



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



FISCO/ Quali agevolazioni e quante risorse prevede il decreto «Destinazione Italia»

Tutti i bonus per la ricerca

Sgravi possibili per le spese di personale, strumenti e attrezzature

Nuovo credito d'imposta per gli investimenti in ricerca e sviluppo. Lo scorso 13 dicembre, infatti, il Consiglio dei ministri ha approvato il testo definitivo del cosiddetto "Dl Destinazione Italia" che prevede, tra gli altri, un bonus fiscale per gli anni 2014, 2015 e 2016 pari al 50% degli incrementi annuali di spese R&S.

Il provvedimento contiene disposizioni urgenti per lo sviluppo economico e per l'avvio del piano "Destinazione Italia" introduce un credito d'imposta a favore delle imprese che investono in attività di ricerca e sviluppo, nel limite complessivo di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni suddetti, a valere sulla proposta nazionale relativa alla prossima programmazione 2014-2020 dei fondi strutturali comunitari, previa verifica della coerenza con le linee di intervento in essa previste e a seguito dell'approvazione della Commissione europea.

In particolare, è previsto il riconoscimento di un credito d'imposta, fino a un importo massimo annuale

di 2,5 milioni di euro per ciascun beneficiario, a tutte le imprese indipendentemente dalla relativa forma giuridica, dalle dimensioni aziendali, dal settore economico in cui operano, nonché dal regime contabile adottato.

Il bonus spetta nella misura del 50% degli incrementi annuali di spesa nelle attività di ricerca e sviluppo, registrati in ciascuno dei periodi d'imposta, a decorrere dal periodo successivo a quello in corso al 31 dicembre 2013 e fino alla chiusura del periodo di imposta in corso al 31 dicembre 2016, a condizione che siano sostenute spese per attività di ricerca e sviluppo almeno pari a 50.000 euro in ciascuno dei suddetti periodi d'imposta.

Sono agevolabili le attività di ricerca fondamentale, ricerca industriale e sviluppo sperimentale.

Sono ammissibili ai fini dell'agevolazione in parola le seguenti spese:

- quelle relative al personale impiegato nell'attività di ricerca e sviluppo;
- le quote di ammortamento delle

spese di acquisizione o utilizzazione di strumenti e attrezzature di laboratorio, nei limiti dell'importo risultante dall'applicazione dei coefficienti previsti per la deducibilità fiscale, in relazione alla misura e al periodo di utilizzo per l'attività di ricerca e sviluppo e, comunque, con un costo unitario non inferiore a 2.000 euro al netto dell'Iva;

● i costi della ricerca svolta in collaborazione con le università e gli organismi di ricerca, quella contrattuale, le competenze tecniche e i brevetti, acquisiti o ottenuti in licenza da fonti esterne.

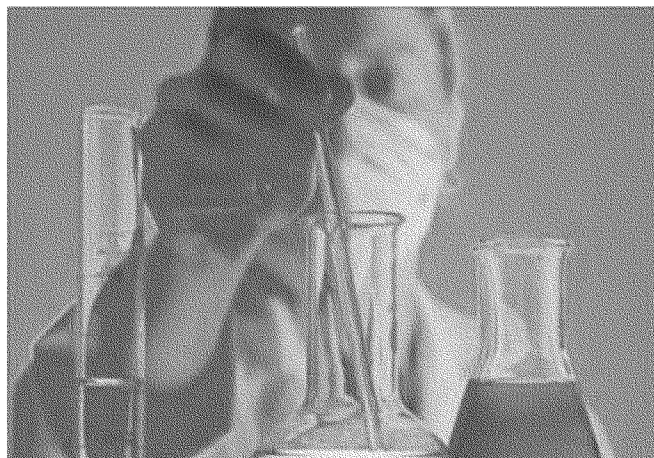
Le modalità saranno fissate da un apposito decreto attuativo.

In ogni caso, per fruire del contributo, le imprese dovranno presentare un'istanza telematica secondo modalità tecniche predisposte dal ministro dello Sviluppo economico.

Quest'ultimo, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, dovrà emanare nei successivi 60 giorni dall'entrata in vigore del provvedimento un apposito decreto contenente le disposizioni applicative necessarie, comprese le

modalità di iscrizione delle spese in bilancio, le modalità di verifica e controllo dell'effettività delle spese sostenute, nonché le cause di decadenza e revoca del beneficio, le modalità di restituzione dell'importo di cui l'impresa ha fruito indebitamente e le eventuali relative maggiorazioni.

Alberto Santi



a Regno Unito, Francia, Germania e di quasi l'8% rispetto agli Usa.

Molte volte mi sono sentito dire: «Spiegaci come fa l'Italia ad avere ottimi indicatori di salute con una spesa così bassa». I critici del Ssn risponderebbero che è possibile perché, specie nel Sud, i livelli di assistenza sono molto più bassi. Ma gli indicatori di salute di queste Regioni non sono così lontani da quelli dei Paesi più progrediti e comunque la spesa procapite italiana è di gran lunga inferiore a quella dei Paesi sopracitati. Il terzo elemento è la solidarietà del sistema, consentita dal prevalente finanziamento tramite la fiscalità che consente di garantire adeguato, o almeno sufficiente, livello di

finanziamento anche alle Regioni a basso livello di reddito.

Ciò che invece è mancato in questi 35 anni è la coerenza tra modelli istituzionali, organizzativi e condizioni di attuazione. Un disallineamento che può essere riferito a diverse fasi storiche dell'evoluzione del Ssn. Nella prima fase si è posta molta enfasi sulla politica di "tutela della salute" definendo però un modello organizzativo non compatibile con la complessità del sistema.

La stretta sulla spesa mette in pericolo i Lea

Nel medio-lungo periodo gli interventi di razionalizzazione incideranno sull'assistenza

Gli anni Novanta sono stati caratterizzati dall'"aziendalizzazione" e managerializzazione del sistema e dall'introduzione del finanziamento tramite Drg. Invece di ascoltare chi considera questo processo come l'esigenza di una gestione più snella, di una valutazione unitaria dell'azienda, di nuove competenze (appunto manageriali), molti hanno preferito seguire le sirene di chi interpretava il concetto come importare logiche di mercato nel settore pubblico, preminenza del potere dei manager sui professionisti, crescente attenzione su risultati economici a cui è stata data spesso priorità rispetto ai risultati di salute.

Una prima conseguenza è stata la difficoltà a mantenere l'equilibrio poiché è si dimenticato che «sono le somme (spese per i servizi ed entrate dai finanziamenti) che fanno il totale (risultato di bilancio) e non viceversa». Inoltre, gli addendi delle somme sono conseguenza non solo delle capacità professionali di tutti gli operatori, ma di quelle di programmazione, gestione, valutazione delle performance: le qualità manageriali di chi nelle aziende ha posizioni di responsabilità di vertice o intermedie.

Si è ritenuto che l'inserimento di qualche manager proveniente dal privato, alcuni molto validi altri più discutibili poiché pensavano di decidere prima di capire che la tutela della salute è diversa da un'impresa industriale, fosse sufficiente senza pensare a una forte politica di investimento sullo sviluppo di capacità manageriali specifiche per questo settore. Una terza conseguenza è stata la graduale insofferenza dei professionisti, sempre più sottoposti a procedure e processi amministrativi che invece di aumentare il valore dell'attività spesso ha diminuito il tempo per i pazienti.

La reazione a queste conseguenze si è avuta con il Dlgs 229/1999, che in molte parti voleva riaffermare la natura universalistica e solidaristica del sistema e con la fase della cosiddetta clinical governance, da qualcuno proposta come "governo dei clinici" invece che "governo con i clinici per i pazienti".

La storia degli ultimi 10 anni è caratterizzata da una logica di contenimento della spesa per il "controllo della finanza pubblica" con interventi inefficaci fino al 2007 e poi sempre più rigorosi ed efficaci dal 2008 e soprattutto dal 2011. Negli ultimi 5 anni infatti il tasso di aumento della spesa sanitaria è diminuito fino all'azzeramento e alla riduzione in termini reali. Si può facilmente prevedere che partendo dalla coda (controllo della spesa) si rischia di non riuscire a "muovere il cane", ossia a promuovere più elevati livelli di appropriatezza, efficacia, qualità ed efficienza, ma di essere prima o poi "morsi dal cane". Ciò vuol dire che nel medio e lungo periodo il controllo della spesa provoca una decisa caduta dei livelli effettivi di assistenza con riflessi negativi sul piano della compatibilità e sostenibilità economica e sociale.

CARLA COLLICELLI



Tutti gli indicatori raccolti sia dalle agenzie internazionali, come l'Ocse e l'Ue, che dai singoli Paesi, mostrano come negli ultimi decenni la salute sia diventata una priorità nel quadro del benessere delle nazioni, delle comunità e dei singoli, alla quale vengono dedicati enormi sforzi, umani, sociali ed economici. Anche nelle politiche pubbliche abbiamo assistito nel corso degli ultimi 3 decenni a uno sforzo notevole nella direzione della tutela della salute,

TECNOLOGIE

Giro di vite sui dispositivi

Controlli stretti (e sanzioni) sulle grandi apparecchiature

Controlli strettissimi sia sul pubblico che sul privato e a scadenze prefissate sulle grandi apparecchiature diagnostiche (Tac, Rnm ecc.) in uno schema di decreto della Salute pronto per l'esame delle Regioni. E per gli inadempienti sanzioni per i mancati adempimenti.

A PAG. 9

DISPOSITIVI MEDICI/ Schema di decreto sul monitoraggio delle grandi apparecchiature diagnostiche

Tac&Co, scatta il controllo

Verificati anche gli aggiornamenti - Ritardi e inadempienze: pagano le Regioni

Scatta un controllo strettissimo sulle grandi apparecchiature sanitarie pubbliche e private accreditate e non. Non solo anagrafico, ma anche degli aggiornamenti tecnologici e della condizione generale. E il meccanismo non serve solo alla raccolta di dati statistici, ma diventa adempimento obbligatorio delle Regioni che altrimenti dovranno rispondere anche economicamente e ritardi o inadempienze passeranno sotto il controllo dei tavoli di monitoraggio.

Lo schema di decreto per la verifica su Tac, risonanze magnetiche, acceleratori lineari, sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica, sistemi Tac/Pet, gamma camere computerizzate, sistemi Tac/gamma camera, è stato predisposto dal ministero della Salute e inviato all'attenzione delle Regioni per l'intesa a inizio dicembre, dopo che un gruppo di lavoro composto dalla direzione generale dei dispositivi medici del ministro e da quella della programmazione sanitaria della Salute, da Regioni e Agenas hanno messo a punto uno studio di fattibilità per la raccolta delle informazioni, approvato dalla cabina di regia del Nsis.

Per le grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, nel flusso informativo sono incluse anche le informazioni sulle modalità di acquisizione. Per quelle invece delle strutture sanitarie private, accreditate e non, dal flusso informativo sono esclusi i meccanismi di acquisizione ed eventuali altre informazioni

economiche.

Il flusso informativo è direttamente alimentato dalle strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate come indicato nel disciplinare tecnico allegato allo schema di decreto e la documentazione tecnica pubblicata sul sito della Salute, ma le Regioni che hanno già un proprio sistema informativo possono alimentare direttamente il flusso attraverso la trasmissione telematica dei dati del proprio territorio seguendo le regole del Sistema pubblico di connettività e sempre secondo quelle nel disciplinare tecnico e nella documentazione tecnica disponibile sul sito internet della Salute.

I dati generali che alimentano il flusso informativo sono quelli riportati nelle tabelle pubblicate in questa pagina a cui si aggiungono informazioni specifiche per le singole apparecchiature presenti nel disciplinare tecnico. Il flusso informativo raccoglie anche i dati sugli aggiornamenti tecnologici effettuati sulle apparecchiature già rilevate e che aumentano il livello di prestazioni erogate.

Tempi certi anche per la trasmissione dei dati: avviene non oltre il primo mese successivo al trimestre nel quale è stata collaudata l'apparecchiatura e sarà comunque possibile effettuare modifiche o integrazioni ai dati non oltre il secondo mese successivo al trimestre del collaudo.

In via ordinaria l'alimentazione del flusso informativo dovrà essere completata entro il 31 dicembre 2014 per le grandi apparecchiature in uso al 31 dicembre 2013 presso le strutture pubbliche; entro il 31 dicembre 2015 per quelle in uso al 31 dicembre 2014 presso le strutture sanitarie private accreditate; entro il 31 dicembre 2016 per le grandi apparecchiature in uso al 31 dicembre 2015 presso le strutture private non accreditate.

Per la verifica dei dati e il mantenimento dei livelli di conoscenza sulle grandi apparecchiature è anche istituito presso la cabina di regia del Nsis un gruppo di lavoro per il monitoraggio della qualità e della completezza dei dati presenti e per individuare anche ulteriori apparecchiature per l'aggiornamento del primo elenco. Gruppo che - è scritto ben chiaro nel decreto - non avrà compensi, emolumenti, comunque denominati, né rimborsi spese a carico del ministero della Salute.

P.D.B.



Primo elenco di grandi apparecchiature oggetto di rilevazione

Tac (Cnd Z 11 03 06 01-04)

- Z 11 03 06 01 - Tomografi assiali computerizzati - Inferiore o uguale a 2 strati
- Z 11 03 06 02 - Tomografi assiali computerizzati - Superiore a 2 strati e inferiore a 16 strati
- Z 11 03 06 03 - Tomografi assiali computerizzati - Superiore o uguale a 16 strati e inferiore a 64 strati
- Z 11 03 06 04 - Tomografi assiali computerizzati - Superiore o uguale a 64 strati

Rmn (Cnd Z 11 05 01 01-06)

- Z 11 05 01 01 - Tomografi settoriali (per esami tomografici delle estremità)
- Z 11 05 01 02 - Tomografi a magnete aperto con intensità di campo magnetico inferiore o uguale a 0,5T
- Z 11 05 01 03 - Tomografi a magnete aperto con intensità di campo magnetico superiore a 0,5T

- Z 11 05 01 04 - Tomografi a magnete chiuso con intensità di campo inferiore o uguale a 0,5T
- Z 11 05 01 05 - Tomografi a magnete chiuso con intensità di campo superiore a 0,5T e inferiore o uguale a 3,0T
- Z 11 05 01 06 - Tomografi per studi speciali e ricerca (intensità di campo superiore a 3T)

Acceleratori lineari (Cnd Z 11 01 01 01-03)

- Z 11 01 01 01 - Acceleratori lineari a energia singola
- Z 11 01 01 02 - Acceleratori lineari a energia media e multipla
- Z 11 01 01 03 - Acceleratori lineari a energia alta e multipla

Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica (Cnd Z 12 02 01 01)

- Z 12 02 02 01 - Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica

Sistemi Tac/Pet (Cnd Z 11 02 03 01)

Gamma camere computerizzate (Cnd Z 11 02 01 01-05)

- Z 11 02 01 01 - Gamma camere mobili
- Z 11 02 01 02 - Gamma camere in stazione fissa a singola testata - Senza acquisizione "total body"
- Z 11 02 01 03 - Gamma camere in stazione fissa a singola testata - Con acquisizione "total body"
- Z 11 02 01 04 - Gamma camere in stazione fissa a testata multipla - Senza acquisizione "total body"
- Z 11 02 01 05 - Gamma camere in stazione fissa a testata multipla - Con acquisizione "total body"

Sistemi Tac/Gamma camera (Cnd Z 11 02 02 01)

Le informazioni di base uguali per tutti

I dati di interesse per il flusso informativo delle grandi apparecchiature sanitarie sono riconducibili a cinque dimensioni di analisi

A	Localizzazione: individua la struttura presso la quale è collocata o disponibile la grande apparecchiatura sanitaria
B	Caratteristiche: individua le principali caratteristiche e sottocaratteristiche della grande apparecchiatura che determinano l'erogazione di prestazioni sanitarie; comprende anche gli interventi di aggiornamento che consentono di aumentare le prestazioni sanitarie erogate dalla stessa apparecchiatura
C	Acquisizione: individua le modalità di acquisizione della grande apparecchiatura ed è riferita esclusivamente alle strutture sanitarie pubbliche
D	Attivazione: individua modalità e tempi di attivazione della grande apparecchiatura presso la struttura sanitaria
E	Gestione: individua i tempi medi di disponibilità di una grande apparecchiatura ed eventuali contratti di manutenzione

La dimensione B è specifica per ciascuna delle apparecchiature ricomprese nell'ambito di rilevazione

Le indicazioni sui dispositivi

Dato da rilevare	Descrizione
Codice Regione	Codice della Regione territorialmente competente che sta effettuando la trasmissione
Mese riferimento	Mese di riferimento della trasmissione
Anno riferimento	Anno di riferimento della trasmissione
Localizzazione	
Codice Azienda sanitaria	Codice che identifica l'azienda sanitaria di riferimento (Azienda sanitaria locale o equiparata, Azienda ospedaliera, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico pubblico anche se trasformato in fondazione, Azienda ospedaliera universitaria integrata con il Ssn)
Codice tipologia struttura	Tipologia di struttura sanitaria in cui è localizzata l'apparecchiatura
Codice struttura	Codice della struttura sanitaria in cui è localizzata l'apparecchiatura
Denominazione Unità organizzativa	Denominazione dell'Unità organizzativa in cui è localizzata l'apparecchiatura
Caratteristiche - Informazioni generali	
Codice tecnologia apparecchiatura	Codice che identifica la tecnologia di apparecchiatura oggetto di rilevazione
Codice identificativo di iscrizione al repertorio dei dispositivi medici	Codice identificativo di iscrizione al Repertorio dei Dispositivi medici (Rdm) ai sensi del decreto del ministro della Salute 21 dicembre 2009
Denominazione fabbricante	Denominazione del fabbricante dell'apparecchiatura
Nome commerciale e modello	Denominazione e modello assegnati dal fabbricante all'apparecchiatura
Numero inventario	Numero di inventario che identifica in modo univoco l'apparecchiatura con riferimento alla Regione - Struttura sanitaria
Serial number	Numero identificativo dell'apparecchiatura attribuito dal produttore
Apparecchiatura trasportata	Indica se l'apparecchiatura è mobile o a installazione fissa (es. apparecchiatura su mezzi di trasporto)
Codice modalità di utilizzazione	Indica la modalità organizzativa di utilizzo dell'apparecchiatura
Codice che identifica se l'apparecchiatura è usata o nuova	Indica se l'apparecchiatura è nuova o usata
Codice apparecchiatura usata	Indica se l'apparecchiatura usata era già presente o meno nella struttura
Lavori di adeguamento in fase di acquisizione	Indica la presenza di lavori di adeguamento legati all'acquisizione delle apparecchiature
Interventi legati alla disinstallazione e allo smaltimento	Indica la presenza di interventi legati alla disinstallazione e allo smaltimento delle apparecchiature
Data di collaudo dell'intervento di upgrade	Data in cui sono state completate le attività di accettazione e collaudo dell'intervento di aggiornamento che consente all'apparecchiatura di ampliare la gamma di prestazioni erogabili
Valore economico dell'intervento di upgrade (espresso in euro)	Valore economico dell'intervento di upgrade, nel solo caso in cui esso consenta all'apparecchiatura di ampliare la gamma di prestazioni erogabili

L'IMPEGNO DEI PRIMARI CIPOMO

Cardioncologia: quando l'unione fa la forza

Cardioncologia come percorso condiviso per il malato oncologico, nuovi modelli di integrazione multidisciplinare e organizzazione per intensità di cura sono stati i temi attorno cui è ruotata la Conferenza nazionale Cipomo (Collegio primari oncologi medici ospedalieri) realizzata in collaborazione con la sezione regionale Anmco (Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri) tenutasi a Carpi il 6 e 7 dicembre.

La gestione dell'assistenza sanitaria si sta evolvendo verso il modello di organizzazione per intensità di cura: un ospedale non più strutturato in unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica per la sua cura, ma organizzato in aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente livello di complessità assistenziale. È compito dei professionisti avere la capacità di governare il cambiamento in atto o di subirlo, tenendo conto che non vi sarà un unico modello adatto e applicabile a tutti gli ospedali, ma piuttosto una serie di modulazioni che dovranno adattarsi alle esigenze specifiche delle diverse realtà locali.

Da questa riflessione di partenza sui modelli assistenziali se ne origina un'altra sul futuro del sistema sanitario del nostro Paese. La deputata **Donata Lenzi** (XII Commissione Affari

sociali) ha ricordato come la sanità appare sempre più governata dal ministero dell'Economia piuttosto che da quello della Salute, anche se attualmente si assiste a un maggior equilibrio tra centralizzazione e regionalizzazione a seguito della spinta iniziale di decentramento che si è rivelata in molte aree del nostro Paese, fallimentare.

È stato significativo l'intervento della senatrice **Annalisa Silvestro** (XII Commissione Igiene e Sanità) che ha sottolineato la necessità di parlare di modelli organizzativi secondo complessità assistenziale, e non per intensità di cura in modo da riuscire a ridefinire in maniera migliore i diversi ruoli di assistenza dei vari operatori.

Le proposte in campo sono molteplici e se ben governate, oltre le difficoltà, potranno aprire anche ulteriori opportunità.

La Conferenza nazionale ha affrontato anche l'importante tema della cardioncologia che non deve considerarsi come una nuova disciplina, ma come modello organizzativo nuovo che vede cardiologi e oncologi cooperare e lavorare insieme nell'interesse del paziente con l'obiettivo di offrire competenze più idonee per affrontare i problemi cardiologici e oncologici concomitanti che necessitano di un controllo polispecialistico.

Questo tipo di approccio può essere utilizzato sia a livello di prevenzione con lo scopo di prevedere i danni che una terapia oncologica può provocare in un malato di cuore o quali esami medici effettuare per rintracciare i segni iniziali di problemi cardiovascolari nei pazienti oncologici, sia livello di cura, sia a livello di follow up e di assistenza nel tempo.

Anche le nuove tecnologie stanno procedendo in questa direzione come dimostrano le nuove tecniche radioterapiche che sono in grado di ridurre significativamente i danni di cuore nei pazienti che devono essere trattati. Anche Carpi vedrà nascere nei prossimi mesi un ambulatorio dedicato di Cardioncologia prendendo come modello le esperienze che il Convegno ha evidenziato come più significative e interessanti in campo nazionale.

Il futuro dell'oncologia non passa soltanto per un approccio multidisciplinare nella cura del malato, ma deve poggiarsi anche sull'identificazione di veri e propri coordinatori di area che siano in grado di gestire un sistema sempre più complesso e che si muove intorno alla cura delle diverse tipologie di tumori tenendo sempre al centro la persona.

Fabrizio Artioli

primario oncologia Carpi-Mirandola
membro del direttivo Cipomo



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province





La questione sociale

Intesa tra i sindaci sul Piano di zona, riparte l'assistenza

Accordo su forma associativa e struttura organizzativa dell'Ambito territoriale A 4: Foti presidente, Tangredi vice

Piano di zona sociale: c'è l'accordo. Dopo il Coordinamento istituzionale, che s'è riunito ieri presso il Comune di Avellino, i 16 sindaci hanno raggiunto l'intesa sulla forma associativa e la struttura organizzativa dell'Ambito territoriale A 4.

A margine del vertice, ha espresso «viva soddisfazione» per «lo spirito collaborativo e partecipativo di tutti i componenti dell'assise» il primo cittadino di Avellino, Paolo Foti. «Si conclude bene una vicenda che aveva tenuto con il fiato sospeso quasi 100mila cittadini. - ha commentato il sindaco - Finalmente il senso di responsabilità ha prevalso su ogni interesse di carattere politico che nei mesi passati aveva compromesso l'andamento delle procedure per la programmazione del Piano di zona sociale».

Oltre alla città capoluogo, fanno parte del nuovo Ambito, ridisegnato lo scorso anno dalla regione Campania sulla scorta dei Distretti sanitari già operativi, anche i Comuni di Altavilla, Capriglia, Cervinara, Chianche, Grottolella, Montefredane, Petruro, Pietrastornina, Prata, Pratola Serra, Roccabascerana, Rotondi, San Martino Valle Caudina, Torrioni e Tufo.

Tutti presenti ieri mattina, i sindaci hanno deciso all'unanimità che sarà un Convenzione tra i 16 Comuni a gestire il sistema del welfare locale, sfruttando i fondi ministeriali e regionali del triennio 2013-2015: il nuovo assetto sostituisce l'ormai ex Consorzio, già in liquidazione, che per 12 anni aveva coordinato i servizi sociali. Il documento, elaborato dopo aver emendato la bozza proposta dal comune di Avellino quale ente capofila, è stato valutato dagli uffici comunali competenti e già da questa mattina è a disposizione dei sindaci per la sottoscrizione.

Dopo quasi cinque mesi finisce quindi il braccio di ferro che aveva determinato pure il commissariamento dell'Ambito: «Con l'accordo raggiunto ieri e la ratifica del documento di programmazione - ha spiegato ancora Foti - potrebbe essere scongiurata l'ipotesi del commissariamento». Infatti, do-

po il passaggio obbligato nei consigli comunali per la convalida della Convenzione il commissario ad acta seppure fosse nominato dalla Regione potrebbe soltanto constatare la validità dell'intesa. «Chiederemo alla Regione - ha annunciato Foti - di non inviare il commissario».

Già definiti i vertici della Convenzione: il presidente sarà il sindaco di Avellino, Paolo Foti, mentre la vice presidenza sarà affidata al sindaco di Cervinara, Filuccio Tangredi, la cui nomina soddisfa le richieste dei sindaci di Capriglia, Grottolella, Petruro, Prata, Roccabascerana, Rotondi e Torrioni che hanno sempre manifestato più d'una perplessità sulla nuova forma associativa. Oltre al vice presidente avranno anche un coordinatore d'Ambito.

Buone notizie anche per i 22 lavoratori dell'ex Consorzio, presenti ieri insieme ai delegati sindacali di categoria: ancora su proposta degli 8 dissidenti nella premessa dalle Convenzione è stato inserito un articolo che prevede il mantenimento dei livelli occupazionali garantendo continuità lavorativa ai professionisti i cui contratti sono scaduti il 31 dicembre.

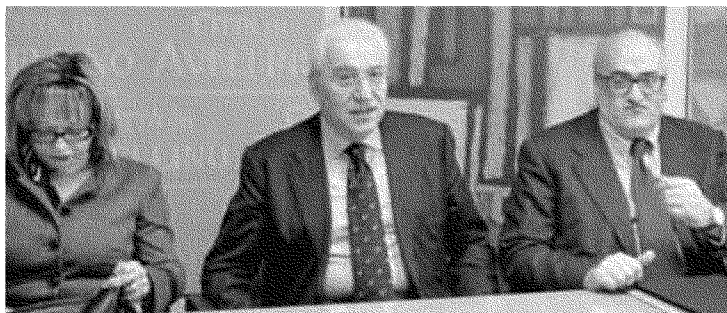
«Nel rispetto delle direttive regionali - ha detto Adele Giro della Cgil - abbiamo chiesto al Coordinamento istituzionale l'istituzione dell'Ufficio di piano, la sola struttura in grado di realizzare un sistema integrato di interventi». «In virtù dell'esperienza acquisita dagli operatori che vi hanno lavorato in precedenza - ha aggiunto Vincenza Preziosi della Uil - crediamo che sia opportuno dotare l'Ufficio di un organico stabile». Da parte sua ha sottolineato Massimo Giannatiempo dell'Ugl che «la qualità dei servizi offerti negli ultimi è un bene prezioso che non deve essere dissipato». Quello di ieri «è stato un primo passo verso la riconferma dei lavoratori - secondo Antonio Santacroce della Cisl - ma da questo momento bisogna parlare seriamente di politiche sociali».

An. Pi.

L'incontro Il sindaco Paolo Foti durante l'assemblea in Comune; a sinistra, Filucci Tangredi; sotto, Michelangelo Varrecchia



**I lavoratori
Garantito
il posto
per i 22
operatori
del Consorzio
Non ci sarà
commissario**



Università Due docenti dell'ateneo beneventano nel team internazionale

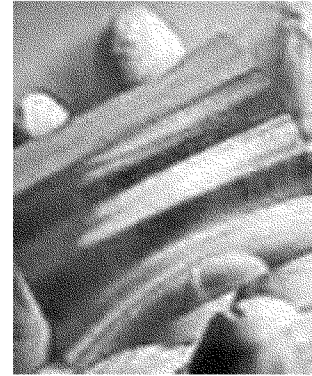
Metamateriali, su «Science» la ricerca made in Sannio

Approda su «Science», probabilmente la rivista settoriale più prestigiosa a livello mondiale, la ricerca sui «metamateriali» che vede come protagonisti, in un team internazionale, due docenti dell'università dello Studio del Sannio, i professori Giuseppe Castaldi e Vincenzo Galdi del Dipartimento di Ingegneria. Castaldi e Galdi hanno collaborato con i ricercatori delle Università della Pennsylvania e del Texas per mostrare che i me-

tamateriali possono essere progettati in modo da eseguire «calcolo fotonico» su segnali luminosi che li attraversano. Per la precisione, lo studio congiunto è stato guidato dal professor Nader Engheta dell'Università della Pennsylvania, e ha visto la partecipazione di Alexandre Silva (Università della Pennsylvania), Francesco Monticone e Andrea Alù dell'Università del Texas ad Austin, e dei due docenti sanniti. Le attività sono sta-

te finanziate in parte dall'Us Office of Naval Research.

I metamateriali sono composti di materiali naturali, ma sono progettati in modo tale da manipolare le onde elettromagnetiche in modi che trascendono la semplice somma dei singoli costituenti. «Il Gruppo di Elettromagnetismo del Dipartimento di Ingegneria è attivo da circa dieci anni nel settore dei metamateriali» ha commentato il professor Galdi. «La stretta collaborazione con i gruppi guidati dai professori Engheta e Alù - ha aggiunto - ha già prodotto importanti risultati pubblicati in riviste ad alto fattore di impatto. La pubblicazione di risultati nella rivista Science rappresenta per molti versi un punto di arrivo, ma siamo consapevoli che il carattere «visionario» di questo studio lo rende anche un nuovo punto di partenza. I nostri risultati indicano una direzione finora largamente inesplorata nell'utilizzo di metamateriali, che va ben oltre l'elettromagnetismo e potrebbe condurre a nuovi paradigmi di calcolo».



Ricerca Un foglio del cosiddetto «metamateriale»

Sanità Dopo l'allarme del «Corriere», macchinario riparato. Il direttore Danzi: «Non c'è stata necessità di nuovi acquisti»

Mammografia, l'Asl: il servizio sarà riattivato

CASERTA — «Tutti gli ostacoli sono stati rimossi: il servizio sarà riattivato nel giro di pochi giorni». E' l'impegno assunto dal direttore sanitario dell'Asl di Terra di Lavoro, Gaetano Danzi, rispetto all'interruzione del servizio di mammografia svolto dal reparto di Diagnostica senologica del distretto di Caserta.

Un stop che perdura ormai da più di sei mesi: da quando cioè, alla fine di luglio, il macchinario della struttura ubicata presso il Palazzo della Salute dell'area ex Saint Gobain ha smesso improvvisamente di funzionare, provocando seri disagi all'utenza (l'alternativa,



Un esame mammografico

è effettuare la prenotazione presso gli ospedali di Maddaloni o Marcianise, nei quali sono attive unità operative per lo screening senologico; oppure rivolgersi alle strutture private convenzionate). «Alla fine — spiega Danzi — siamo riusciti a far riparare il mammografo e non c'è stato bisogno di acquistarne uno nuovo. Ho davanti a me il verbale di consegna, dopo la riparazione, che reca la data del 18 dicembre. A quel punto, però, pare si sia scoperto un nuovo problema nel sistema di digitalizzazione in altissima definizione delle immagini radiografiche: ed in questo caso, è stato necessario

procedere all'acquisto di una nuova strumentazione. Abbiamo provveduto nel giro di 48 ore, il 20 dicembre. Ora attendiamo solo la consegna: certo, sono passati già 20 giorni, ma è fisiologico, visto che ci sono state di mezzo le vacanze natalizie. Posso assicurare che entro pochi giorni tutto sarà ri-

Diagnostica ferma

Esami bloccati da sei mesi, con gravi disagi per gli utenti. La strumentazione ha smesso di funzionare a fine luglio

solto».

E il reparto, dopo la riapertura, come sottolinea il direttore dell'Azienda sanitaria locale, «sarà potenziato anche con un nuovo ecografo di ultima generazione, acquistato a novembre». Dunque, considerati anche i tempi necessari per la messa a punto dei macchinari (due o tre giorni), al massimo entro la fine di gennaio il reparto di Diagnostica senologica, che negli ultimi anni si era affermato sempre più come un riferimento prezioso per le donne di Caserta e provincia (ben 4 mila esami effettuati nel 2012, con tempi d'attesa nell'ordine dei 15-20 giorni), potrà riprendere a funzionare a pieno regime.

Pietro Falco

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità, firmato l'accordo Asl-Comune: via libera al servizio di 118

L'iniziativa

La città con 23mila abitanti e 12mila tra turisti e pellegrini avrà l'assistenza di pronto soccorso

Susy Malafronte

POMPEI. Firmato l'accordo tra l'Asl e il Comune: al via i servizi del 118 e di primo soccorso ambulatoriale territoriale. Ambulanze, medici e infermieri pronti a rispondere in pochi minuti alle richieste di emergenza di turisti e pellegrini. Pompei oltre ai 23mila abitanti conta un flusso di visitatori di circa 12mila presenze quotidiane. Un presidio di emergenza sul territorio, pronto ad intervenire nell'immediatezza della richiesta di aiuto e di prestare i primi soccorsi ambulatoriali, è necessa-

rio e indispensabile.

Il servizio di pronto intervento sarà attivo 24 ore su 24, anche nei giorni festivi. Una garanzia di sicurezza per i fedeli in pellegrinaggio dalla Regina del Rosario e per i turisti in visita al sito archeologico vesuviano.

In particolare il presidio del 118 e di primo soccorso, a Pompei, sarà una garanzia di sicurezza sanitaria nei giorni di massima affluenza religiosa, quali la Supplica e il bacio dell'icona. L'azienda sanitaria locale Napoli 3Sud, impegnata nella riduzione dei fitti passivi mediante il trasferimento di proprie attività presso i locali di proprietà di altri Enti Pubblici che si stanno rendendo disponibili a cederli in comodato gratuito, ha lanciato un sos alle amministrazioni territoriali. Il comune di Pompei, con la delibera di giunta, varata il primo ottobre del 2013, ha riposto alla richiesta d'aiuto

dell'azienda sanitaria dando in concessione i locali di «Casale Piscicelli» in comodato d'uso gratuito.

D'intesa tra il direttore generale dell'AslNapoli3Sud, dottor Maurizio D'Amora, e il primo cittadino di Pompei, avvocato Claudio D'Alessio, ieri è stato siglato il contratto tra i due enti. Il comune ha, così, ceduto al «Sest» (servizio di emergenza sanitaria territoriale) tre locali dell'immobile di via Aldo Moro.

Da Pompei saranno gestite le richieste di emergenza-urgenza del cittadino, dei turisti e dei pellegrini, modulando la risposta sanitaria secondo la patologia e la criticità presentata. Basterà, come da prassi, comporre il numero gratuito 118 per mettersi in contatto con la centrale operativa da cui l'operatore smisterà la richiesta al presidio di emergenza di Pompei. In pochi minuti l'ambulanza, con a bordo medico e infermiere, raggiungerà il luogo da cui è partita la richiesta di aiuto.

La notizia che Pompei avrà un presidio di 118 e di primo soccorso, è stata accolta con soddisfazione dai tour operator che menzioneranno il servizio nelle brochure di promozione turistica. «Una città sicura anche sotto l'aspetto sanitario-emergenziale - dicono i titolari delle agenzie di viaggio - è una garanzia per il turismo». Anche per le guide turistiche poter disporre di un 118 sul territorio è un fattore positivo per incentivare i tour archeologici. «Molti turisti stranieri sono morti nel corso della visita agli scavi - spiega Alessandro un giovane cicerone - l'ultimo decesso è avvenuto lo scorso anno. Anche se in tutti i casi si è trattato di infarto fulminante, però, sapere di poter contare su un servizio di pronto soccorso immediato è confortante».



Castellammare, l'appello dei sindacati: "Spending review per l'Asl Na 3 Sud"

CASTELLAMMARE DI STABIA - La spending review nei piani 2014 dell'Asl Napoli 3 Sud. A chiedere l'ottimizzazione e il risparmio sono i sindacati raggruppati sotto la sigla Fsi, che propongono una razionalizzazione delle spese sull'esempio dell'azienda Roma C, la più grande in Italia. Inoltre, la Fsi chiede di conoscere i costi annuali degli applicativi informatici in uso all'azienda, nonché il costo dei costi di formazione e quali gare sono scadute e quali siano invece in fase di rinnovo.

Cilento/Vallo di Diano

Polla Il manager dell'Asl presenta il conto: «Grave pregiudizio per pazienti e operatori»

Ascensori rotti, dirigenti nei guai in ospedale

Procedimento disciplinare per Babino ed Iannicelli disposto da Squillante

Pasquale Sorrentino

POLLA. Il direttore generale dell'Asl, Antonio Squillante, ha avviato un procedimento disciplinare, nei confronti del direttore sanitario di Polla, Babino, e di quello amministrativo, Iannicelli. Alla base dell'indagine interna c'è il cattivo funzionamento, avvenuto nelle scorse settimane, degli ascensori del presidio ospedaliero «Luigi Curto» di Polla.

La notizia è emersa sol-

tanto in questi giorni, ma l'avvio del procedimento disciplinare risale al 23 dicembre dello scorso anno, ovvero data nella quale è stata protocollata la lettera firmata direttamente dal direttore generale Squillante. Nella nota, quest'ultimo si riferisce a un problema degli impianti elevatori avvenuto nell'ospedale di Polla.

A dicembre, infatti, alcuni ascensori si sarebbero bloccati, senza causare però disagi al lavoro dell'ospedale. Si è trattato in ogni caso di un campanello di allarme per un problema che potrebbe, in altri casi, creare gravi problemi a pazienti e operatori sanitari. Per que-

sto motivo è stata inviata una lettera al manager dell'Asl dall'ospedale di Polla per segnalare la situazione. Il direttore generale ha quindi risposto di ritenere che il tutto derivi da un difetto di programmazione dei servizi ospedalieri. Sempre nella missiva di Squillante viene sottolineato che spetta al direttore sanitario la necessità di assicurare la piena efficienza dei percorsi

L'accusa

«Al direttore sanitario tocca garantire l'efficienza dei percorsi»

si.

«Ritenendo gravi le conseguenze che potrebbero derivarne (dal problema degli elevatori, ndr) le signorie vostre - si legge nella nota di richiamo - vorranno provvedere, nel più breve tempo possibile a tutti gli adempimenti necessari, oltre a relazionare al sottoscritto circa le iniziative già intraprese».

Nei giorni successivi alla missiva di Squillante non sono stati segnalati altri problemi agli elevatori della struttura, ma la situazione resta, comunque, sotto stretto controllo da parte degli uffici competenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

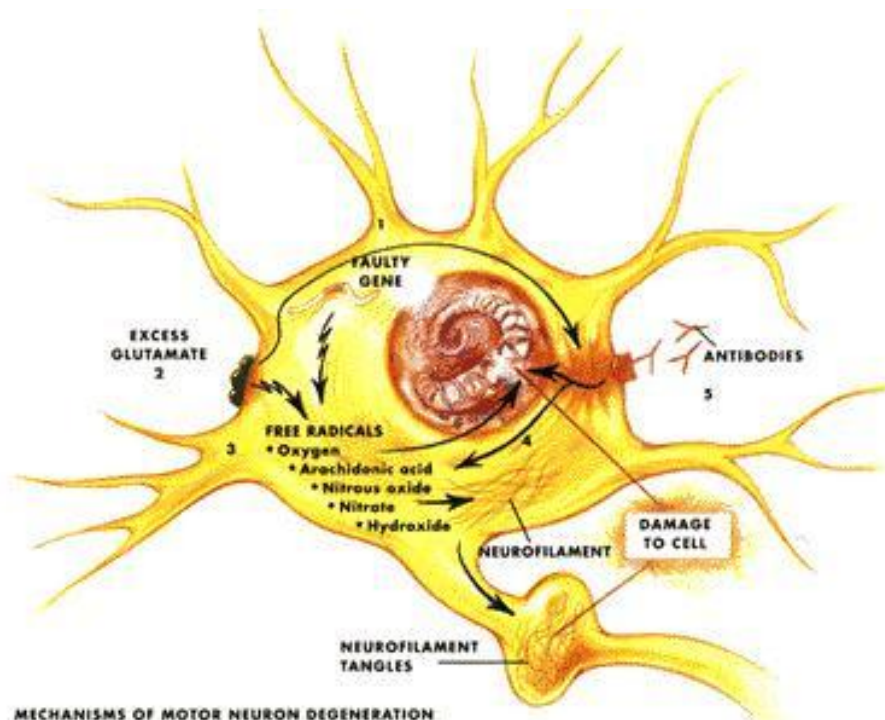


La sanità Ospedale di Polla: dirigenti nei guai



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



COVERSTORY
di Bill Gates *

« Il dipartimento di biotecnologia dell'India e la Bharat biotech hanno un piano per portare sul mercato un antidoto al rotavirus. »

» La partnership tra il Serum institute indiano e la SynCo bio partners olandese riuscirà a proteggere con soluzioni a prezzo contenuto più di 450 milioni di persone dalla meningite »

Filantropia **La lezione dei nuovi campioni del settore farmaceutico**

La rivoluzione Bric dei vaccini low cost

I vaccini possono fare miracoli. Evitano lo scatenarsi delle malattie, il che è meglio che doverle curare dopo che hanno colpito. Sono anche relativamente poco costosi e facili da somministrare. E ciononostante milioni di bambini non li ricevono. Ho sempre trovato stupefacente questa cruda realtà. Quando abbiamo dato vita alla Fondazione Gates quasi 15 anni fa, immaginavamo che tutte le misure ovvie fossero già state prese e che avremmo dovuto perseguire le soluzioni costose e sperimentali.

E invece portare i vaccini basilari resta una delle nostre priorità. Guardando avanti al 2014, sono più ottimista che mai sui progressi che possiamo compiere usando il potere dei vaccini per dare ai bambini, ovunque vivano, l'opportunità di iniziare il loro percorso di vita nel modo migliore, in salute.

Abbiamo nuove risorse da donatori generosi di tutto il mondo. Stiamo sviluppando nuovi vaccini ancora più efficaci per proteggere i bambini da malattie letali. E stiamo trovando vie innovative per somministrarli, specialmente nelle aree più remote e difficili da raggiungere.

Uno degli sviluppi più entusiasmanti, di cui non si parla molto all'interno di questa crociata per dare a tutti i bambini accesso all'immunizzazione, è il ruolo crescente dei fornitori di vaccini dei Paesi emergenti. Paesi come il Brasile, la Cina e l'India hanno dovuto affrontare molti problemi sanitari e di sviluppo al loro interno e hanno compiuto eccezionali progressi. Ora stanno usando l'esperienza e le competenze tecniche accumulate per aiutare altri Paesi a compiere progressi simili.

Probabilmente non avete mai sentito nominare le aziende farmaceutiche Serum institute of India, Bharat biotech, Biological E, China national biotec group, Bio-manguinhos, per dirne solo alcune, che sono diventate alcuni dei nostri partner più validi nella campagna in difesa

della salute globale. Mettendo a frutto lo stesso spirito innovativo che ha trasformato i mercati emergenti in poli produttivi di qualunque bene, dalle macchine ai computer, queste aziende sono diventate leader nel fornire al mondo vaccini di alta qualità e a basso costo.

L'accresciuta concorrenza e i nuovi approcci alla produzione portati da queste aziende hanno reso possibile proteggere un bambino contro otto gravi malattie, tra cui il tetano, la pertosse, la poliomielite e la tubercolosi, con meno di 30 dollari. Il Serum institute produce un maggior volume di vaccini di qualunque altra azienda al mondo e ha svolto un ruolo cruciale nel ridurre i costi e potenziare i volumi.

Grazie agli sforzi di questi fornitori e alla loro stretta collaborazione con la Gavi Alliance, alle multinazionali produttrici di vaccini e ai donatori internazionali, vengono immunizzati più di 100 milioni di bambini ogni anno, più di quanto si sia mai ottenuto finora. Man mano che più fornitori entreranno sul mercato e stimoleranno la concorrenza con innovative tecniche di produzione, i prezzi probabilmente scenderanno ancora di più.

Considerate i progressi ottenuti con il vaccino pentavalente, che davvero salva la vita perché protegge i bambini dalla difterite, dal tetano, dalla pertosse, dall'epatite B e dall'Hib (Haemophilus influenzae tipo B), tutto in una somministrazione. Quando la Gavi alliance lo ha introdotto per la prima volta nel 2001, c'era un solo fornitore per questo vaccino e il costo era di 3,50 dollari per dose. Con l'aumento della domanda, la Gavi ha incoraggiato altri fornitori a entrare sul mercato e il prezzo è sceso. Oggi esistono cinque fornitori e la Biological E, azienda farmaceutica indiana, ha annunciato a inizio anno che metterà in vendita il vaccino pentavalente per soli 1,19 dollari per dose.

Abbiamo visto anche importanti Paesi emergenti investire in tecnologie biomediche per fornire nuovi vaccini ai Paesi in via di sviluppo. Il dipartimento di Biotecnologia dell'India e la Bharat biotech hanno annunciato quest'anno un progetto per portare sul mercato un nuovo vaccino contro il rotavirus, che uccide centinaia di migliaia di bambini, a un dollaro per dose, un prezzo molto inferiore rispetto ai vaccini esistenti. Allo stesso modo, un'azienda biotech cinese ha ottenuto a ottobre l'approvazione dell'Organizzazione mondiale della sanità per portare al mercato un vaccino migliorato che protegge i bambini contro l'encefalite giapponese.

Lo stesso mese, il primo centro di ricerca e sviluppo biomedico del Brasile, il Bio-manguinhos, in partnership con la Fondazione Gates, ha annunciato l'intenzione di produrre un vaccino

combinato contro morbillo e rosolia. Quando ho cominciato a occuparmi di salute globale, più di 15 anni fa, questi tipi di annunci erano rari. Il settore dei vaccini era dominato da una manciata di multinazionali farmaceutiche con sede nei Paesi ricchi e l'intera industria soffriva per la mancanza di concorrenza. Oggi le aziende dei Paesi emergenti producono circa il 50% dei vaccini che vengono acquistati dalle agenzie delle Nazioni Unite per essere usati nei Paesi in via di sviluppo, contro appena il 10% nel 1997. Il contributo dei produttori di vaccini dei Paesi emergenti spesso complementa il lavoro delle loro controparti nei Paesi sviluppati. Anzi, alcune delle idee più innovative sono arrivate dai loro sforzi congiunti. La Fondazione Gates ha dato sostegno a un'importante partnership tra il Serum institute dell'India e la SynCo bio partners, produttore di vaccini olandese, per la produzione di un vaccino low-cost per proteggere più di 450 milioni di persone in Africa dalla meningite. Quest'anno la Biological E ha annunciato due importanti alleanze con delle multinazionali dei vaccini. Una partnership congiunta con la GlaxoSmithKline produrrà un vaccino sei-in-uno che proteggerà i bambini dalla polio e da altre malattie infettive; un'altra, con la Novartis, produrrà due vaccini che proteggeranno milioni di persone nei Paesi in via di sviluppo dalla febbre tifoide e paratifoide.

Nonostante tutti questi progressi, occorre fare di più per raggiungere i 22 milioni di bambini, la maggior parte nei Paesi più

poveri, che non hanno accesso ai vaccini che possono salvar loro la vita. Senza protezione da malattie letali come morbillo, polmonite e rotavirus, a molti di questi bambini viene negata la possibilità di crescere sani, di andare a scuola e vivere delle vite produttive. Anche i loro Paesi perdono: le malattie privano i Paesi poveri dell'energia e del talento delle loro persone, fanno salire i costi delle cure e ostacolano la crescita economica. Viviamo in un mondo in cui abbiamo il potere di correggere questa ingiustizia. Possediamo il know-how per produrre vaccini efficaci, renderli economici e portarli ai bambini che ne hanno bisogno. I fornitori di vaccini dei Paesi emergenti sono un ingranaggio essenziale del meccanismo. Grazie al loro contributo, ci avviciniamo sempre di più al giorno in cui tutti i bambini potranno iniziare la loro vita in piena salute.

** Bill Gates è co-chairman della Bill & Melinda Gates Foundation*

Brasile, Cina e India, mettendo a frutto lo spirito che ha trasformato questi mercati emergenti in grandi poli produttivi, oggi sono leader nella profilassi a basso costo

