alto profilo. Tra 9 giorni la scelta**

Il conto alla rovescia è cominciato. Fra poco più di una settimana, nove giorni per l'esattezza, la Giunta sceglierà i commissari delle otto Asl, dell'Azienda ospedaliera Brotzu e dei due policlinici universitari di Cagliari e Sassari. I candidati. Continuano a circolare diversi nomi di papabili e fra gli altri si è aggiunto anche quello di Giorgio Sorrentino, cagliaritano emigrato a Roma dove è direttore sanitario del Campus universitario Bio-Medico di Roma, ma in passato manager sempre sanitario anche al Brotzu, all'Asl 8 di Cagliari e dell'ospedale di San Gavino. Ora il nome di Sorrentino, circolato in passato anche come possibile assessore alla Sanità della giunta Pigliaru, è considerato in corsa per il policlinico universitario cagliaritano, ma potrebbe essere anche fra i commissari destinati al Brotzu allargato, nella gestione, al Microcitemico e all'Oncologico di Cagliari. Anche sull'Asl di Nuoro (sarà accorpata a quella della Gallura?) è un valzer di nomi con alcune new entry, ad esempio un ex assessore regionale, molto accreditate. La scelta. È tutt'altro che facile con i partiti della maggioranza di centrosinistra pare ancora lontani dal trovare un accordo sugli undici commissari. Di certo, sul tavolo ci sono i criteri imposti dal presidente Pigliaru e dall'assessore alla Salute, Luigi Arru, che puntano e pretendono «nomine di alto profilo». Ma è chiaro che i partiti e soprattutto il Pd vorranno dire la loro molto prima di qualsiasi decisione. Voci non confermate annunciano che, in questo fine settimana, potrebbe essere convocato un vertice di maggioranza proprio per definire la rosa dei candidati. Candidati che potranno essere anche funzionari dell'assessorato alla Salute, ma saranno soprattutto «pescati» dall'elenco dei quasi duecento manager abilitati. I criteri. Negli ultimi giorni c'è chi parla con insistenza di un'indagine capillare effettuata in ogni Asl e azienda ospedaliera. L'obiettivo è evidente: capire con esattezza quale potrebbe essere il manager ideale, seppure provvisorio, per traghettare le undici strutture fino alla prossima primavera (i commissari potranno restare in carica massimo sei mesi) quando la Giunta approverà il riordino della mappa sanitaria. Mappa che si sa prevede sin da ora una riduzione delle Asl (da otto a quattro o al massimo cinque, oltre al Brotzu e ai due policlinici) a meno che alla fine non passi l'ipotesi di una sola Azienda regionale poi suddivisa in distretti territoriali. In attesa della riforma vera e propria, il passaggio decisivo sarà individuare in questi giorni i commissari-manager all'altezza della gestione transitoria. Transitoria certo, ma comunque importante, considerato che la spesa sanitaria dovrà essere ridotta di almeno 300 milioni (l'attuale disavanzo) come è previsto tra l'altro dalla Finanziaria 2015 presentata dalla Giunta in questi giorni. Il mandato. I commissari, come detto, avranno il compito di gestire l'esistente, ma soprattutto dovranno individuare quali sono i margini per ridurre la spesa e quindi annullare sprechi e inefficienze. Agli

stessi commissari spetterà anche il compito d'individuare le strutture che faranno parte dell'Agenzia emergenze-urgenze, l'Areus, che partirà con la riforma. Poi c'è il problema dei posti letto da riorganizzare secondo il Patto della salute nazionale. In Sardegna, i commissari dovranno tener conto anche dell'apertura del Mater (ex Raffaele) di Olbia e della deroga concessa proprio per permettere l'avvio del progetto della Qatar foundation.. L'inchiesta. Anche il Consiglio regionale si occuperà presto della spesa sanitaria con la commissione d'inchiesta proposta dal vicecapogruppo del Pd, Roberto Deriu. C'è il rischio di un doppio binario? Tutti lo escludono ma la realtà potrebbe riservare più di una sorpresa.

## **SASSARI** Morto in solitudine *Medici in difesa: David rifiutava le visite* Il direttore della Stroke Unit: «Gli amici del docente inglese respinti per la privacy? No, era lui che non voleva essere visto»

Il muro di privacy con cui si sono scontrati gli amici, i colleghi, i vicini di casa e gli studenti del docente dell'università David Paul Bollard durante il suo ricovero in ospedale a Sassari, a causa di un ictus, sarebbe stato eretto dai sanitari con il suo stesso consenso. O quanto meno – in alcune circostanze – per tutelare la sua dignità. È la posizione del dottor Antonio Manca, responsabile della Stroke Unit del Santissima Annunziata, il reparto in cui il lettore esperto linguistico dell'ateneo sassarese, morto a fine ottobre a Thiesi a 63 anni, era stato ricoverato subito dopo un malore avuto due mesi fa durante una lezione di inglese nella facoltà di Veterinaria. Ieri sia la vicina di casa di David, Marzia Manca, sia il collega e connazionale Chris Pain, docente di inglese a Sassari dal 1983, a cui Bollard nel 1987 aveva fatto da testimone di nozze, hanno confermato a Tom Kington, corrispondente del “Times”, di non essere riusciti a vedere David durante il ricovero in ospedale a Sassari. Il docente, arrivato in città nel 1979, si era innamorato della Sardegna e non era più voluto andare via. Con la sua terra d'origine (era nato in un paesino vicino a Manchester) aveva tagliato i ponti. L'unico parente stretto un fratello, Frank, con cui non aveva rapporti da anni. È stato lui, rintracciato dopo oltre un mese in cui il corpo di David è rimasto in una cella frigo, ad autorizzare il funerale che si è celebrato due giorni fa nella cappella del cimitero di Sassari. «Quando all'inizio di ottobre si è sentito male ed è stato accompagnato all'ospedale civile di Sassari non ha espresso il desiderio di avvertire nessuno – precisa il direttore della Stroke Unit –. I medici hanno cercato disperatamente di avere notizie per fare un'anamnesi del paziente più completa possibile. Al momento della registrazione al paziente, se è in grado di intendere, viene sottoposto un documento in cui si segnalano contatti e numeri telefonici delle persone alle quali i medici sono autorizzati a fornire informazioni cliniche del degente. Lui non ha indicato nessuno – ribadisce Antonio Manca –, per questo motivo la direzione sanitaria ha attivato i servizi sociali della Asl che a sua volta hanno attivato i servizi sociali del Comune di Sassari». Durante il ricovero però diversi colleghi hanno provato a visitarlo o sapere come stesse, ma tutti raccontano di

non essere riusciti ad avere sue notizie. «Nelle due settimane di degenza all'ospedale civile di Sassari il personale medico ha chiesto più volte al paziente se volesse incontrare quella determinata persona che chiedeva di lui. Favoriamo sempre l'ingresso di familiari e amici perché ci sono utili per la cura del paziente». Ma, aggiunge il dottor Manca, «tutte le volte in cui è stata rifiutata la visita è perché il paziente in quel momento vigile ha espressamente manifestato dissenso. Sicuramente non voleva essere visto in quello stato. Solo in una occasione il paziente ha accettato di vedere uno studente con cui peraltro ha parlato, probabilmente era lo stesso giovane che lo aveva soccorso al momento del malore». Intanto ieri mattina il corpo di David Paul Bollard è stato cremato. I prossimi giorni le sue ceneri torneranno in Inghilterra. Nell'isola resterà il suo ricordo tra i tanti amici che si era fatto nei 35 anni vissuti a Sassari. La sua nuova famiglia, quella che avrebbe voluto stargli vicina negli ultimi giorni di vita. Ma che ha potuto salutarlo al cimitero di Sassari solo un mese e mezzo dopo la sua morte.

### ***Un caso internazionale da prima pagina***

Da un muro di privacy e silenzio a una ribaltata mediatica inaspettata. La storia di David Paul Bollard, raccontata dalla Nuova Sardegna dopo la segnalazione al giornale di una vicina di casa, ha scosso le coscienze di tanti, rimbalzando prima sulle colonne della Stampa di Torino per poi superare i confini nazionali e addirittura la Manica: del caso del docente inglese oggi si occuperà The Times di Londra, il principale quotidiano inglese. Il corrispondente dello storico giornale britannico ieri - attraverso La Nuova Sardegna - si è messo in contatto con Marzia Manca, la vicina di casa che per prima, dopo il malore avuto all'inizio di ottobre dal docente, aveva cercato di avere notizie di David, e con Chris Pain, docente di inglese dell'ateneo turritano, anche lui trapiantato a Sassari, a cui David nel 1987 aveva fatto da testimone di nozze. La storia del muro di privacy e burocrazia ieri ha addirittura scomodato l'opinionista principe della Stampa, Massimo Gramellini, notissimo anche per le sue apparizioni a fianco di Fabio Fazio a "Che tempo che fa". La sua rubrica quotidiana "Buongiorno" sulla prima pagina era interamente dedicata alla vicenda del professor David, Dave come lo chiamavano gli amici. «A ottobre Bollard si era sentito male - ha scritto ieri Gramellini - ma appena gli amici erano accorsi in ospedale, avevano fatto conoscenza con l'Assurdo. L'Assurdo è un mostro mitologico allergico al buon senso che pascola nei campi delle burocrazie e si nutre di parole ingannevoli. (...) Buon viaggio, professore. Noi restiamo qui a riflettere sul formalismo delle leggi umane - ha concluso Gramellini - che per una convenzione spesso smentita dagli eventi si ostinano a incasellare il mondo dentro i legami di sangue e parentela, ignorando che la vera famiglia di un adulto sono i rapporti che si costruisce e gli amici che si sceglie».

## **Mater Olbia, ora c'è il via libera Dopo un'estenuante trattativa, Qatar, banche e curatori trovano l'accordo Firmata l'intesa dopo un incontro di cinque ore a Palazzo Chigi**

È fatta. Fumata bianca, come il colore del palazzone a sette piani, a due passi dall'aeroporto Costa Smeralda. Cinque ore di suspense e il nuovo San Raffaele - pardon: il *Mater Olbia* - può aprire davvero, a ventisette anni dal giorno in cui se n'è cominciato a parlare. Alle nove di ieri sera, dopo una maratona tra avvocati, giuristi, manager, ed esponenti della *Qatar Foundation Endowment*, è arrivata la firma sull'accordo preliminare che di fatto mette fine a una telenovela che rischiava di diventare stucchevole. A mettere tutti attorno a un tavolo il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Graziano Delrio, il quale si è mosso con circospezione e con altrettanta determinazione perché si arrivasse a questo risultato. Presenti le banche (la più esposta la Sardaleasing), a rappresentare la proprietà c'era il plenipotenziario per il business italiano Lucio Rispo, accompagnato dall'ex presidente della Consob Guido Rossi, dall'avvocato cagliaritano Mauro Barberio e dal professore Maurizio Dallochio, docente di Finanza aziendale alla Bocconi di Milano. Il confronto con i curatori fallimentari del tribunale di Milano è stato serrato, c'è stato anche qualche momento in cui si è corso il rischio di rinviare tutto chissà a quando, poi alle fine è stata raggiunta l'intesa sul nodo dei terreni che circondano l'area su cui sorge l'immobile. La firma sull'accordo è un punto fermo: i suoi contenuti finiranno sui rogiti con cui verrà ufficializzato il passaggio di proprietà alla Fondazione patarina..

A FARI SPENTI Alla fase in cui tutto sembrava compromesso (ultimatum del 23 ottobre), dopo le assicurazioni di Renzi ai qatarini, c'è stata una lunghissima fase di silenzio interrotta dalla dichiarazione di Delrio nella sua recente visita nel Sulcis («chiuderemo entro l'anno»). Tutti sapevano che il governo lavorava a farli spenti a una sorta di *moral suasion* nei confronti dei curatori, ultimo ostacolo di una trattativa estenuante. Solo qualche giorno fa, Lucio Rispo è stato visto a Olbia, dove avrebbe incontrato il sindaco Gianni Giovannelli e Gian Piero Scanu, e questo avrebbe provocato le ire del presidente del consiglio comunale (e prossimo candidato a sindaco) Vanni Sanna.

LA STORIA Del San Raffaele si cominciò a parlare nel 1988, preistoria. Don Luigi Verzè, un uomo che s'inalberava quando veniva (giustamente) definito pre-manager, era già in ottimi rapporti con Silvio Berlusconi le cui società volevano costruire un borgo turistico (Costa Turchese) a sud di Olbia e il San Raffaele sardo sarebbe stato funzionale anche a quel progetto, peraltro mai realizzato. Il sindaco dell'epoca era Gian Piero Scanu, democristiano, oggi deputato del Pd, il quale diede il via libera all'operazione. I lavori partirono dieci anni dopo, si fermarono perché le risorse cominciavano a mancare, poi ripartirono grazie al rinnovo della convenzione (2006), quando Olbia era guidata dal forzista Settimo Nizzi, ancora oggi deputato del partito di Berlusconi, e la Regione era governata da Renato Soru. Nel frattempo, don Verzè decise che i suoi soggiorni in Sardegna (peraltro brevi) sarebbero stati più

confortevoli se avesse avuto a disposizione una villa (rossa) con piscina a poca distanza dalla struttura sanitaria. L'immobile fu realizzato. Peccato che fosse abusivo. Comunque il palazzone bianco vide la luce: sette piani vistamare, 245mila metri quadri, 190 milioni spesi. Quando sembrava tutto tramontato, nel 2012 ecco l'interesse del Bambin Gesù di Roma, sponsorizzato dal Vaticano. In quella fase, l'ex governatore Ugo Cappellacci sostenne il progetto anche con un paio di missioni a Doha. Il Ceo della Fondazione qatarina firmò a palazzo Chigi (21 maggio scorso) un'intesa con il presidente della Regione Francesco Pigliaru (decisiva la sua determinazione), alla presenza di Matteo Renzi . . Dopo un'ondata di ottimismo, e l'accordo con le banche, sembrava che tutto naufragasse per le norme che impedivano l'acquisizione dei 64 ettari che confinano con l'asset principale. Il 23 ottobre Renzi e Delrio incassarono l'impegno del numero 1 della *Qatar Foundation* di non abbandonare l'investimento. Ieri, l'ultimo capitolo.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Stabilità. Le Regioni “anticipano” il loro parere e gli emendamenti in un documento consegnato al Governo. “Pronti a razionalizzare spesa per beni e servizi, farmaci e dispositivi medici”**

*Come abbiamo scritto ieri al momento non c'è ancora un parere ufficiale delle Regioni sul ddl stabilità. Si è infatti deciso di rinviare alla settimana prossima la discussione con il Governo. Ma oggi è stato comunque diffuso un documento che anticipa perplessità e proposte delle Regioni e che è indicato come base del parere. Eccolo. IL DOCUMENTO DELLE REGIONI SUL DDL STABILITÀ. GLI EMENDAMENTI SULA SANITÀ.*

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nella riunione di ieri, ha predisposto e approvato un documento per il parere sul disegno di legge di stabilità 2015.

Il testo è stato poi consegnato dal Presidente Chiamparino al governo nel corso della Conferenza Unificata (tenutasi sempre ieri) che ha comunque deciso di rinviare alla prossima seduta la trattazione del Ddl di stabilità.

Nel documento sono anche contenuti gli emendamenti che le Regioni propongono al testo del ddl stabilità. Molti riguardano proprio la sanità ed in particolare uno all'articolo 2, comma 141 (concorso degli enti territoriali alla finanza pubblica) dove si chiede con chiarezza di escludere dai tagli le risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale ([leggi tutti gli emendamenti](#)).

Ma veniamo al testo del documento che per quanto riguarda la sanità sembra correggere il tiro rispetto alla dichiarata disponibilità di rinunciare "tout court" a 1,5

miliardi del Fsn. Le Regioni, infatti, se ribadiscono la loro disponibilità a collaborare per razionalizzare la spesa di beni e servizi, farmaci e dispositivi medici, affermano però che "le manovre di finanza pubblica che prevedono riduzioni del FSN devono contenere anche i meccanismi di copertura ovvero individuare quali LEA devono essere ridotti ovvero quali costi e per quanto è possibile effettuare la riduzione così da poter ridurre il finanziamento in maniera corrispondente". "Se salta questo automatismo che fino ad ora c'è stato ed è stato il cardine del "Patto della Salute" – dicono le Regioni - salta la collaborazione istituzionale e quindi il "Patto Salute". Inoltre, è il caso di sottolinearlo, in caso contrario le manovre creerebbero solo disavanzi sanitari e non risparmi in quanto i LEA devono essere garantiti".

Insomma, le Regioni sembrano disposte sì a fare la propria parte per razionalizzare la spesa, ma se il Governo assume su di sé la responsabilità di dire quanto e dove tagliare. **Ma vediamo di seguito come si articola il documento/parere delle Regioni.**

Le Regioni ricordano innanzitutto che si è appena chiuso il nuovo "Patto Salute 2014 – 2016" dopo una lunga serie di tagli, non ultima la misura prevista dal DL 66/2014, che hanno portato addirittura a una crescita negativa del fondo nel corso del 2013 anche in valori nominali.

Il ddl stabilità prevede in uno specifico comma (art. 35, comma 1, lett. c) ultimo periodo) il taglio alla spesa sanitaria per raggiungere il *target* prefissato dal Governo di 4 mld aggiuntivi rispetto alle precedenti manovre per il comparto Regioni.

**Sanità ha già subito 31,7 miliardi di tagli.** Per le Regioni, occorre ricordare che il settore sanitario ha subito tagli cumulati per circa 31,7 mld e che ove il Governo non avesse dato corso alla Sentenza Costituzionale n. 187/2012 (in materia di misure di compartecipazione alla spesa sanitaria dichiarando illegittimo il regolamento previsto per l'emanazione di nuovi ticket per un valore di 2 miliardi di euro) i tagli sarebbero stati maggiori fino ad arrivare "solo" a circa 35,7 mld.

**Il punto di "rottura".** È necessario comprendere – proseguono le Regioni - quale sia il punto di "rottura" dell'equilibrio in Sanità prima di definire ulteriori manovre. Sicuramente si può proseguire nella razionalizzazione della spesa ma individuando di volta in volta precise misure su cui intervenire viepiù ove si considera che l'art. 39 del disegno di legge in attuazione del patto Salute definisce il finanziamento per l'anno 2015 pari a 112.062 milioni, come il finanziamento dei fabbisogni standard in sanità, quindi considerando l'erogazione dei LEA già in condizione di efficienza ed appropriatezza. In caso contrario ci troveremmo ad applicare tagli lineari che non colpiranno gli sprechi ma ineludibilmente i servizi ai cittadini.

**"Pronti a razionalizzare la spesa per beni e servizi, farmaci e medical device, esclusi innovativi e salvavita".** In questo quadro le Regioni – si legge ancora nel documento - ribadiscono la disponibilità a condividere misure per la razionalizzazione della spesa sanitaria con particolare riferimento ai settori dei Beni e Servizi, dispositivi medici, spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, dei medical device ad eccezione dei farmaci innovativi e salva vita per la cui definizione si rimanda a una Commissione mista Governo-Regioni-Aifa.

**I tagli lineari vanno contro i Lea.** Nella discussione sulla razionalizzazione della

spesa sanitaria, occorre ricordare la *ratio* per cui sono stati costruiti e applicati i fabbisogni standard in sanità, se si ritiene che un fabbisogno sia standard ossia che quelle risorse sono coerenti ad un *mix* di prestazioni individuate nei LEA di conseguenza il taglio lineare senza corrispondente riduzione dei LEA fa venir meno la logica dell'esistenza degli stessi LEA.

Il "Patto Salute", infatti – affermano ancora le Regioni - è fondato sul principio di responsabilità fra le parti "Chi rompe, paga!", pertanto Governo e Regioni sono responsabili degli equilibri finanziari e della copertura dei LEA.

**Riduzione Fsn deve quindi indicare quali Lea ridurre.** Il fabbisogno sanitario definito dal Patto Salute è a copertura dei LEA decisi dal Governo che le Regioni devono a corrispondere sul proprio territorio. Le manovre di finanza pubblica che prevedono riduzioni del FSN devono contenere anche i meccanismi di copertura ovvero individuare quali LEA devono essere ridotti ovvero quali costi e per quanto è possibile effettuare la riduzione così da poter ridurre il finanziamento in maniera corrispondente. Se salta questo automatismo che fino ad ora c'è stato ed è stato il cardine del "Patto della Salute" – dicono le Regioni - salta la collaborazione istituzionale e quindi il "Patto Salute". Inoltre, è il caso di sottolinearlo, in caso contrario le manovre creerebbero solo disavanzi sanitari e non risparmi in quanto i LEA devono essere garantiti.

**Differenziare costi e fabbisogno.** Fino ad oggi il Governo, responsabilmente – aggiungono le Regioni - si è sempre fatto carico di rispettare il Patto indicando le coperture per la riduzione del Fondo ovvero dei LEA e le Regioni si sono fatte carico di erogare i LEA in base al fabbisogno standard ovvero di coprire il "surplus" di spese al fabbisogno standard.

Si evidenzia che spesso viene confuso il finanziamento del fabbisogno sanitario che viene calcolato in base alla *quota capitaria standard* con i costi del servizio sanitario nazionale. Il fabbisogno è finanziato nel "Patto salute" dallo Stato ed è già calcolato in base allo "*standard*" quindi ridurre quel finanziamento – sottolinea il documento delle Regioni in conclusione - è come dire ridurre la quota capitaria standard (determinata secondo criteri di efficienza e appropriatezza) e non vuol dire necessariamente ridurre eventuali sprechi o inefficienze, mentre i costi dell'erogazione del servizio sono a carico delle Regioni. Nel caso in cui fossero maggiori alla *quota standard* finanziata nel fabbisogno dallo Stato – dicono le Regioni - gli oneri saranno a loro carico ovvero i risparmi rimangono alle Regioni nel caso in cui i costi del servizio fossero inferiori alla quota capitaria per ulteriori prestazioni fuori LEA.

## **Piccoli ospedali. Ma chiuderli "fa bene alla salute"?**

### **Poche certezze e molti dubbi**

*Sulla efficacia di questa proposta la discussione è aperta soprattutto perché, effetti economici a parte, non sono per niente noti gli effetti negativi del provvedimento non solo sulla salute della popolazione ma neanche sui costi. Il punto, dopo il recepimento nel Patto per la Salute dei nuovi standard ospedalieri*

Sotto la pressione della “spending review” è tornato sul tavolo dei legislatori della sanità nazionale e regionale l’annoso problema della diseconomicità e insicurezza dei piccoli ospedali.

Con la bozza di decreto del luglio 2012 (D.L. 95 del 6.07.2012) adottata nel “Patto per la salute” il 10.07.2014 alla Conferenza Stato-Regioni, il Ministero della Sanità ha stabilito alcuni parametri: la diminuzione del numero di posti letto da 4 a 3,7 per mille abitanti per acuti comprensivi dello 0,7 per mille per post-acuzie. Ciò implica una riduzione delle unità operative dopo “verifica della funzionalità delle piccole strutture pubbliche” promuovendo il passaggio da ricovero ordinario a DH e da DH a regime ambulatoriale. Oltre al criterio generale di riduzione di posti letto per acuti, non è specificato cosa si intende per “funzionalità”, termine comprensibile nel linguaggio corrente ma non usuale nella qualificazione delle strutture e procedure sanitarie; d’altra parte non si dà una dimensione minima circa l’aggettivo “piccoli” ospedali (80-100 letti?)

### **Finalità della riduzione dei posti letto e dei piccoli ospedali**

La riduzione dell’offerta ospedaliera per acuti (riduzione dei posti letto da 4 a 3,7 per mille mantenendo invariata l’aliquota per post acuti allo 0,7‰ del recente decreto N. 95) è motivata dal legislatore prevalentemente dalla riduzione delle spese sanitarie a carico dello Stato che rientra nella manovra generale della spending review.

La motivazione economica del legislatore ha solo in parte il consenso del mondo medico.

Il Ministro della Sanità, nell’allegato 1 al punto 3, in cui sono elencati gli “standard minimi e massimi per le singole discipline in base al tasso di ospedalizzazione, ha delegato alle Regioni la scelta degli ospedali da chiudere.

Il tasso di ospedalizzazione atteso a livello nazionale (160 per 1000 abitanti) è stato a sua volta definito facendo riferimento alle Regioni con migliore performance ed i tassi per disciplina sono stati individuati in rapporto ai bacini di utenza per dimensionare la rete delle strutture pubbliche e private.

Utilizzando come indicatore e relativa prescrizione solo il tasso di ospedalizzazione derivato dal benchmark regionale da applicare indiscriminatamente come unico criterio si elude il problema delle variabilità geografiche che rappresenta una delle cause di inefficienza, disagi, insicurezza e costi del Servizio Sanitario.

Poche settimane dopo, nella seduta del 5 Agosto u.s. della conferenza permanente dei rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, viene sancita l’intesa a completamento di quella della seduta del 10 Luglio u.s. di cui sopra. Nel documento si riconferma il fabbisogno dei posti letto di 3,7‰ abitanti di cui 0,7 per postacuzie, in base al tasso di ospedalizzazione di 160‰, si sancisce la riduzione dei posti letto da attuarsi entro il 31.12.2014 e si confermano gli standard previsti dal decreto 95.

Rispetto all’intesa del 10 Luglio negli allegati 3 vengono riconfermati gli standard minimi e massimi di strutture, di dotazioni, posti letto per singola disciplina in base al bacino di utenza, già discussi nel capitolo precedente previsti nel Decreto 95 nel quale al punto 4.6 “volume ed esiti” vengono definite le soglie minime di attività per

ciascuna struttura “per consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ....”

### **Ma ha senso chiudere i piccoli ospedali?**

Sulla efficacia di questa proposta la discussione è aperta soprattutto perché, effetti economici a parte, non sono per niente noti gli effetti negativi del provvedimento non solo sulla salute della popolazione ma neanche sui costi.

Non essendo immaginabile in merito una ricerca EB (Evidence Based) di tipo I con doppio cieco randomizzato bisogna accontentarsi di studi osservazionali con casi di controllo con i limiti di evidenza di questo tipo di ricerche.

Si può dire che, in realtà, parte dei problemi, specialmente quelli che riguardano la metodologia per lo sviluppo degli indicatori e quelli per la verifica di qualità, erano già stati individuati, grazie all'intuizione di un piccolo gruppo di coraggiosi ricercatori della Siquas, all'incirca 30 anni fa sulla scorta di modelli internazionali.

Nella nostra analisi non sono emerse certezze:

- 1) in merito alla utilità ed opportunità di stabilire delle soglie di volumi di attività degli ospedali e dei chirurghi per garantire sicurezza e riduzione dei costi se non in alcune procedure chirurgiche ad altissima specializzazione,
- 2) sugli indicatori per la valutazione dei risultati,
- 3) sulla metodologia per la stratificazione del rischio, a parte quella basata sulla inaffidabilità dei dati amministrativi,
- 4) sulla opportunità, utilità e rischi insiti nella pubblicizzazione dei risultati.

Il nostro lavoro, come si usa dire, pone molti più problemi di quelli che risolve ed è, pertanto, da considerare come una proposta provocatoria per continuare la ricerca e la discussione, sulle aree tuttora controverse.

E' pertanto auspicabile una rivalutazione più ampia della bibliografia scientifica anche quando mette in discussione i risultati delle ricerche che hanno una importante ed estesa ricaduta sulle norme regolatorie nazionali e regionali.

**Pinna Pintor Plinio, Picco Walter, Caneparo Andrea**

*Fondazione Arturo Pinna Pintor, Torino*

## **Congresso della Società Americana di Ematologia. Un “codice a barre molecolare” per scovare le cellule staminali corrette**

*E' italiana una delle ricerche piu' promettenti sulla terapia genica presentati nel corso del 56° Congresso della Società Americana di Ematologia. Lo studio mostra per la prima volta che è possibile capire dove finiscono le “cellule corrette” che vengono infuse nei pazienti trattati.*

Una scoperta strategica che consentirà di seguire il destino delle cellule staminali corrette per capire cosa succede dopo che sono state trasferite nell'organismo: come funzionano, come e se si riproducono, se si sviluppano in modo sano o impazziscono

degenerando in cancro.

**Le prime sperimentazioni.** Per capire l'importanza del nuovo studio, bisogna partire dal primo successo clinico della terapia genica con vettori lentivirali, derivati dal virus Hiv responsabile dell'Aids, su due rare malattie genetiche dell'infanzia, la leucodistrofia metacromatica e la sindrome di Wiskott-Aldrich. “Avviati entrambi nella primavera del 2010, gli studi clinici di terapia genica hanno coinvolto ad oggi un totale di 16 pazienti (10 affetti da leucodistrofia metacromatica e 6 da sindrome di Wiskott-Aldrich), provenienti da tutto il mondo e che hanno migliorato le loro condizioni di salute” spiega con orgoglio **Luca Biasco**, giovane ricercatore dell'Ospedale San Raffaele di Milano-Tiget che ha presentato al Congresso l'abstract dello studio. La stessa sperimentazione è stata fatta anche su bambini affetti da ADA-Scid, una delle forme più comuni di immunodeficienze combinate gravi che costringe i bambini che ne sono colpiti a vivere "in una bolla".

**Come funziona la terapia genica.** Il trasporto di una o più copie del gene terapeutico avviene in genere grazie a dei virus modificati perché siano innocui ma ancora capaci di fare quello che normalmente fanno in natura: entrare nella cellula ospite e trasferirvi il proprio patrimonio genetico. Così manipolati, i virus diventano efficacissimi vettori per la terapia genica. In particolare, la tecnica utilizzata dai ricercatori dell'Istituto Telethon di Milano (Hsr-Tiget), guidati da **Luigi Naldini**, prevede il prelievo delle cellule staminali ematopoietiche (addette cioè a generare i vari tipi di cellule del sangue) presenti nel midollo osseo del paziente e la loro correzione in laboratorio, tramite l'introduzione del vettore virale contenente il gene terapeutico. Così corrette, le cellule vengono nuovamente reintrodotte nell'organismo sostituendo le cellule malate e dando luogo a un sistema immunitario funzionante e a piastrine normali.

**Il “viaggio” delle cellule sane.** Ma dove finiscono le cellule sane infuse nel paziente? Quanto vivono? E che conseguenze possono avere? Fino ad oggi non c'erano risposte a queste domande. “Quando correggi geneticamente le cellule” spiega Biasco “il gene terapeutico si integra nelle cellule ma non si posiziona sempre nello stesso punto”. Il genoma di una cellula è composto da circa tre miliardi e mezzo di basi e ogni cellula corretta va a posizionarsi in basi diverse facendo così perdere le sue tracce. Ma sapere esattamente dove si posiziona il vettore della cellula sana è di fondamentale importanza in primo luogo per motivi di sicurezza. “La loro posizione serve a verificare che queste cellule non impazziscano e degenerino poi in cancro. Inoltre, la loro localizzazione serve anche a valutarne l'efficacia per osservare se continuano a riprodursi e a permanere nell'organismo garantendo così il mantenimento del risultato terapeutico” prosegue il ricercatore. Ma un'altra importantissima ricaduta di questo studio riguarda la possibilità di poter studiare il sistema ematopoietico che include il sistema immunitario, i globuli rossi, le piastrine e tutto ciò che riguarda la coagulazione.

**Il “codice a barre cellulare”.** Ora proprio grazie al successo della sperimentazione sui bambini portata avanti dal San Raffaele, i ricercatori hanno a disposizione il

primo modello al mondo di cellule sane “etichettate” e, quindi, rintracciabili. “Dopo l’infusione nel paziente delle cellule corrette” spiega Biasco “si effettua un prelievo per vedere dove si sono posizionate perché il codice a barre cellulare offre un’analisi clonale estremamente precisa della popolazione di cellule proliferanti”. Si tratta del primo “sistema di rintracciabilità molecolare” dei cloni ematopoietici individuali che offre un’analisi dettagliata delle dinamiche delle cellule staminali ematopoietiche in vivo.

**Lo sviluppo di farmaci genici.** Ma che impatto ha tutto ciò sulla vita dei pazienti? “Alla luce del successo delle nostre sperimentazioni” annuncia Biasco “si sta lavorando in accordo con la farmaceutica GSK per la distribuzione a livello mondiale della terapia genica”. Trattandosi di un prodotto cellulare così complesso, saranno individuati alcuni centri in tutto il mondo per la produzione del virus vettore. “Poi il virus verrà inviato presso i centri specializzati che lo correggono prelevando le cellule sane dal paziente e poi infondendo nello stesso le cellule corrette”. Una procedura che richiederà la presenza del paziente in ospedale per circa una settimana.

**Diventare genitori anche con la leucemia.** Sempre da uno studio italiano arriva una buona notizia per pazienti di leucemia mieloide cronica, un cancro del sangue che nel nostro Paese colpisce ogni anno circa 650 uomini e 500 donne (dati Airc). L’introduzione degli inibitori della tirosin chinasi (imatinib e inibitori di II generazione, dasatinib e nilotinib) nella clinica pratica ha cambiato profondamente la prognosi di questi pazienti. Anche chi ha ricevuto una diagnosi in fase cronica può aspettarsi un eccellente controllo della malattia e un buon tasso di sopravvivenza. Ma la questione della fertilità e della gravidanza devono essere affrontate subito, alla diagnosi. Ci sono diversi studi su pazienti in cerca di gravidanza o già incinte durante il trattamento con imatinib ma sono pochi quelli sugli altri inibitori della tirosin chinasi.

**Lo studio del Gimema.** Il gruppo di ricercatori del Gimema (Gruppo italiano malattie ematologiche nell'adulto) ha iniziato uno studio - il primo in Ue a valutare concepimento e gravidanza in coppie con uno dei due partner malato di leucemia mieloide cronica - per descrivere gli esiti delle gravidanze e dei tentativi di concepimento in pazienti affetti da leucemia mieloide cronica dal 2013 al 2015. Attualmente sono stati arruolati 63 pazienti (43 uomini e 20 donne) con un’età delle donne incinte che oscilla dai 22 ai 37 anni. Sono stati raccolti i dati di 71 gravidanze la maggior parte delle quali spontanee e tre da fecondazione assistita. Tutte le gravidanze sono state portate a termine, due sono in corso e sei si sono concluse con un aborto spontaneo a tre mesi. Al momento della gravidanza o del concepimento, 8 pazienti erano in trattamento con Nilotinib, 4 con Dasatinib, tre con Bosutinib mentre i restanti erano in cura con Imatinib o erano in una fase iniziale senza alcun trattamento. Tutte le gravidanze proseguite hanno avuto un decorso normale, a parte due distacchi di placenta, un rischio di aborto, un caso di diabete gestazionale con ritardo della crescita intrauterina, un caso di scarsa presenza di liquido amniotico, una

displasia congenita dell'anca e un ritardo di parola in una bimba di 36 mesi. Gli autori definiscono questi primi risultati incoraggianti, anche se da approfondire con ulteriori analisi e allargando l'indagine ad altri centri italiani.

SOLE 24 ORE SANITÀ'

## **Riforma Titolo V: sì dalla commissione Sanità, ma occhio alle competenze**

Nella seduta di ieri, la commissione Sanità della Camera ha espresso parere favorevole al testo di riforma della Costituzione all'esame della commissione Affari Costituzionali. Nel licenziare il parere, la commissione ha rilevato che il nuovo articolo 117 attribuisce in via esclusiva alle Regioni la potestà legislativa in materia di politiche sociali, materia invece complementare alla tutela della salute, rientrante nella competenza esclusiva statale secondo il testo approvato dal Senato.

Per **Pierpaolo Vargiu**, presidente della XII Commissione, «con la nuova Costituzione verranno ridotti i danni di un federalismo della sanità che dal 2001 ha in realtà portato a ventuno sistemi sanitari diversi che non garantiscono affatto cure uguali per tutti. Restano alcune perplessità su quanto questa riforma sia in grado di fare definitiva chiarezza sul riparto delle competenze tra Stato e Regioni sulle politiche socio-sanitarie. Per questo presenterò un emendamento in aula - annuncia Vargiu -: non possiamo perdere quest'occasione storica e limitarci a ridurre i danni, rinunciando a favorire un sistema socio-sanitario che garantisca tutele omogenee su tutto il territorio nazionale, consentendo il controllo dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse economiche e assicurando il diritto alla salute di tutti i cittadini italiani, al Nord come al Sud».

## **Manovra 2015/ Tagli ai farmaci la filiera sugli scudi**

È un no secco ai tagli alla farmaceutica con la manovra 2015, quello che arriva dall'intera filiera del farmaco, sia le industrie che le farmacie. E sale l'attesa per gli annunciati emendamenti del Governo, che secondo le ultime indiscrezioni dovrebbero arrivare questa sera in commissione Bilancio al Senato. La manovra deve arrivare in aula martedì 16.

Attaccano gli industriali: «Sarei stupito da un eventuale nuovo intervento, non ci sarebbe alcuna necessità. Trattarci ancora come un bancomat farebbe soltanto un danno al Paese, altro che crescita». E' questo il commento rilasciato ieri al Sole 24 Ore dal presidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi.

E oggi scendono in campo anche le farmacie. «Se fossero confermate le voci, si determinerebbero pesanti conseguenze negative sui livelli di assistenza per i

cittadini», afferma in un comunicato Federfarma. Aggiunge la presidente Racca: «In caso di nuovi tagli, il servizio e l'occupazione in farmacia non saranno più garantiti». La conclusione: «Le farmacie confidano che le regioni sappiano individuare dove intervenire senza penalizzare i cittadini colpendo gli sprechi». Già, le regioni: ma non è il Governo a decidere?

DOCTOR 33.IT

## Redditi medici, dai dipendenti ai convenzionati calano per tutti

Calano i redditi di tutti i medici, convenzionati, ospedalieri e in libera professione: dopo che l'Istat lo ha certificato per i dipendenti, ora lo conferma l'Enpam, l'ente pensionistico, con i suoi dati "prestati" al 4° Rapporto dell'Associazione degli enti previdenziali privati. Cominciamo con i convenzionati. Tra il 2012 e il 2013, i medici assunti perdono un 8,3% pur rimanendo un reddito tra i più alti (63 mila euro circa annui è la media calcolata pesando tutte le classi di età). Nello stesso arco di tempo, i liberi professionisti perdono circa un 1%. Per la dipendenza, Istat qualche giorno fa ha fornito il dato secondo cui il reddito dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni tra il 2010 e il 2013 non solo è stato penalizzato dal blocco dei contratti ma si è contratto a sua volta, di 600 euro annui medi da 34.600 a 34.000 euro. E nel calderone rientrano abbondantemente i medici ospedalieri. Di impoverimento e appiattimento generalizzato parla **Riccardo Cassi**, presidente dei medici ospedalieri Cimo. «Certo – aggiunge Cassi - bisogna distinguere tra il decremento segnalato dall'Istat e quello dell'Enpam, ente al quale noi medici dipendenti contribuiamo per il fondo generale quota A e per la quota B dove affluiscono i contributi per l'attività libero professionale intra ed extramoenia. In realtà il reddito per noi si è contratto su entrambi i fronti. Sono usciti molti medici, spesso apicali, e le loro posizioni spesso non sono state ricoperte. C'è da aggiungere che fino a metà degli anni Novanta molti di noi hanno potuto godere di una serie di scatti di anzianità periodici poi soppressi, che si riverberano sui salari. In misura minore credo concorra l'avvenuta diminuzione, in certi contesti, dei fondi regionali da dove arriva parte della retribuzione legata al risultato». Una dinamica analoga - uscita di "anziani" con relativi scatti di anzianità congelati, e rimpiazzo solo parziale - risulterebbe ora a quanto pare essersi verificata tra i medici di famiglia, i pediatri e gli specialisti ambulatoriali. Cassi ricorda poi che nemmeno i redditi libero professionali degli ospedalieri sono stati risparmiati. «Dall'entrata in vigore della legge Balduzzi, sulla professione intramoenia ha gravato un taglio secco del 5% che è andato a remunerare altre voci relative alla gestione dell'azienda ed è stato sottratto a noi medici». Complessivamente, «siamo di fronte ad un impoverimento collettivo, confermato dalla pur lieve contrazione degli altri redditi libero professionali dei medici. Il blocco dei contratti ha portato anche un appiattimento della categoria. Nell'ambito degli incontri avuti con il ministro come Cimo e come Alleanza per la

professione (fronte di cui fa parte pure Fimmg ndr) abbiamo ribadito che se non si premia il merito, se non si ricostruisce una dinamica salariale, anche recuperi dell'inflazione sparsi a pioggia non avranno effetti benefici sull'efficienza del Ssn e sulla salute dei cittadini».

## Allarme Fiaso: Asl sposano percorsi terapeutici ma senza Ict niente benefici

Per prima viene l'oncologia, poi la cardiologia e la neurologia, per ultima l'oncoematologia ma molte cose cambieranno mettendo in rete i centri ematologici: sono le specialità dove le malattie si curano adottando percorsi diagnostico terapeutici, sequenze sistematizzate di prestazioni effettuate tra ospedale e territorio. Fiaso - Federazione delle aziende sanitarie ed ospedaliere – ha provato a censire i “Pdta” con il Politecnico di Milano: ce ne sono 338 tra attivi e di prossima attivazione, rilevati su 43 Asl e ospedali. Dall'adozione in tutta Italia il Ministero della Salute spera in un risparmio di 8 miliardi di euro, oro colato per regioni che nel 2015 rinunceranno per ragioni di bilancio a 1,5 miliardi dal fondo sanitario nazionale. Ma i percorsi non possono funzionare se non c'è l'informatica a supportarli. «Ci sono ancora aziende che adottano una reportistica non informatizzata, ma per misurare gli effetti dell'adozione di queste linee guida, protocolli, percorsi occorre avere dei dati di processo e degli indicatori di risultato standardizzati che solo l'informatizzazione può consentire», spiega **Marco Paparella** Osservatorio Innovazione digitale in Sanità del Politecnico di Milano.

Solo il 16% dei percorsi tuttavia è informatizzato e 18 aziende sulle 43 intervistate non usano l'Ict per valutare i Pdta, anche se la letteratura attribuisce all'informatizzazione una riduzione del 18% dei giorni di ricovero per infezioni e del 20% per le polmoniti, e un quasi dimezzamento delle complicanze prevenibili tra i degenti in ospedale. E' stato poi chiesto alle aziende di indicare quale obiettivo sia raggiungibile o già raggiunto con l'informatizzazione dei percorsi sanitari. Il “bit” può molto nel far aderire i sanitari alle linee guida e nel collegare ospedale e territorio, meno nel rilevare l'errore/evento avverso o nell'empowerment del paziente. Tutta da giocare la partita della riduzione dei costi per le aziende. «Purtroppo siamo agli inizi di una vera informatizzazione», ammette Paparella. «Anche a noi risulta, come al Ministero della Salute, che se ogni paziente seguisse un iter condiviso senza duplicazioni di accertamenti o viaggi né differenze tra una cartella clinica e l'altra o sprechi di tempo nelle prenotazioni e refertazioni si risparmierebbero miliardi. I benefici però sono calcolabili principalmente in termini di tempo risparmiato e dedicabile a prestazioni ulteriori. Per quantificare i risparmi l'Osservatorio ha affiancato delle Asl ma purtroppo i dati si ottengono dove l'informatizzazione c'è e funziona. Oggi occorre che tutti gli attori della sanità si confrontino tanto sugli standard da adottare quanto sui modelli e i software di riferimento, per evitare di continuare a lavorare “a sylos”, mettendo al bando ogni autoreferenzialità».

## **Asl viola privacy: malattia di un minore entra nel motore di ricerca**

Un'Asl dà l'ok al pagamento del soggiorno di un minore in una comunità riabilitativa. Pubblica il provvedimento e le fatture nel suo sito, che è ripreso dai motori di ricerca. Ergo, se chiunque –un compagno di scuola – clicca il nome del ragazzo sul web, trova che è in cura (riconoscibile da nome cognome data e luogo di nascita) e perché. Il Garante della Privacy con provvedimento recente - menzionato ma non pubblicato ai sensi del Regolamento 1° agosto 2013 - ha invitato l'Asl a rendere anonimi i dati ed a sollecitare ai motori di ricerca la rimozione dei link al sito dell'Asl, anche dalla memoria cache. Il Garante ricorda che per rendere irriconoscibili i dati di un paziente non basta mettere solo le iniziali: si devono sempre oscurare i dati identificativi e tutte le altre informazioni utili ad identificare l'interessato in futuro. Con separato provvedimento sarà valutata eventuale violazione amministrativa al Codice privacy, fermo restando il diritto al risarcimento che si manifesta ove il minore riesca a dimostrare di essere stato danneggiato. «Il Garante in questa materia è intervenuto spesso ma regioni, comuni e Asl lo ignorano», spiega l'avvocato **Paola Ferrari**, tra i principali esperti del tema riservatezza in sanità. Ferrari ricorda il provvedimento 313 del 19 giugno scorso: una regione aveva pubblicato elenchi dei candidati ammessi e non ammessi a prove concorsuali riservate a soli disabili in spregio all'articolo 22, comma 8, del Codice privacy del 2003. «È vietato diffondere “dati idonei a rivelare lo stato di salute” e per estensione dati da cui si possa desumere lo stato di malattia o l'esistenza di patologie dei soggetti interessati, compreso qualsiasi riferimento alla condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici e/o psichici». Quanto all'ipotesi di risarcimento, Ferrari cita la sentenza 2034 della I Sezione civile della Cassazione del 13 febbraio 2012 che condannò un Comune a risarcire 16 mila euro per aver pubblicato in Albo pretorio una delibera contenente le patologie di un dipendente, ravvedendo “il disagio e l'imbarazzo conseguenti alla diffusione dei dati stessi ed anche della preoccupazione, derivante all'interessato, dal non sapere quali e quante persone avevano in realtà conosciuto la sua situazione di salute. Ulteriore pregiudizio è derivato dalla specifica preoccupazione dell'attore, determinata dal fatto che le modalità di pubblicazione rendevano possibile una lettura da parte di un numero indeterminato di soggetti”.

**RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA**

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**