



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Patto per la Salute e costi standard: trattativa tra i governatori

RIPARTE IN CONFERENZA STATO-REGIONI il tavolo di lavoro sul Patto per la Salute così come i lavori per l'attribuzione delle risorse del Fondo sanitario nazionale. La Campania è una delle sei Regioni in Piano di rientro dal deficit sanitario. I costi standard adottati dal governo penalizzano le Regioni in Piano di rientro, ma bisogna fare i conti con la necessità di aumentare l'efficienza del sistema.

Per l'applicazione dei costi standard sul riparto 2013, le regioni hanno una settimana di tempo per approfondire ed effettuare una proposta. Se c'è unanimità, tra i governatori, sul fatto che i costi standard siano il futuro non c'è invece unanimità sulla tempistica della loro applicazione. Il punto di partenza è un risparmio stimato di circa 30 miliardi di euro. "La Campania sta rispettando puntualmente il piano di rientro - avverte **Raffaele Calabrò**, deputato e consigliere per la sanità del presidente della Regione **Stefano Caldoro** e quindi non c'è più spazio per altro: è bene dirlo chiaramente. Bisogna poi stabilire i criteri di analisi dei flussi di dati che nessuno allo stato ha, chi deve entrare

nel paniere delle 5 regioni più virtuose e le tre migliori. La vir-

tuosità è un criterio relativo se rapportato a dati non omogenei e a condizioni di partenza differenti come l'attribuzione delle risorse in particolare per quelle come la Campania commissariate in sanità". La Campania chiede che nel riparto del Fondo sanitario nazionale da oltre 109 miliardi di euro si tenga conto della deprivazione sociale ovvero delle condizioni socio-economiche del territorio.

Non è giusto - si dice - applicare gli stessi costi standard a regioni che attraversano un periodo di crisi profonda o subiscono condizioni penalizzanti.

Le Regioni del Centro-nord sono decise invece a rendere efficaci i costi standard già dal 2013, altre soprattutto del Mezzogiorno, ritengono che non possono essere applicati già dal 1° novembre, quando la gran parte dei bilanci regionali sono già stati investiti. Quel che è certo è che la questione è tutta politica laddove si deve tener conto anche del principio di solidarietà. Intanto i governatori chiedono un incontro al ministero della Sanità anche per conoscere la reale portata del Fondo sanitario nazionale. •••



Raffaele Calabrò

ETTORE CINQUE

SANITÀ, RIENTRO DISAVANZO NOMINA A SUB COMMISSARIO

IL CONSIGLIO DEI MINISTRI nomina **Ettore Cinque** alla carica di sub commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi e della riqualificazione del Servizio sanitario della Regione Campania con rideterminazione dei compiti e degli obiettivi del sub commissario **Mario Morlacco**.

Per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi della Regione Calabria, invece, il Consiglio ha nominato **Andrea Urbani** sub commissario. Entrambi i due sub commissari affiancheranno i commissari ad acta che sono stati già nominati. Ha partecipato all'esame del provvedimento riguardante la Regione Calabria il presidente **Giuseppe Scopelliti**.

Impignorabilità beni Asl Regioni, è in vigore la norma del Governo

pagina 14

REGIONE. 1

Asl, Piano di rientro deficit Impignorabilità: nuova legge

DI ETTORE MAUTONE

È IN VIGORE dal 31 ottobre, il decreto legge n. 126 relativo alle misure finanziarie urgenti in favore di regioni ed enti locali ed interventi localizzati nel territorio, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 256. Il decreto reintroduce l'impignorabilità dei beni delle Regioni in piano di rientro rispetto ai mancati pagamenti ai fornitori in particolare del settore sanitario recependo la proposta del presidente della Regione Campania Stefano Caldoro dopo la sentenza della Consulta dei mesi scorsi che dichiara la incostituzionalità della norma. Una sentenza che, come tutti ricordano, ha comportato a luglio e agosto scorso il blocco degli stipendi della Asl Napoli 1.

La sentenza della Consulta

La Corte costituzionale aveva annullato con la sentenza 186 del 2013 l'impignorabilità delle somme delle aziende sanitarie nelle

Regioni sotto piano di rientro scritta nella legge 220 del 2010, ma solo rimandando il principio - si legge nella relazione illustrativa al decreto - alla legge 67 del 1993 che già stabiliva tale previsione normativa. La Consulta aveva a suo tempo (sentenza 285 del 1995) ritenuto comunque parzialmente incostituzionale la previsione perché non si chiariva la necessità di quantificare trimestralmente e preventivamente le somme da tutelare, che avrebbero dovuto anche essere vincolate al pagamento dei fornitori secondo l'ordine di ricevimento delle fatture. Il decreto legge in questione si rifà dunque alla legge del 1993 e la modifica prevedendo che le somme dovute alle imprese a qualsiasi titolo dalle Asl, dagli ospedali e dagli Irccs non sono sottoposte a esecuzione forzata "nei limiti degli importi corrispondenti agli stipendi e alle competenze comunque spettanti al personale dipendente o convenzionato, e nella misura dei fondi a destinazione vincolata essenziali ai fini dell'erogazione dei servizi sanitari". In pratica non c'è alcuna possibilità di accedere ai pignoramenti visto che tutte le ri-

sorse delle Asl sono assorbite da tali funzioni.

Come funziona il nuovo iter

Il meccanismo previsto nel decreto legge per soddisfare le osservazioni della Consulta alla legge del 1993 prevede quindi che il tesoriere Asl adotti la delibera di impignorabilità indicando esattamente le somme a cui questa si riferisce e poi le renda subito disponibili alle aziende, anche in caso di notifica di pignoramento o procedura esecutiva e senza necessità di preventiva pronuncia giurisdizionale. L'azienda però, dal momento della delibera, non può più emettere mandati diversi da quelli previsti nel vincolo di destinazione e deve seguire l'ordine cronologico delle fatture per i pagamenti in modo da rispettare alla lettera la sentenza 285 del 1995 della Consulta.

Ettore cinque sub-commissario

Il decreto sarà valido fino a quando la Campania sarà sottoposta al piano di rientro. Dunque almeno un altro anno. A rafforzare questa tesi la nomina, da parte del Consiglio dei ministri, di Ettore Cinque sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai

disavanzi e la riqualificazione del Servizio sanitario della Regione Campania. Rideterminati anche i compiti del sub-commissario Mario Morlacco. ***



Mario Morlacco

LA CRISI ECONOMICA

Regione: Decreto salva-imprese Ecco 2,5 mld per saldare i debiti

DUE MILIARDI E CINQUECENTO MILIONI DI EURO in arrivo entro il 2014 per sanare i debiti nei confronti delle imprese, dei cittadini e di chi non è stato pagato per tanti anni e che vanta crediti nei confronti della Regione e verso gli enti locali, "ai quali andrà una parte della somma". Il presidente della Regione Campania Stefano Caldoro annuncia che lunedì prossimo Palazzo Santa Lucia sottoscriverà con il ministero dell'Economia un prestito per il pagamento dei debiti pregressi nell'ambi-

to del decreto salva-imprese. In Campania arriveranno circa 1,5 miliardi per pagare i debiti arretrati dal 1988 ad oggi. Cifra cui si aggiungono 1,6 miliardi già assegnati per il piano di rientro della sanità, di cui 500 milioni già liquidati. **••• 10**

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Pagamenti, 2,5 mld in arrivo Caldoro: Pil in salita del 3%

DUE MILIARDI e cinquecento milioni di euro e rotti in arrivo entro il 2014 per sanare i debiti nei confronti di imprese e cittadini e di chi non è stato pagato per tanti anni e che vanta crediti nei confronti della Regione e verso gli enti locali, "ai quali andrà una parte della somma". Il presidente della Regione Campania **Stefano Caldoro** annuncia che lunedì prossimo Palazzo Santa Lucia sottoscriverà con il ministero dell'Economia un prestito per il pagamento dei debiti pregressi nell'ambito del decreto salva-imprese. In Campania arriveranno 1,45 miliardi per pagare i debiti arretrati della Regione dal 1988 ad oggi, ai quali andrà aggiunto un ulteriore 10 per cento. Cifra cui si sommano 1,6 miliardi già assegnati per il piano di rientro della sanità, di cui quasi 532 milioni sono stati però già liquidati alle aziende del comparto. In totale quasi 3,2 miliardi.

Saranno così liquidate nel giro di sei mesi, e comunque entro il 2014, 18mila fatture pregresse emesse da 1.500 fornitori. Oltre 200 gli enti locali interessati. "Una boccata di ossigeno per tut-

to il sistema campano delle imprese e non solo - spiega Caldoro -, un'immissione di liquidità massiccia che ci consentirà di incidere anche sul Pil regionale per più di 3 punti percentuali, che mi auguro possa generare nuova ricchezza e quindi nuovi posti di lavoro - aggiunge -. Siamo l'unica Regione italiana che ha trovato queste risorse senza mettere le mani nelle tasche dei cittadini aumentando le tasse".

Agli 1,6 miliardi già assegnati nelle scorse settimane e destinati ai debiti della sanità, si andranno così ad aggiungere altri 1,452 miliardi, ai quali andrà aggiunto un ulteriore 10 per cento, che saranno sbloccati lunedì prossimo. I soldi arriveranno da un mutuo trentennale che la Regione accenderà presso il Tesoro, con tasso equiparato al Btp a 5 anni in emissione la prossima settimana. Il tutto nell'ambito del decreto 35, il cosiddetto "salva-imprese".

"Non facciamo altri debiti - assicura Caldoro assieme al capo dipartimento delle Finanze **Salvatore Varriale** - perché trasformiamo debiti commerciali in de-

biti finanziari risparmiando sugli interessi. Ma soprattutto - precisa il presidente della Giunta regionale - è la prima volta in Italia che si fa un'operazione simile e non lo fa lo Stato, ma lo facciamo noi con soldi regionali".

Definita la tempistica: entro sette giorni dalla firma del mutuo arriveranno i primi soldi: circa 600 milioni. La prima tranche di pagamenti sarà liquidata entro 30 giorni, tra novembre e dicembre. Una seconda rata di 230 milioni sarà liquidata tra febbraio e marzo. Nel dettaglio, degli 1,452 miliardi, 828 milioni andranno a imprese ed enti locali

(378,1 milioni solo alle Pmi), di cui circa 60 milioni sono destinati entro il 2013 al Comune di Napoli (tra i creditori ci sono anche le cooperative sociali che si occupano di disabili in sofferenza da mesi). I restanti 623 milioni sono relativi al piano di rientro per il trasporto pubblico locale. I fondi saranno erogati seguendo un ordine cronologico: ci sono Pmi che vantano crediti trentennali. Si partirà da loro e poi a scorrere fino a esaurimento dell'elenco. Per

quanto concerne invece la partita sanità l'importo da liquidare entro fine anno ammonta a quasi 960 milioni, di cui 531 già liquidati e 426 in arrivo la settimana prossima e liquidati in anticipazione. A questi si aggiungeranno nel 2014 altri 642 milioni da liquidare nel corso dell'anno: in totale altri 1,6 miliardi. "Siamo diventati - conclude Caldoro - un punto di riferimento per il governo sulle scelte da fare in materia di indebitamento e per dare liquidità al sistema delle imprese e dei Comuni".

S. G.

Importo da liquidare nel 2013	1.012.500.818
Importo da liquidare nel 2014	1.507.529.182
Totale	2.520.030.000

Lunedì 4 novembre la firma con il Tesoro per il prestito da 1,5 mld per l'attuazione del decreto salva-imprese



Stefano Caldoro

Ecco le risorse finanziarie che saranno sbloccate per prime

Tipologia di debito	Importo
Contributi in conto capitale ai Comuni che devono pagare i lavori delle imprese	65 mln
Erogazioni a Comuni, imprese e agenzie per accordi di programma quadro	77 mln
Fondo fitti ai Comuni che gli enti trasferiranno alle persone fisiche aventi diritto	6 mln
Pagamenti per investimenti per infrastrutture ferroviarie	53 mln
Pagamenti per investimenti per infrastrutture viarie	44 mln
Trasporto pubblico locale	80 mln
Università	40 mln
Associazioni per il diritto allo studio (Adisu)	21 mln
Contributi alle Adisu per prestiti d'onore e borse di studio agli studenti universitari	9 mln
Contributi ai Comuni per la liquidazione dei libri di testo	36 mln
Pagamenti alle istituzioni scolastiche per le attività di formazione professionale	7 mln
Finanziamento ai Comuni per lavori di edilizia scolastica ai sensi della legge 23/96	8 mln
Associazioni di categoria	4 mln
Finanziamenti manutenzione straordinaria del patrimonio immobiliare degli IACP	11 mln
Compartecipazione degli ambiti territoriali per le attività socio assistenziali	64 mln
Erogazione ai Comuni per le stabilizzazioni dei lavoratori socialmente utili	8 mln
Reddito di cittadinanza	5 mln
Contributo ai Comuni per la redazione dei piani urbanistici	1,5 mln
Somme urgenze per gli impianti acquedottistici	2 mln
Manutenzione ordinaria e straordinaria e conduzione degli impianti di depurazione	12 mln
Debiti vari verso le imprese	300 mln
Totale	853,5 mln

I conti, la manovra

Trasporti e Sanità, corsa contro il tempo

Lunedì la firma dell'accordo con il Tesoro, pagamenti entro un mese**Gerardo Ausiello**

Il contratto tra la Regione e il Tesoro verrà firmato lunedì. I fondi arriveranno dopo una settimana. Le imprese saranno pagate nei trenta giorni successivi (seguendo l'ordine cronologico, come stabilisce la legge). È serrato l'iter che consentirà alla giunta Caldoro e agli enti locali (in primis il Comune di Napoli) di estinguere una grossa fetta dei debiti contratti per molti anni con aziende e fornitori.

Ossigeno per la sanità

Dei 3 miliardi di euro che arriveranno in Campania, 1,6 spettano alla sanità. L'importo che verrà liquidato entro la fine dell'anno supera i 950 milioni. Tutto il resto sarà spalmato nel corso del 2014. Una parte di questi fondi sono già stati anticipati da Palazzo Santa Lucia che quindi ora potrà avere maggiore liquidità in cassa. L'effetto immediato sarà il salvataggio di molte imprese, che rischiavano paradossalmente di fallire per crediti e non per debiti, e posti di lavoro. Le operazioni sono complesse. Tant'è che il Consiglio dei ministri, d'intesa con il governatore Stefano Caldoro, ha nominato nelle scorse ore un altro subcommissario alla sanità che va ad affiancare Mario Morlacco: si tratta di Ettore Cinque, che avrà il compito di seguire proprio il piano dei pagamenti.

Trasporti, scongiurato il crac

L'Eav Holding - che gestisce le tre aziende su ferro della Regione: Circumvesuviana, Metrocampania Nord-Est e Sepsa - può tirare un sospiro di sollievo. Con i soldi sbloccati dall'accordo tra giunta e Tesoro, a cui bisogna aggiungere 200 milioni di fondi Fas e altri 50 milioni previsti nel decreto ad hoc del governo, entra nel vivo

La norma
I fondi grazie a un mutuo trentennale: seguito lo schema del decreto salva-imprese



l'operazione di salvataggio del trasporto pubblico campano. In prima linea il commissario ad acta Pietro Voci, il cui piano di rientro ha ottenuto l'ok da Roma.

Gli altri comparti

Una pioggia di euro servirà a onorare vecchi impegni anche in settori cruciali e strategici. Circa 36 milioni, ad esempio, saranno girati ai Comuni per pagare i libri di testo degli alunni. Altri 12 milioni verranno destinati alla manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti di depurazione. E ancora 40 milioni spettano alle

Università, 30 alle Adisu (le aziende degli Atenei per il diritto allo studio), 97 a copertura degli investimenti per infrastrutture ferroviarie e stradali.

La manovra

Ma come sono stati reperiti questi soldi? La manovra viene avviata seguendo lo schema delineato dal decreto legge 35, noto come «salva-imprese»: lunedì la Regione accenderà presso il Tesoro un mutuo trentennale con tasso equiparato ai Btp a 5 anni in emissione proprio la prossima settimana. Si tratta di una sorta di prestito a lungo termine, di un nuovo debito che servirà a rispettare vecchi impegni. I debiti commerciali, in pratica, vengono trasformati in

debiti finanziari.

I fondi pregressi

Il tesoro che arriverà in Campania tra fine 2013 e inizio 2014 si aggiunge ad altri 2 miliardi di euro che la Regione ha incassato gradualmente sul fronte della sanità nell'ambito del piano di rientro dal deficit. Finanziamenti che erano stati «congelati» a Roma e che sono stati sbloccati di pari passo con i risultati ottenuti dalla struttura commissariale. In tutto fanno 5 miliardi in tre anni. La grande sfida è utilizzare al meglio queste risorse per voltare pagina e iniziare una nuova fase, quella dello sviluppo.

I debiti nel dettaglio

Cifre in euro

Contributi in conto capitale ai Comuni per pagare i debiti con le imprese	65 milioni
Erogazioni a Comuni, imprese e agenzie per Accordi di programma	77 milioni
Fondo fitti ai Comuni	6 milioni
Pagamenti per investimenti in infrastrutture ferroviarie	53 milioni
Pagamenti per investimenti in infrastrutture varie	44 milioni
Trasporto pubblico locale	80 milioni
Università	40 milioni
ADISU	21 milioni
Contributi alle ADISU per prestiti d'onore e borse di studio	9 milioni
Contributi ai Comuni per liquidazione per libri di testo	36 milioni
Pagamenti ad istituzioni scolastiche per attività di formazione professionale	7 milioni
Finanziamento ai Comuni per lavori di edilizia scolastica	8 milioni
Associazioni di categoria	4 milioni
Finanziamenti manutenzione straordinaria patrimonio immobiliare degli IACP	11 milioni
Compartecipazione degli Ambiti territoriali per attività socio-assistenziali	64 milioni
Erogazione a Comuni per le stabilizzazioni degli Lsu	8 milioni
Reddito di cittadinanza	5 milioni
Contributo ai Comuni per la redazione dei piani urbanistici	1,5 milioni
Somme urgenze impianti acquedottistici	2 milioni
Manutenzione degli impianti di depurazione	12 milioni
Debiti vari verso imprese	300 milioni

centrom

La Regione accende un mutuo e liquida 1500 creditori. I soldi sbloccati grazie all'applicazione del decreto 'Salvaimprese'

Le aziende respirano, 3 miliardi in arrivo

Ci sono società che aspettano di essere pagate dal 1988: 25 anni per il saldo di una fornitura

di Maria Bertone

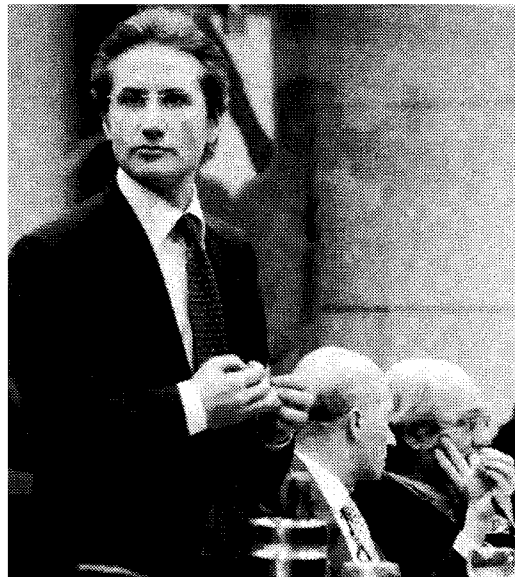
NAPOLI - Trent'anni di mutuo. Quante famiglie hanno ipotecato il loro futuro e quante, pur avendone la necessità, non sono riuscite a farlo per un sistema creditizio che ormai aiuta solo chi i soldi già ce li ha? Tante, troppe. Pure la Regione è stata costretta a ricorrere a un mutuo, o 1500 imprese - e relativi dipendenti - avrebbero dovuto dichiarare fallimento. Aziende verso cui la Regione e gli Enti locali hanno tuttora debiti arretrati che risalgono fino al 1988. In sostanza, imprese che aspettano anche da 25 anni di rientrare per le forniture concesse o i servizi erogati potranno finalmente ricevere quanto dovuto. Oltre 3 miliardi di euro saranno erogati da dicembre a marzo. Ad annunciare l'operazione che fa capo al Decreto legge 35, il 'Salvaimprese' (per il pagamento dei debiti pregressi) il presidente della Campania, **Stefano Caldoro** (nella foto), e il capo dipartimento **Salvatore Varriale**. Nel dettaglio, 1.452 miliardi sono stati assegnati alla Campania per l'attuazione dell'articolo 2 del Salvaimprese. A questi si aggiungerà un ulteriore 10%. Va conteggiata poi una cifra di 1.600 miliardi già assegnati per il piano di rientro della sanità (ai sensi dell'articolo 3 dello stesso di salvaimprese). Ancora, andranno considerati 200 milioni di fondi Fas che vantano crediti nel settore dei trasporti. I soldi arriveranno da un mutuo trentennale che la Regione accenderà presso il Tesoro, con tasso equiparato al Btp a 5 anni in emissione la prossima settimana. La valenza politica di questa operazione è per Caldoro estremamente significativa. In primis perchè "sin dal 2010, quando è nata la mia giunta, abbiamo cercato di rendere concreta la volontà di pagare - dice - Esiste però una dicotomia

tra norme. Da un lato sono previste sanzioni se non si paga. Dall'altro non possiamo superare i limiti previsti dal patto di stabilità. Avremmo voluto che si seguisse il modello spagnolo - aggiunge il presidente - con una unica centrale di pagamento a livello dello Stato direttamente verso le imprese. Non è stato possibile per ora ma abbiamo chiesto che nell'ambito della legge di stabilità si possa riuscire a superare la contrapposizione tra queste due norme". Caldoro sottolinea poi con particolare soddisfazione che l'intera operazione sarà realizzata senza addizionali. Quindi, senza mettere le mani nelle tasche dei cittadini. "Siamo stati - insiste il governatore - la prima Regione a lavorare affinché si potesse costruire una operazione di questo genere per pagare i nostri creditori al punto che tutte le altre regioni hanno seguito il percorso da noi individuato che è partito con il piano di destabilizzazione del debito. Siamo orgogliosi di poter dire oggi che la Campania ha concluso questa operazione senza pesare sui cittadini, mentre altre regioni hanno dovuto ritoccare le addizionali".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

POLITICA REGIONALE

Il Governatore Caldoro: operazione realizzata senza mettere le mani nelle tasche dei cittadini



IL TAVOLO

Pressing di Caldoro per evitare penalizzazioni alla Campania

Sanità, si va verso l'accordo delle Regioni sui costi standard

NAPOLI (mb) - Arrivare subito alla definizione del nuovo patto della salute e trovare in tempi rapidi un accordo sul riparto degli oltre 109 miliardi del fondo sanitario nazionale, facendo registrare l'accelerazione decisiva sull'applicazione dei costi standard. Su questi punti i presidenti di Regione si sono detti tutti d'accordo nel corso della riunione straordinaria della Conferenza delle Regioni che ha visto partire il confronto politico tra i governatori. Ci sono ancora alcuni ostacoli da superare, come il peso da dare all'indice di deprivazione che interessa le regioni del Sud, che però dovrebbero essere superate anche quest'anno. *"E' positivo che le Regioni abbiano condiviso la necessità di definire i costi standard in sanità, una*



**Romano: una battaglia
che possiamo condurre a viso
aperto visti i risultati raggiunti**



battaglia che la Campania, guidata dal nostro governatore Caldoro, ha potuto condurre a viso aperto e con orgoglio, forte degli importanti risultati ottenuti nel risanamento dei conti e dell'aver dato una svolta qualitativa e meritocratica nel governo della sanità", ha affermato il presidente del Consiglio Regionale della Campania, **Paolo Romano** (nella foto). Adesso la battaglia delle Regioni del Sud deve proseguire sui criteri per la definizione dei costi standard e del riparto del Fondo sanitario nazionale, per i quali si deve tenere conto, ovviamente a vantaggio delle Regioni meridionali, della percentuale di popolazione giovanile, della deprivazione derivante dalle disuguaglianze economiche e sociali tra Nord e Sud e delle condizioni ambientali che, soprattutto nel caso della Campania, incidono sullo stato di salute della popolazione. Applicare i costi standard in sanità oggi in Italia equivarrebbe a circa 30 miliardi di euro di risparmi, una cifra che permetterebbe di creare molti posti di lavoro.

"Sono certo che il Presidente Caldoro - ha concluso Romano - insieme con i governatori del Sud, riuscirà a vincere anche questa partita rendendo giustizia ad un territorio che ha dimostrato di non volere assistenzialismo ma opportunità, merito e rispetto delle proprie caratteristiche ed esigenze".

Patto della Salute. L'appello dei medici oncologici ai governatori del Sud Regioni verso il "modello emiliano"

E' ormai un tavolo permanente, quello delle Conferenze delle regioni, impegnata a definire il 'Patto per la Salute'. Sono stati attivati dieci tavoli di lavoro, che dovranno sviluppare le proposte tematiche, su cui realizzare la sintesi da sottoporre al governo nazionale, in occasione della Conferenza Stato-Regioni. Costi e fabbisogno standard, ospedali e carriera del personale dipendente, cure primarie e integrazione sociosanitaria, farmaci e farmacie, dispositivi medici e università, ricerca e edilizia sanitaria, piani di rientro, mobilità e tariffe, i temi oggetto dell'approfondimento da parte delle rispettive delegazioni regionali. L'obiettivo è arrivare ad un impegno pro-

grammatico operativo per il 2014 già entro la fine del mese di novembre, garantendo così alle giunte la possibilità di riorganizzare le cifre e i bilanci di Asl e Aziende Ospedaliere con un discreto margine, prima dell'approvazione delle leggi finanziarie. «Il nuovo Patto per la Salute rappresenta per i cittadini una svolta importante», spiega in una nota Sergio Canzanella, manager per l'Italia meridionale dell'European Cancer Patient Coalition, l'organismo internazionale che riunisce circa trecento associazioni che si occupano di malati oncologici in tutta l'Unione Europea. Canzanella lancia un appello ai governatori del Mezzogiorno, perché accelerino una intesa, «dalla quale non dipendono solo gli equilibri dei bilanci, ma so-

prattutto la vita di milioni di pazienti». Il manager si sofferma sulla scelta del modello che dovranno assumere le regioni per i costi standard. «Umbria, Marche ed Emilia Romagna sono le regioni di riferimento per determinare quanto devono costare le prestazioni in tutta Italia, ma Lombardia, Toscana e Veneto non sono mai andate in rosso e si candidano anch'esse come modelli da imitare, vedremo nelle prossime ore», spiega. «Legati ai costi standard sono i tavoli su assistenza farmaceutica e dispositivi medici, mentre per la

Nella foto: Sergio Canzanella, manager dell'European Cancer Patient Coalition per l'Italia meridionale



questione della spesa sanitaria, è tramontata l'ipotesi di sostituire nuovi ticket con un tetto a carico del paziente, che sale in base al reddito Isee familiare, oltre il quale il servizio sanitario nazionale copre tutto». Tra le otto regioni sottoposte ancora ai piani di rientro, «è stato apprezzato il modello proposto dalla Regione Campania, che fa autorizzare preventivamente le cure nelle regioni limitrofe, i cui residenti pagano un ticket inferiore», conclude Canzanella.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il dossier

Effetto crisi sulla sanità ecco chi riduce le cure

Dentisti, a Napoli le tariffe più basse ma è raffica di chiusure

Una famiglia su tre rinuncia alle terapie odontoiatriche Cresce la «migrazione» all'Est

Marisa La Penna

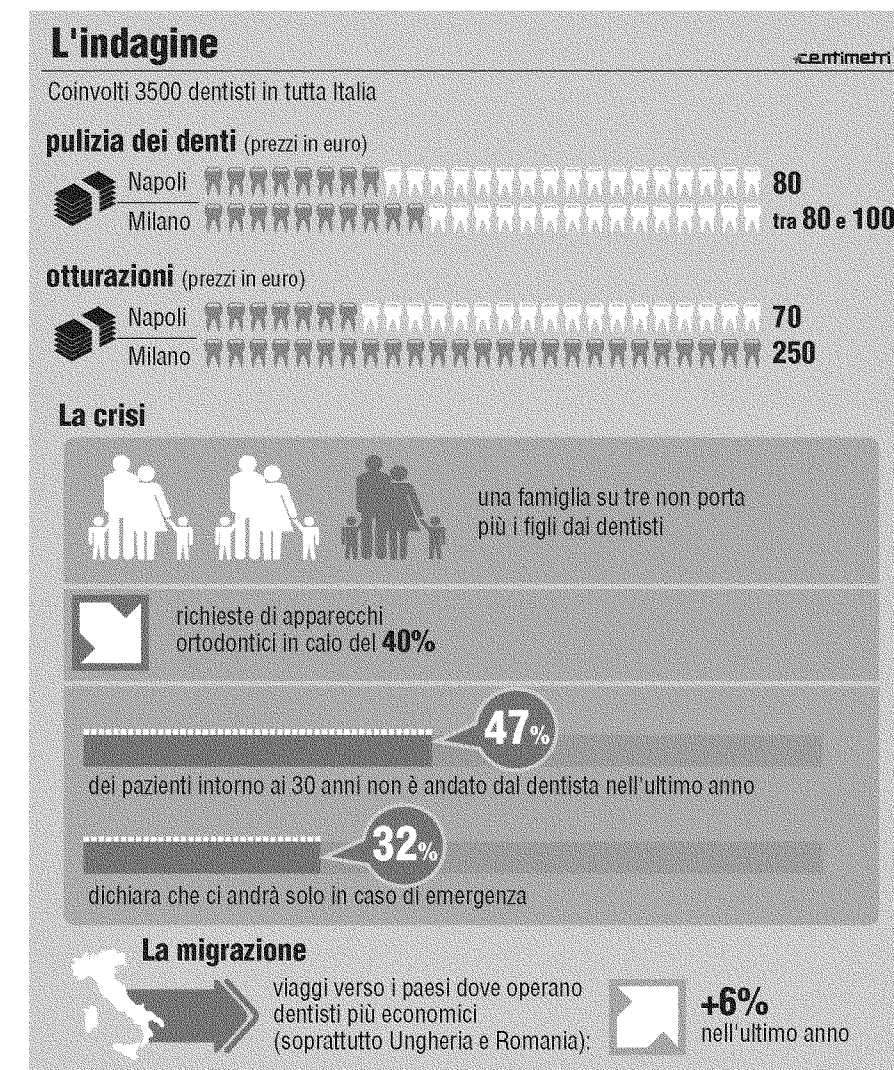
I dentisti napoletani sono i più economici. Una «igiene orale», vale a dire una pulizia dei denti, costa mediamente sessanta euro a fronte degli ottanta-cento di Milano e Bologna. Un otturazione? A Napoli settanta euro contro i 250 del capoluogo lombardo. Insomma da noi, sedersi sulla sedia dell'odontoiatra costa di meno che in altre città.

È quanto emerge da un'indagine realizzata da "Amica Card" che si avvale della collaborazione di autorevoli realtà sanitarie: dall'ospedale San Raffaele agli istituti clinici Zucchi. Per questo report sono stati sentiti ben tremilacinquecento odontoiatri, distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Dallo studio emergono chiari gli effetti della crisi. Gli italiani hanno infatti drasticamente diminuito cure mediche e dentistiche: una famiglia su tre non porta più i figli negli studi odontoiatrici e le richieste di apparecchi ortodontici sono scesi di oltre il quaranta per cento. Inoltre il 47 per cento dei pazienti che hanno una fascia di età vicina ai 30 anni dichiara di non essere più entrato in un ambulatorio dentistico negli ultimi dodici mesi e il 32% dichiara che non ci andrà, salvo emergenze.

Dalla indagine emergono altre circostanze interessanti che evidenziano differenze geografiche molto accentuate anche per la scelta del medico. Vive al Nord il settanta per cento di chi ha cambiato medico preferendo uno studio convenzionato. Al sud, invece, il paziente del dentista è molto più abitudinario e difficilmente «tradisce» il proprio dentista.

In quanto alle differenze relative al sesso dall'inchiesta emerge che le donne al di sotto dei quaranta anni sono più attente all'igiene dentale. Tra le cure più richieste dalla popolazione fem-



minile, oltre alla pulizia dei denti c'è lo sbiancamento.

E passiamo alla migrazione sanitaria. Un fenomeno nato già da qualche anno che si sta sviluppando enormemente. I paesi destinatari del flusso di pazienti che intendono risparmiare sulle cure odontoiatriche di una certa importanza, sono la Romania e l'Ungheria. Nell'ultimo anno la migrazione è aumentata del sei

per cento.

Nel frattempo, come è noto, in alcuni paesi dell'Est sono state aperte le frontiere universitarie ai nostri studenti. A migliaia sono «emigrati» verso quei paesi dopo essere stati «bocciati» ai test di medicina e odontoiatria in Italia. Un affare milionario per quei paesi che consente, però, di realizzare il proprio sogno a chi non ha trovato posto in Italia.

Infine le assicurazioni. Solo l'uno per cento dei pazienti effettua cure odontoiatriche grazie a un'assicurazione sanitaria, i cui tariffari - è bene sottolinearlo - prevedono rimborsi molto al di sotto della media. Tant'è che, molto spesso, chi si serve di un'assicurazione deve integrare a proprie spese l'onorario del medico dentista.

Sul fronte dell'odontoiatria si sta registrando anche un altro, preoccupante fenomeno. Vale a dire la chiusura, soprattutto nella no-

Ripercussioni Servizi e prestazioni migliori e uniformi in tutte le regioni

L'occasione per innalzare la qualità dell'assistenza

I tagli alla sanità e la scarsità di fondi da investire potrebbero essere un ostacolo all'effettiva applicazione dei principi della Direttiva comunitaria sulle cure transfrontaliere. È questa una delle principali preoccupazioni della Rete europea delle associazioni di pazienti *Active citizenship*.

«Occorre garantire i diritti sanciti dalla Direttiva, pianificando in modo corretto il previsto decreto legislativo, altrimenti i cittadini potrebbero subire anche a livello europeo le storture del nostro federalismo regionale — avverte Tonino Aceti, del Tribunale per i diritti del malato —. Ulteriori tagli alla sanità pubblica, con ripercussioni sulla qualità e la tempestività dell'assistenza, potrebbero, inoltre, spianare la strada a un "turismo" sanitario verso l'estero. E questo farebbe aumentare ancora, e parecchio,

la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale».

Le Regioni stesse non nascondono le proprie preoccupazioni, tanto che a fine ottobre la Conferenza che le rappresenta ha chiesto al Governo di «costruire insieme» il decreto legislativo sulla nuova mobilità sanitaria transfrontaliera.

«La Direttiva offre l'occasione di migliorare l'assistenza ovunque: non solo a livello europeo, ma anche nelle nostre Regioni, che ormai hanno sistemi molto diversi tra loro — afferma Aceti —. Rafforza, infatti, la corni-

ce dei diritti non solo per chi "si sposta", ma anche per i "residenti". E spinge a uniformare i livelli di assistenza verso standard migliori di qualità, sicurezza e tempi di attesa. Lo Stato che non lo farà, diventerà "soggetto passivo" della mobilità e i suoi cittadini tenderanno a richie-

dere cure all'estero».

Insomma, la Direttiva è una sfida per il nostro Paese, ed è anche un'opportunità. «Se si sarà capaci di "attrarre" pazienti da altri Stati ci saranno maggiori entrate nelle casse del Servizio sanitario, per cui si potrà potenziare l'offerta di servizi, — ragiona Aceti — riducendo così anche le differenze a livello regionale. Per questo, chiediamo di essere coinvolti in qualità di associazione di pazienti nei lavori preparatori del suo recepimento».

Un'altra importante questione da chiarire, secondo le organizzazioni dei cittadini, riguarda la prescrizione, l'erogazione e la distribuzione dei farmaci. Dovrebbero già essere riconosciute oltre confine le ricette prescritte dal medico in base a regole comuni in tutti i Paesi dell'Unione, come prevedono le Linee guida per le prescrizioni transfrontaliere approvate

l'anno scorso dalla Commissione.

«Nella Direttiva si parla oltre che di prescrizione, anche di erogazione e distribuzione, sia dei medicinali, sia dei dispositivi medici» spiega Aceti. E pure in questa materia, il nostro Paese deve adeguarsi.

«Se un farmaco innovativo che serve a curare una malattia rara non è rimborsabile in Italia, perché non ha ancora ottenuto il "via libera" dell'Agenzia italiana del farmaco, il paziente potrà usufruirne in un altro Stato europeo. E l'Italia dovrà rimborsarlo — specifica, infatti, il coordinatore del Tribunale per i diritti del malato —. Ciò comporta che il nostro Paese deve ridurre i tempi per le autorizzazioni di immissione in commercio di farmaci che hanno ottenuto già il via libera dall'Ema, l'Agenzia europea dei medicinali».

M. G. F.

I pazienti «scontenti» chiederanno di più terapie all'estero



Dovranno essere accelerate le procedure di autorizzazione dei farmaci

Direttiva Atteso a dicembre il decreto di recepimento delle norme in materia sanitaria

In Europa cure senza confini Ma con tanti dubbi da sciogliere

Cure "senza frontiere" slittate di qualche mese per i cittadini italiani. Il diritto a curarsi in ogni Stato dell'Unione europea, ricevendo lo stesso trattamento sanitario riservato ai residenti, è sancito dalla Direttiva comunitaria entrata in vigore il 25 ottobre. Entro quella data tutti i Paesi Ue avrebbero dovuto recepirlo con leggi nazionali. Nel nostro, però, lo scorso settembre una legge delega ha previsto che il Governo emani il relativo decreto legislativo entro tre mesi, quindi entro il 4 dicembre.

Il processo di recepimento, peraltro, procede a rilento anche altrove, secondo le informazioni raccolte tra luglio e settembre 2013 da *Active citizenship*, la rete europea delle associazioni di pazienti (per l'Italia è presente Cittadinanzattiva) che ha segnalato anche lo scarso coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini da parte delle istituzioni nella maggioranza degli Stati monitorati, nonostante la Direttiva ne dia espressa indicazione.

Per i pazienti è in gioco, come spiega il Commissario europeo per la Salute, Tonio Borg: «Il diritto di scelta tra molteplici servizi di assistenza sanitaria, l'accesso a maggiori informazioni e il ricono-

samento delle prescrizioni su scala transfrontaliera. Per tutelare il diritto alla mobilità sanitaria, la Commissione monitorerà con attenzione il recepimento della Direttiva e adotterà, se necessario, misure idonee».

In Italia sono diversi i nodi da sciogliere entro novembre. Primo fra tutti: gli assistiti dovranno anticipare il costo delle loro cure all'estero, o sarà direttamente il Servizio sanitario a pagare? E quali procedure per il rimborso saranno eventualmente previste? Quali le competenze regionali? E le tariffe da applicare?

Secondo la Direttiva, per esempio, il singolo Stato potrà prevedere l'autorizzazione preventiva obbligatoria per una prestazione sanitaria in un altro Stato Ue quando è previsto il ricovero del paziente per almeno una notte, nei casi in cui è richiesto l'uso di apparecchiature mediche ad alta specializzazione molto costose, quando le cure comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione. Che cosa si deciderà nel nostro Paese?

«Fermo restando che si farebbe volentieri a meno di spostarsi per trovare le cure di cui si ha bisogno, la Direttiva, se recepita in modo corretto, è uno strumento per avere uguali diritti in ogni Stato, ma

anche in ogni Regione o Asl, sia nella libera scelta del luogo in cui farsi curare, sia nell'accesso a prestazioni sicure e di qualità senza tempi di attesa biblici — sottolinea Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva — . Per questo chiediamo che il decreto preveda modalità di assistenza diretta in modo che i cittadini non siano costretti ad anticipare di tasca propria le spese necessarie, ad esempio, per un intervento in un altro Paese. Altrimenti, sarà un'opportunità solo per chi può permetterselo».

«C'è anche il rischio che i rimborsi possano escludere le spese di soggiorno, che, però, già oggi in alcune Regioni sono riconosciute» aggiunge Aceti. E ancora, secondo il rapporto di *Active Citizenship*, ci potrebbero essere differenze tra il costo della prestazione nel Paese d'origine e quello nello Stato "curante".

«I Paesi dell'Unione dovranno mettersi d'accordo per una sorta di nomenclatore unico, in modo che le tariffe delle prestazioni siano uniformi, altrimenti ci sarà una giungla — mette in guardia Aceti — . Nei casi in cui la tariffa in vigore nello Stato "curante" risulti più alta di quella italiana, per esempio, qualche

Asl potrebbe negare l'eventuale autorizzazione».

Il dossier delle organizzazioni europee dei cittadini evidenzia, poi, la carenza di informazioni date ai cittadini sui diritti sanciti dalla Direttiva. Ogni Paese dell'Unione è tenuto a istituire sul proprio territorio sportelli o «Punti di contatto» per fornire indicazioni su come ricevere assistenza transfrontaliera, sulle possibilità di trattamento in altri Stati membri, su qualità e sicurezza delle cure, condizioni di rimborso, procedure di ricorso nel caso in cui sia negata l'autorizzazione a curarsi oltre confine. Ma quasi tutti sono in ritardo. Dalla ricognizione effettuata da Cittadinanzattiva, risulta che il nostro Ministero della Salute abbia individuato il Punto di Contatto nazionale presso la propria sede, ma non è ancora attivo per i cittadini, non esiste sul sito una specifica pagina web, non c'è un apposito numero di telefono né un'email dedicata cui i pazienti italiani ed europei possano fare riferimento.

«La trasparenza delle informazioni è fondamentale, — conclude Aceti — altrimenti ci sarà una mobilità inappropriata, basata sul sentito dire e non sui reali servizi offerti».

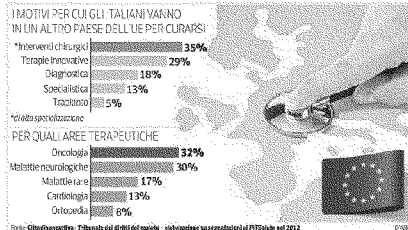
Maria Giovanna Faiella

Ritardi

L'attuazione delle nuove regole procede a rilento anche negli altri Stati

Cittadini dell'Ue

Uno strumento per usufruire di maggiori possibilità di trattamento



Fonte: Cittadinanzattiva - Fidejussori del diritto del malato - ricerca basata sui questionari di Cittadinanzattiva del 2012

I risparmi dell'Ict non decollano: troppa frammentazione gestionale

**Per i sistemi
hi tech la spesa
si ferma all'1,4%
del budget**

**Progetti ad hoc
nei corsi di laurea
per la conoscenza
dei network**

Le condizioni finanziarie rendono prioritario per il nostro Paese il tema del contenimento delle spese sanitarie. Una seria politica di investimenti in Information&Communication Technology (Ict) potrebbe generare miglioramenti significativi sia dal punto di vista delle capacità di cura sia rispetto al contenimento della spesa stessa. E perché funzioni devono essere coinvolti i professionisti della salute. Per questo è stato organizzato a Roma la scorsa settimana il convegno «Professioni sanitarie e Ict», patrocinato dalla Fondazione per la sicurezza in sanità e realizzato dalla Confederazione AnTel-Assiatel/Aitic dal Co.na.p.s. in collaborazione con Tecnosan.

Il settore sanitario spende complessivamente 920 milioni di euro l'anno per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, soltanto l'1,4% del budget di spesa totale, una somma modesta se comparata alla media europea e ancora più modesta se comparata a una classifica mondiale che pone l'Italia alla 30a posizione. Dal confronto con gli altri paesi europei emerge come l'Italia spenda una percentuale leggermente maggiore rispetto alla Germania (1,3%) ma inferiore a Paesi come Spagna e Olanda.

Tutto questo non deve meravigliare anche perché solo l'80% delle imprese italiane possiede un collegamento internet a banda larga contro un 84% di media europea e solo il 3% di queste imprese riceve ordinativi tramite strumenti di rete rispetto al 18% di media europea. Ancora più allarmante risulta la percentuale di disponibilità online di 20 servizi pubblici di base, dato che attesta l'Italia all'11° posto.

Inoltre le strutture italiane, se paragonate ai partner tecnologici europei, non raggiungono mai il livello massimo di digitalizzazione, lo "stage" 7 che implica l'assenza completa di documentazione clinica cartacea a favore di un'implementazione della cartella clinica elettronica (Cce) oltre a un sistema di supporto alle decisioni basato su protocolli standardizzati in grado di migliorare la qualità delle prestazioni.

A parte rare eccezioni che raggiungono lo "stage" 6 (Ismett, Ospedale

San Luca di Trecenta, Ospedale Santa Maria della Misericordia) sette strutture su dieci non vanno oltre il secondo "stage" immettendo solo dei dati clinici nel sistema digitale (utilizzo della Cce) non creando una struttura organizzativa, gestionale e infine un network. Ed è proprio da analisi comparate che si evidenzia come sul fronte dell'ospedale digitale, l'Italia stia perdendo contatto con i Paesi europei più avanzati come Svezia, Olanda e Spagna.

Tuttavia è ben chiaro e ben supportato da studi scientifici presenti in letteratura, come l'utilizzo dell'Ict nella gestione del paziente porti a un miglioramento nell'accessibilità e leggibilità dei documenti oltre a migliorare l'efficienza operativa, la comunicazione tra i settori, l'accuratezza e la standardizzazione dei dati oltre alla facilità di ricerche degli stessi nel futuro. L'utilizzo dell'Ict nelle dinamiche lavorative in un grande servizio pubblico di fisioterapia ha prodotto un miglioramento delle prestazioni, della fase valutativa e soprattutto nella ricerca scientifica.

Come detto, il budget riservato all'Ict in Italia è molto basso ed estremamente variabile nelle diverse regioni del Paese. Complessivamente il Nord del Paese spende circa il 65% di queste risorse sull'Ict con una spesa pro capite di 21 euro contro i 9 euro di Sud e Isole.

Il divario aumenta se si distinguono le strutture sanitarie ad alto budget Ict (più di 2 milioni e mezzo di euro all'anno) che sono concentrate per l'83% nel Nord Italia. Netta differenza si evidenzia anche tra le tipologie di strutture che investono in queste tecnologie, vantaggio netto a favore di Asl con il 48% e le aziende ospedaliere con il 31% a dispetto di un investimento del 15% per le strutture private.

Da questa situazione emerge l'estrema necessità di pianificare una strategia di sviluppo dell'Ict in Italia. Sono considerati ambiti "consolidati" la gestione delle risorse umane e i sistemi di business intelligence, dove si sono già raggiunti alti livelli di maturità e dunque non si prevedono per il futuro ulteriori investimenti rilevanti.

Sono invece ambiti "strategici", con alta maturità e per cui sono previsti

ulteriori investimenti nei prossimi tre anni, la cartella clinica elettronica (Cce), la gestione amministrativa e i sistemi di integrazione con il fascicolo sanitario elettronico. Ancora marginali, e dunque non oggetto di investimenti nel breve periodo, i sistemi di clinical governance, la conservazione sostitutiva, la medicina sul territorio e la fatturazione elettronica.

Tra le difficoltà dello sviluppo dell'Ict in Italia, la ricerca mette in evidenza soprattutto la frammentazione del sistema decisionale. Partendo da questo concetto sarebbe opportuno implementare l'utilizzo della tecnologia nelle strutture pubbliche e private oltre che nelle associazioni di categoria.

Il punto di partenza deve rappresentare la Cce, uno strumento base per la gestione dei dati dei pazienti, la ricerca statistica e la possibilità di network tra i "care givers". Le caratteristiche da ricercare in una Cce devono essere: presenza di cartella clinica, diario di trattamento, agenda o planning di gestione dei trattamenti, facilità statistica per politica sanitaria, sicurezza nella gestione dei dati sensibili.

Ed è questa la strada che porta a quei risparmi che le ultime stime del Politecnico di Milano a esempio hanno quantificato dal punto di vista operativo in non meno di 5,7 miliardi, una volta che il sistema dell'Ict in Italia sarà a regime. Con ricadute anche sulle tasche (e sul benessere) degli assistiti che spenderebbero almeno 6,5 miliardi in meno tra carta e burocrazia. L'obiettivo c'è, ma a quanto pare senza un cambio di rotta nella programmazione regionale e nazionale, non sono ancora vicini i presupposti.

Partendo da un substrato minimo di disponibilità di Ict in Italia con conseguente deficit culturale nel settore, risulta essenziale la sensibilizzazione e la formazione dei professionisti sanitari all'utilizzo dell'Ict. Approcciare, coinvolgere, formare professionisti con venti, trent'anni di esperienza lavorativa con l'utilizzo di risorse cartacee e non tecnologiche risulta più difficile rispetto alla formazione della nuova classe sanitaria già a livello universitario.

Per colmare il forte divario tecnolo-

stra città, di piccoli studi che non riescono a sostenere le spesa a causa della flessione delle prestazioni. E soprattutto non riescono a sostenere la concorrenza di studi associati o particolarmente accorsati di moderne attrezzature. In odontoiatria, infatti, le innovazioni tecnologiche sono fondamentali per la qualità del risultato. E le attrezzature sono costosissime. Per cui i piccoli studi odontoiatrici non riescono a stare al passo dei grandi studi e finiscono inevitabilmente per «sbaraccare». Negli ultimi anni, sia in città che in provincia, sono decine e decine i dentisti costretti a rinunciare ad avere un proprio studio. In tanti sono addirittura andati a lavorare presso studi di colleghi, da «consulenti» per evitare di sostenere le spese della gestione di uno studio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Allo studio risparmi tra il 10 e il 15%. Cancellati i fondi agli atenei virtuosi. Scuola, inglese fin dalla materna

Sanità, la mappa degli sprechi

Manovra, in commissione si preparano nuovi tagli su spesa farmaceutica e analisi

Sprechi e inefficienze: nella sanità c'è ancora spazio per tagliare. Nel mirino lo shopping folle del pianeta dei camici bianchi dove Asl e ospedali mandano in tilt i bilanci delle Regioni. Tra valvole, protesi, defibrillatori, pacemaker e indagini specialistiche, la salute «made in Italy» è un mercato dove ognuno fa il prezzo che gli pare. Beni e servizi, spesa per farmaci compresa, sono ancora troppo costosi. Ed è proprio lì che le forbici vanno usate. È il risultato di uno screening iniziato a giugno e concluso due giorni fa. Protagoniste le commissioni della Camera, Bilancio e Affari sociali: ai raggi X sindacati, associazioni dei malati, medici, infermieri, direttori di aziende sanitarie e privati. Intanto, passa alla Camera il decreto scuola: inglese fin dalla materna. Università: saltano i fondi agli atenei virtuosi.

Nella legge di stabilità l'anticipo di una tranche di spending review già per il 2014 - Ipotesi no tax area a 9mila euro

Corsia veloce ai tagli di spesa

Per le Pmi bonus macchinari in 5 anni - Allarme delle Regioni sui fondi Cig

■ Una tranche di spending review già per il 2014. Una sorta di anticipo del più ampio piano del commissario straordinario Cottarelli che potrebbe vedere la luce attraverso una modifica in parlamento alla legge di stabilità. E spunta l'ipotesi di innalzare la no tax area da 8mila a 9mila euro. Intanto va verso lo sblocco il decreto di attuazione del Fare 1 sul credito agevolato

in 5 anni alle Pmi per investimenti in macchinari. Mentre dalle Regioni arriva l'allarme sui fondi per la cassa e la mobilità in deroga: i 5milioni stanziati ad agosto non sono stati ancora assegnati.

Servizi ► pagine 2 e 3

Le misure per le imprese in stand by

DESTINAZIONE ITALIA 	LEGGE PER LE PMI 	LEGGE PER LA CONCORRENZA 
Il piano per attrarre gli investimenti esteri è stato presentato a settembre. Ma i tempi per l'approdo delle norme in Cdm restano incerti	La legge annuale per le Pmi per ora è rimasta solo a un fitto pacchetto di proposte per la crescita delle imprese	Il governo ha l'obbligo di presentare ogni anno alle Camere un Ddl sulla concorrenza, ma il nuovo testo manca all'appello

Le vie della ripresa

IL CONTENIMENTO DELLA SPESA

Letta vede i partiti

Mercoledì l'incontro con il gruppo congiunto Pd Pronto alle assemblee dei parlamentari Pdl e Sc

Cottarelli stringe i tempi

Il commissario straordinario al lavoro: tra gennaio e marzo il piano dettagliato

Corsia veloce per la spending review

Si punta ad anticipare una tranche di tagli già per il 2014 - Ipotesi no tax area a 9mila euro

Marco Rogari
ROMA

■ Provare ad anticipare una prima tranche di spending review. Con l'obiettivo di recuperare qualche centinaio di milioni di risparmi già nel 2014, con un anno di anticipo rispetto alla tabella di marcia prevista dalla legge di stabilità. Risparmi utili per la riduzione della pressione fiscale e magari per rafforzare in corsa il taglio

del cuneo. Il nuovo commissario straordinario, Carlo Cottarelli, non l'ha detto ufficialmente né ha ancora definito con precisione la tabella di marcia del suo piano di revisione della spesa. Anche perché si è insediato a via XX settembre soltanto da poco più di una settimana. Ma Cottarelli ha fatto chiaramente capire che intende accelerare il più possibile i tempi. E non è escluso che già a febbraio-

marzo del prossimo anno arrivi il suo piano dettagliato, con tanto di possibili ricadute sul personale pubblico in termini di "mobilità".

Un piano che magari, in attesa di vedere la luce, potrebbe esse-

re "cifrato" per il 2014 (con una modifica parlamentare alla legge di stabilità) come già previsto per il 2015 (600 milioni) e il 2016 (1,3 miliardi) indicando così un obiettivo minimo di risparmio per il prossimo anno da poter utilizzare come copertura di alcune modifiche. In altre parole una prima fetta del piano Cottarelli potrebbe essere usata per puntellare la "stabilità" già dal 2014. Ma questa al momento è solo un'ipotesi alla quale guardano molto speranzosi i partiti per recuperare risorse per i loro correttivi da apportare al Senato alla ex Finanziaria. A spingere per rafforzare subito le misure sul taglio della spesa è soprattutto il Pdl. Ma anche il Pd sta pensando di presentare emendamenti che prevedano già dal prossimo anno il ricorso a tappeto del meccanismo dei fabbisogni e dei costi standard, che dovrebbe diventare uno degli strumenti utilizzati da Cottarelli per rendere operativo il suo piano d'interventi.

Interventi che in ogni caso non

potranno non avere ricadute anche sull'assetto del personale della pubblica amministrazione per il quale si profilano nuovi percorsi di mobilità da enti "superflui" e troppo costosi a strutture attualmente sottodimensionate. Questa questione non si porrà subito e sarà in ogni caso affrontata in un confronto tra governo e sindacati una volta che saranno nero su bianco le proposte di Cottarelli. Ma è indubbio che un intervento a tutto campo sulle voci della spesa primaria come quello al quale sta lavorando il nuovo Commissario non potrà non interessare direttamente i dipendenti statali. Tra l'altro il commissario straordinario conta molto su una rapida trasformazione dei dirigenti pubblici in veri e propri manager.

Per il momento, comunque, Cottarelli sta pensando a rendere operativo il suo gruppo di lavoro, del quale faranno parte 10 dipendenti interni alla pubblica amministrazione (quindi a costo zero). E a definire le linee guida del programma di lavoro che dovranno

essere consegnate al Comitato interministeriale sulla spending review e presentate in Parlamento entro il 13 novembre. Subito dopo il Commissario cercherà di sviluppare il piano operativo di riduzione della spesa che secondo la tabella di marcia fissata dalla "stabilità" dovrà essere pronto prima della fine di luglio del 2014. Cottarelli conta però di anticipare i tempi presentando le sue proposte di intervento tra marzo-aprile ma non senza escludere la possibilità di tagliare questo traguardo già a febbraio 2014. Il lavoro è già cominciato partendo dall'esperienza di Bondi, dal rapporto elaborato lo scorso anno dall'allora ministro Piero Giarda e dal dossier Giavazzi sulla revisione degli incentivi alle imprese.

Intanto tra le ipotesi di modifica al Ddl stabilità spunta l'ipotesi di innalzare il tetto della no tax area da 8mila a 9mila euro. Un intervento che «costerebbe parecchi miliardi - spiega il relatore Giorgio Santini - che riguarderebbe anche i cassintegrati».

E per aggirare il nodo coperture si starebbe pensando di diluire la misura in tre anni.

Prosegue il pressing dei partiti: i pidiellini Carfagna, Capezone e Gasparri sono tra quelli che chiedono che venga completamente riscritta. Replica il viceministro all'Economia Stefano Fassina: «Siamo impegnati, con la Commissione Bilancio del Senato, a migliorare il Ddl Stabilità. I loquaci esponenti del Pdl dovrebbero evitare polemiche strumentali». Sul suo blog Grillo scrive che «Letta aumenta le tasse e mente agli italiani». Il termine per presentare gli emendamenti scade giovedì. Mentre Enrico Letta mercoledì parteciperà alla riunione del gruppo congiunto del Pd con l'obiettivo di migliorare la manovra. Il premier ha dato la disponibilità a partecipare alle assemblee di Pdl e Scelta Civica. Domani e dopodomani, invece, il ministro Saccomanni sarà nella city londinese per incontrare il Cancelliere dello scacchiere e la comunità finanziaria.

Effetti del Ddl stabilità sulla spesa

dati in milioni di euro

	2014	2015
Spese in conto corrente	-3.066	-5.121
Spese in conto capitale	-565	-762
Totale	-3.631	-5.121
di cui		
Patto stabilità - regioni	-1.000	-1.344
Patto stabilità - enti locali	0	0
Indicizzazione pensioni	-580	-1.380
Liquidazione dip. Pubblici	-380	-443
Redditi da lavoro dipendente	0	-624
Fondo affitti	-637	-584
Altro	-169	-747
Fondo affitti	-500	-500
Altro	-65	-262

Fonte: ministero dell'Economia

SCHEMA DI DECRETO DELL'ECONOMIA

Controlli Siope anche sulle aziende del Ssn

La trasparenza - soprattutto economica - è tra i primi obiettivi del Ssn. E per raggiungerla la strada passa dal controllo dei bilanci e dal monitoraggio dei conti pubblici perché siano fedeli all'articolo 104 del Trattato istitutivo dell'Ue che parla chiaro: «Gli Stati membri devono evitare disavanzi pubblici eccessivi». Per centrare questi obiettivi tutte le aziende sanitarie pubbliche dovranno indicare sui titoli di entrata e di spesa i nuovi codici gestionali previsti dallo schema di decreto del ministero dell'Economia inviato alla Stato-Regioni che prevede anche l'adeguamento della codifica Siope (sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici).

Una vera e propria stretta all'insegna della trasparenza dei bilanci: le strutture sanitarie dovranno regolarizzare "tempestivamente" le riscossioni e i pagamenti effettuati in assenza dell'ordinativo di incasso e di pagamento «evitando l'imputazione provvisoria» a codici che riguardano operazioni finanziarie. E dovranno uniformare la codificazione alle istruzioni del «Glossario dei codici gestionali» - che sarà pubblicato entro 30 giorni dall'entrata in vigore del decreto, ma del quale una bozza è allegata al decreto - e alle indicazioni della Ragioneria generale dello Stato.

Nell'applicare i codici gli enti dovranno evitare il criterio della prevalenza e dovranno anche comunicare nome e coordinate del responsabile Siope alla Rgs. Nell'allegato al decreto sono indicati i codici e i loro riferimenti: oltre seicento voci tra codici e glossario che

vanno dai ticket alle prestazioni non sanitarie, dai depositi per spese contrattuali ai mutui, dalle immobilizzazioni materiali ai rimborsi per anticipazioni di cassa.

Per quanto riguarda gli ordinativi di incasso e pagamento resta fermo il divieto prescritto dal codice civile di compensazione contabile e questi dovranno essere correlati tra loro e avere importi pari al credito/debito oggetto della compensazione e devono essere riferiti all'esercizio in cui questa è effettuata.

Senza codice gestionale gli ordinativi non potranno più essere accettati e comunque incassi e pagamenti devono essere trasmessi quotidianamente al Siope dai cassieri per consentire controlli stretti. I cassieri dovranno anche trasmettere il 20 di ogni mese al Siope informazioni codificate sulla consistenza delle liquidità dei singoli enti alla fine del mese precedente e comunicare le informazioni sulla consistenza delle disponibilità finanziarie depositate sempre alla fine del mese precedente presso altri istituti di credito.

Gli enti, infine, dovranno allegare al bilancio d'esercizio i prospetti di entrate e uscite di dicembre con i valori cumulati dell'anno e la relativa situazione delle disponibilità liquide. Se i prospetti non dovessero corrispondere alle scritture contabili dell'ente e del cassiere, dovrà essere allegata al bilancio una relazione che spieghi le cause della situazione e le iniziative per avere nell'anno successivo una corretta attuazione della Siope.

L'intervista Studi e ricerche con un clic

«Banca dati per i medici, svolta on line»

Il presidente dell'Ordine Zuccarelli: si accederà alle più importanti ricerche

Marisa La Penna

I ventitemila medici napoletani potranno presto disporre di una «biblioteca virtuale» con gli studi e le ricerche più importanti a livello internazionale. È l'iniziativa - l'ultima di una lunga serie - lanciata dall'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Napoli. Un progetto di cui beneficeranno, ovviamente, anche i pazienti: perchè se un medico è più informato l'ammalato non può che giovarsene. Ne parliamo col presidente Bruno Zuccarelli.

Presidente, in cosa consiste la «biblioteca virtuale»?

«Tutti gli iscritti, medici e odontoiatri potranno accedere gratuitamente a banche dati mondiali direttamente dall'area riservata del sito dell'Ordine. Il Consiglio direttivo ha, infatti, deliberato di stipulare un contratto con la Ebsco di Boston, il principale produttore mondiali di banche dati, nonché il maggiore aggregatore di riviste scientifiche in Full Text del mondo. Questo consentirà sia al giovane nuovo iscritto che al professionista più esperto di consultare e di acquisire ogni possibile e utile aggiornamento professionale per affrontare, con la massi-

ma sicurezza e competenza, nell'interesse del paziente, i quesiti diagnostici e terapeutici a cui la pratica professionale quotidiana li espone».

Quando sarà possibile accedere alla biblioteca?

«L'iniziativa parte il 1 gennaio 2014. È un servizio unico tra gli Ordini del Meridione. Si apre, dunque, una nuova stagione per la sanità napoletana: la banca dati sarà a disposizione dei nostri iscritti che potranno accedere con un nome utente ed una password, il tutto senza gravare nel modo più assoluto sui conti della sanità pubblica. Il progetto alleggerisce il compito del pubblico, in un momento di tagli e di revisione della spesa. Va inoltre incontro alle esigenze dei colleghi che non sempre hanno la possibilità di accedere ad onerosi abbonamenti a riviste scientifiche. In questo delicato momento storico serviva una scelta di campo e l'Ordine di Napoli non si è tirato indietro».

Ci sarà un rincaro della quota di iscrizione all'Ordine?

«Assolutamente no. Resta anche invariata la quota mensile a carico dei medici di Napoli e provincia, che è la più bassa d'Italia. In questo modo apriamo una finestra sul mondo anche per quei medici che sono costretti nella solitudine dei propri studi, e che pertanto non hanno frequenti opportunità di confronto e di scambio con altri colleghi.



Mettere a disposizione di tutti i nostri iscritti questo servizio significa offrire ai cittadini un la garanzia di potersi rivolgere a medici sempre aggiornati, e dunque sempre più capaci di consigliare le migliori soluzioni terapeutiche possibili. Insomma, con questa innovazione miglioriamo radicalmente il concetto stesso di assistenza».

L'iniziativa sarà presentata dal presidente Bruno Zuccarelli, il prossimo 5 Novembre, alle ore 11, nella sede dell'Ordine di Napoli in una conferenza a cui è prevista, tra gli altri, la presenza del presidente Stefano Caldoro e di Brian Alper, direttore sanitario del «Clinical Reference and Consumer Health Products» della Ebsco.

”

Tutti gli iscritti, grazie a una password entrano nella banca dati mondiale e si documentano



La polemica Sumai in campo Autocertificazione? «Sanitari favorevoli»

I leader sindacali:
per malattie poco gravi
già è prassi in altri Paesi

Sulla proposta dell'«autocertificazione di malattia» avanzata nel corso di un convegno sulla medicina generale che si è svolto a Piacenza, i medici napoletani continuano a dire la loro. Dopo le perplessità avanzate dal rappresentante provinciale della Fimmg, scende in campo il Sumai di medicina generale. Dice il dirigente nazionale Saverio Annunziata: «La stragrande maggioranza dei medici di famiglia è favorevole all'autocertificazione di malattia nei primi tre giorni. Infatti da oltre un decennio conduciamo questa battaglia per il riconoscimento del diritto del lavoratore di autocertificare la sua malattia (presunta o reale) nei primi tre giorni, soprattutto quando essa ha scarsa rilevanza clinica, con sintomi poco o per nulla obiettivabili anche alla visita medica, vale a dire cefalea, nausea, coliche addominali, astenia. In questi casi sarà eventualmente compito del medico fiscale rilevare se il paziente è realmente relegato presso il proprio domicilio in quanto affetto dai disturbi dichiarati oppure è in vacanza il qualche località turistica».

E aggiunge Giuseppe Tortora, dello stesso sindacato: «In questi casi per il medico di famiglia la certificazione di malattia diviene esclusivamente un inutile onere burocratico ed un ulteriore aggravio di responsabilità professionale, se si



considera che, in virtù del rapporto fiduciario, il medico è più propenso a curare ed a credere, invece che a dubitare, della buona fede del paziente, per cui difficilmente va alla ricerca di segni ed indizi che possano sconsigliare le dichiarazioni del suo assistito, come invece è tenuto a fare un medico fiscale o legale».

«Nei Paesi più evoluti l'autocertificazione è già prassi. Quanto ancora dovremo attendere per essere al passo con i tempi?» concludono, in una nota, i due dirigenti sindacali.

La pratica dell'attestazione «fai da te» per i primi giorni di malattia è, come detto ieri, già prassi comune in molti paesi anglosassoni. In Canada, ad esempio, il dipendente dispone di un «carnet» di giorni di assenza, che può utilizzare nel corso dell'anno, autocertificando la propria indisposizione semplicemente telefonando al datore di lavoro. E il dipendente «virtuoso», che «risparmia» sul «carnet», matura invece un premio

m.i.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Governo del territorio Impreditori e Ordini: dialogo a Benevento

DI VITTORIO PRIGNANO

Filo diretto tra imprenditori e professionisti per il governo del territorio: dal Sannio un esempio di buone pratiche. Confindustria Benevento (associazione presieduta da **Biagio Mataluni**), Ance Benevento (guidata da **Silvano Capossela**), e Ordini Professionali dell'area tecnica (Ingegneri, Architetti, Agronomi, Geologi, Geometri), hanno siglato, nella sede di Piazza Colonna, un protocollo d'intesa al fine di costituire un Tavolo Permanente di Governo del Territorio tra le Associazioni delle imprese e gli ordini professionali con un ruolo di indirizzo e di interfaccia con le pubbliche amministrazioni.

Strumenti operativi

Al fine di rendere operativo il Tavolo è stato attivato uno sportello con il compito di esaminare le questioni urbanistiche di interesse per il territorio e riscontrare le necessità delle imprese associate ad Ance e a Confindustria e dei professionisti appartenenti agli ordini professionali sottoscrittori del protocollo.

Negli ultimi anni, infatti, la normativa urbanistica ha subito una continua evoluzione che ha reso necessaria la costituzione di un sistema di lavoro congiunto ca-

pace di dare risposte chiare ed univoche.

"Il Protocollo d'intesa ed il Tavolo Permanente sul Governo del Territorio - tiene a puntualizzare **Silvano Capossela** Presidente dell'Ance Benevento - rappresentano un segnale concreto per Ance, Confindustria e per i professionisti,

in quanto viene messo a disposizione uno staff di esperti con l'obiettivo di superare eventuali dubbi interpretativi della normativa presente".

Tecnici protagonisti

Il protocollo, inoltre, prosegue il presidente **Capossela**, "intende fornire un supporto consentendo di affrontare le problematiche urbanistiche e facilitare la collaborazione tra imprese, professionisti e pubblica amministrazioni. Rivolgo un ringraziamento agli Ordini professionali con i quali stiamo svolgendo, già da tempo, un percorso costruttivo che ci ha visti collaborare in più occasioni. Sono fermamente convinto che questo modo di lavorare rappresenti la strada giusta per superare molti ostacoli e per essere concretamente al fianco delle imprese". Insomma, una scelta destinata ad evitare che in materia urbanistica si prosegua a compartimenti stagni. ●●●



Biagio Mataluni

La delibera Due comuni non firmano: commissariato l'Ambito B5

Per la prima volta dopo undici anni di applicazione della legge 328 del 2000 e della normativa regionale di riferimento è stato commissariato un Ambito sociale territoriale della Provincia di Benevento. E precisamente il nuovo Ambito territoriale B5 composto da 22 comuni, con Morcone ente capofila. La giunta regionale, su proposta dell'assessore all'Assistenza sociale Ermanno Russo, infatti, ha deliberato il commissariamento degli Ambiti territoriali A4 (Avellino), B5 (Morcone), C2 (Maddaloni), N16 (Melito di Napoli), N32 (Gragnano), N33 (Vico Equense), S1 (Scafati), S9 (Camerota).

Nello specifico l'Ambito sociale di Morcone è stato commissariato poiché due comuni, Castelfranco in Miscano e Molinara, guidati rispettivamente dai sindaci Antonio Pio Morcone e Giuseppe Addabbo, non hanno approvato la convenzione per la gestione associata dei servizi socio-sanitari. Nel provvedimento regionale è stabilito altresì che dall'avvio dell'esercizio dei poteri sostitutivi si concedono ulteriori quindici giorni all'Ambito per controdedurre o adottare atti in conformità con la normativa regionale. Decorso inutilmente tale termine, la giunta procederà con decreto del governatore alla nomina di un commissario ad acta, in sostituzione degli organi comunali, chiamato all'adozione e alla sottoscrizione della forma associativa. Il mandato del commissario durerà trenta giorni, salvo un periodo di proroga su richiesta motivata. A questo punto è necessario che tutti i co-

I nodi
Castelfranco
e Molinara
non hanno
siglato
la convenzione:
sono gli unici
su 22 paesi

muni sottoscrivano la convenzione al fine di non compromettere o ritardare l'erogazione dei servizi per le fasce deboli e compromettere anche i livelli occupazionali.

In particolare la Regione ha evidenziato l'urgenza connessa ai tempi di conclusione del procedimento e quelli relativi alla presentazione dei progetti collegati al Piano di azione e coesione fissata dal Ministero dell'Interno al 14 dicembre. Finora hanno approvato la convenzione nei rispettivi consigli comunali venti comuni dell'ambito B5: Baselice, Campolattaro, Casalduini, Castelpagano, Castelveteve in Val Fortore, Circello, Colle Sannita, Foiano di Valfortore, Fragneto L'Abate, Fragneto Monforte, Pontelandolfo, Morcone, Reino, San Giorgio La Molara, Montefalcone di Valfortore, Ginestra degli Schiavoni, San Marco dei Cavoti, San Bartolomeo in Galdo Santa Croce del Sannio, Sassinoro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Assistenza Commissariato
l'Ambito territoriale B5

Sanità privata Atto obbligato del manager Asl, Squillante. Centri verso la chiusura e pazienti in dimissione protetta

Addio riabilitazione: firmata la delibera

Ufficiali i nuovi e ridotti tetti di spesa voluti dalla Regione

di Marta Naddei

Addio assistenza socio-sanitaria e riabilitazione. Le strutture accreditate della sanità privata sono ad un passo dalla chiusura e migliaia di pazienti, in larga parte affetti da gravi patologie, che resteranno senza alcun supporto sanitario se non dietro lauto pagamento. A staccare la spina è stata la delibera dell'Asl di Salerno numero 829 dello scorso 29 ottobre con cui il direttore generale dell'azienda, Antonio **Squillante**, ha dato applicazione al decreto 86 del subcommissario alla sanità della Regione Campania, Mario **Morlacco**, relativo ai limiti dei tetti di spesa per le strutture che offrono prestazioni socio-sanitarie e riabilitative ad anziani non autosufficienti, disabili fisici e psichici gravi e non. Un atto che il manager dell'Asl ha comunque dovuto giocoforza adottare dal momento che nell'ultimo provvedimento integrativo della struttura commissariale regionale (il decreto 102) veniva assegnato un termine di 10 giorni



Il sub commissario Mario Morlacco

per adottare la delibera. In poche parole, Squillante avrebbe dovuto farlo comunque. In base a quanto stabilito dal decreto di Morlacco, per le strutture dell'Asl di Salerno, quelle della macroarea della riabilitazione hanno un tetto di spesa fino a 61 mila euro, quelle della salute mentale e del socio sanitario fissato a 19 mila euro e quelle della medicina fisica e riabilitativa a 4 mila euro. Sull'albo pretorio dell'Asl mancano

Gambardella (Aspat)

«Atto di Squillante tenta di non smantellare la rete, ma la colpa è di Morlacco. Aspettiamo di visionare le ripartizioni. I centri non sottoscrivono i contratti»

però gli allegati in cui c'è il dettaglio della ripartizione dei fondi, da cui scaturiscono i rispettivi tetti di spesa e relativi tagli operati, per le singole strutture. Fatto sta che il problema è stato comunque a monte, con il primo decreto commissariale a cui si è tentato di rimediare con lo stanziamento di una somma aggiuntiva di 2 milioni e 875 mila euro per quanto riguarda la provincia di Salerno, che comunque non basta a co-

prire nemmeno in minima parte le esigenze delle strutture che erogano le prestazioni. A conti fatti, ai centri salernitani mancano circa cinque milioni di euro per continuare a fornire i livelli di assistenza. Quello che è certo è che da questo mese, molte strutture saranno costrette alla chiusura o ad una drastica riduzione dei servizi, con la conseguente dimissione "protetta" dei pazienti e con la perdita di posti di lavoro. Nel corpo della delibera, il manager Squillante lascia comunque la scelta ai responsabili dei centri: «Le strutture sanitarie private che non sottoscrivono il contratto – si legge nell'atto – ovvero oppongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dall'Asl, saranno prive di contratto». In molti, a quanto pare, sono proprio intenzionati a perdere l'accreditamento se i tetti di spesa sono questi.

Punta il dito contro il subcommissario Morlacco, il coordinatore regionale dell'Aspat, Antonio **Gambardella**: «Devo dare atto che l'impianto della delibera dell'Asl Salerno, mi sembra equilibrato ed equo, attento a non smembrare la rete di riabilitazione territoriale nonostante le dirimenti delibere di Morlacco. Una cosa è certa: stante le insufficienti risorse economiche da parte della Regione, sicuramente i centri sono costretti a fermarsi e quindi confermiamo la non sottoscrizione dei contratti e la inevitabile sospensione delle attività non appena finiti i budget assegnati».

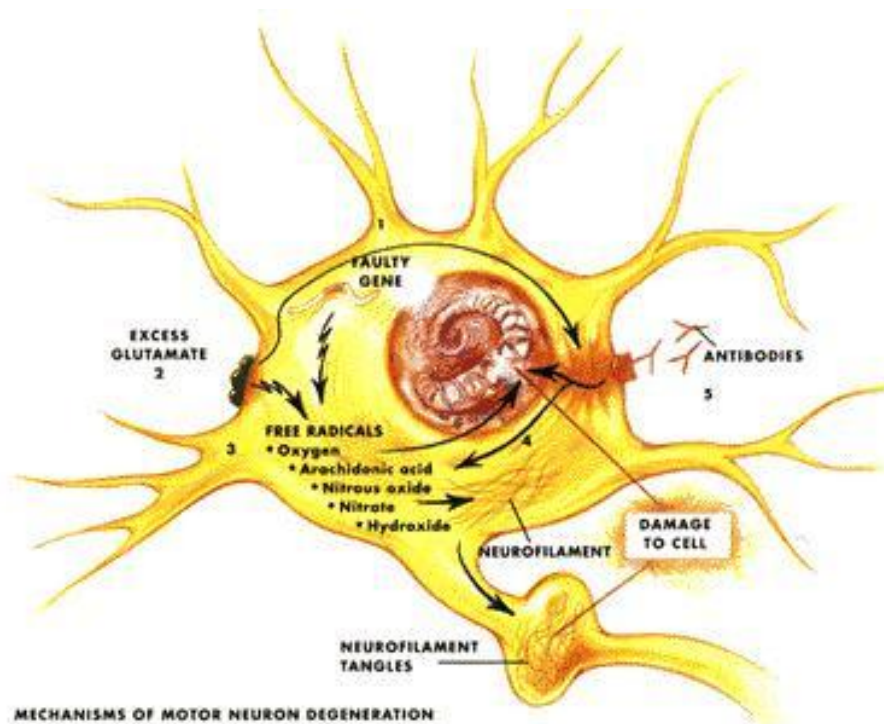
La Regione Tre miliardi per pagare i creditori

Soldi freschi in arrivo nelle casse della Regione Campania: 3,2 miliardi che serviranno a pagare entro il 2014 (con una prima tranche che sarà liquidata già a dicembre 2013) i creditori di tutta la filiera istituzionale, Regione ed enti locali. Verranno così liquidate nel giro di sei mesi (e comunque entro il 2014) 18 mila fatture pregresse emesse da 1500 fornitori. Oltre 200 gli enti locali interessati. «Una boccata di ossigeno per tutto il sistema campano delle imprese e non solo - ha annunciato il presidente della Regione Campania Stefano Caldoro nel corso di una conferenza stampa convocata in Regione - una immissione di liquidità massiccia che ci consentirà di incidere anche sul Pil regionale per più di 3 punti». Al milione e 600 mila euro già sbloccato nelle scorse settimane, e destinato ai debiti della sanità, si vanno ad aggiungere altri 1,6 milioni che verranno sbloccati lunedì prossimo.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

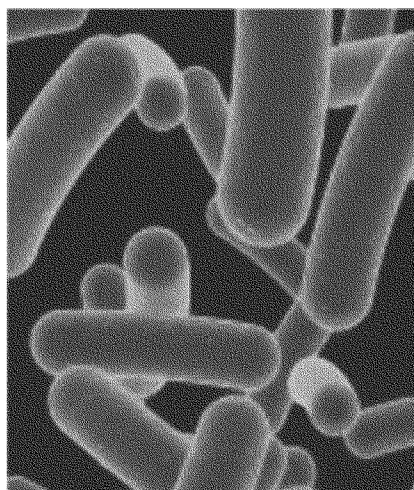
Medicina News



Sono targati Cnr i batteri facchini per nano-laboratori

Batteri che trasportano cellule all'interno di laboratori di analisi delle dimensioni di un chip posizionandole direttamente su microsensori che ne rilevano i valori: è questa una delle possibili applicazioni di un meccanismo innovativo messo a punto dai ricercatori della Sapienza e del Cnr-Ipcc. Lo studio appena pubblicato sulla rivista *Nature Communications* potrebbe rivoluzionare le tecniche diagnostiche esistenti.

••• 11



RICERCA

Cnr, batteri facchino per nano-laboratori Utili in diagnostica

DI ETTORE MAUTONE

NON CI SONO LIMITI all'impiego di batteri utili per le attività umane. Questi minuscoli organismi, padri della vita sul pianeta, non smettono di stupirci con nuovi risvolti in microbiologia e nanotecnologie. Uno studio condotto

dall'Università la Sapienza di Roma e dal Cnr di cui è presidente Luigi Nicolais, pubblicato su *Nature Communications*, dimostra come batteri autopropellenti possano essere addestrati al trasporto di carichi microscopici all'interno di Lab on chip configurandosi come veri e propri facchini molecolari potenzialmente capaci di affare altrettanto anche con farmaci ad attività bersaglio. La scoperta potrebbe rivoluzionare le tecniche diagnostiche e terapeutiche

esistenti

Questi batteri trasportano cellule all'interno di laboratori di analisi configurati nelle dimensioni di un chip posizionandole direttamente su microsensori che ne rilevano i valori: è

questa una delle possibili applicazioni di un meccanismo innovativo messo a punto dai ricercatori della Sapienza e del Cnr-Ipfc (Istituto per i processi chimico-fisici), coordinati da **Roberto Di Leonardo**.

Lo studio appena pubblicato sulla rivista *Nature Communications* dimostra che è possibile utilizzare batteri autopropellenti per trasportare carichi microscopici in siti di stoccaggio predefiniti o per ripulire aree specifiche da tutte le particelle presenti.

Ma perché usare i batteri?

In genere gli oggetti di dimensioni micrometriche vagano in modo disordinato distribuendosi uniformemente nello spazio circostante. La possibilità di trasportare queste particelle all'interno di sistemi miniaturizzati, quali i lab on chip, potrebbe rivoluzionare le tecniche diagnostiche e di analisi esistenti consentendo di svolgere processi

chimici e biomedici su un chip in maniera rapida ed economica. Concentrare cellule o particelle colloidali in siti specifici richiede, in genere, l'utilizzo di campi di forza

esterni e quindi apparati complessi e voluminosi. I batteri risolvono il problema, facendosi carico del lavoro

all'interno del microdispositivo e senza l'ausilio di alcun intervento dall'esterno.

Ma come fanno i ricercatori a costringere i batteri a farsi carico del trasporto delle cellule o delle altre microparticelle?

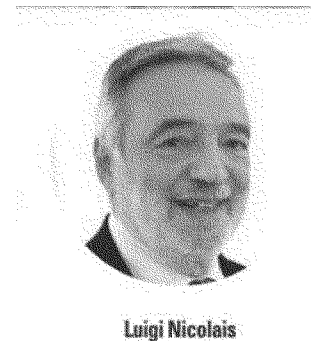
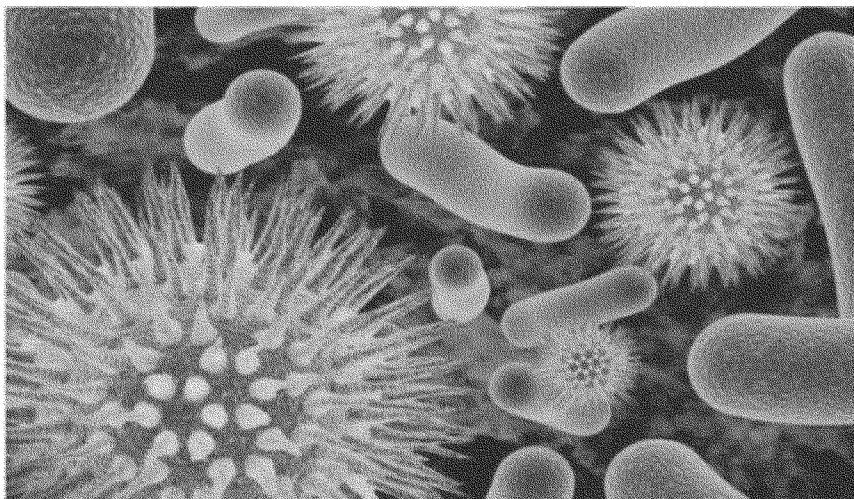
“La strategia – spiega Roberto Di Leonardo – consiste nel circondare le aree target con mura perimetrali aventi profilo asimmetrico. Mura in questo caso costituite da batteri.

Particelle di dimensioni microscopiche, spinte dai batteri, possono scavalcare facilmente le mura solo in una direzione specifica e, nel giro di pochi minuti e concentrarsi all'interno di un'area target di poche centinaia di micron quadrati. Uno dei vantaggi di questa tecnologia è non richiedere nessun campo di forza esterno, tutto il lavoro necessario viene svolto in completa autonomia dai batteri presenti all'interno del microdispositivo”.

I batteri sono all'origine della vita sul pianeta e sono sempre più spesso rinvenuti anche in siti estremi come le

bocche di vulcani e sotto i ghiacci dove resistono a temperature e pressioni record. E sembrano essere in grado di risolvere molti più problemi di quelli che creano con patologie a volte mortali.

Basta pensare ai nuovi ceppi selezionati nelle acque marine in grado di digerire e metabolizzare anche gli idocarburi policiclici come il petrolio. Ragione per la quale l'inquinamento provocato dalla rottura della piattaforma oceanica di due anni fa è stato molto meno dannoso di quello che si immaginava grazie all'attività di specifici batteri spazzino. ***



Luigi Nicolais

Nuove strategie La «classica» prevenzione della malattia non basta più

Per fermare il diabete ormai occorre un doppio argine

Serve il miglior controllo della glicemia già all'esordio, per scongiurare le temibili (e costose) complicanze

I numeri del diabete sono quelli, apocalittici, snocciolati ormai da anni con preoccupazione dagli addetti ai lavori. Cinquecento milioni di malati nel mondo previsti per il 2030, più di tre milioni solo in Italia, dove un altro milione di persone ha la glicemia alta e non lo sa.

Dal 2000 a oggi nel nostro Paese il numero di persone che soffrono di diabete è cresciuto di circa un milione, una tendenza che ha tante cause e un effetto certo, quello sui conti dell'Italia: oggi il diabete costa al Paese circa 9 miliardi di euro, ovvero il 9% della spesa sanitaria totale.

Il vero problema sono i tantissimi che non riescono a mantenere nei limiti la glicemia: succede a circa un diabetico su due, che così si espone a complicanze come ictus, infarti, insufficienza renale e dialisi, amputazioni, cecità. Basta una sola complicanza per far quadruplicare il costo medio per paziente; con due complicanze la spesa si moltiplica per sei; con quattro si moltiplica addirittura per venti: lo sottolineano gli esperti dell'associazione Diabete Italia, in vista della Giornata Mondiale del Diabete, il prossimo 14 novembre. «Una glicemia alta oggi, la pagheremo a caro prezzo fra 10 o 20 anni con le complicanze che si presenteranno in futuro: per questo ormai è chiaro che il diabete va curato bene fin da quando si manifesta — osserva Salvatore Caputo, presi-

dente di Diabete Italia —. L'idea di essere "aggressivi" mano a mano che la malattia peggiora è un errore. Dati raccolti in Israele, dove i malati vengono educati e curati tempestivamente, mostrano che nel giro di 6-7 anni dall'avvio di politiche di trattamento adeguate lo Stato risparmia, oltre a garantire maggiore salute ai cittadini».

Un buon compenso del diabete fin dall'esordio della malattia consente vantaggi consistenti nel lungo periodo: perfino a 30 anni di distanza il rischio di malattie cardiovascolari resta più basso, stando ad esempio ai risultati dello United Kingdom Prospective Diabetes Study, iniziato alla fine degli anni 70 per seguire nel tempo circa 5 mila pazienti. Fra l'altro, la terapia in prima battuta spesso non richiede farmaci: se il diabete viene riconosciuto presto, si può intervenire con la dieta e il movimento, ottenendo ottimi risultati. «Per questo è fondamentale non trascurare valori lievemente alterati di glicemia scoperti per caso — aggiunge Carlo Bruno Giorda, presidente della Fondazione dell'Associazione Medici Diabetologi —. Modificare in questa primissima fase lo stile di vita significa spesso riuscire a prevenire un diabete vero e proprio».

Se il problema non «rientra», non bisogna tuttavia darsi per vinti e occorre mettersela tutta per arrivare all'obiettivo di cura, che oggi

non è più lo stesso per tutti, come accadeva fino a poco tempo fa: l'emoglobina glicata, il valore che dà un'idea dell'andamento della glicemia nell'arco degli ultimi due-tre mesi, non deve essere per forza mantenuta al di sotto del 7% (valore normale di riferimento) sempre e comunque; la soglia può infatti variare a seconda delle caratteristiche e delle condizioni del paziente: può ad esempio essere più bassa, se altri fattori di rischio impongono un controllo del glucosio nel sangue più stretto; al contrario, può essere tollerato un valore più alto, come accade negli anziani (si veda accanto). Ma perché è così difficile tenere a bada la glicemia? «Essere diabetici è difficile — commenta Antonio Ceriello, presidente dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) —. Chiediamo ai pazienti che seguano una dieta sana, facciano esercizio fisico, controllino con costanza la glicemia, assumano sempre i farmaci. Per riuscirci devono essere molto motivati e non è sempre scontato in una malattia che non dà dolore e si manifesta con sintomi solo

quando è ormai troppo tardi e le complicanze sono gravi: la terapia di una malattia cronica perciò è psicologica, prima ancora che farmacologica. Poi certo il sistema non aiuta: risparmiare oggi sulla prevenzione e i trattamenti precoci, come tende a fare il Servizio sanitario, è un atteggiamento miope che si rivelerà un costo enorme in ricoveri domani. I vecchi modelli di assistenza potevano andare bene in passato: i numeri dei malati attuali e quelli previsti per i prossimi decenni non ci consentono di ragionare come prima».

Le avvisaglie di tempesta già ci sono: secondo i dati del rapporto Cineca-Arno, nel 2006 ogni diabetico è costato al Servizio sanitario 2.589 euro, nel 2010 si è saliti a 2.756. Un incremento preoccupante soprattutto perché deriva dalla crescita delle ospedalizzazioni: i costi delle terapie sono rimasti uguali, quelli

delle prestazioni ambulatoriali sono scesi ma i ricoveri sono aumentati, segno che le complicanze sono lungi dall'essere prevenute e, anzi, l'assistenza si sta spostando sempre più negli ospedali. Che cosa si può fare?

«È il momento di agire davvero: sappiamo già quali sono le iniziative efficaci — risponde Caputo —. Un passo essenziale è la gestione integrata dei pazienti, assieme ai medici di base, non dividendo i casi a seconda della gravità, bensì condividendo responsabilmente il trattamento. Al momento della diagnosi il paziente dovrebbe essere visto da un diabetologo per impostare le cure; poi il diabetico può essere seguito dal suo medico. Se però le condizioni cambiano o c'è un peggioramento e diventa necessario modificare le terapie, occorre cooperare nuovamente con lo specialista. Questo è il percorso ideale,

ma nella realtà il 40-50 % dei diabetici non ha mai visto un diabetologo in vita sua. Perfino il sistema di esenzione dei ticket fa acqua: 1 malato su 4 non ha esenzione, perché non vuole rivelare di essere malato ma anche perché non è stato informato o è stato informato male, magari dicendogli che se ha esenzioni per età non è necessaria quella per il diabete. Non è vero, perché questa, ad esempio, serve per accedere ai materiali per l'autocontrollo della glicemia». Così «salta» l'auto-monitoraggio, che secondo diversi studi sarebbe utile, almeno saltuariamente, anche per i pazienti con diabete di tipo due che non prendono insulina.

Di questo passo, a meno di cambiare rotta, investendo sul serio nella prevenzione, «la marea» dei diabetici ci sommergerà ben presto: l'età di comparsa del diabete di tipo 2 sta scendendo, oggi i casi sono tanti già fra i 30-40enni

e se ne registrano perfino nella tarda adolescenza. Significa dover convivere sempre più a lungo con la malattia e i suoi pericoli, se non viene ben curata. «Nella popolazione generale (tutti gli italiani da zero anni in su) la diffusione del diabete è stimata del 5-6%, mentre fra gli adulti (20-79 anni) i casi quasi raddoppiano: 1 adulto su 10 ha il diabete e, se non ce ne occupiamo presto e bene, il prezzo da pagare sarà molto salato per tutti» conclude Caputo.

Spesa sanitaria

Oggi la patologia costa al Paese circa 9 miliardi di euro, il 9% della spesa sanitaria

Impennata

Dal 2000 a oggi i diabetici in Italia sono aumentati di un milione

La malattia

Ci sono due tipi di diabete, che hanno in comune la presenza di alti livelli di glucosio nel sangue e le possibili conseguenze a lungo termine di questo fenomeno, soprattutto a livello neurologico e cardiovascolare

IL DIABETE DI TIPO 2

- Insorge più spesso negli adulti, ma non sempre
- L'insulina c'è, ma le cellule dei tessuti sono diventate insensibili al suo segnale
- Si cura con dieta e attività fisica, eventualmente con farmaci per bocca o insulina

IL DIABETE DI TIPO 1

- Insorge più spesso nei bambini o nei giovani
- Le cellule del pancreas non producono insulina, l'ormone che fa entrare il glucosio nelle cellule
- Si cura assumendo insulina per iniezione

I numeri in Italia

- **3,3 milioni** le persone che hanno il **diabete di tipo due**, diagnosticate e seguite (il 5% della popolazione)
- **1 milione** le persone che hanno il diabete di tipo due, ma non sono state diagnosticate (l'1,6% della popolazione)
- **2,6 milioni** le persone che hanno difficoltà a mantenere la glicemia nella norma (condizione di «pre-diabete», che riguarda il 4,3% della popolazione)

- **250 mila** Le persone con **diabete di tipo uno**
- **5.000** i nuovi casi diagnosticati ogni anno
- **15 mila** le famiglie con bambini (0-14 anni) malati di diabete

Ogni giorno **200 persone** si ammalano di diabete di tipo due

Nel 2030 si prevede che le persone con diabete diagnosticato in Italia saranno **5 milioni**

I costi

9 miliardi di euro

La spesa annua del Servizio sanitario per il diabete

2.756 euro

Il costo medio annuo di un paziente diabetico (anno 2010)

- **1.569 €** per ricoveri
- **171 €** per i farmaci
- **643 €** per altri trattamenti
- **373 €** per prestazioni ambulatoriali

Il questionario

Il diabete si può prevenire e a questo scopo è utile conoscere il proprio rischio di sviluppare la malattia. Il questionario qui sotto, chiamato **FINDRISC**, fornisce una stima della probabilità di sviluppare diabete entro 10 anni. Più raggruppate, perciò, un utile indicatore della necessità di adottare misure di prevenzione. E bene, quindi, se si raggiunge un punteggio significativo, parlarne con il proprio medico di fiducia, per una valutazione più specifica.

<p>1. Età</p> <p>Meno di 45 anni 0 PUNTI 45-54 anni 2 PUNTI 55-64 anni 3 PUNTI Più di 64 anni 4 PUNTI</p>	<p>6. Fa esercizio fisico per almeno 30 minuti quasi tutti i giorni?</p> <p>Sì 0 PUNTI No 2 PUNTI</p>												
<p>2. Quanto spesso mangia frutta o verdura?</p> <p>Tutti i giorni 0 PUNTI Non tutti i giorni 1 PUNTO</p>	<p>7. Ha mai usato farmaci per la pressione alta?</p> <p>No 0 PUNTI Sì 2 PUNTI</p>												
<p>3. Un medico o un altro operatore sanitario le ha mai detto che aveva la glicemia alta (in un esame medico, durante una malattia o la gravidanza)?</p> <p>No 0 PUNTI Sì 5 PUNTI</p>	<p>8. A qualcuno della sua famiglia è mai stato diagnosticato il diabete?</p> <p>No 0 PUNTI Sì nonni, zii, cugini 3 PUNTI Sì genitori, fratelli, sorelle, figli 5 PUNTI</p>												
<p>9. Indice di massa corporea (BMI)*</p> <p>Meno di 25 0 PUNTI 25-30 1 PUNTO Più di 30 3 PUNTI</p>	<p>10. Circonferenza vita (in centimetri)</p> <table border="0"> <tr> <td>Uomini</td> <td>Donne</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meno di 94</td> <td>Meno di 80</td> <td>0 PUNTI</td> </tr> <tr> <td>94-102</td> <td>81-88</td> <td>3 PUNTI</td> </tr> <tr> <td>Più di 102</td> <td>Più di 88</td> <td>4 PUNTI</td> </tr> </table>	Uomini	Donne		Meno di 94	Meno di 80	0 PUNTI	94-102	81-88	3 PUNTI	Più di 102	Più di 88	4 PUNTI
Uomini	Donne												
Meno di 94	Meno di 80	0 PUNTI											
94-102	81-88	3 PUNTI											
Più di 102	Più di 88	4 PUNTI											

*Peso (in kg), diviso per l'altezza (in metri) al quadrato

PUNTEGGIO TOTALE _____ PUNTI

LA VALUTAZIONE

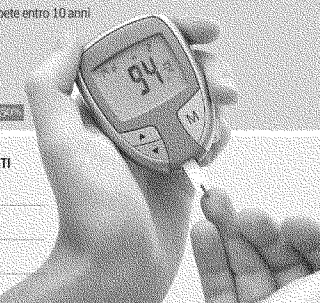
Punteggio <9: rischio basso Punteggio >9: rischio intermedio/alto

Probabilità di sviluppare il diabete entro 10 anni:



IL «PESO» DELLE COMPLICANZE SUI COSTI

- con 1 complicanza il costo è **4 volte** maggiore
- con 2 complicanze il costo è **6 volte** maggiore
- con 3 complicanze il costo è **9 volte** maggiore
- con 4 complicanze il costo è **20 volte** maggiore



Allo studio Uno strumento di screening

La diagnosi scritta sulla pelle

«**I**n base alle stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità l'incremento del diabete è dovuto non tanto all'invecchiamento della popolazione, quanto all'obesità dilagante — spiega Salvatore Caputo, presidente di Diabete Italia —. Fra gli adulti, i tassi di sovrappeso e obesità sono elevati, ma è tra i più piccoli che stanno schizzando alle stelle: l'Italia è al secondo posto dopo gli Usa per l'obesità infantile». Dietro di noi c'è la Grecia, e non è un caso: oggi l'obesità non è malattia del benessere, ma della povertà sociale, perché chi non ha mezzi si riempie con il «cibo spazzatura» carico di grassi, zuccheri e calorie. Quando i chili di troppo appesantiscono dall'infanzia, ammalarsi prima o poi di diabete è quasi una certezza: ecco perché è imprescindibile favorire la dieta sana e movimento nei bambini.

E una volta diventati adulti occorre controllare regolarmente la glicemia per una diagnosi davvero precoce, l'altro «pilastro» contro il diabete. Oggi i diabetici sono riconosciuti troppo tardi: solo 1 su 5 al momento della diagnosi non ha già complicanze micro o macrovascolari; la maggioranza scopre di essere diabetico dopo anni dalla comparsa della malattia,

non di rado durante un ricovero o dopo la manifestazione di un problema correlato alla glicemia alta. «Ogni due diabetici c'è almeno un'altra persona che non sa di esserlo: far emergere questo "sommerso" è necessario perché solo la diagnosi tempestiva può ridurre il peso delle complicanze e consentirci di gestire al meglio la malattia — dice Stefano Genovese, responsabile di Diabetologia e Malattie metaboliche del gruppo MultiMedica di Milano —. Uno screening di massa però è improponibile per i costi elevati: dobbiamo concentrarci sui soggetti a rischio».

Per identificarli Genovese, con Davide Lauri, presidente della Cooperativa Medici Milano Centro, ha avviato lo studio *Diapason*, coinvolgendo i medici di famiglia per esaminare 5 mila over 40. «Prima si valutano con il questionario *FINDRISC*: il test, attraverso 8 domande, indica il rischio di sviluppare il diabete nei successivi 10 anni — spiega Genovese —. In chi ha una probabilità superiore al 10% si misura la glicemia, facendo poi la curva da carico glicemico. La vera novità sarà però l'impiego di uno strumento che misura la fluorescenza della pelle e tramite questa la concentrazione degli *Advanced Glycation Endproducts* (prodotti avanzati della glicazione) presenti

nella cute: gli AGE sono più alti nei diabetici e correlati all'accumulo di glucosio e all'emoglobina glicata. L'obiettivo è convalidare il test in modo da poterlo utilizzare per screening a più ampio raggio: non è invasivo come un'analisi del sangue, perché basta appoggiare sullo strumento l'avambraccio per avere la risposta; è rapido, perché in 30 secondi dà il responso; è economico, perché una volta acquistato lo strumento basta sostituire una lampada, che costa circa 50 euro, ogni 2 mila test. Se lo studio confermerà la fattibilità di questo screening, in futuro potrebbe bastare rispondere a un breve questionario e sottoporsi al test per avere in pochi minuti, nello studio del medico di famiglia, una diagnosi di diabete o un'indicazione concreta del rischio, che possa indirizzare al meglio le eventuali terapie o la prevenzione».

Sperimentazione

Sarà testato l'impiego di un dispositivo che misura la fluorescenza della cute rilevando l'accumulo di specifiche sostanze