



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Spending review, prossima tappa la riduzione dei centri d'acquisto Pa

Le misure

Saranno ridotte a 34: dopo l'ok della Conferenza unificata si attende il via libera del premier. Il supercommissario è tornato negli Usa, al Fondo monetario internazionale, ma la sua eredità continua a far discutere, nel bene e nel male. Dopo l'addio dell'ormai ex commissario Cottarelli ci si chiede cosa sarà dei tagli alla spesa pubblica di cui è stato per pochi mesi responsabile. Di sicuro la materia non è più off limits: dal taglio delle auto blu alla riduzione dei centri di acquisto delle amministrazioni pubbliche, dal progetto per risparmiare sull'illuminazione pubblica al tetto agli stipendi dei dirigenti pubblici, sono tantissimi gli ambiti su cui è stato avviato il processo di spending review da parte di Cottarelli. In alcuni casi il processo è stato completato, in altri è in itinere, in altri ancora le misure sono ancora rimaste nel cassetto. Complessivamente - ha calcolato lo stesso commissario in un suo recente intervento - sono stati adottati interventi di risparmio per 8-14 miliardi e l'«ampio margine di incertezza» nel calcolare il risultato effettivo è proprio legato alla necessità di «verificare ex post in che misura gli enti territoriali siano riusciti effettivamente a raggiungere i risparmi loro richiesti». In attesa di capire se Cottarelli sarà sostituito (molti pensano che non ci sa-

rà un altro commissario alla spending review) ecco lo stato dell'arte di alcuni dei principali interventi.

Auto blu Sul tema erano intervenuti già i precedenti governi. Ora la riduzione delle auto di rappresentanza, prevista da un decreto e poi da una norma esecutiva, è nella fase applicativa.

Centri d'acquisto È il prossimo provvedimento in dirittura d'arrivo. La norma che porta da 34.000 «centrali di committenza» a 35 «soggetti aggregatori» per gli acquisti delle amministrazioni pubbliche, ha superato l'esame della conferenza unificata ed è alla firma del presidente del Consiglio.

Prezzi per gli acquisti La norma dovrebbe bloccare gli stratagemmi per frenare i meccanismi che fissano a livello centrale (tramite le aste Consip) i prezzi per acquisto di beni e servizi della Pa. Il trucco era quello di prevedere piccole modifiche alla tipologia di bene standard per evitare di spendere quanto previsto. Ora sono stati individuati prezzi «benchmark», di riferimento: l'eventuale differenza si «spesa» dovrà essere giustificata. Ci saranno verifiche e sanzioni.

Gli enti locali A regime i trasferimenti ai Comuni verranno calibrati non sui «trasferimenti storici» ma sui bisogni effettivi calcolati come differenza tra fabbisogni di spesa standard e capacità fiscale standard. La novità è in ritardo sul calendario iniziale. La legge di Stabilità prevede per il 2015 l'avvio dei fabbisogni standard che inizialmente orienteranno

solo il 20% dei trasferimenti.

Illuminazione pubblica Il progetto per una maggiore efficienza della spesa per l'illuminazione pubblica è stato approntato, ma non inserito ancora in alcuna legge. Se ne era parlato già con il primo commissario alla Spending Review, Enrico Bondi.

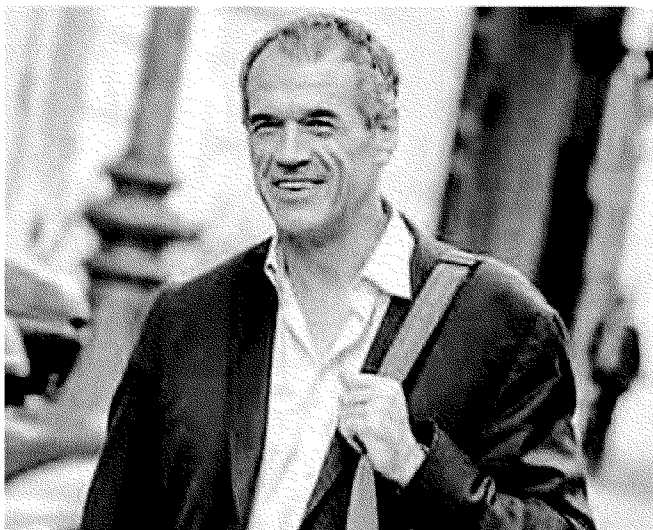
Stipendi manager Il taglio degli stipendi dei dirigenti pubblici si articola in 4 fasce: si parte dal tetto di 238.000 euro parametrato al compenso del presidente della Repubblica per i dirigenti di primissimo livello. Si scende del 22% (ovvero a un massimo di 185.640 euro), del 54% (109.480) e del 60% (95.200) a seconda dei livelli di responsabilità. Prevista l'estensione anche a manager di società pubbliche.

Taglio Partecipate Il progetto di Cottarelli, rilanciato anche dalle statistiche pubblicate sul suo blog, è contenuto - ma in forma light - nella legge di stabilità: entro il marzo 2015 gli enti locali devono mettere a punto un piano operativo di accorpamento. L'obiettivo di razionalizzare, riducendole da 8.000 a 2.000 appare lungo da realizzare.

Il bilancio

Già in cantiere interventi per risparmiare 8-14 miliardi ma per molti c'è ancora bisogno di provvedimenti operativi

L'ex commissario Carlo Cottarelli non sarà sostituito alla spending review



Il ministro a Napoli

Turnover in sanità, ok di Lorenzin «Utile un ricambio generazionale»

NAPOLI «Ora bisogna dare respiro al turnover», è quanto ha annunciato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin parlando ad un convegno a Napoli sul "Patto della Salute" promosso da Ncd. A giudizio del ministro c'è stato finora un sostanziale blocco dell'accesso alla professione, «un fatto molto grave». Ma ora bisogna, a giudizio di Lorenzin, «garantire un necessario ricambio generazionale in una professione dove le competenze si trasmettono». Dal canto suo il governatore Caldoro ha ricordato il percorso fatto dalla Campania che ha permesso di avviare lo sblocco del turnover: «Il ministro ci sta dando una mano in tal senso, ma molto dipende dalla burocrazia». Lorenzin poi è tornata a parlare della Terra dei fuochi e delle polemiche nate attorno ad essa (anche in conseguenza di sue esternazioni sullo stile di vita dei campani). «Vengo in Campania, come vado nel resto del Paese cercando di essere onesta e di dire sempre le cose come stanno», ha affermato. «Posso dire che sono stato il ministro della Salute che ha fatto di più per la sanità in Campania», ha aggiunto, ricordando l'attività di screening che è stata avviata, poi se qualcuno vuole fare polemica la faccia pure. Per il ministro se c'è «un problema di stili di vita, questo c'è non solo in Campania, ma anche in Italia e in tutta Europa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL FOCUS

Beatrice Lorenzin: «Sarà l'e-health a salvare la Sanità»

«Per digitalizzare la sanità italiana serve una regia unica che metta fine alla confusione nelle governance che ha regnato finora». Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** spiega a Cor.Com la sua strategia per l'e-health: spinta alle partnership pubblico-privato e uso

più efficiente dei fondi Ue. Intanto si scaldano i motori del Patto della Salute.

Ma lo stallo dell'Agenda digitale rischia di frenare il processo. Le Regioni: "Pronti i piani regionali per lo sviluppo e implementazione dell'Isce, ma il governo nechia".

► DA PAGINA 2 A PAGINA 5

IL FOCUS

La sanità del futuro

Lorenzin: «Regia unica per la sanità digitale Ora troppa confusione»

L'e-health rappresenta un importante fattore di stimolo allo sviluppo economico: una chance per le imprese e anche per la ripresa dell'occupazione

La nuova programmazione Ue 2014-2020 consente l'accesso a ingenti risorse. E si possono portare avanti anche iniziative pubblico-private

La sanità italiana è fra le prime al mondo per livelli di efficienza: i nostri

provvedimenti ci pongono all'avanguardia in Europa

Le Regioni presentano caratteristiche e modelli organizzativi molto diversi tra loro, alcuni eccellenti. Ma oggi è più che mai necessario armonizzare e uniformare le soluzioni esistenti per consentire un utilizzo organico e funzionale dell'Ict

e mettere in atto modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino

Federica Meta

Un'occasione per far ripartire l'economia, non solo uno strumento per rendere più sostenibile ed efficiente la sanità italiana. Questo è l'e-health per il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, che spiega a Cor.Com quali sono le sue azioni per il digitale.

"Considero l'Ict prioritario per la mia azione di governo - dice il ministro al nostro giornale -. Con il progressivo mutarsi del contesto socio-demografico e con la necessità di assicurare la sostenibilità del sistema sanitario puntare sull'innovazione è decisivo per l'attuazione della strategia

digitale del nostro Paese. La sanità digitale rappresenta anche un importante fattore di stimolo in termini di sviluppo economico: il soddisfacimento delle esigenze di carattere socio-sanitario, rappresenta un'opportunità di investimento per le imprese, da cui può conseguire lo sviluppo di occupazione qualificata ed uno stimolo alla crescita".

Ha battezzato il patto per la Sanità digitale. Quali le priorità?

Il Patto individua alcune priorità tra le quali: i sistemi per l'interazione multidisciplinare tra professionisti in ambito ospedaliero e territoriale atti a garantire la continuità assistenziale, la definizione di modelli organizzativi innovativi per le cure primarie e la cartella clinica condivisa, i sistemi informativi ospedalieri integrati, le soluzioni per la Clinical Governance e per il monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche. Di particolare rilievo sono il fascicolo sanitario elettronico e la realizzazione di servizi di telemedicina, fattori

abilitanti dei processi riorganizzativi della rete assistenziale, favorendo la de-ospedalizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale. Si tratta di un primo elenco di priorità individuate tra quelle maggiormente suscettibili di interventi in regime di partenariato pubblico-privato, che sarà delineato anche sulla base della condivisione con i diversi portatori di interesse coinvolti.

Ci saranno le risorse per rendere più efficiente la sanità in senso digitale?

La nuova programmazione comunitaria 2014-2020, può offrire rilevanti opportunità. In particolare, un significativo contributo può essere individuato nei nuovi programmi strategici europei Horizon 2020 e Connecting Europe Facility. In aggiunta, gli Stati membri possono avvalersi dei fondi strutturali della programmazione comunitaria 2014-2020. Ricordo che il Patto prevede il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse e l'individuazione di modelli di finanziamento anche in forma di partenariato pubblico-privato.

C'è qualche timore che il ricorso a queste forme sia una sorta di viatico verso la privatizzazione del settore. Lei che idea si è fatta?

Le forme di partenariato pubblico-privato alle quali si fa riferimento nel Patto mantengono fermo il vincolo imprescindibile dell'equità e universalità del servizio sanitario. Il ministero, in collaborazione con le Regioni ed in coerenza con le strategie e le iniziative programmatiche Ue, non può derogare al suo ruolo di indirizzo e raccordo delle diverse iniziative intraprese, che svolge anche attraverso la predisposizione di norme e linee di indirizzo che consentono di perseguire l'innovazione in modo omogeneo sul territorio nazionale. In tale contesto, le imprese hanno la possibilità di inserirsi in un framework strutturato in qualità di soggetti attuatori, mettendo a disposizione le competenze acquisite e contribuendo alla realizzazione di soluzioni applicative e tecnologiche grazie alle quali dare attuazione ai modelli

di erogazione delle prestazioni che possono trovare nell'Ict il loro fattore abilitante.

Ma la sanità italiana è pronta a fare il salto nel digitale?

Le Regioni presentano caratteristiche e modelli organizzativi molto diversi tra loro, alcuni dei quali sono eccellenze sul fronte dell'innovazione. Complessivamente, la sanità italiana risulta tra le prime al mondo per efficienza. L'Italia ha adottato provvedimenti specifici che la pongono all'avanguardia in Europa. È oggi più che mai necessario continuare il percorso intrapreso, identificando una "via comune" per lo sviluppo e la diffusione della sanità digitale, che attui un modello di governance finalizzato a perseguire l'armonizzazione delle soluzioni esistenti, l'utilizzo organico e funzionale dell'Ict all'assistenza erogata e a valorizzare le punte di eccellenza. La sanità digitale deve diventare una risorsa strumentale di cui concretamente disporre in modo uniforme sul territorio nazionale, per mettere in atto modelli assistenziali innovativi, più efficienti e incentrati sul cittadino e personalizzati sui suoi bisogni.

Quali ostacoli incontrerà nel suo cammino "digitale"?

È indispensabile rimuovere tutti quei fattori che favoriscono il permanere dell'eterogeneità in termini di maturità dei sistemi informativi regionali, anche in riferimento alle soluzioni applicative adottate, ai modelli architetture, agli standard semantici e alle modalità di utilizzo dei sistemi stessi. Serve perseguire una strategia nazionale attraverso una regia unitaria. In questo senso è fondamentale focalizzare sforzi progettuali ed investimenti su obiettivi definiti, secondo percorsi di attuazione e priorità condivise, nel pieno rispetto delle prerogative regionali e locali. Per non mettere a serio rischio la tenuta del servizio sanitario nazionale bisogna fermare la logica dei tagli lineari e del risparmio dato dalla diminuzione della quantità e della qualità dei servizi: la chiave sta nell'innovazione tecnologica

e lo sforzo di chi ha la governance del processo deve essere quello di eliminare gli ostacoli allo sviluppo di servizi digitali alimentando la fiducia dei pazienti e la competenza degli operatori nell'utilizzo delle nuove tecnologie.

A che punto sono i progetti chiave di sanità elettronica, quali fascicolo sanitario elettronico e ricetta digitale?

La realizzazione del fascicolo sanitario elettronico nelle Regioni italiane, anche grazie allo sforzo del ministero per la definizione di una cornice normativa di riferimento, sta procedendo con apprezzabile dinamismo: la quasi totalità delle Regioni ha avviato le attività per la realizzazione del Fascicolo e sta procedendo nella sua implementazione, anche attraverso la messa in atto di sperimentazioni sul proprio territorio. In particolare il fascicolo è operativo in Emilia Romagna, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento e Toscana, mentre nelle altre Regioni l'implementazione sta progressivamente interessando l'attivazione di singole componenti dello stesso in specifiche aree territoriali. La ricetta digitale è oramai a regime in tutte le Regioni: la trasmissione per via telematica delle ricette da parte dei medici prescrittori sulla base della disposizione che stabilisce l'equivalenza a tutti gli effetti giuridici tra la ricetta cartacea e la ricetta medica trasmessa telematicamente ha creato i presupposti normativi per la concreta realizzazione dell'ePrescription a livello nazionale. Il successivo decreto attuativo, adottato in data 2 novembre 2011 ha definito le modalità tecniche per la dematerializzazione della ricetta medica cartacea per le prescrizioni a carico del Ssn e dei Ssni. In collaborazione con il Mef stiamo monitorando il rispetto da parte delle Regioni delle percentuali di graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico che non dovranno risultare inferiori al 60% per l'anno 2013, all'80% quest'anno e al 90% l'anno prossimo. ■



Beatrice Lorenzin, ministro della Salute.



Le difficoltà delle imprese per ottenere la garanzia dello stato sui mancati pagamenti

Certificazione crediti in salita

P.a. resistenti e commissari del Mef con le armi spuntate

Pagina a cura
DI MATTEO BARBERO

È scaduto venerdì scorso, 31 ottobre, il termine entro il quale coloro che vantano crediti nei confronti delle pubbliche amministrazioni potevano attivarsi per usufruire della garanzia dello stato al fine di ottenere il dovuto. Ma purtroppo, secondo quanto risulta a *Italia Oggi Sette*, non tutto sta filando liscio. Spesso, infatti, i creditori non sono riusciti a ottenere la preziosa e indispensabile certificazione attraverso la piattaforma elettronica. Nei casi peggiori, la resistenza degli enti debitori è tale che neppure i commissari nominati dal Mef riescono a sbrogliare la matassa. Nel frattempo, imprese e professionisti sono lasciati senza alcuna informazione e quindi senza alcuna certezza sui tempi del pagamento.

La procedura di certificazione, in effetti, rappresenta lo snodo cruciale di tutta l'operazione di smobilizzo dei crediti verso le p.a., in particolare, per chi intenda ricorrere allo strumento della cessione. Il creditore, infatti, può cedere il proprio credito certificato a una banca o a un altro intermediario finanziario abilitato, che a questo punto subentra al creditore stesso nel rapporto con il debitore. La cessione può essere disposta sia «pro-solvendo» che «pro-soluto». Nel primo caso, il soggetto che cede il credito risponde dell'eventuale inadempimento del debitore, mentre nel secondo deve

In cifre		
Numero e importo delle istanze presentate, suddiviso per tipologia di ente debitore		
Ambito amministrazioni	N° Istanze presentate	Importo Istanze presentate
Amministrazioni periferiche dello stato	832	357.503.569,16
Amministrazioni centrali dello stato	6.152	271.584.258,93
Amministrazioni dello stato (totale)	6.984	629.087.828,09
Enti locali	595	3.748.186.356,04
Enti del Ssn	16	1.565.084.338,38
Altri Enti tenuti alla registrazione ex art. 1, comma 2, del dlgs 165/01	17.279	1.113.964.643,66
Regioni e province autonome	41.959	60.250.207,10
Enti pubblici nazionali	1.161	124.233.039,18
Altri enti tenuti alla registrazione ex art. 1, comma 2, del dlgs 196/09	1.831	779.700,66
Totale	62.841	6.612.498.285,02
Amministrazione non accreditata o non individuata	3.399	390.088.735,45
Totale	3.399	390.088.735,45
Totali	73.224	7.631.674.848,56

non spaventano troppo chi da anni è alle prese con il blocco di fatto del turnover e, a causa dei vincoli del Patto di stabilità interno, non potrebbe comunque indebitarsi.

Qualora la p.a. non risponda entro 30 giorni dalla data di presentazione dell'istanza di certificazione, il creditore può anche e agli uffici centrali o periferici del Mef la nomina di un commissario ad acta, che dovrebbe provvedere entro i successivi 50 giorni. Ma anche tale possibilità (il cosiddetto potere sostitutivo) è spesso un'arma spuntata. Persino i commissari ministeriali fanno fatica a imporsi, anche perché non dispongono di alcuna assistenza da parte del Mef. Come del resto, gli stessi creditori.

Chi prova a capirci qualcosa (creditore o commissario che sia) non può contattare un help-desk, ma viene automaticamente indirizzato sulle faq presenti nel portale della piattaforma.

Senza la certificazione, tutto il meccanismo si inceppa. L'ambito documento, infatti, è essenziale anche per accedere alla possibilità di compensare i crediti con le somme dovute al Fisco. In teoria, tale chance è prevista per tutte le pendenze su tributi erariali, tributi regionali e locali, contributi assistenziali e previdenziali, premi per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali o altre entrate, sulla base di cartelle esattoriali notificate entro il 31 marzo 2014 (si veda *Italia Oggi Sette* del 20/10/2014). Inoltre, è possibile compensare i crediti certificati con somme dovute in base agli istituti definatori della pretesa tributaria e deflativi del contenzioso tributario.

Ma anche in tal caso, senza certificazione non c'è nulla da fare.

© Riproduzione riservata



esclusivamente garantire l'esistenza dello stesso, per cui il rischio di inadempimento grava elusivamente sul cessionario.

Una forma peculiare di cessione pro-soluto è quella prevista dall'art. 37 del dl 66/2014. Essa è consentita esclusivamente per i crediti commerciali di parte corrente maturati al 31 dicembre 2013 verso le p.a. diverse dallo stato che siano già certificati ovvero che ottengano la certificazione a seguito di istanza presentata, come

detto, entro il 31 ottobre. In tal caso, i crediti ceduti sono assistiti da una garanzia statale, il che consente al cedente di spuntare condizioni

particolarmente vantaggiose rispetto a quelle di mercato: il cessionario, infatti, potrà applicare una percentuale di sconto (comprensiva di ogni onere e commissione) non superiore all'1,90% in ragione d'anno per importi di ammontare complessivo del credito o dei crediti ceduti sino a 50 mila euro, ovvero all'1,60% in ragione d'anno per importi eccedenti i 50 mila euro di ammontare della cessione.

In teoria, le amministrazioni debitorie hanno 30 giorni di tempo per rispondere e, in caso di inadempimento, incappano in pesanti sanzioni, ossia il divieto di assumere personale e di contrarre nuovi prestiti.

Ma si tratta di penalità che

Finanza difficile. Quasi mille gli enti rimasti fuori dall'allentamento

Il Patto ferma il pagamento di un miliardo di debiti Pa

Valeria Uva

☞ L'ulteriore allentamento del patto di stabilità promesso dalla legge di Bilancio 2015 per ora è solo sulla carta. Mentre è reale - e vale almeno un miliardo - l'esigenza degli entilocali di spendere le risorse già in cassa. Soprattutto per pagare i vecchi debiti.

Il paradosso continua: l'ultimo allentamento dei vincoli finanziari agli enti locali, avviato con il Dm 13 ottobre 2014, per 200 milioni non è bastato a soddisfare le necessità. Le richieste hanno superato di cinque volte l'offerta. In altre parole, a fronte dei 200 milioni di pagamenti in più, Comuni, Province e Regioni hanno chiesto di poter saldare quasi un miliardo aggiuntivo, 922 milioni per l'esattezza. Soldi già nelle casse degli enti, ma che non potranno essere spesi per via del Patto. E attenzione: non si tratta di debiti nuovi: l'ultimo allentamento è stato concesso solo per fatture accumulate entro il 31 dicembre 2013. A dimostrazione che la gigantesca partita degli arretrati non è affatto conclusa come sperava il Governo. Secondo i calcoli dei costruttori dell'Ance sono 989 (il 16%) gli enti locali che devono ancora pagare vecchi debiti del 2013. In testa il Lazio, in cui un ente su tre ha soldi bloccati per questo

fine (si veda il grafico sotto).

I 31,3 miliardi saldati finora non bastano. Capire quanti ancora ne servono è come lavorare a un puzzle: i 922 milioni bloccati sono solo una tessera. L'allentamento ha lasciato fuori casistiche molto vaste (debiti degli enti statali, delle società partecipate e mancati trasferimenti da altre amministrazioni). In più i ritardi nei pagamenti dei fornitori continuano anche nel 2014. L'Ance stima almeno 3-4 miliardi di debiti - solo in conto capitale, per le opere pubbliche cioè - ancora da pagare fino al 2013, in vertiginosa crescita fino a 9-10 miliardi nei primi dieci mesi del 2014. Ai quali si aggiungono i 3,2 miliardi di scoperto di parte corrente conteggiati a settembre scorso da Assobiomedica (apparecchi biomedicali).

La certificazione

Anche l'operazione di certificazione dei crediti, chiusa il 31 ottobre, ha fatto emergere nuovi insoluti. Le 18.950 imprese registrate alla piattaforma del Mef hanno presentato 73 mila domande per un totale di 7,6 miliardi di arretrati (si veda il Sole 24 Ore del 30 ottobre).

I buchi sono enormi: soltanto alle Asl ad esempio, sono arrivate "solo" 16 istanze, ma ognuna pesantissima, per un

totale di un miliardo e mezzo di debiti. Stessa situazione per gli enti locali: 595 domande che da sole coprono il 49% delle richieste (3,7 miliardi).

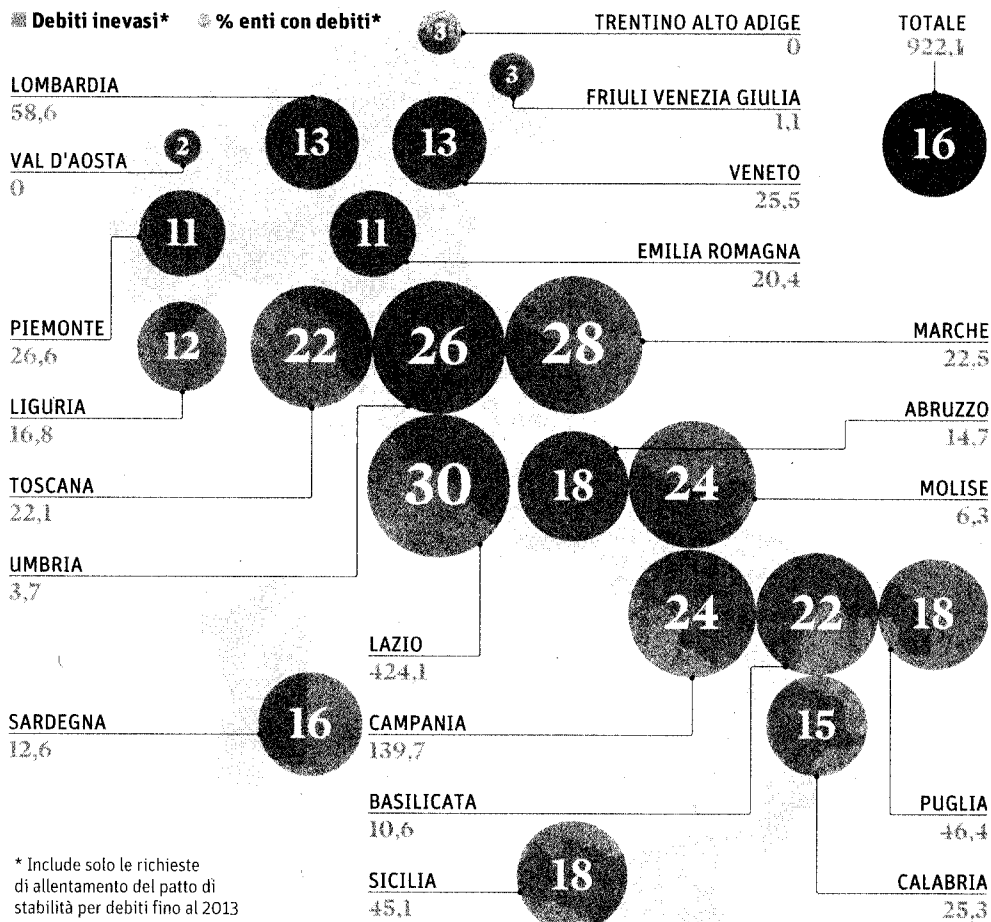
In palio c'era la possibilità una volta ottenuta l'agognata certificazione del credito di cederlo definitivamente alle banche (pro-soluto) con la garanzia dello Stato e a tassi vantaggiosi. Ma anche tra chi si è registrato superando magari ostacoli tecnici (si veda l'articolo in basso) c'è qualcuno destinato a restare a bocca asciutta. Come le 3.400 imprese con un arretrato di 400 milioni che non sono riuscite a individuare l'amministrazione di riferimento, anche perché non ancora registrata. O le oltre 6 mila che vantano crediti da enti statali e che per questo non potranno accedere alla garanzia dello Stato, appunto.

Profondamente delusi restano i costruttori che, nonostante siano tra i maggiori creditori della Pa, sono stati esclusi dalla certificazione, aperta solo ai crediti di parte corrente e non a quelli per investimenti, quali appunto, le opere pubbliche. Per loro nessuna chance, nonostante l'impegno assunto dall'Economia a luglio con un protocollo formale di trovare una soluzione anche per loro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fondi congelati

Ripartizione regionale degli spazi richiesti sul patto di stabilità per il Dm 13 ottobre 2014 (in milioni)



* Include solo le richieste di allentamento del patto di stabilità per debiti fino al 2013

Fonte: elaborazione Sole 24 Ore su dati Ance

Quando la certificazione Mef non basta

Recupero crediti, meglio il fai-da-te

Scaduto venerdì scorso il termine per chiedere il riconoscimento dei crediti verso la Pa, il bilancio degli arretrati da pagare non può ancora essere definitivo. Nonostante il rush finale di iscrizioni (4mila su quasi 19mila nelle ultime settimane), infatti, c'è anche chi seguirà altre strade per recuperare i propri crediti. Nella sanità, ad esempio, all'appello mancano almeno 1,7 miliardi di crediti (la differenza tra i 3,2 di scoperto segnalato da Assobiomedica e 1,5 miliardi presenti sulla piattaforma Mef). Difficoltà tecniche o situazioni particolari. Prendiamo ad esempio la Bbraun, la filiale italiana della multinazionale tedesca specializzata in biomedicale: 160 milioni di fatturato annuo e quasi la metà (65 milioni) incagliata con fatture

date anche 2009. «Siamo registrati sulla piattaforma ma non abbiamo chiesto la certificazione per i nostri crediti più rilevanti» spiega l'amministratore delegato, Luigi Boggio. «Preferiamo fare da soli - aggiunge - abbiamo rafforzato l'ufficio recupero crediti con 11 persone e le mandiamo sul campo a far aprire i cassetti alle Asl». Un lavoro laborioso che sta dando i suoi frutti. «La media di attesa per i pagamenti del settore è di 180 giorni, noi siamo sotto del 25%». Ma, a volte, la sfida è quasi impossibile: «In Calabria dobbiamo rintracciare documenti del 2008». La Bbraun ha anche testato alcune situazioni critiche mediante la piattaforma Mef: nessuna risposta dalle Asl è arrivata entro i 30 giorni di legge. Le stesse lentezze sono state

riscontrate anche dall'Ance (edilizia) che segnala miglioramenti rispetto ai vecchi tassi di inerzia (60%) ma ancora difficoltà. In Piemonte, ad esempio c'è un ente che da settimane dichiara di non riuscire a entrare nella piattaforma Mef; in Campania gli enti locali non certificano i crediti argomentando di non sapere quando avranno i soldi. Difficile anche far applicare le sanzioni per la Pa che non risponde, visto che a sanzionare dovrebbe essere lo stesso ente inadempiente.

Per i costruttori comunque la certificazione è un'arma spuntata: non vale per i propri crediti, tutti legati a spese non di parte corrente. «E' solo un'emersione senza vantaggi - ha spiegato nei suoi seminari l'Ance - che anzi potrebbe addirittura rivelarsi un boomerang». «Una volta imboccata questa strada non si può proseguire per le vie legali - conclude l'associazione - e sperare nel decreto ingiuntivo».

V.Uv.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANALISI

Stefano
Pozzoli

L'assedio ai bilanci ritoccati

Il cambio di regole del 2015 favorisce alcuni Comuni e ne colpisce altri. Forse non sarà una stretta generalizzata per tutti ma avrà effetti rilevanti sul sistema delle autonomie locali. Certo andranno a combinarsi gli effetti di una duplice manovra finanziaria: una esplicita, rappresentata dal miliardo e 500 milioni di tagli scritti nella legge di stabilità 2015 e una, nascosta tra le pieghe delle nuove regole contabili, ancor più pesante.

Il primo anno di applicazione della riforma nota come "armonizzazione" comporterà una riduzione di risorse formalmente disponibili pari a circa 2,4 miliardi secondo le stime del Sole 24 Ore (e del Governo), ma addirittura più alte secondo quanto dichiarato dal presidente Anci, Piero Fassino. L'armonizzazione, infatti, se forse lascia margini di flessibilità in più sulla spesa, è certo più rigorosa e implacabile con le entrate. Fino a oggi, in sostanza, i Comuni potevano, entro certi limiti, ignorare il tema dell'effettiva riscossione dei crediti (i «residui attivi») spendendo quindi anche ciò che in realtà non incassavano, con effetti ovvi sui loro equilibri finanziari reali. Una distorsione gravissima, che ha portato a cifre monstre nei residui, dove sono andati ad accumularsi "crediti" diventati nel tempo sempre di più incerta riscossione, anche se in teoria giuridicamente esistenti. Tutto questo peserà, se fatto correttamente, assai più dei tagli della legge di stabilità. E saranno tagli, questi sì, che di lineare non avranno più nulla: puniranno, giustamente, chi non è stato capace di riscuotere i suoi crediti e chi ha mantenuto in bilancio residui fittizi, attraverso un meccanismo graduale di accantonamento a fondo di quanto non si riesce a incassare.

Gli effetti della manovra sono

in parte attenuati dall'allentamento dei vincoli di Patto di stabilità che avrà anch'esso il pregio di premiare i "virtuosi" (quelli veri, non quelli individuati con parametri che hanno prodotto spesso risultati paradossali e smentiti dalle successive adesioni a piani di pre-dissesto) mettendo fine all'«abbiamo i soldi ma non li possiamo spendere per colpa del Patto». Ora si vedrà chi davvero può spendere e chi no, e sono risorse che, tendenzialmente, potranno essere utilizzate quasi esclusivamente per pagare impegni di investimento già assunti, con effetti evidenti sul sistema economico: perché è vero che gli effetti delle manovre si sovrappongono e possono essere diversi secondo il peso delle varie componenti, ma il tema degli equilibri di parte corrente resterà prioritario. E questo è solo il primo assaggio di un processo di armonizzazione che dispiegherà i suoi effetti nell'immediato futuro, con il riaccertamento straordinario dei residui nel rendiconto 2015 e la neutralizzazione degli incassi da residui nel bilancio 2016 e così via.

Riusciranno i Comuni ad assorbire il colpo? Probabilmente no, se continueremo a fare le stesse cose allo stesso modo. Per questo occorre ambizione e radicalità. Occorre immaginarsi una riforma della Pa locale che ne modifichi i meccanismi di funzionamento alla radice, incidendo sull'organizzazione dei Comuni e sulla stratificazione di norme e burocrazia che hanno perso senso. Oggi il suo addetto più della metà (e spesso i migliori) è in ufficio a produrre carte richieste dalla bulimia burocratica. Riportiamoli a produrre servizi, altrimenti avremo Comuni che avranno soldi solo per mantenere i dipendenti che non saranno più in grado di offrire qualcosa di concreto ai loro cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quello più favorito. Valori in euro

Comune	Tagli aggiuntivi (1)	Obbligo di accantonamento nel fondo crediti (2)	Effetto riduzione Patto di stabilità (3)	Saldo (4)	Saldo per abitante
Arezzo*	-2.403.784	-1.556.199	4.732.464	772.481	8
Trapani	-1.721.291	-2.548.099	4.830.996	561.607	8
Nuoro	-801.670	-1.653.807	2.775.584	320.106	9
Brescia*	-5.584.070	-6.962.336	14.467.127	1.920.721	10
Torino	-31.941.340	-36.704.935	78.502.711	9.856.437	11
Viterbo*	-1.655.169	-1.466.997	3.837.422	715.255	11
Ragusa	-1.771.508	-1.962.215	4.578.563	844.839	12
Barletta	-2.130.539	-502.498	3.806.348	1.173.310	12
Pesaro	-2.545.959	-764.643	4.742.584	1.431.981	15
Belluno	-806.846	-350.536	1.714.255	556.873	15
Como	-2.709.597	-1.936.738	6.032.471	1.386.136	16
La Spezia	-2.780.420	-504.295	4.867.420	1.582.705	17
Campobasso	-1.077.714	-972.850	2.947.051	896.486	17
Genova*	-22.610.126	-9.440.707	43.153.129	11.102.296	18
Reggio Emilia*	-4.939.997	-963.740	8.968.297	3.064.560	19
Lucca	-2.303.546	-1.267.979	5.188.116	1.616.590	19
Savona	-1.558.063	-846.998	3.646.553	1.241.492	20
Verona	-8.696.720	-3.289.365	17.262.604	5.276.519	20
Treviso*	-2.147.046	-505.928	4.332.545	1.679.571	20
Ancona	-2.753.044	-2.282.214	7.189.621	2.154.362	21
Forlì	-3.366.091	0	5.997.088	2.630.997	23
Rimini	-4.490.498	0	7.717.149	3.226.651	23
Ravenna	-4.401.226	0	8.048.393	3.647.167	23
Grosseto	-2.105.893	-894.647	4.894.356	1.893.816	24
Ferrara	-3.983.963	0	7.282.553	3.298.590	25

	Parma	-5.449.818	-2.829.350	12.774.353	4.495.185		25
	Oristano	-670.178	-856.510	2.337.711	811.024		25
	Messina	-8.127.792	-1.044.685	15.291.989	6.119.513		25
80	Vicenza	-3.101.744	-405.121	6.575.570	3.068.704		27
	Novara	-2.801.934	-1.065.684	6.689.596	2.821.979		27
77	Massa	-1.986.020	-569.915	4.509.217	1.953.282		28
	Cuneo	-1.425.463	-396.423	3.374.430	1.552.545		28
	Rovigo	-1.174.644	-1.671	2.627.979	1.451.664		28
55	Livorno*	-4.587.506	0	9.362.617	4.775.111		30
	Lodi	-1.080.827	-647.151	3.017.390	1.289.412		30
	Venezia*	-10.300.648	-17.061.115	35.384.224	8.022.460		30
	Pistoia*	-2.373.644	0	5.090.126	2.716.482		30
89	Sondrio*	-543.290	0	1.291.489	748.199		34
	Fermo*	-823.256	0	2.112.382	1.289.127		34
91	Cremona	-1.934.304	0	4.639.218	2.704.913		37
92	Bergamo	-3.557.352	0	8.056.203	4.498.850		38
	Pisa	-3.216.370	0	6.549.489	3.333.119		38
94	Imperia	-931.567	0	2.557.617	1.626.050		39
95	Lecco	-1.472.742	0	3.381.913	1.909.170		40
96	Modena*	-6.336.139	0	13.844.848	7.508.709		41
97	Bologna*	-14.295.666	-1.880.032	31.999.415	15.823.717		42
98	Pavia*	-2.083.552	0	5.187.448	3.103.896		44
99	Siena	-1.882.546	-152.615	5.316.107	3.280.946		61
	Totale Capoluoghi	-5.449.818	-2.829.350	12.774.353	4.495.185		25

sensibilmente gli obiettivi del Patto di stabilità; i nuovi criteri prevedono di applicare un coefficiente del 7,71% alla media 2010-2012 degli impegni di spesa corrente (anziché il coefficiente del 14,07% alla media 2009-2011 degli impegni di spesa corrente); (4) Il saldo è la somma algebrica degli effetti positivi e negativi riportati nelle prime tre colonne - (*) Comuni già sperimentatori nel 2014 della riforma della contabilità (in questo caso il «fondo crediti» vale il doppio perché si applicano già le regole a regime. Fonte: elaborazione ReAl Sintesi - Sole 24 Ore su dati ministero dell'Economia, ministero dell'Interno e Istat



Mortalità
Ogni anno in Italia muoiono 19.800 persone per cancro del colon-retto.



Diagnosi
Ogni giorno nel nostro paese si diagnosticano 1.000 nuovi casi di tumore.



Dati
Convivono con questa patologia 2,5 milioni di italiani, il 4 per cento della popolazione.



Mezzo secolo
L'Airc è stata fondata nel 1965. Il prossimo anno festeggia i 50 anni di vita.

Oncologia. Si chiude domenica la campagna con cui l'Airc, Associazione Italiana per la ricerca sul cancro, raccoglie fondi. I nuovi strumenti per la diagnosi e il trattamento del colon-retto. E un test che "vede" in anticipo se il polmone è colpito

Un esame del sangue per stanare il tumore

MARIAPAOLASALMI

“**I** GIORNI della ricerca 2014”, promossa dall'Airc, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro, partita ieri proseguirà fino al 9 novembre. Una settimana di appuntamenti e di mobilitazione popolare per raccogliere fondi e poter dire «Contro il cancro, io ci sono». Una ricerca, quella a cui si dedica Airc e che il prossimo anno compirà i 50 anni, e quest'anno si presenta con un focus sul tumore del colon-retto, la prima neoplasia più frequente tra gli uomini e le donne (dati Aiom-Airtum 2014) con 52.000 diagnosi stimate, la seconda per mortalità con 19.800 decessi l'anno.

Una nuova terapia che va a braccetto con la scoperta di una mutazione genetica nel tumore del colon-retto e un innovativo strumento diagnostico, sono le gambe dell'ennesimo progetto finanziato da Airc. Da una parte, una cura dai risultati molto promettenti basata su una combinazione di farmaci biologici per il tumore del colon-retto HER2 positivo resistente ai comuni trattamenti; dall'altra, la nuova "biopsia liquida" praticata ancora in pochissimi centri oncologici italiani.

In Italia ogni giorno si diagnosticano mille nuovi casi di cancro e circa 2,5 milioni di persone (il 4% della popolazione) convivono con una diagnosi di tumore. Dietro a tutto questo ci sono storie di pazienti, di famiglie e di ri-



Il caso

In Spagna un caso editoriale: *La mia ricetta anticancro* di Odile F. Martinez, medico. A 32 anni scoprì un tumore...

cercatori. Airc in questa edizione ha scelto di renderli protagonisti perché possano parlare del loro coraggio, del loro impegno e della passione con cui combattono il male. Testimonial de "I giorni della ricerca" sono Lorenzo Purini, la moglie Ilaria, medico, e i figli. Racconteranno la loro storia nel corso della cerimonia di apertura al Quirinale e poi nelle aule delle scuole superiori e delle università.

«Un grande laboratorio globale», è così che il direttore scientifico, Maria Ines Colnaghi, descrive l'Airc. «Abbiamo iniziato nel 1965 a Milano come piccola realtà locale che aiutava l'Istituto tumori a racimolare qualche lira; l'Istituto era allora chiamato il "lazzaretto" perché i malati di tumore ci andavano a morire. Oggi non si può più morire di cancro. Siamo passati dai pochi milioni di lire di quegli anni ai 905 milioni di euro per la ricerca e la formazione dei giovani oncologi - dice la Colnaghi - siamo una realtà radicata in tutto il paese con una programmazione a breve e lungo termine. I nostri ricercatori si sono dedicati a ogni tipo di tumore, noi apriamo la strada alla chirurgia conservativa e capiamo l'importanza della terapia personalizzata».

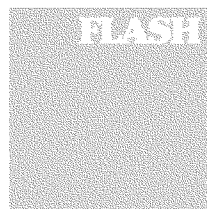
Un gruppo di ricercatori di Milano ha messo a punto un nuovo test per cogliere con un semplice prelievo di sangue il tumore del polmone ai suoi esordi, fino a due anni prima della diagnosi con la Tac Spirale. A Torino è stato testato il primo vaccino promettente contro il tumore del pancreas. A Bari ricercatori hanno capito come sfruttare il metabolismo del colesterolo per combattere il tumore del colon-retto.

Proprio su questo ultimo tumore, il Niguarda di Milano e l'Istituto di Candiolo a Torino, hanno migliorato il trattamento di quel 10% dei pazienti non rispondenti alle terapie convenzionali e portatori della stessa alterazione del gene HER2, che si trova nel tumore

**Tra le scoperte finanziate
la "biopsia liquida" controlla
la patologia con un prelievo**

del seno e nel carcinoma gastrico. «Abbiamo ottenuto risposte significative e in molti casi la stabilizzazione della malattia combinando due farmaci biologici, un anticorpo monoclonale e una piccola molecola, con minimi effetti collaterali e senza caduta di capelli», afferma Salvatore Siena, direttore dell'oncologia del Niguarda. La scoperta dell'importanza di HER2 nel cancro del colon è stata resa possibile da una tecnologia sofisticata, la "biopsia liquida", messa a punto a Candiolo. Con un normale prelievo di sangue e strumenti sofisticati si può vedere, senza ricorrendo a biopsie invasive, se il farmaco sta funzionando osservando le tracce di Dna del tumore nel sangue del paziente durante la cura.

Per tutta la settimana Airc sarà sulle reti televisive e radiofoniche Rai. È possibile fare una donazione chiamando da telefono fisso o inviando un SMS al numero solidale 45503. Airc sarà in una cinquantina di scuole superiori e in molte università italiane. Giovedì, 6 novembre, cerimonia al Quirinale dove il Presidente Napolitano consegnerà il premio Firc "Guido Venosta" a un ricercatore italiano distintosi per la rilevanza della propria ricerca sui nuovi approcci terapeutici contro il cancro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prostata

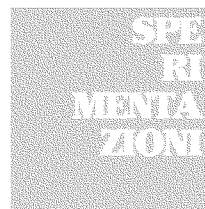
Tre domande-chiave in un punto strategico: sopra un orinatoio. È la campagna di prevenzione sulla prostata della Società Italiana di Urologia e GSK. I manifesti rimangono appesi fino al 5 novembre nei bagni di stazioni e aeroporti delle principali città italiane. Spiega Maurizio Brausi, presidente Siu: «Gli uomini devono chiedersi se il flusso sia debole, talvolta interrotto, se di notte va spesso in bagno, o se fatica a trattenere l'urina, indizi dell'ipertrofia prostatica benigna». In Italia riguarda circa il 14% degli uomini oltre i 50 anni. www.questionidiprostata.it (al.mar.)

Pancreas

È il più letale e si manifesta quando è in stadio troppo avanzato. Aiom, l'Associazione degli oncologi medici italiani, Simg, i medici di famiglia, e Aimac, l'Associazione dei malati di cancro, fanno fronte comune e dichiarano guerra al tumore del pancreas le cui diagnosi sono aumentate del 13% negli ultimi due anni con 12.700 persone colpite. Serve prevenzione primaria e cogliere i sintomi sul nascere. PanCrea è la campagna informativa che fino ad oggi ha fatto tappa in 7 regioni italiane. Arriva dalla nanomedicina qualche speranza in più. Il prossimo 12 novembre, si parlerà di lotta al tumore del pancreas al Parlamento europeo. Info: www.tumorepancreas.org (mp.salmi)

Sms

Fino al 16 novembre si possono donare 2 euro con Sms al 45501 o da rete fissa 2 o 5 euro alla fondazione Ant per dotarsi di un nuovo ambulatorio mobile per offrire sempre più visite gratuite.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Linfomi

Al via uno studio clinico sui linfomi indolenti coordinato dall'ospedale Sant'Andrea e dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità). Sperimenterà un'immunoterapia basata su cellule dendritiche prese dagli stessi pazienti, attivate e reinoculate con un anticorpo monoclonale anti-CD20. «Le cellule dendritiche, che avviano la risposta immunitaria specifica, sono rese molto attive nel laboratorio FabioCell dell'ISS, e rese una potente arma biologica», afferma l'ematologa Cristina Cox del Sant'Andrea. È iniziato l'arruolamento dei pazienti, tutti con linfoma indolente o recidiva dopo chemioterapia, di età compresa tra i 18 e i 75 anni. Info: cristina.cox@uniroma1.it (mp.salmi)

Cure mirate

Conoscendo le caratteristiche del tumore, quelle del paziente e il tipo di terapia, si può personalizzare la cura migliorando i risultati. A dare le indicazioni ci pensa un software, progettato dalla Physiomics di Oxford e realizzato dall'italiana Diatech Pharmacogenetics. Spiega Dino Amadori, direttore scientifico dell'Istituto Romagnolo dei Tumori di Mendola (Forlì-Cesena): «Fino a qualche anno fa avevamo un solo farmaco che funzionava su pochi pazienti. Ora si può avere per ogni paziente e per ogni tumore, tanti dati da poterli incrociare con le caratteristiche di più farmaci e sapere quali sono quelli che in quel caso, hanno la massima efficacia e il minimo danno». Lo studio preliminare è in pubblicazione sul *British Journal of Cancer*. (a.margreth)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Sant'Angelo dei Lombardi

Fisioterapia, riaprono i corsi dopo un anno di stop

Trenta gli studenti iscritti dopo l'intesa fra Asl e Sun Repole: «Pieno sostegno»

Giulio D'Andrea

Dopo una vertenza iniziata nel marzo del 2013, tornano i corsi universitari all'ospedale di Sant'Angelo dei Lombardi. Inaugurato dunque il primo anno di Fisioterapia. Il percorso accademico parte per trenta studenti, frutto della collaborazione tra Università degli Studi Federico II di Napoli, Asl di Avellino e Fondazione Don Gnocchi. Una buona notizia per l'economia della zona. L'ateneo federiciano gestirà i corsi. Non più la Sun. Le polemiche erano iniziate proprio da qui.

Dopo un lungo braccio di ferro la Sun era riuscita ad ottenere il ripristino delle attività, ma per le decisioni dell'Asl non aveva fatto in tempo a far iscriverne i ragazzi a Sant'Angelo nel 2013. Risultato? Un anno di stand by, senza studenti. Lo scorso 4 luglio la prima schiarita. Durante la visita del sottosegretario alla Sanità, Vito De Filippo, il sindaco Rosanna Repole e il manager



dell'Asl Sergio Florio, annunciano: «L'intesa è vicina». Entra in gioco la Federico II, e la comunità altirpina confida in un nuovo corso senza spettri di ulteriori tagli. Nel corso della giornata inaugurale Raffaele Gizzi, direttore attività formative del Polo Didattico di Sant'Angelo dei Lombardi, ha illustrato il percorso didattico e formativo del corso. A seguire Salvatore Brancaccio,

Accordo Frieri soddisfatto del patto che coinvolge anche la Fondazione «Don Gnocchi»

primario dell'Unità Gravi Cerebrolezioni Acquisite della Don Gnocchi. Quest'ultimo ha spiegato le caratteristiche del ruolo del fisioterapista e le attività che si dovranno implementare nell'ambito del tirocinio formativo. Per l'Ateneo sono intervenuti Clemente Iammarrone, direttore del corso, e Teresa Caione, direttrice delle attività Formative Policlinico Universitario.

Angelo Frieri, direttore sanitario dell'Ospedale Criscuoli, dichiara: «Soddisfatto di questo corso di laurea, c'è collaborazione tra ospedale, Fondazione e Polo universitario».

Il sindaco Rosanna Repole: «Confermo la mia totale disponibilità ad agevolare studenti e Ateneo, Don Gnocchi e Ospedale. Per noi era importante che gli aspiranti fisioterapisti tornassero a popolare il paese. Mi sto attivando per realizzare card con sconti e agevolazioni e attivare un servizio navetta che permetta lo spostamento degli allievi dal Polo didattico al centro cittadino di Sant'Angelo». Presenti anche Valeria Di Meo, funzionaria amministrativa dei corsi, Massimo Colella, coordinatore fisioterapisti. E gli studenti del Corso di Laurea.

Sanità

Asl, spending review E il bilancio è in attivo

L'Azienda sanitaria locale di Caserta ha chiuso in attivo (ben 27 milioni di euro) l'esercizio economico del 2013. Un risultato determinato dalla migliore organizzazione e programmazione dell'Asl che, da tempo, ha avviato un'accortizzazione di monitoraggio e di controllo, anche attraverso l'assegnazione di budget annuali a tutte le unità operative.

«Siamo particolarmente soddisfatti del risultato conseguito - commenta Paolo Menduni, direttore generale dell'Asl di Caserta - anche perché la razionalizzazione della spesa non si è tradotta in una contrazione dell'offerta sanitaria che, anzi, ha trovato un suo rilancio anche attraverso la riqualificazione (strutturale e funzionale) di molti riferimenti sanitari». «Limitandoci ai dati più recenti, penso, ad esempio, alle tre nuove Sale operatorie del Moscati di Aversa, inaugurate pochi giorni fa, alla nuova Emodinamica già completata ed all'avvio dei lavori per il nuovo Pronto soccorso sempre al Moscati - spiega il manager Menduni - al nuovo Centro di salute mentale di Sessa Aurunca già attivato ed a quello di Mondragone che andremo ad attivare il 5 novembre prossimo, così come quello di Caserta completamente ristrutturato e già consegnato ai cittadini da diversi mesi».

Drastica riduzione dei fitti passivi (oltre il 34%), riduzione della spesa assicurativa; riduzione costi anagrafe assistiti, previo con-

trollo rigoroso effettuato sulle liste; come da decreto 49, riconversione dei piccoli nosocomi in strutture sanitarie territoriali (Teano, San Felice, Capua); risparmio sull'acquisto di energia e di utenze telefoniche; razionalizzazione spesa farmaceutica; abbattimento del contenzioso e relative passività, determinate da interessi e spese legali, attraverso accordi transattivi con oltre 300 strutture (Credifarm e Federlab); riduzione delle strutture complesse (ben 50 fra territorio ed ospedali); programmazione trimestrale dei pagamenti e, previo verifica fatture, mandati effettuati entro un massimo di 70, 80 giorni; riduzione parco auto; attivazione del sistema Sani.Arp per la gestione delle ricette online e per la consegna di importanti presidi sanitari: celiachia, ossigenoterapia, diabete. Un sistema, quello Sani.Arp, che serve non solo l'Asl di Caserta ma l'intera regione Campania e che è riuscito a mettere in rete le oltre 1600 farmacie territoriali ed oltre 520 prescrittori.

«Sono queste le più significative linee di intervento che, insieme a quelle derivanti dal blocco del turnover, ci hanno consentito di andare in attivo - completa Menduni - con la speranza che il risultato raggiunto possa aprire proprio sulla voce assunzioni che è quella che, permanendo il blocco, può incidere negativamente sulla qualità delle prestazioni erogate».

Asl e ospedali, dopo il Cardarelli la giunta sforna altre nomine

NAPOLI - Dopo la nomina del commissario dell'Azienda ospedaliera Cardarelli, la giunta regionale si prepara a procedere allo stesso modo per altre Asl e ospedali. Sono in scadenza, infatti, diversi incarichi. Tra dicembre e marzo dovrebbe essere completato l'assetto manageriale di quasi tutte le aziende sanitarie campane. A **Patrizia Caputo**, attuale direttore sanitario, l'incarico di commissario del Cardarelli fino alla nomina del direttore generale che avverrà secondo i tempi previsti dalle normative, probabilmente nei prossimi mesi.

La sanità
Patto Salute
raffica di tagli
negli ospedali

Simona Paolillo

Rivoluzione sanità. Salta il decreto regionale 49 del 2010 che finora era stato la bibbia della sanità per uscire default. Con il patto della salute e il decreto voluto dall'ex ministro Balduzzi, con le disposizioni sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, gli scenari della sanità locale sono destinati a cambiare totalmente. Gli ospedali di Roccaaspide, di Castiglione di Ravello, di Eboli e di Cava de' Tirreni, così, sono destinati a cambiare completamente impostazione e usciranno dalla rete dell'emergenza: saranno definite strutture di primo e secondo livello, nasceranno le case della salute.

La sanità Gli effetti nel Salernitano delle previsioni del Patto per la Salute sottoscritto da governo e Regioni

Ospedali, tagli sotto il tetto di 60 posti letto

Rischiano Roccadaspide e Castiglione di Ravello Cava fuori dall'emergenza**Simona Paolillo**

Rivoluzione sanità. Salta il decreto regionale 49 del 2010 che finora era stato la bibbia della sanità per uscire default. Con il Patto della Salute ed il decreto del ministero della salute voluto dall'ex ministro Renato Balduzzi, a questo si aggiungono le disposizioni sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, gli scenari della sanità locale sono destinati a cambiare totalmente.

Gli ospedali di Roccadaspide, di Castiglione di Ravello, di Eboli, di Cava de' Tirreni sono destinati a cambiare completamente impostazione. Certo è che usciranno dalla rete dell'emergenza. Per i loro requisiti strutturali in termini di messa in sicurezza, spazi necessari per le movimentazioni, adeguate sale operatorie, misure antisismiche, antincendio, disponibilità di supporti tecnologici. A questi requisiti si aggiungono anche i parametri di "qualità" come gli accessi, gli interventi praticati, le performance, la gestione dei rischi. Saranno definite strutture di primo e secondo livello, nasceranno le case della salute. Il numero degli interventi, determinerà la necessità di una determinata struttura. Per esempio, registrare pochi parti nascita, condiziona la scelta di tenere ancora in vita un reparto di ginecologia. Ed è per questo che si teme per il reparto di ginecologia di Sapri, dove si registrano un numero di parti nettamente inferiore rispetto alla soglia prevista dei 500 parti all'anno.

Il direttore dell'azienda sanitaria, Antonio Squillante, non si pronuncia in merito a tutti questi cambiamenti, ma lascia intendere che per il momento si tratterebbe solo di illazioni e chiarisce che non sono stati definiti con precisione gli standard qualitativi. Pare che siano solo polemiche sindacali. Eppure adesso c'è tutto nero su bianco ed il Patto è stato sottoscritto anche dai governatori regionali. Si scrive, infatti, «Patto per la salute» ma si traduce in taglio degli ospedaletti e delle mini cliniche con meno di 60 posti letto, stop alla rimborsabilità delle prescrizioni "inappropriate", riforma dei ticket all'insegna del motto "pagare tutti per pagare meno", "case della salute" per garantire cure 24h nel territorio.

**Il piano
Prestazioni
standard
a ginecologia
rischio
accorpamenti
per Sapri
e Vallo**

In provincia di Salerno l'ospedale di Roccadaspide ha 42 posti letto mentre quello di Castiglione di Ravello ne conta solo 30. Saranno destinati a diventare altro: ospedali di base, laboratori oppure ospedali della salute. Tra le novità c'è quella che l'H24 che dovrà essere garantito dai medici di famiglia, ma anche specialisti e infermieri dipendenti dell'azienda sanitaria. Si immagina, che così, si potrà evitare il sovraffollamento del pronto soccorso ed il, talvolta, inutile ricorso alla rete di emergenza del 118. La definizione della dotazione di posti letto avviene in base al solito parametro: 3,7 posti letto ogni mille abitanti ma stavolta incidono anche i tempi di percorrenza tra un qualsiasi luogo del territorio e l'ospedale. In pratica entro sessanta minuti un cittadino deve avere la possibilità di ricevere cure adeguate ed avere la disponibilità delle alte specializzazioni. Sul territorio provinciale, tra Vallo della Lucania e Sapri i tempi di percorrenza sono inferiori ai 60 minuti quindi uno dei due nosocomi deve saltare. E, seguendo i dettami della norma, sarebbe l'ospedale civile della città della spigolatrice a dover essere chiuso o riconvertito perché non ha le specialità che detiene, da tempo, l'ospedale di Vallo della Lucania: chirurgia, ortopedia, rianimazione, anestesia, medicina generale, cardiologia. I cittadini dell'area del bussento, tra l'altro, potrebbero avvalersi anche dell'ospedale di Polla, viste le nuove arterie stradali.



La sanità Il manager avverte: mancano i decreti attuativi, così non è operativo il Patto per la Salute firmato dai governatori

Tagli ospedali, le barricate di Squillante

**Il direttore generale dell'Asl
«Solo linee guida, restano
in vigore le norme attuali»**

Simona Paolillo

«Fino a quando non ci saranno le linee guida operative del patto della salute, il punto di riferimento resta il decreto 49/2010», Antonio Squillante, replica così alle nuove disposizioni sottoscritte dai presidenti regionali, «resta una programmazione ma fino alla reale esecuzione i problemi di cui preoccuparsi sono altri» aggiunge. I problemi di ogni giorno restano la carenza del personale, la necessità di affidare i servizi di pulizia, avere nuove tecnologie, garantire l'assistenza domiciliare. Sul problema delle assicurazioni, previste dal decreto Balduzzi che costringe i medici a farsele da sé, Squillante ammonisce «i medici devono preoccuparsi di gestire bene il rischio» ma è solo un'opinione personale in quanto è Balduzzi, e non lui, a decretare tutto ciò.

«Io resto un organo esecutivo, ed ho il compito di governare ciò che ho». In merito a quanto previsto dalle nuove normative, Squillante ammette che su Eboli sono state fatte troppe strumentalizzazioni e che alla fine non ci sono stati grossi cambiamenti, su Sapri si avvale delle indicazioni del sottosegretario alla salute, Di Filippo, che facendo appello ad un decreto ministeriale riconosce Sapri come area disagiata e quindi l'ospedale non perderà il reparto di ginecologia. Sulla stessa linea anche il direttore sanitario dell'ospedale di Battipaglia, Rocco Calabrese, che dice «ritengo che fino a quando la Regione non recepirà quanto previsto dal Patto della Salute e dal decreto Balduzzi, i riferimenti certi restano ancora il decreto 49 e 82. Sul Sele ritengo che per sopravvivere l'ipotesi più percorribile sia quantomeno l'accorpamento funzionale dei plessi ospedalieri di Oliveto Citra, Eboli, Battipaglia, Roccaspide - e aggiunge - per lo meno fino a quando non vi sarà lo sblocco del turn over, al fine di acquisire nuova forza lavoro».

Squillante tiene ad aggiungere «in sanità si è soliti assistere ad interpretazioni, filosofie e posizioni che poi non corrispondono alla realtà». Intanto il direttore generale insieme al governatore Stefano Caldoro, vengono messi sotto attacco dall'avvocato ebolitano Fausto Vecchio (vicino

**La polemica
Vecchio
attacca
i vertici
sanitari
«Penalizzata
la sanità
a Eboli»**

provvedimento di Squillante in merito all'art. 20 della legge 67/88 con cui in provincia di Salerno dovevano essere distribuiti 400 milioni di euro.

«Il direttore generale dell'Asl Salerno Antonio Squillante ne propone e ne ottiene circa 26 e destina al Cilento

- Diano (ospedali di Vallo della Lucania, Sapri e Polla) circa 18 milioni di euro, all'Agro Nocerino (ospedali di Pagani e Scafati) circa 4 milioni di euro e all'ospedale di Battipaglia circa 4,5 milioni di euro - scrive Vecchio in una nota alla stampa - alla nostra città zero euro». Al di là dei campanilismi, la sanità della provincia di Salerno, langue da più parti e lo dimostra il mancato rispetto degli indicatori stabiliti dall'agenzia nazionale della sanità. Basti pensare che all'ospedale di Eboli, c'è solo nefrologia che risponde agli standard di qualità, all'ospedale Santa Maria della Speranza si salva solo cardiologia a Battipaglia. Nell'azienda ospedaliera rispettano i parametri Agenas gli interventi all'angioplastica coronarica al San Leonardo. All'Umberto I di Nocera Inferiore rientra nei range stabiliti dall'agenzia della sanità il reparto di neurologia per gli ictus e poi ci sono gli interventi al collo del femore all'ospedale San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra.

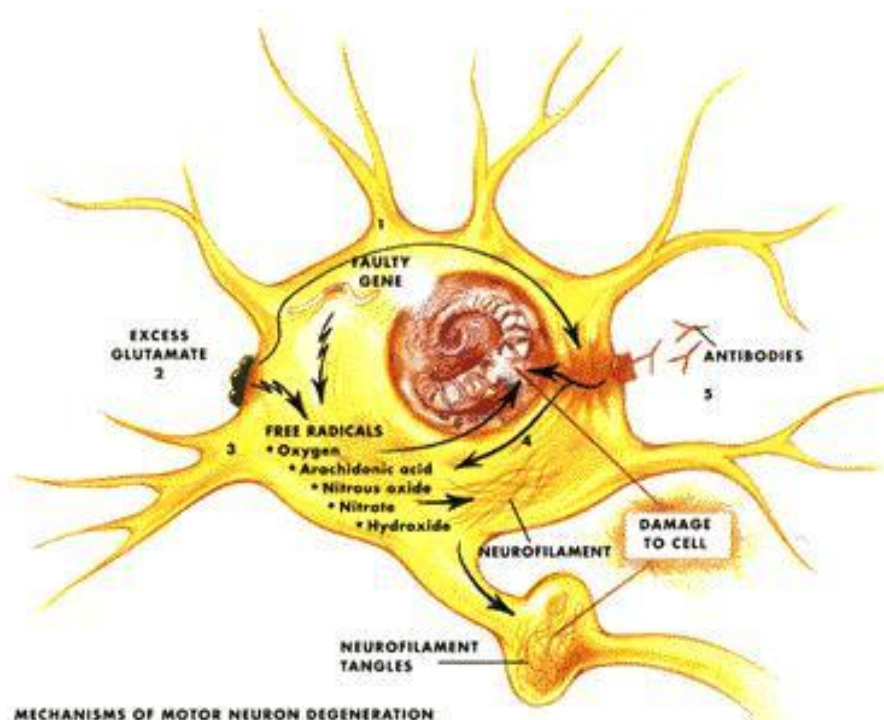
© RIPRODUZIONE RISERVATA





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Il cuore delle donne è più fragile

La vulnerabilità, soprattutto dopo la menopausa, è maggiore rispetto a quella degli uomini. E sotto stress è alta la tendenza a formare «tappi» nei vasi

Gli ormoni

Si riduce l'azione protettiva che dovrebbero esercitare gli estrogeni

La mente

Anche la depressione provoca un esaurimento psicofisico cronico

In continuo affanno per far quadrare vita familiare e lavoro, le donne non hanno tregua e lo stress è la loro compagna quotidiana. I risultati, in termini di salute che scricchiola, si vedono: malattie un tempo declinate soprattutto al maschile, a cominciare da quelle cardiovascolari, colpiscono sempre di più (e prima) anche il sesso femminile.

Forse anche perché l'impatto dello stress su cuore e vasi delle donne è peggiore del previsto: lo ha dimostrato un recente studio Usa pubblicato sul *Journal of American College of Cardiology*, secondo cui nervosismi e ansie hanno effetti molto diversi nei due sessi.

Se esposte a uno stress acuto le donne tendono a farsi sopraffare molto di più da pensieri negativi rispetto agli uomini, con conseguenze cardiache che possono spianare la strada a infarti e ictus: il 57% manifesta infatti una riduzione dell'afflusso di sangue al cuore, contro il 41% degli uomini. Inoltre, sotto stress le piastrine

femminili hanno la tendenza ad aggregarsi di più, con il rischio di formare trombi.

«Lo stress psicosociale è un fattore di rischio noto per le malattie cardiovascolari e alle donne sembra chiedere un prezzo più elevato: provoca ad esempio eventi di maggior gravità — conferma Sabina Gallina, coordinatrice del gruppo di studio sulle Malattie cardiovascolari di genere della Società Italiana di Cardiologia —. L'effetto è ancora più evidente su chi appartiene a un ceto sociale basso, dove alle ansie "comuni" a tutto il sesso femminile si aggiungono il timore e la fatica di arrivare a fine mese. Senza contare che le donne sono più spesso colpite dalla depressione, che provoca un esaurimento psicofisico cronico molto negativo per il cuore».

Perché lo stress è così nefasto per le donne? «Innanzitutto, perché riduce l'azione protettiva degli estrogeni sull'apparato cardiovascolare, facendole ammalare anche prima della menopausa — risponde Gallina —. Inoltre, le donne stressate hanno uno stile di vita di solito meno sano: fumano di più, mangiano peggio, sono più sedentarie, si curano meno rispetto a uomini con un analogo livello di affaticamento». «Peraltro — prosegue l'esperta —, questi fattori di rischio, comuni a entrambi i sessi, hanno un impatto peggiore sul genere femminile: il fumo altera i cicli ormonali e favorisce una me-

nopausa precoce, aumentando il rischio di infarti e ictus; il diabete, sempre più frequente nelle donne, provoca più spesso conseguenze cardiovascolari rispetto all'uomo». Morale, le donne non sono affatto il sesso «forte» quando si parla di cuore, come si pensava in passato.

«Tutt'altro, anche perché essendo state trascurate a lungo dalla ricerca sappiamo poco sull'efficacia delle terapie tradizionali: dosaggi e metodi di intervento vanno messi a punto meglio — osserva Sabina Gallina —. Gli eventi cardiovascolari, inoltre, sono più spesso mortali e hanno esiti in media più gravi nelle donne rispetto agli uomini: per fortuna la situazione sta migliorando perché le conoscenze aumentano e i medici non sottovalutano più i sintomi "strani" riferiti dalle donne, spesso diversi dal solito (come cefalea o mal di schiena, ndr). Oggi c'è maggiore consapevolezza e le diagnosi sono più tempestive».

Anche dopo aver superato un infarto o un ictus, però, le donne restano più fragili: uno studio dell'European Society of Cardiology ha appena dimostrato che il rischio di depressione e ansia dopo un problema cardiovascolare è molto più elevato nel sesso femminile. Una su quattro, infatti, si ammala di un disturbo dell'umore, e questo compromette non poco le possibilità di ripresa.

Alice Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'esperto risponde

alle domande dei lettori sulle patologie del cuore e dei vasi su <http://forum.corriere.it/cardiologia>

Lo studio I «punti critici» dell'informazione per prevenire

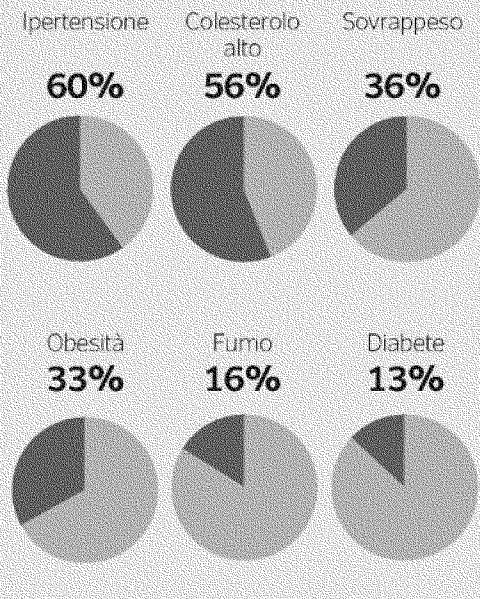
medici devono avere un occhio di riguardo per le donne, ma sono loro le prime a doversi rendere conto dei pericoli per la salute femminile. Come spiega Sabina Gallina, della Società italiana di Cardiologia (SIC): «La maggioranza delle donne teme di morire per un tumore al seno, ma i veri "big killer" sono infarto e ictus. Resta perciò da migliorare la percezione del rischio». «Per indagare quanto le donne italiane conoscano i pericoli cardiovascolari che le riguardano, la SIC,

assieme alla Società Italiana di Ginecologia Ospedaliera, sta conducendo uno studio, coordinato da Silvia Maffei della Fondazione Monasterio di Pisa — dice Sabina Gallina —. Nei consultori ginecologici stiamo distribuendo questionari a medici e pazienti per individuare i "punti critici" nell'informazione, e attuare così strategie precise per migliorare l'attenzione delle donne sul cuore».

A. V.

Fattori di rischio

Presenza di condizioni che predispongono a patologie cardiovascolari nelle italiane in menopausa



Fonte: Progetto Cuore - Istituto Superiore di Sanità

CDS