



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# Sanità, la Campania recupera terreno

## Primi effetti del nuovo Patto per la salute: da 1688 a 1725 euro a cittadino

Colpo di sterzo nella ripartizione dei fondi sanitari. Dopo anni in cui si è seguito prevalentemente il criterio della popolazione pesata per età, nel 2014 ci si è avviati verso una linea meno sfavorevole alle regioni, Campania in testa, nelle quali la speranza di vita è più bassa e quindi ci sono meno anziani. La Campania resta ultima per risorse procapite ma sale da 1688 a 1725 euro recuperando 23 euro rispetto alla media nazionale. In valori assoluti la Campania riceve 10,1 miliardi di euro contro i 9,7 miliardi dell'anno precedente, facendo registrare lo scarto positivo più consistente insieme alla Lombardia e al Lazio. Quest'ultimo però deve l'incremento di risorse alla notevole crescita della popolazione al punto che la quota procapite è invece in calo. La nuova ripartizione non è però frutto di criteri diversi, perché questi - che non sono stati ancora elaborati - incideranno soltanto dal 2015. Tuttavia grazie al richiamo esplicito ai nuovi criteri inserito nel Patto per la salute 2014-2016 in quest'anno di transizione si è corretta almeno in parte la distorsione della pesatura esclusivamente per fasce d'età.

Diversamente da altre volte, questa volta il riparto del fondo sanitario è stato deciso in tempi brevissimi dai governatori che ieri, nel corso della prima Conferenza delle Regioni presieduta da Sergio Chiamparino, lo hanno approvato all'unanimità, con tanto di applauso finale. La partita, che in altri anni si è protratta nel tempo con strascichi di polemiche trasversali e quasi a 360 gradi, ha risolto la destinazione di una messe importante di risorse: oltre 107 miliardi di euro.

Soddisfatto Chiamparino, secondo il quale l'accordo sul riparto del fondo sanitario 2014 «è una buona notizia e rappresenta un punto di partenza importante per molti territori e anche per il confronto futuro con il governo». Insieme al suo vicepresidente Stefano Caldoro, Chiamparino ha tenuto a spiegare ai giornalisti durante un'affollata conferenza stampa che «è stato fatto un grande lavoro di equilibrio, anche grazie alla disponibilità di alcune Regioni che hanno perso risorse. È probabilmente la prima volta - ha aggiunto l'amministratore piemontese - che le Regioni approvano un riparto senza attendere iniziative o sollecitazioni dal Governo. Credo si tratti di un segnale di crescita importante».

Tra i più soddisfatti per il risultato incassato è stato Nicola Zingaretti, presidente della Regione Lazio, che ha natu-

### Il riparto della sanità

	popolazione		milioni di euro		euro procapite		differenza in euro procapite
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
Piemonte	4.374.052	4.436.798	7.828	7.993	1.790	1.802	12
V. d'Aosta	127.844	128.591	223	225	1.744	1.750	5
Lombardia	9.794.525	9.973.397	17.049	17.556	1.741	1.760	20
P. Bolzano	509.626	515.714	857	887	1.682	1.720	38
P. Trento	530.308	536.237	907	929	1.710	1.732	22
Veneto	4.881.756	4.926.818	8.495	8.696	1.740	1.765	25
Friuli V.G.	1.221.860	1.229.363	2.191	2.203	1.793	1.792	-1
Liguria	1.565.127	1.591.939	2.981	3.035	1.905	1.906	2
Emilia R.	4.377.487	4.446.354	7.746	7.927	1.770	1.783	13
Toscana	3.692.828	3.750.511	6.604	6.755	1.788	1.801	13
Umbria	886.239	896.742	1.594	1.630	1.799	1.818	19
Marche	1.545.155	1.553.138	2.763	2.816	1.788	1.813	25
Lazio	5.557.276	5.870.451	9.774	10.151	1.759	1.729	-30
Abruzzo	1.312.507	1.333.939	2.349	2.389	1.790	1.791	1
Molise	313.341	314.725	563	571	1.797	1.814	18
Campania	5.769.750	5.869.965	9.742	10.128	1.688	1.725	37
Puglia	4.050.803	4.090.266	6.958	7.144	1.718	1.747	29
Basilicata	576.194	578.391	1.014	1.043	1.760	1.803	43
Calabria	1.958.238	1.980.533	3.427	3.474	1.750	1.754	4
Sicilia	4.999.932	5.094.937	8.586	8.802	1.717	1.728	10
Sardegna	1.640.379	1.663.859	2.861	2.911	1.744	1.750	5
<b>Italia</b>	<b>59.685.227</b>	<b>60.782.668</b>	<b>104.512</b>	<b>107.265</b>	<b>1.751</b>	<b>1.765</b>	<b>14</b>

centimetri

ralmente salutato con favore l'aumento di 400 milioni. Per Zingaretti la fotografia del riparto rappresenta per il Lazio «una svolta storica che consente di intravedere l'uscita dal commissariamento e quindi un cambio radicale per le politiche regionali della Sanità». Il presidente del Lazio ha glissato sui 30 euro in meno procapite.

Ma la particolarità dell'accordo firmato dai governatori lo ha spiegato nei particolari il presidente della Campania Caldoro, quando ha ricordato che i criteri applicati per la definizione del calcolo hanno riguardato in particolare i costi, il fattore di incremento della popolazione, il riallineamento e riequilibrio rispetto alle medie pro-capite e la premialità.

L'accordo sancito - comprensivo della cosiddetta quota indistinta, risorse premiali e 79,5 milioni da reperire nell'ambito delle risorse vincolate - vede al primo posto per dimensioni di stan-



**Caldoro**  
Accordo unanime per fondi e posti letto c'è maggiore si può andare avanti

ziamento la Lombardia, a cui andranno più di 17,5 miliardi di euro, seguita dal Lazio (10,15 miliardi), Campania (10,12 miliardi), Veneto (8,6) e Piemonte (7,9). In coda com'è inevitabile date le dimensioni la Valle d'Aosta, con 225,2 milioni di euro, preceduta dal Molise (570,6 milioni) e dalla Provincia autonoma di Bolzano (886,9 milioni).

Soddisfatto anche il presidente della Regione Lombardia Roberto Maroni, soprattutto per i 500 milioni in più incassati rispetto al 2013: «Con il nuovo criterio dei costi standard, voluto fortemente dalla Lega Nord, è stata premiata l'eccellenza della spesa sanitaria lombarda», ha commentato. A favorire l'intesa generale c'è stata la crescita della quota da ripartire, passata da 104,5 a 107,2 miliardi.

m.e.



”

### Matteo Renzi

Maggio 2014, il presidente del Consiglio al Forum del Mattino: sugli asili nido pronti a cambiare



”

### Michele Emiliano

È impensabile che il governo Renzi confermi le tabelle elaborate dai tecnici Sose



”

### Luisa Bossa

La gravissima sperequazione tra Nord e Sud non viene aiutata dal cosiddetto federalismo fiscale

## La riforma

### Il calcolo dei fabbisogni standard

I fabbisogni standard sono il pilastro del federalismo fiscale introdotto con la riforma costituzionale del 2001 e con la legge 42 del 2009. In pratica va definito per ciascun servizio pubblico il costo giusto inteso non come valore assoluto ma come quota rispetto a un totale ipotetico, che andrà poi definito volta per volta dal governo per esigenze di bilancio. Nel caso dei 6702 Comuni per i quali si applicano i fabbisogni standard, il totale dei Comuni vale 1 e ciascun Comune ha un valore frazionale indicato con dodici decimali. In ogni ripartizione delle risorse (sia come assegnazione, sia come taglio) dal 2014 in poi si dovrà tener conto del fabbisogno standard e in particolare della differenza tra la spesa storica e il fabbisogno. In base alle tabelle elaborate dalla Sose, il Comune più spendaccione d'Italia è Perugia. Napoli risulta in eccesso di spesa ma soltanto perché su istruzione e asili nido si è seguito il criterio della spesa storica e non quello, più corretto, degli effettivi bisogni della popolazione.

**Salute** Successo di Caldoro: la Regione userà il nuovo finanziamento per tagliare i contributi degli assistiti

# Sconto sui ticket sanitari

## Cresce di 400 milioni il riparto dei fondi per la Campania

La Conferenza delle Regioni, di cui il governatore campano Stefano Caldoro è vicepresidente, ha raggiunto l'intesa sul riparto dei fondi. Intesa che ora dovrà superare il vaglio del governo Renzi. Ma soprattutto, secondo quanto stabilito, la Campania potrà ricevere, per quest'anno, circa 390 milioni di euro in più rispetto all'anno precedente, passando dai 9 miliardi 741 milioni 874 mila 637 euro del 2013 ai 10 miliardi 128 milioni 219 mila 988 euro di quest'anno. Una correzione di rotta che per la Campania risulterà fondamentale e che si tradurrà in una riduzione del ticket pagato dagli utenti. Con lo sblocco del turn over dovrebbero essere possibili mille assunzioni.

**La svolta** Dotazione maggiorata di quasi 400 milioni. Manca solo l'ok finale del governo

# Più soldi e posti letto in Campania

## «Ora possiamo ridurre i ticket»

**Caldoro: «Bene, sanità più equa dall'intesa tra Regioni»**

NAPOLI — Stefano Caldoro aveva ragione a commentare, poche settimane fa, che lo sforzo compiuto dalla sua amministrazione per correggere i conti nella sanità campana «vale una carriera politica». La Conferenza delle Regioni, di cui il governatore è vicepresidente, ha raggiunto l'intesa sul riparto dei fondi. Intesa che ora dovrà superare il vaglio del governo Renzi. Ma soprattutto, secondo quanto stabilito, la Campania potrà ricevere, per quest'anno, circa 390 milioni di euro in più rispetto all'anno precedente, passando dai 9 miliardi 741 milioni 874 mila 637 euro del 2013 ai 10 miliardi 128 milioni 219 mila 988 euro di quest'anno. Non solo, nel regolamento "Balduzzi", approvato in conferenza Stato-Regioni, cambia la modalità di attribuzione del numero di posti letto: è stato infatti inserito un emendamento, proposto dalle Regioni, in base al quale la percentuale sarà stabilita in base alla popolazione residente, come da decreto legge 95 del 2012, e non in base alla popolazione calcolata sull'anzianità. Una correzione di rotta che per la Campania risulterà fondamentale, dato che con la vecchia previsione sarebbero stati tagliati oltre 1.000 posti letto.

«L'intesa in Conferenza delle Regioni è il riconoscimento dell'ottimo lavoro svolto dal presidente Caldoro — spiega Salvatore Varriale, capo dipartimento risorse finanziarie di palazzo Santa Lucia — che ci consentirà, nel prossimo autunno, di poter agire efficacemente per abbassare il ticket, soprattutto per le fasce deboli, considerato che qui il costo sarà molto rilevante, dato che il reddito pro-capite dei napoletani è inferiore del 51 per cento rispetto a quello dei milanesi e del 53 rispetto ai cittadini di Torino. Inoltre, la disponibilità finanziaria permetterà di avviare investimenti sul fronte della prevenzione, della edilizia scolastica e della medicina preventiva». A questo si aggiunga lo sblocco del 15 per cento del turn over che potrebbe aprire le porte — come anticipato da Caldoro alcuni giorni fa — «almeno a mille assunzioni». Per il governatore campano l'esultanza per il risultato conseguito ieri è diluita in un tweet: «Sanità, accordo unanime per fondi e posti letto. Nuovi criteri e maggiore equilibrio. Bene, è la strada giusta». Per poi spiegare: «È stato importante aver

trovato l'accordo con tutte le regioni. C'è stato un grande senso di responsabilità e abbiamo apprezzato il lavoro fatto dal governo. Ci sono ancora grandi sofferenze — aggiunge —: sappiamo infatti che le risorse non bastano mai, sono sempre in aumento le richieste di servizi da parte dei cittadini». Mentre per il consigliere del presidente sulla Sanità, il senatore Raffaele Calabrò, di Ncd, «Volevo utilizzare un hashtag per commentare l'intesa tra le Regioni sul riparto del Fondo sanitario nazionale che attribuisce 10,12 miliardi di euro al-

la Campania — spiega — non potrebbe che essere #unioneefalorza. Una ripartizione necessaria per la Campania, che finalmente potrà, dopo il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, riorganizzare e potenziare i servizi sanitari resi ai cittadini, dopo i tanti sacrifici imposti alle Regioni in Piano di rientro». Certo, i sacrifici cui sono stati sottoposti i cittadini campani in questi ultimi anni sono sotto gli occhi di tutti: la capacità di assicurare un'assistenza efficiente e una organizzazione adeguata sul territorio è stata spesso messa a durissima prova, finendo per indicare il vero stato di difficoltà in cui si è dibattuta la sanità campana. Ora, da due anni, il deficit è stato azzerato, i bilanci presentano addirittura avanzi rilevanti (l'anno scorso è stato registrato un avanzo di amministrazione di circa 61 milioni e per il 2014 si prevede un esito ancora più lusinghiero: circa 150 milioni di euro). Somme che con i circa 390 milioni in più che arriveranno dal fondo di riparto consentiranno di poter programmare i prossimi investimenti. «Arriviamo a oltre 550 milioni di euro disponibili — continua Varriale — e considerato che con il 2015 usciremo dal piano di rientro dal debito sanitario, possiamo definitivamente affermare che dopo anni la sanità campana cambierà definitivamente direzione».

Per la Uil della Campania, «è un altro passo importante l'approvazione del riparto del Fondo sanitario nazionale perché testimonia non solo la responsabilità delle scelte fatte dalle regioni, ma anche la volontà di sanare lo squilibrio tra esse a partire dalla ripartizione del fondo sanitario. Adesso la Regione, guidata da Caldoro — afferma la Uil — concluda l'importante percorso iniziato e metta mano prima di tutto alla riduzione dei tanto ingiusti ticket farmaceutici e poi allo sblocco del turn over e alla problematica dei centri di accreditamento».

**Angelo Agrippa**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Come cambia il fondo sanitario

Regioni	Riparto FSN 2013	Riparto FSN 2014
Piemonte	7.828.293.143	7.993.414.128
V. D'aosta	223.011.458	225.292.426
Lombardia	17.049.371.589	17.555.542.794
Bolzano	856.812.970	886.970.684
Trento	907.243.072	928.856.791
Veneto	8.495.096.025	8.696.062.457
Friuli	2.190.575.944	2.203.171.152
Liguria	2.981.154.724	3.035.036.197
E. Romagna	7.746.385.260	7.927.444.444
Toscana	6.604.048.134	6.754.520.683
Umbria	1.594.235.209	1.630.639.568
Marche	2.763.206.491	2.816.212.272
Lazio	9.773.573.077	10.151.219.587
Abruzzo	2.349.023.926	2.389.035.235
Molise	562.872.499	570.675.874
<b>Campania</b>	<b>9.741.874.637</b>	<b>10.128.219.988</b>
Puglia	6.958.474.915	7.143.580.328
Basilicata	1.013.543.756	1.042.970.725
Calabria	3.427.284.326	3.473.716.980
Sicilia	8.585.770.497	8.801.966.242
Sardegna	2.860.521.566	2.910.662.073
<b>Totale</b>	<b>104.512.373.218</b>	<b>107.265.210.628</b>

COMPUTER

Pioggia di emendamenti al ddl Lorenzin

## *Sanitari, c'è posto per tutti*

**A**nche gli osteopati, i chiropratici, gli agopuntori e gli optometristi tra le professioni sanitarie. A prevederlo una serie di emendamenti al disegno di legge voluto dal ministro della salute Beatrice Lorenzin «Deleghe al governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale» in queste settimane all'esame della commissione sanità del senato. E non si fa attendere la reazione di Antonio Bortone presidente del Conpas, il coordinamento di quelle professioni sanitarie che attendono una riforma da quasi dieci anni che in una lettera inviata al ministro Lorenzin e ai senatori della commissione ha espresso le sue perplessità. Oggetto del contendere il riconoscimento di nuovi profili della sanità, accanto a quelle professioni che il disegno di legge punta da anni a riformare. Il ddl interviene infatti su professioni affini (21 in complesso) ma regolamentate, seppure in modo diverso:

gli infermieri, le ostetriche e i tecnici sanitari di radiologia medica, già aggregate in collegi provinciali e federazioni nazionali, le altre costituite in associazioni. Per le prime si tratta di trasformare i collegi in ordini, per le seconde, di dargli una rappresentanza istituzionale.

Accanto a queste professioni, tutte unite da un percorso formativo universitario almeno triennale, si pensa quindi di infilare attraverso alcuni emendamenti presentati da maggioranza e opposizione, il riconoscimento di nuovi profili il cui iter formativo è completamente differente, con il rischio, ha spiegato Bortone, «di individuare alcune nuove professioni in assenza di un percorso di valutazione scientifica. Questo provvedimento, che avrebbe dovuto incastrarsi come ultimo tassello, affrontando la riforma ordinistica delle professioni, rischia invece ora di trasformarsi in un terreno di scontro e di disgregazione; tutto ciò a causa di scelte non condivisibili e contraddittorie. Oltretutto contravvenendo alle regole della legge 43/2006 (la legge che delegò il governo a istituire ordini e albi per le professioni sanitarie, ndr)».

## «Standard» al via, riparto al palo

Si allo schema di regolamento degli standard ospedalieri, mentre sul riparto si tratta. (Servizio a pag. 6-7)

*Intesa raggiunta sui nuovi parametri per gli ospedali: -3.500 posti letto entro il 2016*

# Standard al via, riparto fermo

## Caldoro: indice di mortalità e povertà per assegnare le risorse 2014

**A**vanzano i nuovi standard ospedalieri, frena il riparto 2014. Il nuovo schema sul tavolo della prossima Conferenza Stato-Regioni conferma sostanzialmente le ultime modifiche (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 27/2014), che dimezzavano il taglio dei posti letto rispetto alla versione 2012.

Sul fronte del riparto, invece, la conferenza dei presidenti della scorsa settimana ha scoperto per l'ennesima volta le carte sulle richieste delle Regioni sui 109,9 miliardi per il 2014: il Sud, Campania in testa, è di nuovo all'attacco con la richiesta di inserire tra i parametri l'indice di deprivazione. Il governatore **Stefano Caldoro**, con l'avallo della Puglia - mentre il Lazio si accontenta della rideterminazione del numero di abitanti che gli ha fruttato circa 100 milioni in più - rilancia rispetto agli ingredienti classici popolazione, età ecc. ..., che penalizzerebbero una realtà giovane come la sua Regione.

«Dei criteri indicati nella leg-

ge 662/96 - è l'argomentazione che si legge nella relazione portata al tavolo dei presidenti dalla Campania - solo i primi due vengono utilizzati». L'idea, sulla scorta di quanto avviene in altri Paesi, è di «includere un indicatore basato sui tassi di mortalità e uno sullo stato socio-economico, come proxy dello stato di salute della popolazione e dei suoi bisogni sanitari».

Se la manovra dovesse riuscire, secondo le prime stime potrebbe entrare nelle casse campane circa un miliardo in più. Quasi la metà dei 2,5 miliardi di differenza tra fondo sanitario 2013 e 2014.

Come accade ormai da anni, la Campania ha trovato un muro nell'asse delle Regioni del Nord - Lombardia in testa - che finora sono riuscite ad arginare le richieste. Ma è immediatamente partito un tentativo di mediazione che potrebbe risolversi con l'ormai tradizionale "lapis" dei governatori per compensare le Regioni che incasserebbero me-

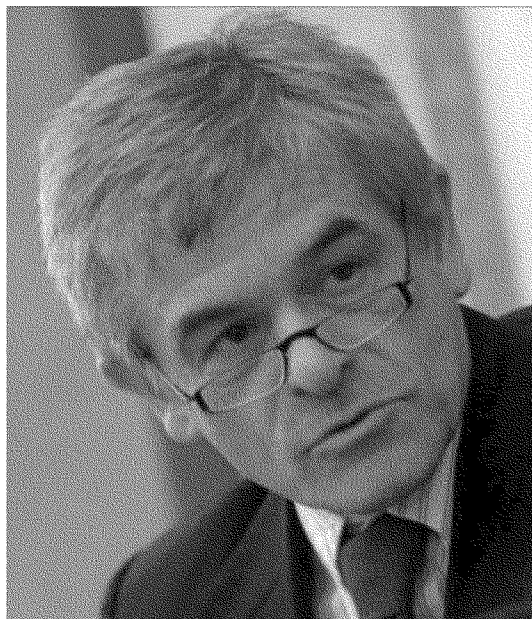
no rispetto alle aspettative.

Intanto si confermerebbe la rosa delle Regioni benchmark: il 2014 (che fa riferimento ai risultati 2012) vedrebbe in pole position di nuovo Umbria, Emilia Romagna e Veneto come parametri per l'individuazione dei costi standard. Senza, però, che si sia passati per la preliminare selezione di 5 candidate prevista dal federalismo fiscale. E ancora una volta manca del tutto una Regione del Sud, come inizialmente era stato indicato dalla legge sul federalismo.

Tutti d'accordo, invece, sugli standard ospedalieri, che quindi nella prossima Stato-Regioni dovrebbero avere il via libera definitivo. I ritocchi sono affidati a emendamenti - soprattutto tecnici - proposti da governo e Regioni. Continua la dieta dei posti letto negli ospedali, ma dietro garanzia di rapporti più stretti con le cure sul territorio e con tagli meno drastici del previsto. Nell'ultima versione del regolamento sugli standard, che detta il metodo di calcolo per la

riduzione delle unità operative complesse e la riconversione degli ospedali, compare il nuovo target di 3.500 posti letto da tagliare nel triennio 2014-2016. Nella bozza precedente del dicembre 2012, la decurtazione era ben più sostanziosa e pari a 7.389 posti letto. Obiettivo finale è arrivare a 3,7 posti letto per mille abitanti, compresi 0,7 per riabilitazione e lungodegenza.

**Barbara Gobbi**  
**Rosanna Magnano**



PER NON SPRECARE LE POTENZIALITÀ DELL'AGENZIA

## «All'Agenas la ricerca sistemica sui modelli»

**L**eggendo il Patto per la salute ho notato con soddisfazione che si sono affidati all'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali (Agenas) numerosi compiti tecnici di monitoraggio tra cui, più rilevante di tutti, quello della effettiva applicazione del Patto stesso.

Avendo collaborato più volte con Agenas ho avuto la possibilità di valutarne positivamente le potenzialità e la rilevanza per il ruolo sin qui svolto nell'ambito del Ssn. Contemporaneamente, però, ho letto che in più circostanze ministri e amministratori di rilievo hanno dichiarato che «Agenas non deve fare ricerca, deve fare controllo».

Io credo che ci sia un forte equivoco nei termini: ricerca e controllo. Certamente Agenas non deve fare ricerca di base come in un laboratorio di genetica, ma chi può fare ricerca applicativa in campo organizzativo ed economico sanitario se non la fa Agenas? Ricerca è "cognitio per causas", è trovare la ragione delle cose, è progettare dei modelli e valutare le soluzioni. In ogni azienda c'è l'ufficio R&S, cioè ricerca e sviluppo. Chi fa nel sistema sanitario ricerca e sviluppo? L'Iss la fa nei campi della biologia e della prevenzione, gli Irccs la fanno in campo clinico ma chi può farla nel campo degli elementi sistemici della sanità?

Controllo invece dovrebbe essere la verifica della corrispondenza di un comportamento con una regola che lo governa, regola etica o deontologica o procedurale. È una attività necessaria ma può essere fatta solo o quasi all'interno del processo, seppur da un controllore esterno.

Il Patto prevede appunto che i controlli delle aziende sanitarie siano affidati al collegio sindacale e stabilisce che i tre membri siano nominati dalla Regione, dal ministero della salute e dal Mef.

Che controllo ulteriore deve essere fatto? C'è ancora il controllo della Corte dei Conti e dei ministri, del Mef innanzitutto. E a questo si deve aggiungere il "controllo" di Agenas? Con quante persone? Con che poteri? Con che professionalità?

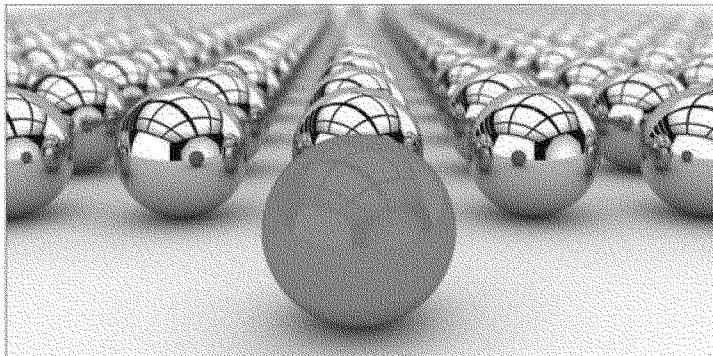
Invece credo che Agenas debba fare monitoraggio, valutazione, ricerca sistemica, cioè debba capire ciò che va e ciò che non va, debba evidenziare le distorsioni del sistema, debba suggerire le possibili soluzioni, collaborando con tutti gli enti e le agenzie che fanno ricerca nell'accademia e nel Ssn. Ma per far tutto ciò serve una metodologia di "ricerca" capace di fantasia, di intelligenza, di speculazione, di approfondimento. E per far ciò servono competenze vere soprattutto interdisciplinari e cioè competenze di sanità pubblica, di epi-

demologia, di economia, di contabilità, di informatica, di statistica, di organizzazione ecc. e per far ciò occorrono risorse specie in termini di personale, e per far ciò serve la piena disponibilità di dati che spesso non sono facilmente accessibili, e per far ciò occorrono dei poteri per entrare in giusto rapporto con le altre istituzioni, e per far ciò serve autorevolezza istituzionale e riconoscimento per non essere avvertiti come avversari da cui difendersi bensì come meccanismi autoregolatori del sistema al servizio del sistema stesso.

Non posso quindi che auspicare che il ruolo di Agenas non venga ridotto a una mera attività di controllo ma venga ulteriormente sviluppato sul piano della valutazione e dell'innovazione a servizio dello sviluppo del Servizio sanitario nazionale e quindi che, di conseguenza, si conservino e si incrementino le componenti professionali con capacità di analisi sistemica nei diversi settori metodologici e in particolare in quelli dell'epidemiologia dei servizi, dell'economia sanitaria, della organizzazione e del management, della sanità pubblica.

**Giuseppe Costa**  
ordinario di Igiene,

Università di Torino, già presidente  
Associazione italiana Epidemiologia



## Bilanci trasparenti nella Pa

**P**ronto per l'esame in Conferenza unificata il decreto con gli schemi-tipo e le modalità secondo cui le aziende della Pa - incluse quelle del Ssn - sono chiamate a pubblicare sui propri siti internet i dati su entrate e spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e l'indicatore di tempestività dei pagamenti.

Nelle premesse al testo si ricorda che le disposizioni del Dlgs 118 del 2011 relativo all'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilanci di Regioni, enti locali e dei loro enti strumentali, a eccezione degli enti coinvolti nella gestione della spesa sanitaria finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, entrano in vigore il 1° gennaio 2015. In ogni caso, ciascun ente è chiamato a pubblicare i dati (redatti secondo lo schema riprodotto all'allegato 2 del provvedimento) entro 30 giorni dall'adozione da parte degli organi competenti.

A PAG. 19

Fisco

**Così  
cambiano  
agevolazioni  
e aliquote  
con le novità  
degli ultimi  
provvedimenti**

*Le novità dei recenti provvedimenti e decreti approvati per quanto riguarda aliquote e agevolazioni*

## Ecco tutti i nuovi vantaggi del Fisco

**Dalla compensazione dei crediti all'aiuto alla crescita economica - Irap, aliquote ridotte**

**C**ompensazione dei crediti commerciali verso pubbliche amministrazioni, aumento al 26% del prelievo sui redditi di capitale, Ace (aiuto alla crescita economica) e molto altro ancora. Ce n'è davvero per tutti i gusti, nei recenti provvedimenti normativi che - oltre al tema della fatturazione elettronica nelle Pa e al nuovo credito d'imposta per investimenti in beni strumentali nuovi, di cui ci siamo già occupati nei precedenti numeri de Il Sole-24 Ore Sanità - presentano molti spunti di interesse per le imprese. Proviamo a fissare l'attenzione sulle principali novità.

### **Compensazione crediti verso Pa.**

Con l'articolo 39 del Dl 66/2014, è stata ampliata la possibilità di utilizzo in compensazione - nel modello F24 e su specifica richiesta del creditore - dei crediti commerciali vantati nei confronti di pubbliche amministrazioni con le somme dovute in base agli istituti definatori della pretesa tributaria e deflativi del contenzioso tributario.

In particolare, è stato infatti eliminato il requisito che concedeva l'utilizzo della compensazione per i soli crediti commerciali maturati al 31 dicembre 2012. Di conseguenza, tutti i crediti commerciali vantati nei confronti dei soggetti riconducibili alla Pa, di cui al primo comma dell'articolo 28-*quinquies* del Dpr 602/1973 - anche se maturati successivamente alla data anzidetta - possono essere compensati.

Per accedere al meccanismo in esame, deve trattarsi di crediti commerciali maturati per somministrazioni, forniture, appalti e prestazioni professionali, non prescritti, certi, liquidi ed esigibili e oggetto di apposita certificazione da parte dell'ente debitore.

L'utilizzo in compensazione può avvenire, su specifica richiesta del cre-

ditore, con le somme dovute per far fronte a debiti scaturenti dagli istituti definatori della pretesa tributaria e deflativi del contenzioso tributario (si veda la tabella in alto). Per effettuare la compensazione occorre utilizzare il modello "F24 Crediti PP.AA."

Analoga possibilità di compensare i crediti commerciali vantati nei confronti della Pa è consentita per il pagamento, totale o parziale, delle somme dovute a seguito di iscrizione a ruolo o di accertamenti esecutivi, notificati entro il 30 settembre 2013, secondo quanto stabilito dal successivo articolo 40 del Dl 66/2014 (prima entro il 31 dicembre 2012).

**Le altre novità fiscali del Dl 66/2014.** Lo stesso decreto ha nuovamente riformato il regime di tassazione dei redditi di capitale e dei redditi diversi di natura finanziaria, elevando dal 20% al 26% le ritenute e le imposte sostitutive su tali redditi a decorrere dal 1° luglio scorso. Sono comunque previste numerose eccezioni. Per i titoli di Stato, a esempio, viene mantenuto fermo il prelievo nella misura del 12,50% sia per i redditi di capitale (interessi), sia per le plusvalenze. È previsto un apposito regime transitorio per affrancare i plusvalori maturati sino al 30 giugno 2014, con il versamento di un'imposta sostitutiva pari al 20 per cento.

Una buona notizia, invece, riguarda l'Irap. Infatti, a decorrere dal periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2013, le aliquote dell'imposta regionale sono state ridotte del 10% circa. Soltanto per le Amministrazioni pubbliche è stata confermata la misura dell'8,5 per cento. A seguito dell'intervento normativo, quindi, la generalità delle imprese e

dei professionisti pagherà l'Irap dal 2014 in avanti nella misura del 3,5% del valore della produzione netta.

Novità anche in tema di presentazione dei modelli F24, per i quali viene anche esteso l'obbligo di avvalersi dei sistemi telematici di invio a partire dal 1° ottobre di quest'anno.

**I principali interventi del Dl 91/2014.** Il Dl 91/2014 ha introdotto alcune modifiche alla disciplina dell'aiuto alla crescita economica (cosiddetta "Ace", appunto). In particolare, oltre al potenziamento dell'agevolazione fiscale per i soggetti quotati, è previsto che, a decorrere dal periodo d'imposta in corso al 31 dicembre 2014, si possa fruire di un credito d'imposta commisurato all'eccedenza di rendimento nozionale non utilizzato per incapienza del reddito complessivo netto. Il contribuente avrà la facoltà di avvalersi di questa misura, in luogo del riporto dell'eccedenza stessa a valere sui redditi degli anni successivi.

Da ultimo, si segnala che gli articoli 21 e 22 del decreto legge 91/2014 hanno disposto una serie di agevolazioni per i finanziamenti alle imprese, riguardanti le obbligazioni e cambiali finanziarie e il credito a medio-lungo termine.

**Alberto Santi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le principali novità**

- **Accertamento con adesione** (articoli 1-13 del Dlgs 218/1997)
- **Definizione degli inviti a comparire** (articoli 5, comma 1-bis, e 11 comma 1-bis, del Dlgs 218/1997)
- **Definizione dei processi verbali di constatazione** (articolo 5-bis del Dlgs 218/1997)
- **Acquiescenza/omessa impugnazione** (articolo 15 del Dlgs 218/1997)
- **Definizione agevolata delle sanzioni** (articoli 16 e 17 del Dlgs 472/1997)
- **Conciliazione giudiziale** (articolo 48 del Dlgs 546/1992)
- **Reclamo e mediazione** (articolo 17-bis del Dlgs 546/1992)

STABILIRE CON CHIAREZZA LE RISORSE DISPONIBILI

## «Pacta sunt servanda, ma speriamo che la crisi non ci rimetta lo zampino»

**H**ugo Grotius, giusnaturalista di inizio '600, ripete spesso nelle sue opere che "pacta sunt servanda" riferendosi ai patti tra gli Stati ma oggi ripetiamo spesso, in ogni settore, che "i patti devono essere rispettati" e quindi anche questo Patto della salute, stilato da pochi giorni tra Governo e Regioni, dovrebbe necessariamente essere rispettato. Non è però esagerato criticismo chiedersi se esso non rappresenterà per molti aspetti solo una dichiarazione di intenzioni, buone o meno buone che le si giudichi.

Sicuramente è bene che dopo diverse vicende si sia arrivati a una firma e che ora ci sia un testo di riferimento. Il punto sicuramente più positivo, e anche effettivamente necessario, è quello in cui si stabilisce con chiarezza l'ammontare delle risorse disponibili per la sanità nel prossimo triennio anche se intimorisce un po' che il Mef abbia chiesto di esplicitare che queste dovranno comunque fare i conti con il futuro quadro macroeconomico e quindi c'è solo da sperare che la crisi non ci metta di nuovo lo zampino.

Gli aspetti invece su cui vale la pena parlare sono i seguenti:

1. il riferirsi al quadro delle riforme costituzionali proposte dal Governo date quasi per già approvate;

2. l'essersi limitati spesso ad affermazioni programmatiche generiche senza esser riusciti a sciogliere gli

aspetti critici e irrisolti che esse contengono;

3. l'aver rinviato il lavoro a troppi tavoli, commissioni, cabine di regia senza un quadro unitario sistemico di governo complessivo di sistema;

4. l'aver positivamente annunciato la necessità di numerose attività di monitoraggio ma senza definirne bene i contenuti e soprattutto senza aver valutato la disponibilità di risorse per realizzarli.

Il primo punto informa di sé tutto il Patto e rappresenta un ridimensionamento delle autonomie regionali e una riaffermazione della necessità di un forte coordinamento centralista.

Se le Regioni han-

no accettato di veder limitare la loro autonomia significa o che hanno ritenuto anch'esse che vi fosse la necessità di ridise-

gnare il modello regionalista della sanità o invece - speriamo di no ma il sospetto è reale - che hanno intravisto la convenienza di essere meno responsabili e l'opportunità di ribaltare le loro difficoltà sul Governo centrale. Certo che porre due sindaci su tre di nomina ministeriale nelle aziende, a esempio, rende il sistema molto più controllato centralmente ma diluisce anche la responsabilità delle Regioni.

Un altro aspetto, ambivalente per positività e rischiosità, è la sempre maggior diffusione di standard, regole e obblighi stabiliti a livello nazionale: se da un lato questa maggior regolamentazione centrale ridurrà le situazioni devianti, dall'altra non può che essere vissuta anche come dichiarazione della difficoltà delle Regioni nel mettere in atto dei processi programmatori realmente efficaci.

Che questo Patto sia stato definito da molti interlocutori come un documento programmatico "neo-centralista" trova riscontro in molti passi del testo, ma la sensazione è ancora una mancanza di chiarezza nel disegno complessivo del sistema sanitario: se ne è voluta accentuare l'autonomia regionalista senza però inibire i poteri centrali e rendendo effettiva la responsabilizzazione regionale, così ora si accenna ai tratti di un disegno centralista cercando però di non irritare i poteri regionali. Forse è giunto invece il tempo di ridefinire le regole fondamentali definendo con precisione i ruoli e le responsabilità dei diversi livelli istituzionali: difficilmente questo poteva esser completamente fatto dal Patto ma qualcosa in più lo si poteva sperare.

La seconda perplessità emerge in relazione all'assenza di indicazioni specifiche e operative in molti argomenti anche rilevanti.

Si fa a esempio riferimento alla necessità di rivedere le pesature nei criteri di riparto dei finanziamenti tra le Regioni. Che ci sia la necessità di rivederli è da anni continuamente ripetuto ma la questione è come rideterminarli e il Patto non ne parla, se non richia-

mando la legge 662/96, e sorprendentemente pone anche la scadenza ravvicinata del 31 luglio 2014 per definirli.

Questo voler porre dei limiti realisticamente troppo ristretti per essere rispettati è un'altra delle critiche che è opportuno fare. Dire di voler e di dover concludere a breve operazioni che si sa non possono realizzarsi nei tempi previsti è un po' come da una parte voler dare l'impressione di grande efficienza ma dall'altra è anche un riconoscimento dei dubbi sulla stessa realizzazione articolata e appropriata delle azioni stesse.

Altre problematiche di cui si indica la necessità di revisione ma non si indicano se non troppo sommariamente le linee sono a esempio la revisione dei Livelli essenziali di assistenza affidati al Comitato per la verifica dei Lea, l'umanizzazione delle cure - di cui il ministero indicherà in un documento gli ambiti prioritari - la partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) e le relative esenzioni.

Per questi ultimi si rinvia a uno specifico gruppo di lavoro che dovrà terminare i lavori in non più di cinque mesi ma oltre al vincolo del rispetto delle attuali somme dei gettiti regionali, ci si richiama solo alla opportunità di considerare la condizione reddituale mentre nulla si dice ancora sulle modifiche da apportare al sistema delle esenzioni né sulla possibilità di introdurre un tetto annuo massimo di contribuzione.

Ci sono invece indicazioni interessanti e più operative riguardo alla riorganizzazione dei diversi livelli assistenziali: le più innovative sono quelle relative all'assistenza territoriale con le Unità complesse di cure primarie e le Aggregazioni funzionali territoriali peraltro già indicate dalla legge 189/2012, il cosiddetto decreto Balduzzi. Questo è un argomento molto interessante dove varrebbe la pena che si stabilissero delle modalità di valutazione e di confronto delle prime esperienze al riguardo per evitare che con sigle

nuove si continui a mantenere l'attuale assetto organizzativo.

La terza riflessione che il Patto invita a fare è se siano effettivamente utili se non addirittura necessari tutti i tavoli, le commissioni e le cabine di regia indicate: tra queste ultime sono previste le cabine di regia del Nsis (il nuovo sistema informativo), quella della Hta (Health technology assessment) e quella per il monitoraggio del Patto della salute.

Questa attivazione di tanti gruppi e di tante commissioni ciascuna orientata separatamente a specifici obiettivi e non introdotte in un piano sistemico non sembra che abbia sinora dato risultati apprezzabili, poiché spesso manca la visione d'insieme e ciascun gruppo enfatizza in modo non efficiente gli aspetti di propria competenza.

Questo è ancor più vero in un sistema ancora prevalentemente regionalista in quanto spesso emergono nelle commissioni diverse e specifiche componenti regionali producendo modelli spesso non applicabili a sufficienza in altre Regioni.

Queste considerazioni portano a ritenere che vi sia la necessità di un livello di coordinamento globale del sistema sanitario non necessariamente coinci-

dente con una soluzione centralista bensì con un richiamo alla necessità che ogni scelta delle singole Regioni prenda anche in considerazione le esigenze dell'intero sistema.

Infine, la quarta osservazione che ci si permette di fare è relativa alla sovrabbondante affermazione della necessità di realizzare estese forme di monitoraggio. Pur essendo più che favorevoli con queste attività ci pare però che non ci si renda sempre conto della loro complessità e della necessità di individuare sufficienti risorse per poterle realizzare.

È sicuramente positivo che sempre più ci si renda conto della necessità di valutare le attività sia nei loro processi sia nei loro risultati ma forse tutto ciò è per molti versi ancora solo un desiderio, in quanto mancano strutture in grado di effettuarle, risorse per mantenere queste attività e soprattutto manca un legame tra azione valutativa e momento decisionale.

Il terz'ultimo articolo del Patto prevede un interessante monitoraggio per la verifica della sua attuazione, verifica affidata a un tavolo politico e anche a un tavolo tecnico istituito presso Agenas, con il contributo di soggetti ministeriali e regionali.

Agenas diventa così il giudice del principio per cui "pacta sunt servanda", ma ci

si domanda come questa funzione possa essere realizzata senza prevedere nuove e sufficienti risorse o se invece ci si limiterà a raccogliere delle opinioni, senza molta utilità. E ancora: quale effetto potranno avere eventuali rilievi valutativi? Quale legame ci sarà tra valutazione e decisione? Ci saranno solo delle esortazioni per i decisori politici e nulla più?

Questo punto riteniamo sia di straordinario interesse e quindi pensiamo che valga la pena avviare un serio approfondimento che porti a delle proposte concrete e condivise, elaborando dei sistemi con solide metodologie e in grado di indicare quali azioni conseguono alle differenti evidenze che dovessero emergere.

Un patto quindi da onorare e non solo da considerare solo come un elenco di buone intenzioni.

**Cesare Cislaghi**  
economista sanitario

## Preoccupanti i paletti del Mef

**Troppi temi Servono davvero  
senza indicazioni tante regie?**

Un seminario di Federsanità per fare il punto a 20 anni dall'istituzione dell'aziendalizzazione della sanità

## «Rilanciare il ruolo del manager»

Le sfide del Patto dalle risorse al ridisegno dell'offerta e all'impiego delle tecnologie

**E**ra il lontano 1994 quando prese vita uno dei più significativi processi di trasformazione della Sanità italiana. A quella rivoluzione organizzativa, che avrebbe per sempre cambiato il volto del servizio pubblico, si deve la sanità che oggi i cittadini percepiscono. Per questo, dopo 20 anni dall'aziendalizzazione della sanità, è tempo di bilanci e a farlo è un recente incontro promosso da Federsanità Anci, nel quale il management delle aziende sanitarie e ospedaliere ha celebrato innovazioni, attività e progetti che, nel corso del tempo, hanno migliorato la qualità dei servizi resi alla popolazione.

I vertici, riuniti in un seminario dal titolo "Il Patto per la salute: quale ruolo per l'azienda in Sanità e l'evoluzione del management nel governo della Sanità a vent'anni dall'istituzione delle Aziende" a Roma presso l'Auditorium del ministero della Salute, hanno discusso e si sono confrontati con la ministra **Beatrice Lorenzin** sui temi del Patto e sulle necessarie riforme da attuare per rendere il nostro Ssn

più sostenibile, moderno e pronto a rispondere ai crescenti bisogni di salute dettati dalle cronicità. Temi che diventano ancora più significativi in una società che sta invecchiando e che necessita di un sistema sanitario in grado di gestire questa trasformazione.

**Angelo Lino Del Favero**, presidente nazionale di Federsanità Anci, nella sua presentazione dei lavori ha chiarito come: «A vent'anni dall'avvio dell'aziendalizzazione in sanità oggi ci ritroviamo di fronte a una nuova sfida: il Patto per la salute. E, sebbene nell'intesa non si accenni esplicitamente agli strumenti per l'erogazione di prestazioni e servizi (l'azienda sanitaria o l'azienda ospedaliera), individua fattualmente nell'azienda lo strumento di applicazione e gestione di una serie di indicazioni. È questo si intravede proprio in alcuni punti definiti dallo stesso: la definizione delle risorse necessarie (cosa non scontata), il ridisegno dell'offerta e l'utilizzo delle tecnologie nel miglioramento del funzionamento del sistema».

Una visione del Patto della salute che trova il sostegno di **Enrico Desideri**, coordinatore del Forum dei Dg di Federsanità Anci e presidente di Federsanità Toscana.

Desideri non ha dubbi, infatti, sul ruolo che i manager devono avere in questa nuova grande sfida: «Non credo nel pensiero difensivo, ma è necessario rilanciare, per il futuro, il ruolo del manager, anche alla luce del Patto per la salute, che introduce opportunamente numerosi aspetti innovativi. Per questo chiediamo d'essere coinvolti nei tavoli ove si elaborano le linee guida, gli atti, gli indirizzi. Perché siamo pronti a mantenere e sviluppare il nostro ruolo, ma vogliamo, anche, poter mettere a frutto i 20 anni di impegno, esperienza e appassionato lavoro».

L'incontro promosso da Federsanità Anci ha visto la partecipazione non solo dei direttori generali, dei direttori sanitari e dei direttori amministrativi, ma anche dei sindaci, dei rappresentanti degli enti locali e, in particolare, del presidente di Anci Sicilia **Leoluca Orlando**, che

ha sottolineato l'importanza di una revisione del titolo V e di una maggiore integrazione con i Comuni per il miglioramento dei servizi assistenziali.

Un miglioramento, secondo i relatori, che deve essere nel segno dell'innovazione e della sempre maggiore integrazione tra territorio e azienda. Infatti, un Servizio sanitario nazionale sempre più integrato con il territorio è una delle grandi sfide che il management delle aziende sanitarie e ospedaliere dovrà saper cogliere con l'entusiasmo e le competenze che in questi vent'anni hanno cambiato il modo di intendere la Sanità.

**Raffaella Fonda  
Teresa Bonacci**



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



## Ospedale, il Viminale: «Appalti sotto tutela»

Niente scioglimento per condizionamenti di camorra, ma appalti sotto tutela all'ospedale di Caserta, «perché la condizione di marcata illegittimità amministrativo-gestionale dell'azienda ospedaliera è stata ritenuta suscettibile di valutazione, al fine dell'attivazione di specifici interventi di prevenzione, consistenti nel monitoraggio dell'attività dell'ente, con particolare riferimento al settore degli appalti». Lo scrive il viceministro dell'Interno, Filippo Bubbico, rispondendo all'interrogazione presentata dalla senatrice del Pd, Rosaria Capacchione. Il «San'Anna e San Sebastiano» sarà dunque una struttura «blindata». Addio gare con maxi-proroghe. Per impedire il ritorno al passato, sono già pronte le contromisure: affidamento degli appalti alla Stazione Unica; sottoscrizione da parte dell'azienda del protocollo regionale sul monitoraggio degli appalti (firmato da tutti i prefetti campani e dai comuni commissariati) e adesione al protocollo di legalità della provincia di Caserta, «che comporta un sensibile abbassamento delle soglie comunitarie ai fini delle cautele antimafia», scrive Bubbico nella sua replica alla Capacchione. Il procedimento avviato nei confronti dell'azienda, con l'invio della commissione d'accesso, si era concluso l'11 marzo scorso.

«È un quadro inquietante quello che emerge dalla relazione di Bubbico», dichiara il segretario provin-



**Nel mirino** L'ospedale di Caserta sotto indagine

ciale del Pd, Raffaele Vitale. «Appare evidente - sottolinea Enzo Letizia, responsabile casertano del dipartimento Salute - quanto il Pd ha denunciato per anni e cioè che l'ospedale di Caserta ha abdicato alla sua funzione di garantire la salute dei cittadini per dedicarsi ad una attività parallela, che è quella della gestione degli appalti fatti in modo assolutamente non trasparente». Pur apprezzando l'iniziativa di concordare con la prefettura nuove modalità della gestione delle gare, i Democratici lo ritengono insufficiente «perché nell'ambito delle strutture amministrative ospedaliere non si intravede alcun segnale di cambiamento». Le attuali iniziative della Direzione strategica aziendale vengono bollate come «meri palliativi». «Il Pd - insiste Vitale - chiede con forza un cambio di passo nella gestione dell'azienda ospedaliera».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Doppia fila per gli esami radiologici se il codice non è rosso attesa fino a 8 ore

## Il viaggio

Disagi record per pazienti e parenti  
Non funziona il sistema azzera-code  
E per il caldo utenti in aumento del 25%

**Melina Chiapparino**

Ore di attesa, corridoi affollati di pazienti e trafile interminabili per chi necessita di esami diagnostici. Questo lo scenario al pronto soccorso del Cardarelli dove si registrano disagi record per coloro che attendono una visita e non rientrano nei codici rossi che, ovviamente, accedono d'urgenza. Le attese possono raggiungere le 8 ore nei momenti più caotici, spesso registrati durante il weekend, ma la media non è inferiore alle 3 ore, trascorse in sale affollatissime dove spesso i pazienti rimangono in piedi per mancanza di posti a sedere.

«Abbiamo atteso due ore e mezza prima che visitassero mio marito per i dolori che aveva alle gambe ma è ancora più lunga l'attesa per gli esami diagnostici, quindi è come se si dovesse fare una doppia fila sia per entrare che per fare tutti gli accertamenti», sbotta Rita De Simone, una 73enne che ieri ha trascorso l'intero pomeriggio nel nosocomio. A lamentarsi non sono solo i pazienti in attesa di essere chiamati per la prima volta alla visita ma sono, soprattutto, quelli che una volta entrati sono «parcheggiati» su una barella.

«Aspettiamo da 5 ore di eseguire gli esami radiologici per mia nonna - spiega Amalia, 23enne napoletana - siamo sfinite e la radiologia procede molto lentamente, quando hanno sistemato mia nonna sulla barella non avrei mai immaginato di aspettare così tanto tempo». Le barelle dove sostano gli ammalati sono sparse ovunque, divise tra l'area interna del pronto soccorso al piano terra dell'edificio e la saletta di attesa dove agli sportelli viene smistata l'utenza. Il sistema centralizzato per cui si dovrebbe assegnare un numero ai pazienti, chiamati successivamente attraverso i maxi schermi, non funziona e quando si libera la sala medica l'infermiere chiama a voce alta il cognome del paziente. Anche i reparti traboccano di barelle, appoggiate sui corridoi che dividono le stanze dei degenti e nelle aree antistanti gli ascensori dei reparti. Non solo. Con il caldo si è registrato un aumento del 25% di utenza da codice bianco per i malori che colpiscono in particolare gli anziani.

Quest'impennata di utenza contribuisce ad affollare maggiormente il pronto soccorso del Cardarelli ma anche altri presidi cittadini a cominciare dal San Giovanni Bosco e Loreto Mare. Nel primo caso la situazione dei reparti è peggiorata da qualche mese, con la chiusura del reparto di neuro-



### Le storie

Rita: qui da due ore e mezza abbiamo aspettato prima la visita e poi per fare gli accertamenti  
Amalia: nonna in barella da 5 ore

### Lo scenario

Reparti sovraffollati anche al San Giovanni Bosco e al Loreto Mare: effetto della chiusura di altri nosocomi

logia al San Gennaro trasferito nell'ospedale della Doganella e, dunque, conseguente sovraffollamento del piano di medicina dove, attualmente, convivono le due specialità. Disagi gravi anche al pronto soccorso del San Giovanni Bosco dove, nella giornata di ieri, si è registrata la presenza di 5 barelle che corrispondono a ricoveri allestiti nel reparto di emergenza a causa della mancanza di posto sui piani. Al collasso anche la situazione dell'ospedale in via Vespucci, preso d'assalto ad ogni ora del giorno da una grande quantità di codici bianchi, ovvero l'utenza che di norma potrebbe rivolgersi al medico di base e che invece ricorre alle cure ospedaliere. In ogni caso, il Loreto Mare è uno degli ospedali che risente maggiormente della chiusura dei vari pronto soccorso cittadini, accogliendo un'utenza quasi triplicata a dispetto dei dati relativi a due anni fa.

## A Ponticelli La struttura in costruzione a otto chilometri dal centro eruttivo L'ospedale del Mare, la sanità al confine del male

**NAPOLI (Ciro Crescentini)** - L'ospedale del Mare di Ponticelli, la struttura sanitaria più grande dell'Italia Meridionale (potrà ospitare fino a 500 degenti) è in costruzione a 8 km dal centro eruttivo del Vesuvio, nel quartiere Ponticelli di Napoli, a 100 metri dalla zona rossa, la zona individuata dalla Protezione Civile da evacuare in caso di eruzione del vulcano. Dunque, la costruzione è in spregio alle più elementari norme di sicurezza. Una scelta di politica urbanistica molto contestata che determinerà effetti negativi sull'offerta dei servizi e di assistenza finora offerti sui territori. La mega struttura, oltre il personale ingloberà i presidi ospedalieri dell'Ascalesi', del 'Loreto

mare', del 'San Gennaro' e degli 'Incurabili'. Presidi e pronto soccorso che saranno cancellati. La scelta di costruire la mega struttura sanitaria fu adottata dalla Regione Campania all'epoca guidata da **Antonio Bassolino** e portata avanti dal nuovo governatore **Stefano Caldoro**. Una struttura che non doveva essere costruita a Ponticelli. Infatti, recentemente la Protezione civile nazionale, dopo avere valutato i rapporti tecnici, gli studi sul rischio eruzione del Vesuvio, ha assunto la decisione di allargare i confini dell'area di massimo rischio "eruzione" in larga parte della zona orientale di Napoli, in primis Ponticelli e altri sette comuni vesuviani. Dunque, il quartiere di Ponticelli è parte

integrante della Zona Rossa. In caso di eruzione del Vesuvio dovrebbe essere evacuato nel giro di poche ore. La distanza dell'Ospedale del Mare in costruzione dal Vesuvio è di appena 7,7 chilometri. Tante le domande sollevate rimaste finora senza una risposta. Perché è stato consentito un progetto del genere? Perché è stato accolto dalla Regione? Chi ha progettato a suo tempo l'insediamento dell'ospedale non sapeva che si edificava a ridosso di una potenziale Zona Rossa? Perché è stata avallata questa soluzione? Della questione se ne sono interessati 23 senatrici e senatori del Movimento 5 Stelle (di cui cinque campani), che hanno depositato un'interrogazione ai Ministri

dell'Interno, **Angelino Alfano** e della Salute, **Beatrice Lorenzin**. Nel testo dei 23 parlamentari viene riportato un sunto delle ultime evidenze scientifiche degli esperti **Giuseppe Rolandi** e **Benedetto De Vivo**: "L'Ospedale del Mare sarebbe esposto a tre tipi di rischio". In sintesi: "l'invasione di correnti piroclastiche dense che viaggiano, raggiungendo distanze ben oltre i 7 km (distanza del nosocomio dalla bocca del Vesuvio, ndr), con un potere distruttivo assoluto"; "il dubbio che l'Ospedale del mare sia progettato per sopportare un carico di 1300 km/mq generato da pomice, ceneri e frammenti lavici". Infine, "la stessa zona può, con forte probabilità, essere interessata anche da flussi di fango, il cui potere distruttivo - pur se inferiore alle correnti piroclastiche - risulta elevatissimo". Troppe le domande senza risposta: chi ha legittimato nell'area orientale e "vesuviana", la colata di cemento di palazzi, villette, case edificate a pochi chilometri dalla bocca del cratere? Perché non si è tenuto conto dei piani regolatori e delle normative che rendono in edificabili alcune aree? In caso di eruzione per dove si fugge? Come si farà a portare via in poche ore oltre ottocentomila persone? Eppure, negli ultimi anni è stato notato l'attivismo di autorevoli imprenditori e gruppi imprenditoriali sui territori di Napoli Est.

---

**Il bilancio  
Il personale  
costa  
193 milioni**

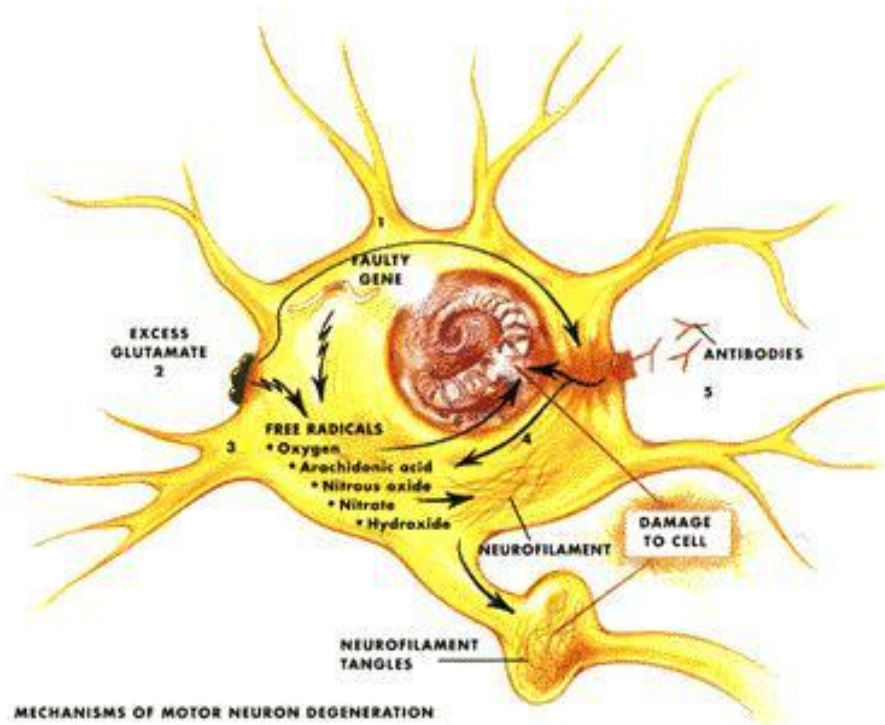
---

L'atto aziendale affronta anche il delicato problema della dotazione organica dell'azienda ospedaliera universitaria, definendo numeri e costi del personale necessario al buon funzionamento della struttura. Numeri calcolati sulla base dei 1.037 posti letto di cui l'azienda dovrà disporre nel prossimo futuro. Sono 3.579 le unità lavorative previste a pieno regime, di queste 3.471 saranno dipendenti ospedalieri, 61 dipendenti universitari e 47 specialisti ambulatoriali. Per il mantenimento in servizio di questo personale è stata stimata una spesa annua di poco superiore ai 193 milioni di euro.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# L'intelligenza artificiale fa paura "È più pericolosa del nucleare"

FEDERICO RAMPINI

**Q**UAL è il medico più consultato dagli americani? È Google. Proprio così: milioni di americani (e non solo loro), quando hanno dei sintomi di malattia vanno prima di tutto a fare un'indagine online, usando il motore di ricerca Google che a sua volta saccheggia Wikipedia e varie enciclopedie mediche in rete. Solo dopo aver fatto questa prima auto-diagnosi, sulla base dei risultati decidono se sia il caso di consultare uno specialista. Risultato: milioni di visite vengono "sottratte" annualmente ai medici di famiglia, riducendo di altrettanto il loro lavoro e i loro redditi. E Google, naturalmente, si appresta a lucrare su questo suo nuovo mestiere. L'esempio è usato da Tyler Cowen, uno degli economisti americani più acuti nell'analizzare le potenzialità dell'intelligenza artificiale. Sì, perché quando parliamo di intelligenza artificiale noi spesso pensiamo a scenari da fantascienza: gli androidi di *Blade Runner*, il robot sterminatore di *Terminator*, o la seducente e possessiva cyber-assistente di *Her* (con voce prestata da Scarlett Johansson). Finiamo così per ignorare

Le macchine potranno sostituire gli uomini  
Come già fa il web  
con medici e traduttori

che l'intelligenza artificiale è già in mezzo a noi, con fattezze più banali e prosaiche, e sta svuotando di contenuto, di status e di reddito, anche professioni prestigiose come quella medica.

Ora a lanciare l'allarme sui pericoli dell'intelligenza artificiale è un imprenditore al di sopra di ogni sospetto: Elon Musk, fondatore e capo di Tesla, l'azienda di auto elettriche basata nella Silicon Valley. Il 42enne Musk è un "innovatore seriale", il contrario di un oscurantista. Abbraccia il progresso tecnologico, anzi lo promuove. Spesso con un atteggiamento disinteressato: ha rinunciato alla proprietà dei brevetti Tesla incoraggiando i concorrenti a copiarli, per accelerare la diffusione dell'auto elettrica. Proprio per questo faspallora il suo monito, affidato a un messaggio su Twitter: «Dobbiamo stare molto attenti con l'intelligenza artificiale — scrive Musk — è potenzialmente più pericolosa del nucleare». Musk racconta che il suo timore è stato ispirato e amplificato dalla lettura di un saggio di Nick Bostrom: *Superintelligence: Paths, Dangers, Strategies*, dove si analizzano i problemi legati all'ascesa di computer sempre più potenti, capaci di superarci e sostituirci.

Musk si sente direttamente coinvolto, e in qualche modo responsabile, perché nella sua attività di venture capital lui investe insieme con Mark Zuckerberg (Facebook) in una società che si occupa proprio di spostare sempre più

avanti le frontiere dell'intelligenza artificiale. L'azienda si chiama Vicarious, la dirige Scott Phoenix, e il suo obiettivo dichiarato è «costruire un computer che pensa esattamente come un essere umano, ma a differenza di noi non ha bisogno di mangiare o di dormire».

I saggi più dibattuti degli ultimi anni, nella Silicon Valley, riguardano proprio la sfida dell'intelligenza artificiale a noi umani. Da una parte c'è Tyler Cowen con *Average Is Over*, dall'altra *The Second Machine Age* di Erik Brynjolfsson. Con toni tutt'altro che apocalittici descrivono una conquista strisciante, già adesso molto più avanzata di quanto noi crediamo. Quando Barack Obama esulta per i segnali di una re-industrializzazione dell'America — un inizio d'inversione di tendenza dopo decenni di delocalizzazioni nei paesi emergenti — sottovaluta il fatto che le nuove fabbriche vengono costruite sì sul territorio degli Stati Uniti, ma con poca o nulla manodopera "umana". Sono aziende che puntano sulla robotica, l'automazione pressoché totale, alle quali si applica una descrizione paradossale: «L'impresa del futuro impiegherà solo un uomo e un cane. L'uomo deve nutrire il cane. Il cane deve tenere l'uomo lontano dalle macchine».

L'intelligenza artificiale ha le fattezze di Google-Medico, per esempio, o di Google-Traduttore automatico: intere professioni stanno vivendo un assedio silenzioso da parte di macchinari e software che sostituiscono lavoro umano. La stessa azienda Vicarious finanziata da Musk

elabora, fra tante tecnologie innovative, «un sistema di percezione visuale che interpreta i contenuti delle fotografie e dei video in un modo simile agli esseri umani». Ben presto anche tecnici televisivi e registi cinematografici saranno sostituiti da computer?

L'allarme di Musk viene respinto da uno dei guru più celebri dell'intelligenza artificiale, quel Ray Kurzweil che alla soglia dei 70 anni è ancora una mente fertile d'invenzioni (è il padre dello scanner, fra l'altro). «Gli esseri umani, quelli biologici — ribatte Kurzweil — non saranno spiazzati dall'intelligenza artificiale, perché la useremo sempre più come uno strumento al nostro servizio, per esaltare e potenziare le no-

Ma per Ray Kurzweil  
la tecnologia continuerà  
a essere al servizio  
degli esseri biologici

stre stesse capacità. Non vedo una guerra fra noi e le macchine, semmai un'alleanza e una fusione. Che ci renderà migliori». Guarda caso, però, Kurzweil è uno dei più importanti cervelli di Google. Mentre Musk è alleato di Facebook. L'intelligenza artificiale è già oggi un terreno di sfida e di competizione tra i colossi della rete. E la Singularity University di Moffett Field nella Silicon Valley, co-fondata da Kurzweil, sta già sperimentando un'altra sostituzione uomo-macchina: i professori robot. Uno degli scenari discussi alla Singularity University che allarma Musk, vede negli umani una sorta di stadio intermedio dell'evoluzione, gli "assistenti biologici" incaricati di funzioni ancillari rispetto a macchine più evolute di noi.

## CONTRO



### **ELON MUSK**

*Quarantadue anni, fondatore di Tesla, azienda di auto elettriche della Silicon Valley, ha investito insieme a Mark Zuckerberg (Facebook) 40 milioni di dollari in Vicarius. L'azienda, diretta da Scott Phoenix, tra i suoi sostenitori ha anche l'attore Ashton Kutcher e lavora per replicare la neocorteccia cerebrale. L'obiettivo è creare un computer che pensa come una persona*

## A FAVORE



### **RAY KURZWEIL**

*Informatico e pioniere delle nuove tecnologie, è autore di saggi di culto sul transumanesimo. Alla soglia dei 70 anni è uno dei cervelli più importanti di Google. All'inizio dell'anno il colosso californiano ha investito 500 milioni di dollari in Deepmind, società londinese specializzata nello sviluppo dell'intelligenza artificiale, sulla quale aveva messo gli occhi anche Facebook*