



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## LA MARATONA AL MINISTERO DELLA SALUTE

## Patto salute, per le imprese serve nuova governance

Voluta fortemente dal ministro della Salute, Giulia Grillo, dopo le voci di possibili tagli al Ssn ieri è partita la «maratona Patto della Salute» che si chiuderà domani. Tre giorni per ascoltare i protagonisti del Servizio sanitario sulle nuove regole per i prossimi 3 anni. «Non nego che recuperare risorse per la sanità sarebbe importante. Ma vediamo anche come organizzare meglio quelle che abbiamo», ha detto la Grillo. Che ieri ha risposto, in occasione della prima giornata dedicata a professioni e Ordini, alle preoccupazioni degli specializzandi («non vogliamo tamponare carenze») chiarendo che il loro utilizzo in corsia - previsto dal recente decreto Calabria - sarà solo «su base volontaria».

Oggi sarà invece la giornata di ascolto delle imprese. Tra le diverse associazioni imprenditoriali presenti, oltre a Farmindustria (si veda articolo a fianco), ci sarà anche Confindustria dispositivi medici. «Un aspetto fondamentale - spiega il dg Fernanda Gellona - riguarda la governance dei dispositivi medici, strumento essenziale per la gestione del Ssn e lo sviluppo industriale, che si fonda su una diffusione dell'uso dell'Health technology assessment. Ma l'impiego di questo strumento deve essere pienamente realizzato con due punti di attenzione, pena il suo fallimento: le modalità di finanzia-

mento e la strutturazione della fase di *appraisal*. C'è poi la questione efficienza e appropriatezza: secondo Confindustria Dispositivi medici è importante che questi passino «anche attraverso il superamento dell'organizzazione a silos in favore della gestione per patologia; l'interoperabilità delle banche dati; una maggiore e uniforme informatizzazione degli enti; l'organizzazione dell'assistenza territoriale».

Anche Stefano Collatina di Assogenerici evoca una nuova governance che «dovrebbe mettere assieme ottimizzazione della spesa, equa concorrenza e sostenibilità delle imprese. Bisogna dunque: compensare o riequilibrare teti; semplificare gli iter autorizzativi degli equivalenti; designare capitolati di gara «sostenibili»; eliminare le storture sistema brevettuale». Assogenerici sollecita inoltre la fuoriuscita dei farmaci off patent dalla distribuzione diretta o per conto e l'introduzione del vincolo per le Regioni a reinvestire in farmaci tutti i risparmi derivanti da equivalenti e biosimilari, «introducendo per questi ultimi dei percorsi mirati all'ampliamento della platea dei pazienti trattati con farmaci biologici».



**Giulia Grillo**  
ministro della  
Salute



Peso: 8%

# Interventi di cataratta, lenti artificiali finite Liste d'attesa di un anno

## Vecchio Pellegrini in difficoltà. Il direttore sanitario corre ai ripari

**NAPOLI** La vecchia gara è scaduta e le scorte in magazzino sono terminate da circa due mesi. Da allora si è proceduto con piccole forniture — una di 30 pezzi tramite la farmacia ospedaliera ed una da 50 in via di definizione — oppure appoggiandosi alle gare di altri nosocomi.

Risultato: gli interventi sono rallentati ed i tempi di attesa si sono ulteriormente allungati. Accade al Vecchio Pellegrini, un presidio di eccellenza della Chirurgia oculistica. Proprio lì, però, dalla tarda primavera ad oggi, si è verificato un problema relativo alla disponibilità di lenti intraoculari, quelle che si applicano in sostituzione del cristallino ai pazienti sottoposti ad intervento di cataratta. Operazione non di urgenza e chi si effettua ormai in *day hospital*, ma che riguarda molte migliaia di persone ogni anno, soprattutto anziani, le quali subiscono un peggioramento della qualità di vita dal deterioramento dell'acutezza visiva. Non di rado, avvilito

dalla lentezza della sanità pubblica, finiscono poi con il rivolgersi ai centri privati dove pagano non meno di duemila euro per la sostituzione del cristallino.

Al Vecchio Pellegrini attualmente per un intervento di cataratta si aspetta almeno un anno dalla prenotazione. I problemi di fornitura rischiano di mettere ancora di più alla prova la pazienza di chi è in fila. Le ultime operazioni — otto i pazienti — risalgono al 27 giugno. Il caso recentemente è stato sollevato da Francesco Borrelli, il consigliere regionale dei Verdi, il quale ha preparato una interrogazione in consiglio regionale. Chiede quali siano le procedure attivate per garantire la fornitura di lenti intraoculari al Vecchio Pellegrini, quando riprenderanno le operazioni di cataratta e quanti interventi siano programmati per i prossimi mesi. Maria Corvino, direttrice sanitaria del nosocomio, garantisce che i problemi sono in fase di ri-

soluzione perché sarebbe stata firmata una determina di acquisto di nuovi dispositivi che dovrebbe coprire il fabbisogno dei prossimi mesi.

Soprattutto, però, sottolinea che gli interventi non sono stati mai sospesi: «Noi non chiudiamo. Nonostante i problemi garantiamo la sanità a tutti». Non sono solo le vicende dell'approvvigionamento di lenti intraoculari, peraltro, a rallentare le operazioni di cataratta. «Scontiamo — sottolinea Luigi Napolitano, il primario di Oculistica — la carenza di sale operatorie. E' una questione che riguarda anche la chirurgia della mano, la chirurgia generale, l'ortopedia, la chirurgia vascolare». Quantifica: «Ce ne sono solo cinque. Sono insufficienti anche gli infermieri di sala operatoria. Le sedute, perciò, sono poche per ciascuna specialità. Noi quando è il nostro turno programiamo gli interventi di elezione — la cataratta è tra questi — ma se poi ci arriva una urgenza, per esempio

una ferita ad un occhio od una ustione alla cornea, ovviamente ha la precedenza. Tra l'altro siamo l'unico pronto soccorso oculistico a Napoli, ad eccezione di quello pediatrico al Santobono, che però nel fine settimana di pomeriggio chiude».

**Fabrizio Geremicca**

**Corvino**  
Noi non chiudiamo. Anche se c'è qualche problema, assistenza garantita a tutti»

Ospedale  
Difficoltà  
al Vecchio  
Pellegrini  
nel reparto  
di Chirurgia  
oculistica  
Rallentano  
gli interventi  
di cataratta



## .salute

**Partenariato  
pubblico-privato**

Upmc, azienda sanitaria partita da Palermo, gestisce 4 centri di eccellenza italiani. La strategia? Fornire le migliori cure possibili reinvestendo gli utili

# Modello Italia-Usa per i centri non profit

**Francesca Cerati**

**P**otrebbe apparire una stranezza il fatto che un modello sanitario americano venga esportato proprio in Italia, paese che come risulta anche dalla classifica sull'efficienza dei servizi sanitari nazionali stilata da Bloomberg nel 2018, si posiziona al quarto posto, distaccando di molto gli Stati Uniti che restano al 54° posto. Ma Upmc (University of Pittsburgh medical center) - una società Usa non profit - è un sistema sanitario americano un po' anomalo. È un private provider e allo stesso tempo un sistema di assicurazione di fornitura delle cure, molto simile a un sistema sanitario italiano. E ora è presente con strutture di eccellenza anche in quattro regioni italiane: Toscana, Lazio, Campania e Sicilia. «L'interesse di un sistema come quello di Upmc e di un sistema sanitario pubblico sono molto integrati - ci spiega Bruno Gridelli, amministratore delegato Upmc Italy e vice presidente esecutivo Upmc International - Non si basa infatti sul profitto ma nel gestire al meglio le risorse a disposizione. In altre parole i margini generati dalla cura non vengono distribuiti tra i soci, ma reinvestiti per migliorare ancora di più il sistema, a beneficio di tutti».

Un modello che fin dalla sua nascita, negli anni '70 per il volere del suo fondatore lo psichiatra Thomas Detre, si è focalizzato sulla migliore gestione delle cure, che non si basa sul volume ma sul valore del risultato clinico.

«Tutto è nato da un ospedale e da una personalità accademica - continua Gridelli, che dopo essersi laureato in medicina all'Università di Milano, ha lavorato a Pittsburgh con Thomas Starzl, il pioniere dei trapianti - Il professor Detre nella seconda guerra mondiale quando l'Ungheria fu occu-

pata dai nazisti e la sua famiglia sterminata nei campi di concentramento, si rifugiò a Roma dove si laureò in Medicina alla Sapienza. Poi si trasferì negli Stati Uniti, a Yale, per poi diventare direttore dell'Istituto psichiatrico di Pittsburgh, tra i più avanzati del Paese. In collaborazione con Jeffrey Romoff (attuale presidente di Upmc, ndr) strinse accordi con università e una serie di ospedali, creando di fatto il sistema Upmc». Un network virtuoso che ha messo radici anche in Italia sulla base di una norma della riforma della Sanità del '92 che supportava l'idea di partenariati pubblico-privati come esperimenti gestionali.

Oltre alla rete di ospedali, Upmc è anche membro fondatore della Fondazione Rimed, nata nel 2006, in partnership con il Governo italiano, la Regione siciliana, il Cnr e l'Università di Pittsburgh. «L'idea era di riprodurre anche nel campo della ricerca biomedica il modello efficiente di Ismett (il Centro trapianti convenzionato con il Ssn, nato a Palermo e che giovedì festeggia i 20 anni dal primo trapianto di fegato, ndr) - sottolinea Gridelli, che lo ha diretto dal 2009 al 2016 - Il mercato biotech è infatti in continua espansione e ha continuato a esserlo anche nei momenti di crisi economica più profonda, perchè trasforma le scoperte scientifiche in prodotti sia con valore clinico sia commerciale con un impatto molto positivo sullo sviluppo sociale ed economico».

Il governo italiano ha messo a disposizione della Fondazione 300 milioni di euro, ottenuti dai Fas, fondi area sottoutilizzati, (oggi denominati Fsc, Fondo per lo sviluppo e la coesione) che spesso vanno perduti per mancanza di progetti. L'idea di Upmc è stata quella di costruire sempre in Sicilia un Centro per le Biotecnologie e la ricerca biomedica (Cbrb). E pro-

prio la settimana scorsa il cda della Fondazione Rimed ha deliberato l'affidamento dei lavori di costruzione su un terreno di circa 180mila metri quadri a Carini, alle porte di Palermo. L'edificio di 30mila metri quadrati, che dovrebbe essere pronto tra due anni, darà lavoro a circa 600 persone. «Il polo di ricerca genererà nuove scoperte e prodotti per la cura della salute e attrarrà e farà sorgere imprese del settore - commenta Gridelli, che è anche vice presidente della Fondazione Rimed - L'impatto sulla crescita sociale ed economica della Sicilia e del resto del Paese sarà enorme. Tanti giovani scienziati italiani avranno l'opportunità di restare o rientrare nel loro Paese e lavorare in un centro di ricerca tra i più avanzati al mondo».

Nel suo ruolo Gridelli supervisiona l'attività clinica e scientifica delle sedi internazionali di Upmc, presenti non solo in Italia, ma anche in Irlanda, in Kazakistan e in Cina. «In Kazakistan collaboriamo con la Nazarbayev University per la creazione di un Centro nazionale per la ricerca e cura del cancro. In Italia e in Irlanda dove siamo presenti da più tempo non siamo solo advisor, ma investiamo direttamente». In Italia Upmc ha già reinvestito 40 milioni di euro. Da chirurgo a manager, è possibile trovare affinità? «Quando facevo il chirurgo avevo l'obiettivo di utilizzare le risorse, in quel caso gli organi, nel modo migliore possibile e con successo. Questa mentalità di gestire in maniera trasparente ed efficiente le risorse è ciò che in fondo deve ispira-



Peso: 46%

re la gestione della sanità. Gestirla bene vuol dire dare la possibilità a migliaia di pazienti di essere curati bene. È un modo diverso di curare». Diverso ma non diversissimo.

## I NUMERI DELLA SALUTE

# 19 miliardi \$

### Fatturato

In Usa di Upmc, società sanitaria non profit internazionale con sede a Pittsburgh, Pennsylvania

# 40

### Ospedali

con più di 8.000 posti letto e 85.000 dipendenti nella Pennsylvania occidentale

# 40 milioni €

### Investimenti

È quanto ha investito a oggi Upmc in Italia



**Bruno Gridelli.**  
Vice presidente esecutivo Upmc International, e amministratore delegato Upmc Italy

Il valore della medicina integrata

### LA CRESCITA DI UPMC

Dati dal 2001 al 2018

■ Dipendenti in migliaia +7% annuo

— Ricavi in miliardi di dollari +12% annuo

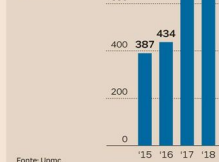
Fonte: Upmc



### INVESTIMENTI IN STRUTTURE SANITARIE DI ECCELLENZA

Inporti in milioni di dollari

Fonte: Upmc



## LE 4 SEDI REGIONALI: IN SICILIA, LAZIO, CAMPANIA E TOSCANA

# 1

### PALERMO Trapianti

Upmc gestisce da vent'anni l'Ismett Irccs - Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione - l'ospedale di Palermo centro di riferimento in tutto il bacino del Mediterraneo nel campo dei trapianti (a oggi ne sono stati eseguiti più di 2000) e delle terapie ad alta specializzazione. In via di ampliamento il nuovo Ismett 2 verrà realizzato in prossimità del Centro per le biotecnologie e la ricerca biomedica della Fondazione Rimed che è in via di costruzione. Il polo ospiterà 600 addetti tra ricercatori, tecnici e amministrativi e dovrebbe essere ultimato nell'arco di due anni.

# 2

### ROMA Cancer center

Sono due a Roma le collaborazioni Upmc ad alta specializzazione. Una con il Salvator Mundi International Hospital, per realizzare investimenti e sinergie nel settore della sanità privata a beneficio dei pazienti italiani e stranieri con l'obiettivo di accrescere l'attrattività di Roma, ampliando il bacino di utenza all'Europa e al Mediterraneo. Al suo interno verrà realizzato un Centro oncologico integrato, collegato con il network dei Cancer center di Upmc. L'altra è con l'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli, in cui c'è il centro privato convenzionato di radioterapia avanzata.

# 3

### MIRABELLA ECLANO Radioterapia oncologica

La collaborazione del Centro di radioterapia ad alta specializzazione Upmc Hillman Cancer Center Villa Maria per il trattamento di tumori primitivi, secondari (metastatici) e recidive di tutti i distretti corporei è nata nel 2018. Il centro è dotato di uno dei più avanzati acceleratori lineari, il TrueBeam STx, capace di erogare elevate dosi di radiazioni più velocemente e con maggiore precisione rispetto ai più comuni acceleratori, riducendo la durata della terapia e limitando fortemente l'insorgenza di effetti collaterali.

# 4

### CHIANCIANO Medicina preventiva

La struttura innovativa e altamente specializzata per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle patologie cardiovascolari, epatiche, metaboliche. Il centro Upmc Institute for Health Chianciano Terme, offre al paziente un tagliando personalizzato della salute. Un check-up a 360 gradi con programmi di screening, educazione nutrizionale, attività fisica e tutoring sviluppati a Pittsburgh. È un centro privato, con programmi accreditati di riabilitazione cardiologica insieme alla Regione Toscana, che potrebbe presto ampliarsi anche alla riabilitazione neurologica.



Peso: 46%

## Spesa farmaceutica oltre le previsioni Le aziende pagano circa 1,2 miliardi

La spesa farmaceutica per acquisti diretti da parte del Sistema sanitario nazionale nel 2019 oltrepasserà nuovamente il tetto programmato di 7,6 miliardi per sfondare i 10 miliardi (+5,2% sul 2018). Anche quest'anno, quindi, le aziende farmaceutiche saranno chiamate a ripianare il 50% dell'eccedenza della spesa (il meccanismo noto come «payback») per un totale di

circa 1,2 miliardi. La restante parte - gli altri 1,2 miliardi - invece, dovrà essere versata dalle Regioni in base al superamento del budget assegnato.

**Ernesto Diffidenti** a pag. 23



# salute

**Spesa farmaceutica.** Le stime per il 2019 prevedono uno sfondamento di 2,4 miliardi del tetto programmato. Le aziende dovranno ripianare la metà dell'extra, Scaccabarozzi (Farmindustria): «I tetti vanno rimodulati»

## Farmaci, payback sale a 1,2 miliardi

**Ernesto Diffidenti**

La spesa farmaceutica per acquisti diretti nel 2019 oltrepasserà nuovamente il tetto programmato di 7,6 miliardi per sfondare quota 10 miliardi (+5,2% rispetto al 2018). Fatti i dovuti calcoli, il risultato finale è chiaro: anche quest'anno le aziende farmaceutiche saranno chiamate a ripianare il 50% dell'eccedenza della spesa (il meccanismo famoso noto come payback)

per un totale di circa 1,2 miliardi. La restante parte - gli altri 1,2 miliardi - dovrà essere invece versata dalle Regioni in base al superamento del budget assegnato. Secondo i calcoli di Iqvia, provider globale di dati sanitari, quotata a New York, a fine anno il disavanzo della spesa ospedaliera dovrebbe essere di circa 2,4 miliardi di euro rispetto ai 2,1 miliardi del 2018. Mentre la spesa convenzionata, quella dei cittadini con ricetta rossa,

continua a registrare risparmi chiudendo con un saldo positivo di circa 780 milioni.

«Questi dati confermano ancora una volta che è arrivato il momento di mettere mano a una nuova governan-



Peso: 1-3%, 23-32%

ce - sottolinea Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria -. Soprattutto perché i dati confermano che nella spesa convenzionata c'è un risparmio». Da una parte c'è un attivo, dall'altra un passivo: per Scaccabarozzi si tratta di una ripartizione non corretta delle risorse che si traduce in una nuova «tassa insostenibile» a carico delle industrie: «Se i numeri saranno confermati si tratta di ripianare una cifra che rappresenta il 15% del fatturato delle aziende». Eppure quest'anno, grazie all'impegno del ministro della Salute, Giulia Grillo, il finanziamento del Ssn ha potuto contare su un miliardo in più salendo a quota 114,4 miliardi. Un aumento che, tuttavia, non sembra essere sufficiente a coprire la corsa della spesa ospedaliera costretta anche a fare i conti con la contemporanea riduzione del tetto dal 6,89% al 6,69%.

Oggi l'industria farmaceutica sarà al ministero per la "maratona" sul Patto per la salute (si veda articolo a fianco). «Con la rimodulazione dei tetti - spiega Scaccabarozzi - chiederemo anche il riconoscimento del nostro valore industriale e un coinvolgimento nella revisione del prontuario che dovrà basarsi su criteri scientifici». Già nel corso dell'Assemblea di Farmindustria (si veda il Sole 24 Ore del 5 luglio) Scaccabarozzi ha precisato che la nuova governance farmaceutica non dovrà prevedere una spe-

sa «aggiuntiva» quanto una spesa «sostitutiva», recuperando risorse inutilizzate e sprechi, nonché valutando l'outcome di una terapia e i suoi benefici sul Ssn. La strada maestra, secondo il presidente di Farmindustria, è continuare con un dialogo «aperto e trasparente»: è già accaduto con l'accordo sul payback 2013-2017 con il quale le imprese hanno versato circa 2,4 miliardi chiudendo i contenziosi. «Ora dovremo metterci intorno a un tavolo - continua - e trovare una soluzione anche per i 2,3 miliardi relativi al 2017 e al 2018».

Iqvia, in ogni caso, prevede che la spesa per acquisti diretti di classe H (farmaci somministrati soltanto in ospedale) rallenterà rispetto agli anni precedenti. Infatti, nel 2019, i nuovi lanci di farmaci non avranno un impatto significativo e, inoltre, il recente ingresso sul mercato di biosimilari e altri generici avranno un impatto positivo sulla riduzione della spesa. Anche per gli acquisti diretti di farmaci di classe A si prevede un trend di crescita moderato (+2,4%) passando da 4 a 4,1 miliardi di euro. Perché, allora, la spesa cresce del 5,2%? La risposta è nei farmaci oncologici che perderanno lo status di innovatività durante l'anno e quindi entreranno nel computo complessivo e non più nel fondo specifico di 500 milioni che quest'anno, a differenza dell'anno scorso, non

verrà superato. Stesso trend anche per l'altro fondo di 500 milioni dedicato ai farmaci innovativi non oncologici che, allo stesso modo, beneficiano dello status di innovatività per un periodo di tre anni. In base ai dati raccolti finora da Iqvia, non ci si attende il superamento del tetto del fondo. Infatti, grazie al progressivo debellamento dell'epatite C, avvenuto grazie ai nuovi farmaci (anti-Hcv), si prevede che il tetto prefissato di 500 milioni non sarà raggiunto.

«Negli ultimi anni, la pressante esigenza di garantire la sostenibilità economica del Ssn ha portato all'attuazione di una serie di interventi di contenimento della spesa che hanno avuto un impatto pesante sui bilanci delle imprese farmaceutiche in Italia - conferma Sergio Liberatore, amministratore delegato di Iqvia Italia -. Bisogna trovare dei meccanismi che attutiscano questo impatto per consentire all'industria di continuare a investire nell'innovazione. È ora di ragionare sul pagamento della terapia in base al beneficio che ne trae il paziente. In breve, bisogna iniziare a misurare il costo dei nuovi farmaci confrontandolo con la riduzione delle spese connesse all'assistenza, la diminuzione del numero dei ricoveri, la prevenzione e il costante miglioramento dello stato di salute».

## 2,4 miliardi

**L'extra tetto complessivo**  
Superamento della spesa per l'acquisto di farmaci in ospedale rispetto al tetto programmato a 7,6 miliardi

## 1,2 miliardi

**Quota a carico delle aziende**  
Il restante 50% verrà versato dalle Regioni in base al superamento del budget assegnato



**MASSIMO SCACCABAROZZI**  
Presidente  
Farmindustria



Peso: 1-3%, 23-32%



**Spesa in crescita** Sfondato il tetto della spesa programmata a 7,6 miliardi



Peso: 1-3%, 23-32%

# «Ci sono 10 mila laureati in medicina ancora in attesa di poter lavorare»

## Il chirurgo Leo e la carenza negli ospedali: in troppi restano fuori dalle scuole di specializzazione

Prima facciamo parlare i numeri e poi un esperto, il chirurgo Ermanno Leo, che ha speso la maggior parte della sua vita professionale all'Istituto Tumori di Milano. Il tema è caldissimo: la ormai preoccupante mancanza di medici specialisti del Sistema sanitario nazionale. Il che significa, per i cittadini, il rischio di non essere adeguatamente assistiti già ora, ma soprattutto in futuro. E di ricorrere sempre più spesso alla sanità privata. Pagando.

Le stime dicono che, al momento attuale, non rispondono all'appello almeno ottomila medici. Ma il rapporto dell'Anaa, uno dei più rappresentativi sindacati medici, vede ancora più nero nei prossimi anni: da qui al 2025 mancheranno almeno 16.500 sanitari, soprattutto per la medicina d'urgenza e il pronto soccorso, la chirurgia, la pediatria, l'anestesiologia. E le Regioni più penalizzate saranno Piemonte, Lombardia e Veneto (che supportano anche il carico di pazienti provenienti da fuori).

«Chi scoraggia l'ingresso

degli studenti in queste discipline? Il rischio di contenzioso giuridico innanzitutto — commenta Ermanno Leo —. Stanno aumentando le cause legali nei confronti dei medici, soprattutto chirurgi, che si trovano costretti a stipulare super-assicurazioni. Anche se poi le cause di *malpractice* nel 90% dei casi si risolvono con l'assoluzione dei sanitari».

Gli studenti privilegiano altre scuole di specializzazione (la chirurgia estetica è al top, dice Leo), ma non è detto che riescano a entrarci. Perché dopo la laurea soltanto un numero minimo di «dottori» supera l'esame di ammissione alle specialità, previsto per legge. Gli altri rimangono «parcheeggiati»: sono i famosi «camici grigi». Attualmente sarebbero attorno ai 10 mila in attesa di poter esercitare la professione per cui si sono laureati.

Soluzioni allora, con uno sguardo al futuro? «Probabilmente rivedere le modalità di accesso alle specialità — sottolinea Leo —. Modificare il numero chiuso all'ingresso della facoltà di Medicina non sembra la soluzione ideale:

creerebbe più camici grigi».

Ma c'è anche un tema collaterale. Mancano, soprattutto in periferia, i medici di medicina generale che rappresentano il pilastro della sanità: sono in trincea come primo filtro nella presa in carico dei pazienti e poi li ricevono dopo un'eventuale ospedalizzazione. Il loro percorso formativo è diverso rispetto a chi si specializza nelle altre discipline e andrebbe rivisto.

Intanto, qua e là, si cerca di mettere una pezza a questa situazione che non è esagerato definire di emergenza, in attesa di soluzioni future. «Si reclutano medici a "gettone" pescati fra le liste dei "camici grigi" — prosegue Leo —, ma con poche garanzie di professionalità. C'è chi ha proposto anche il coinvolgimento di medici militari. E c'è chi richiama in servizio i pensionati». Su questo Leo ha da aggiungere qualcosa di personale. Lui, messo «in quiescenza» dall'Istituto Tumori, lavora, gratis, come consulente esperto all'Ospedale Città di Sesto, nel milanese, anche se continua l'attività privata: la sua specialità, da sempre, è la

chirurgia del colon-retto.

Ultima soluzione: l'importazione di «camici bianchi» dall'estero, gli immigrati che ci servono. «Ne stanno arrivando molti dall'Est europeo», conferma Leo. «E i nostri medici se ne vanno via: Svizzera, Francia e Austria offrono stipendi doppi».

Ora l'estate ha bussato alle porte e crea un nuovo problema ai cittadini, considerate le carenze croniche del personale e il loro giusto diritto alle ferie?

**Adriana Bazzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Fuga all'estero

«I nostri dottori vanno in Svizzera, Francia e Austria che possono offrire stipendi doppi»

### Chi è



● Ermanno Leo, 70 anni, è un medico e chirurgo specializzato in chirurgia oncologica nel 1982

● Ha speso la maggior parte della sua vita professionale all'Istituto Tumori di Milano. Nel 2003 è stato nominato dall'allora ministro della Salute esperto del Consiglio superiore di sanità

# 16,5

### Mila

I medici specialisti che dovrebbero mancare nel 2025 negli ospedali italiani secondo le stime del sindacato dei medici Anaa Assomed

# 2,2

### Mila

I medici che dovrebbero mancare tra sei anni in Sicilia, la regione che avrà la carenza maggiore. Seguono Piemonte (2.004), Lombardia (1.921) e Toscana (1.793)

# 54

### Per cento

La quota di medici italiani che hanno in media più di 55 anni di età (nel 2016): il nostro Paese risulta così lo Stato dell'Unione europea con la più alta percentuale



Peso: 40%

**Report** | CittadinanzattivaMalattie croniche e terapie  
Aumenta la distanza nord-sud

# Sanità, disparità nelle cure

Cure disuguali a seconda del luogo di residenza. Dal riconoscimento dell'invalidità e dell'handicap al sostegno psicologico, dalle liste di attesa per visite ed esami all'accesso ai farmaci, i cittadini con malattie croniche e rare sperimentano sulla loro pelle che l'accesso e la qualità delle cure nel nostro Paese non è uguale per tutti. A certificarlo il XVII Rapporto sulle politiche della cronicità, dal titolo "Regione che vai, cura che trovi (forse)", presentato nei giorni scorsi a Roma da Cittadinanzattiva, con il sostegno non condizionato di Msd. Disuguaglianze che non sono state colmate dal Piano nazionale cronicità: sebbene questo sia stato ormai formalmente recepito da 15 Regioni, esso risulta, nella maggior parte dei territori, profondamente disatteso nei fatti come dimostrano i dati forniti dalle 47 Associazioni del CnAMC che hanno partecipato all'indagine. Una questione «che va affrontata con urgenza, soprattutto alla luce del recente dibattito sul regionalismo differenziato», avverte Antonio Gaudio, Segretario generale di Cittadinanzattiva. Scorrendo i dati del Rapporto, presentato oggi, la prevenzione resta la cenerentola della Sanità italiana: soltanto una associazione su tre certifica la realizzazione di corsi di prevenzione a livello nazionale che, in oltre l'80% dei casi, sono promossi dalle stesse associazioni. Oltre l'80% denuncia ritardi nella diagnosi, imputabili alla scarsa conoscenza della patologia da parte di medici e pediatri di famiglia (70%) e al poco ascolto del paziente (42%). Molto carente l'integrazione tra assistenza primaria e specialistica (lo denuncia il 73%), così come la continuità tra ospedale e territorio (69%); il 41% denuncia

inoltre la mancata personalizzazione delle cure. Più di due associazioni su tre (68%) denunciano lunghe liste di attesa: ad esserne afflitti soprattutto i pazienti del Lazio, della Campania e della Calabria. Solo una su tre afferma che visite ed esami per la gestione della patologia sono prenotati direttamente dallo specialista, mentre la maggioranza dei cittadini deve provvedere autonomamente, attraverso il Cup (60%) o recandosi direttamente agli sportelli ospedalieri (28%). I piani di cura personalizzati, secondo Cittadinanzattiva, sono attuati solo in alcune realtà e per il 40% delle associazioni non esistono affatto. Anche i Percorsi diagnostico-terapeutici, laddove esistono, valgono solo per alcune patologie e soltanto in alcune regioni. In tema di assistenza ospedaliera, il 70% lamenta di doversi spostare dalla città in cui risiede; il 53% denuncia la mancanza di personale specializzato, uno su tre lunghe liste di attesa per il ricovero. Non sono pochi i casi di chi è costretto a pagare una persona che l'assistente durante il ricovero (lo denuncia il 23%) ed anche i casi di chi si porta i farmaci da casa (17%). Nel caso delle Rsa e lungodegenze, il primo problema - segnala ancora la nota - è accedervi a causa delle lunghe liste di attesa (63%), segue come problematica la mancanza di specialisti (37%) e la necessità di pagare una persona per assistere il malato (26%). La riabilitazione non è totalmente garantita dal SSN, visto che per un'associazione su cinque il cittadino deve integrare a proprie spese per avere le ore sufficienti e uno su tre deve addirittura provvedere privatamente del tutto.



Peso: 44%



Peso:44%

**Consultazione** | Sanità e politica

Il Sindacato dei Medici Italiani: «Misure urgenti per risolvere emergenze»  
In corso gli incontri voluti dal Ministero per concordare la stesura del piano

# Nuovo Patto per la Salute

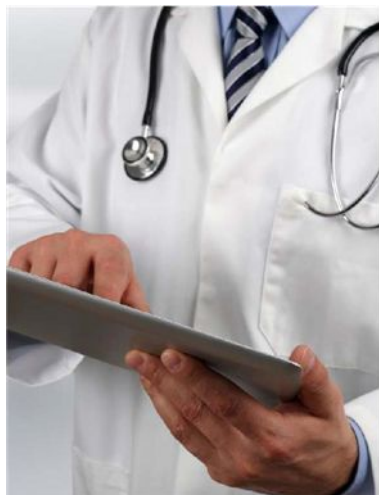
## La ricetta dei dottori

**Luca Esposito**  
NAPOLI

«Siamo venuti a questa consultazione per la definizione del nuovo Patto per la Salute con la consapevolezza che il personale del sistema sanitario nazionale è necessario per l'appropriatezza dell'erogazione dei Lea». Così Pina Onotri, Segretario Generale dello Smi, esordisce in una dichiarazione, commentando la presenza del Sindacato Medici Italiani alla consultazione voluta dal Ministro della Salute per la redazione del nuovo patto per la Salute. «C'è la necessità di misure urgenti per la risoluzione dei problemi emergenziali legati alla carenza di specialisti e medici di medicina generale. La soluzione consiste nell'aumentare il numero di posti disponibili nelle scuole di specializzazione e del corso di formazione in medicina generale; numero di posti che deve essere tarato sul fabbisogno stimato delle professionalità in relazione alla tipologia

di popolazione da assistere» aggiunge Onotri. «Infatti, attualmente circa il 33% dei medici laureati non può accedere alla specializzazione perché Regioni e Ministeri competenti non offrono posti sufficienti. Il vincolo economico non può essere più adottato come scusante all'imbutto formativo; in alternativa si può prevedere il pagamento delle borse di studio ai più meritevoli e posizionati prima in graduatoria oppure la possibilità di frequentare la specializzazione in sovrannumero». «Sempre in quest'ambito va ribadito che alcune specialità mediche hanno posti in eccesso rispetto alla reale domanda, mentre altre sono in forte carenza. Un caso emblematico in tutto il Paese è rappresentato dalla medicina d'urgenza che ha una mancanza di medici su tutto il territorio nazionale» fa notare la segreteria generale dello SMI. «Vi è, per questo, la necessità di potenziare il 118 e di permettere l'accesso ai posti riservati nella specializzazione di Medicina di

Emergenza - Urgenza ai medici convenzionati che, attualmente, già operano nel sistema, per poi arrivare all'inquadramento nel ruolo della dirigenza medica. Nel frattempo sarebbe opportuno che anche per i medici convenzionati nel sistema Emergenza - Urgenza sia previsto un tavolo di contrattazione nazionale nell'ambito della discussione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale». «C'è bisogno di rivedere i contenuti didattici dei corsi di formazione in medicina generale incentivando la costituzione dei dipartimenti misti Università/ medicina generale sul modello della regione Liguria, dando così seguito al documento varato dall'Osservatorio sulla formazione, che può rappresentare un primo passo per una specializzazione in M.G. al fine di superare le sperequazioni economiche e didattiche tra il corso di formazione in M.G. e le scuole di specializzazione».



Peso: 37%

# Il progetto “Cardioagorà” nasce come invito a riflettere e ad approfondire tematiche cardiologiche di grande impatto sociale

## CARDIOAGORÀ

**Una piazza aperta al confronto interattivo nella quale cardiologi, medici internisti, medici di medicina generale ed anche pazienti si incontrano e provano a discutere temi di grande attualità e di interesse scientifico.**

Viviamo un tempo di frenetiche ed intense giornate di lavoro che si rincorrono senza sosta, di nuove acquisizioni scientifiche che mutano continuamente il nostro comportamento clinico colmando le nostre incertezze e dissolvendo le zone d'ombra che lasciano il posto alla luce delle evidenze scientifiche. Per i pazienti offriamo un linguaggio di facile comprensione che spero possa far accrescere una maggiore adesione alle terapie prescritte. I temi già trattati e quelli che affronteremo riguardano patologie in grande crescita correlati all'invecchiamento della popolazione mondiale ed in particolare a quella italiana che risulta una delle più longeve.

Longevità che trova nella dieta alimentare mediterranea, nell'esercizio fisico, nella astensione da abusi voluttuari e nella capacità del nostro sistema sanitario la giusta spiegazione. I temi che abbiamo trattato in Cardioagorà sono lo “Scompenso Cardiaco, la Fibrillazione Atriale, le Bradiaritmie e la Sleep Apnea”. Colleghi esperti ed appassionati hanno trattato questi argomenti sperando di fare cosa gradita a chi voglia, in poco tempo, un aggiornamento rapido e puntuale su tematiche di sicuro interesse scientifico e sociale. Lo “Scompenso cardiaco” rappresenta un grosso problema di Sanità pubblica legato al numero sempre crescente di pazienti affetti con frequenti ospedalizzazioni e con un notevole impatto economico per i Sistemi Sanitari di tutti i paesi. Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica caratterizzata da sintomi e segni tipici come la dispnea, i rantoli crepitanti alle basi polmonari e l'edema agli arti inferiori che è causata da alterazioni strutturali e/o funzionali del cuore che producono l'incapacità del cuore a pompare il sangue a riposo o durante sforzo.

La prevalenza dello Scompenso Cardiaco è

circa 1-2% della popolazione adulta e sale a più del 10%-15% nei pazienti di età superiore ai 70 anni. A causa dell'invecchiamento della popolazione generale e del miglioramento delle cure della fase acuta delle malattie cardiovascolari, si prevede un incremento della prevalenza entro il ventennio 2010-2030 superiore al 25%.

Si prevede che negli Stati Uniti i costi sanitari annuali legati allo scompenso cardiaco passino da 24.7 a 77.7 miliardi di dollari e quelli indiretti dovuti a comorbilità e mortalità da 9.7 a 17.4 miliardi di dollari. L'introduzione dei defibrillatori, della terapia di resincronizzazione e la possibilità di poter controllare in remoto non solo le caratteristiche tecniche dei device, ma anche i parametri clinici, hanno notevolmente migliorato le nostre capacità di intervenire precocemente e molto tempo prima di una eventuale ospedalizzazione.

La “Fibrillazione Atriale”(FA) rappresenta l'aritmia di più frequente riscontro nella pratica clinica che raddoppia la mortalità, aumenta di cinque volte il rischio di ictus cerebrale con effetti devastanti sulla storia personale, familiare e sociale dei pazienti. Nel 2010, il numero stimato di uomini e donne con AF in tutto il mondo era rispettivamente di 20,9 milioni e 12,6 milioni, con tassi di incidenza e prevalenza più elevati nei paesi sviluppati.

Entro il 2030, nell'Unione europea sono previsti 14-17 milioni di pazienti con FA, con 120 000-215 000 pazienti di nuova diagnosi all'anno. Le stime suggeriscono una prevalenza di AF di circa il 3% negli adulti di età pari o superiore a 20anni con una maggiore prevalenza nelle persone anziane e in pazienti con condizioni quali ipertensione, insufficienza cardiaca, malattia coronarica, malattia cardiaca valvolare, obesità, diabete mellito, o malattia renale cronica (CKD).

Il ruolo del controllo della frequenza e del ritmo, le recenti evidenze in tema di ablazione e le futuristiche applicazioni del ripristino del ritmo sinusale mediante la stimolazione ottica e genetica (optogenetica).

La FA e lo SC rappresentano le due pandemie del terzo millennio. Le “Bradiaritmie” sono condizioni cliniche frequenti che richiedono un attento esame clinico per stabilire la corretta diagnosi e determinare la terapia adeguata. Nel paziente con bradicardia ogni sforzo deve essere fatto per dimostrare una

correlazione tra bradiaritmia e sintomi prima di iniziare una terapia con pacing permanente. Nel 2013 sono stati impiantati in Italia circa 1112 Pacemaker (PM) per milione di abitanti rendendo il nostro paese il terzo in Europa per impianti/anno. Per 60 mila italiani ogni anno il PM è stato un piccolo apparecchio salvavita, oltre mezzo milione di persone lo hanno già impiantato nel nostro Paese e circa 2 milioni in Europa.

La valutazione deve prendere in considerazione i vantaggi e gli svantaggi del pacing con un'accurata diagnosi escludendo eventuali cause reversibili e/o effetti transitori. La grande maggioranza dei pazienti può ottenere la completa risoluzione dei sintomi, il ritorno alle abituali attività quotidiane con una buona qualità di vita e senza una riduzione della aspettativa di vita.

La “Sleep Apnea”(SA) rappresenta una condizione clinica severa, spesso non evidenziata con una prevalenza stimata del 14% negli uomini e 5% nelle donne. La SA è una patologia cronica caratterizzata da frequenti episodi di collasso delle vie aeree superiori durante il sonno. Essa viene sempre più riconosciuta come un'importante causa di morbilità e mortalità medica.

I pazienti con SA spesso si sentono affaticati e assonnati durante il giorno, possono soffrire di una riduzione della vigilanza, della concentrazione, della funzione cognitiva, delle interazioni sociali e qualità della vita. Questi declini nella funzione diurna possono tradursi in più alti tassi di incidenti legati al lavoro ed automobilistici.

I pazienti con SA non trattata presentano un aumentato rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, tra cui una pressione arteriosa refrattaria alla terapia, la cardiopatia ischemica, l'insufficienza cardiaca congestizia, le aritmie, l'ictus cerebrale ed il diabete mellito.

**Il Responsabile Scientifico Dr. Antonio D'Onofrio, RESPONSABILE UOSD ELETTROFISIOLOGIA STUDIO E TERAPIA DELLE ARITMIE - OSPEDALE MONALDI - NAPOLI**



Peso:38%

# NON SOLO REDDITO DI CITTADINANZA IL SUD STA MORENDO PER COLPA DEI SUSSIDI

*Il Meridione massacrato da 70 anni di assistenzialismo  
Nel 2018 il record: ha prodotto meno Pil della Romania*

di **Angelo Allegri**

■ Un dato che parla da solo: nel 2018 il reddito pro capite della Romania ha superato quello del Mezzogiorno d'Italia. Settanta anni di assistenzialismo hanno fatto del male al Sud. Ecco perché i sussidi a pioggia non aiutano lo sviluppo, anzi contribuiscono ad alimentare corruzione e sprechi. E ora arriva il reddito grillino...

alle pagine **23** e **24-25**



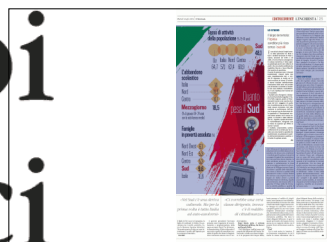
Peso: 1-18%, 23-55%, 24-70%

# SUD

Un errore  
lungo  
70 anni

UN ERRORE LUNGO 70 ANNI

Il fallimento  
del **Meridione**:  
ecco perché  
sta morendo  
per troppi  
**aiuti** pubblici



Peso:1-18%,23-55%,24-70%

## di Angelo Allegri

La Romania non è considerata di solito un modello di gestione dell'economia. Ma vista dal Meridione d'Italia la prospettiva può essere diversa. Nel 2017 il reddito pro capite dei rumeni ha uguagliato quello del Mezzogiorno e dato il tasso di crescita di Bucarest e dintorni, il silenzioso sorpasso è avvenuto nel corso del 2018. Dalla Lettonia alla Slovacchia, i Paesi ex comunisti che hanno aderito alla Ue, con l'eccezione della Bulgaria, sono, a parità di potere d'acquisto, ormai più ricchi, e in qualche caso di parecchio, dell'Italia (...)

segue alle pagine **24-25**

(...) meridionale (vedi anche il grafico in queste pagine). Andrea Giuricin, docente alla Bicocca di Milano, ha commentato con un tweet di malinconica ironia: «Tra un po' vedremo grandi flussi di immigrati dal Sud Italia verso i Paesi dell'Est Europa? Orban li respingerà?».

La più grande regione sottosviluppata dell'Europa occidentale, l'area che va dalla Campania alle Isole, consolida anno dopo anno il suo poco lusinghiero primato. Ed è difficile spiegare il perchè. Riccardo Faini, uno dei più grandi esperti di problemi dello sviluppo, morto qualche anno fa, parlò a suo tempo di «una lunga serie di enigmi irrisolti».

## PROGRAMMI FALLITI

L'unica cosa sicura è che le medicine fin qui somministrate al paziente non hanno funzionato. Le differenze di reddito tra Nord e Sud sono diminuite in maniera significativa solo tra gli anni 50 e la metà degli anni 70, ai tempi della costruzione delle grandi infrastrutture e dell'industrializzazione condotta a tappe forzate dai gruppi pubblici. Poi, fatte le strade e andato in crisi il modello delle cattedrali nel deserto ad alto consumo di energia, il gap è tornato a crescere. Negli ultimi 30 anni, chiusa la Cassa del Mezzogiorno nel 1992, gli interventi straordinari hanno assunto le forme e i nomi più diversi: contratti di programma, contratti d'area, patti territoriali, senza parlare della legge numero 488 del 1992 e dei fondi strutturali europei. Due economisti della Banca d'Italia, Antonio Accetturo e Guido De Blasio, si sono presi la briga di esaminarli tutti e di costruire dei modelli econometrici per valutarne i risultati. In un pamphlet appena pubblicato dall'Istituto Bruno Leoni («Morire di aiuti»), hanno sintetizzato il giudizio: le forme di sostegno via via applicate in Italia non sono servite praticamente a nulla.

Un buon esempio è quello dei con-

tratti di programma, avviati nel 1986: qui a intervenire di solito è il governo, che concorda con un'azienda privata (l'esempio più noto è quello della Fiat di Melfi) la localizzazione di nuovi impianti, le condizioni di insediamento, e la compensazione finanziaria. Per valutare gli interventi di questo tipo (fino al 2010 avevano coinvolto 413 comuni del Sud) sono state selezionate aree di controllo il più possibile simili a quelle in cui è stato avviato l'impianto industriale. Nel tempo le differenze si sono rivelate poco significative. E gran parte della maggiore crescita è avvenuta a scapito delle aree vicine a quelle interessate dal Contratto, con un effetto «spiazzamento», dicono i due economisti, tipico di quando si attuano programmi di sostegno rivolti ad aree limitate.

Qualche effetto degli incentivi pubblici, a dir la verità, sembra esserci stato. Purtroppo non positivo. Accetturo e De Blasio si sono chiesti se è un caso che nel Sud la criminalità organizzata sia più forte e il cosiddetto capitale sociale (l'insieme di valori di fiducia e di capacità cooperative che fanno da lubrificante dell'economia) più debole. Anche in questo caso hanno confrontato aree simili tra loro: zone il cui reddito è appena superiore al 75% di quello medio europeo, con zone in cui il reddito è di poco inferiore. La cifra è uno spartiacque importante: chi guadagna di meno riceve gli aiuti europei, chi di più resta a mani vuote. Il risultato è che i sussidi «hanno avuto un effetto negativo sulle dotazioni di fiducia e correttezza tra individui». Non solo. I due autori hanno incrociato i dati finanziari con le banche dati su reati e delinquenza, concludendo che «esiste una correlazione tra i fondi strutturali che un comune riceve e gli episodi di corruzione». Quello che accade nella pratica è del tutto intuitivo: la poggia di soldi che arriva da lontano contribuisce non tanto al rafforzamento di una moderna classe imprenditoriale, quanto alla formazione di un ceto di «cercatori di rendita», professionisti del sussidio e della negoziazione, trasparenti o meno, con gli enti pubblici.



Peso: 1-18%, 23-55%, 24-70%

## CONTA LA QUALITÀ

Confrontando il caso italiano con gli esempi stranieri gli economisti di Bankitalia arrivano alla conclusione che l'efficacia dei finanziamenti e la riduzione dei loro effetti distorsivi dipendono da alcune pre-condizioni: «i risultati positivi paiono trainati da un pugno di regioni ben amministrate e con una forza-lavoro istruita. Le altre sembrano arrancare». La conclusione è perfettamente in linea con le tesi oggi prevalenti tra gli studiosi: per lo sviluppo servono capitale umano e qualità delle istituzioni. Ma come si misura la qualità delle istituzioni? E come è messa l'Italia? Per arrivare a una risposta viene utilizzato un indice messo a punto dall'Università di Göteborg, Quality of Government, che misura nelle regioni dei 27 Paesi della Ue l'intreccio tra attività pubblica e qualità di servizi come istruzione, sanità, giustizia. Il risultato? Sconfortante. Tra i Paesi dell'euro l'Italia è quasi sempre penultima battendo solo la Grecia. La distanza tra la Regione più efficiente e meno efficiente d'Italia è doppia rispetto agli altri Paesi, anche di quelli che presentano l'eterogeneità maggiore. Ma nel caso italiano la distanza tra i primi e gli ultimi è un po' un'illusione ottica, perché in testa, lontanissime dal resto del

gruppo, ci sono solo Trento e Bolzano. Se si tolgono loro due, perfino le rimanenti aree del Nord sono «meno efficienti rispetto alle peggiori Regioni di Spagna, Francia e Germania», spiegano Accetturo e De Blasio, che concludono: «La bassa qualità delle istituzioni è quindi un problema italiano, da Milano a Palermo (ma come sempre più accentuato nel Sud)»

## ADDIO COMPETENZE

Resta da valutare la qualità e il livello del capitale umano. Secondo gli autori di «Morire di aiuti», anche qui non sono rose e fiori. L'espansione dell'offerta universitaria degli anni 90 ha contribuito alle iscrizioni di studenti meno brillanti, e questi ultimi, in assenza di forti incentivi al conseguimento di un titolo superiore, hanno fatto salire il tasso di abbandono: «l'accumulazione del capitale umano è di fatto rimasta stabile». Nel Sud poi la «dissipazione di competenze» è un problema serio: molti tra gli studenti più brillanti si iscrivono direttamente alle università del Nord, considerate migliori sia al punto di vista della didattica sia da quello della ricerca scientifica. E molti tra i laureati in atenei meridionali trovano le offerte più interessanti al Nord.

Più o meno le stesse cose le ha di recente spiegate al Sole 24 Ore Marc Lemaître, responsabile delle Politiche Regionali della Commissione Europea. L'intervistatore, Giuseppe Chiellino, gli ha chiesto come mai la Polonia e il Mezzogiorno, destinatarie di aiuti europei in misura tutto sommato analoga (239 all'anno per un polacco contro i 200 di un residente nel Meridione), avessero tassi di crescita così diversi tra loro: nel 2018 il 5,1% in Polonia e lo 0,6 nel Sud. Nella prima risposta Lemaître ha parlato di salari: «Il Sud è parte di un sistema Paese più sviluppato, con un costo del lavoro molto più alto che diventa un problema serio quando si fa il confronto in termini di produttività». Poi ha citato gli aspetti a prima vista meno tangibili. «La Polonia ha un sistema educativo di alta qualità, mentre l'Italia ha molte debolezze». Infine il tema della qualità dell'amministrazione: «Per capirci», ha detto Le Maitre, in Polonia i progetti e gli appalti vanno avanti a passo spedito, al contrario di quanto avviene in Italia e nel Mezzogiorno». Sarebbe ora di prenderne buona nota.

Angelo Allegri

*Nel 2018 anche il reddito medio romeno ha superato quello del Meridione: i sussidi non sono serviti a nulla*

*Uno studio dell'Istituto Bruno Leoni demolisce le politiche degli ultimi decenni: i sussidi a pioggia non sono serviti. Anzi: hanno contribuito ad alimentare corruzione, distorsioni e reso più difficile lo sviluppo*

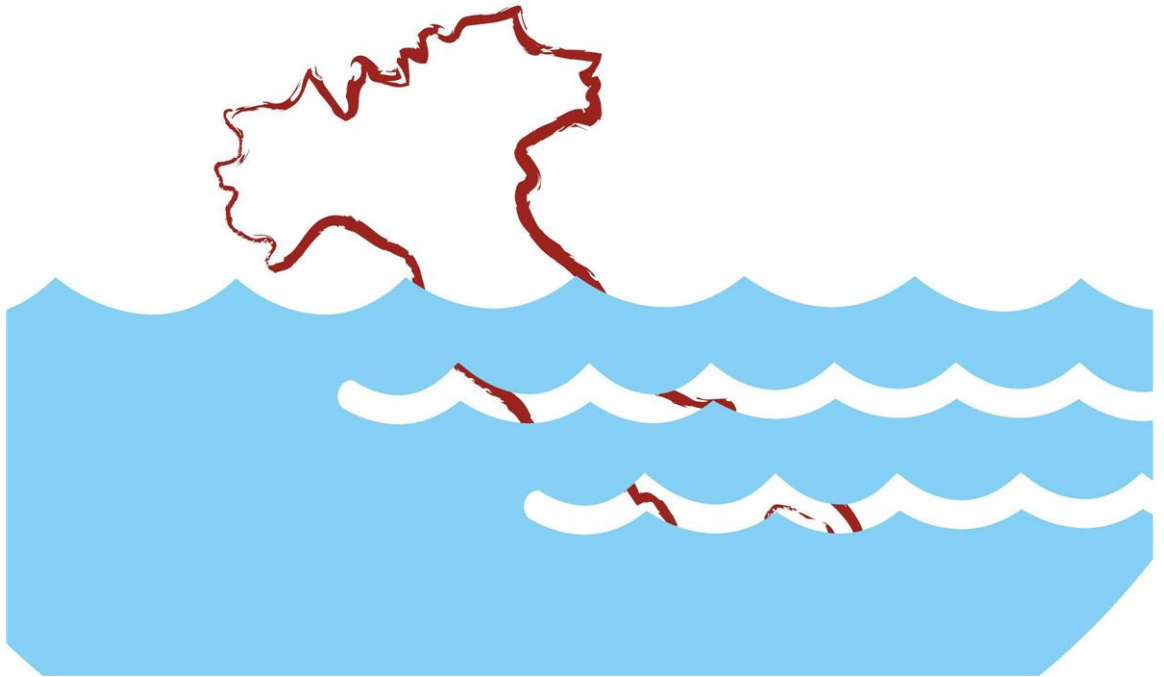


Peso: 1-18%, 23-55%, 24-70%

## per saperne di più

La questione meridionale ha riempito dall'Ottocento a oggi intere biblioteche. In queste pagine sono segnalati alcuni testi recenti, che esaminano il tema tenendo conto dei più moderni sviluppi delle scienze economico-sociali: «Morire di aiuti. I fallimenti delle politiche per il Sud», di Antonio Accetturo e Guido De Blasio (IBL Libri); «Perché il Sud è rimasto indietro» e «Il Sud l'Italia e l'Europa» di Emanuele Felice, pubblicati entrambi dal Mulino.

A questi si possono aggiungere due libri che compiono un utile excursus storico: «La questione meridionale in breve. Centocinquanta anni di storia», di Guido Pescosolido (Donzelli) e «Lezioni sul meridionalismo. Nord e Sud nella storia d'Italia» a cura di Sabino Cassese (Il Mulino).



Peso: 1-18%, 23-55%, 24-70%

Andamento  
del Pil  
2007-2017

Centro Nord

-4,1%

**Sud**  
**-9,7%**

**Pil**  
procapite

(Media Ue 100, anno 2017)

ITALIA 97

SLOVACCHIA 76

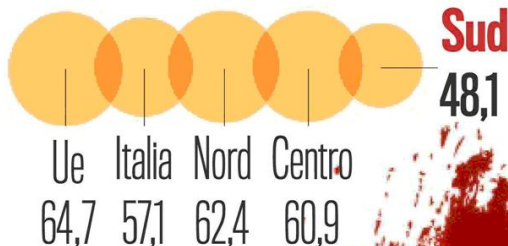
POLONIA 70

GRECIA 67

ROMANIA 63

**SUD ITALIA 63**

Tasso di attività  
della popolazione (% 15-74 anni)



L'abbandono  
scolastico



**Mezzogiorno** 18,5

(% di giovani 18-24 anni  
con la sola licenza media)

Famiglie  
in povertà assoluta (%)



Quanto  
pesa il **Sud**



LEGO - HUB



Peso: 1-18%, 23-55%, 24-70%

# Dalle infrastrutture ai musei tutti i dossier ancora aperti

Schede a cura di **Andrea Bassi**



## Il dividendo fiscale resta sul tavolo

I nodi finanziari delle autonomie si stanno rivelando i più ostici da sciogliere. Veneto e Lombardia puntano a tenere sul territorio l'extragettito fiscale dovuto al trasferimento di quote di imposta da parte dello Stato. Il Movimento Cinque Stelle vorrebbe usare invece quei soldi per la "perequazione", per coprire il costo dei servizi essenziali nelle Regioni che non hanno risorse a sufficienza per garantire i Lep, i livelli essenziali delle prestazioni. Su questo punto le posizioni tra gli alleati di governo sono distanti.



## Strade e ferrovie c'è il nodo delle concessioni

Veneto e Lombardia hanno inserito nella loro lista dei desideri un lungo elenco di strade e di ferrovie delle quali vorrebbero la titolarità delle concessioni. La Lombardia, nelle bozze circolate, ha addirittura chiesto un pezzo dell'Autostrada del Sole, la A1. Il Movimento Cinque Stelle si è invece messo di traverso con il ministro Danilo Toninelli ai propositi di "spezzatino" delle reti stradali e autostradali. Un altro punto sul quale le posizioni degli alleati di governo restando decisamente distanti.



## Sugli insegnanti pesa un verdetto di Mattarella

No del M5S all'assunzione diretta dei docenti da parte delle Regioni. Durante il vertice di ieri è stata citata una sentenza della Consulta redatta nel 2013 da Sergio Mattarella che definisce incostituzionale il principio dell'assunzione diretta dei docenti su una richiesta già espressa in passato dalla Lombardia. Altri nodi, emersi sul tema dell'istruzione riguardano l'art. 11 della riforma Stefani, e in particolare il principio delle norme generali non cedibili dove per norme generali si fa riferimento a cicli scolastici, piano di studio, valutazioni di sistema.



## Sanità, rischio di maggiore frammentazione

Secondo le bozze di intesa sulle autonomie regionali Veneto e Lombardia potranno avere mano libera in materia di accesso alle scuole di specializzazione e potranno stipulare specifici accordi con le università del territorio regionale. Il Veneto, inoltre, potrà redigere contratti a tempo determinato di specializzazione lavoro per medici, alternativi al percorso delle scuole di specializzazione. Secondo le associazioni dei medici questo rischierebbe di frammentare ulteriormente il sistema sanitario.



Peso:31%



## Beni culturali, pressing per i siti Unesco

Le Regioni del Nord hanno avanzato una nuova richiesta al tavolo delle autonomie: la gestione diretta dei siti Unesco presenti sui loro territori che, a loro detta, «non sarebbero opportunamente valorizzati». Intanto il Carroccio avrebbe ottenuto il passaggio delle autorizzazioni sui vincoli paesaggistici in capo alle Regioni. Questo comporterebbe il passaggio delle competenze delle soprintendenze fatta eccezione, dicono le fonti, per alcuni monumenti e musei di interesse nazionale.



## Emendabilità, la palla passa al Parlamento

A sentire le dichiarazioni, comprese quelle del ministro Erika Stefani, sembrerebbe che il principio per il quale il Parlamento potrà emendare le intese sottoscritte dalle Regioni sarebbe ormai acclarato. Ma anche in questo caso non è ben chiaro effettivamente cosa potrà essere emendato, se il testo vero e proprio delle intese o il disegno di legge che le recepisce. Andare nell'una o nell'altra direzione avrebbe effetti molto diversi, perché nel secondo caso le intese, di fatto, resterebbero comunque non modificabili.



Peso: 31%