



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## RIUNIONE DELLA GIUNTA: VIA A COMPENSAZIONE CREDITI-DEBITI

**Accelerazione** dei pagamenti della Pubblica amministrazione con la liquidazione dei debiti certi ed esigibili e via libera alla compensazione tra debiti e crediti con Equitalia. Fa sorridere tuttavia il fatto che nel piatto, per i pagamenti, ci sia solo 1 milione di euro di economie di spesa a fronte di debiti da pagare per miliardi di euro. La classica goccia nel mare. Molto più efficace invece la misura della compensazione. La giunta individua intanto i criteri di attuazione della legge n. 98 del 9 agosto scorso con cui la Regione Campania ha ottenuto 18 milioni per la riqualificazione e la messa in sicurezza delle scuole. La graduatoria dà la priorità alla rimozione dell'amianto, agli interventi sugli impianti elettrici, termici, idrosanitari ed antincendio, e all'abbattimento delle barriere architettoniche. Gli enti locali fino a 10 mila abitanti potranno presentare una sola domanda, quelli fino a 100 mila due domande, e quelli oltre tre domande.

Via libera anche al programma triennale 2013-2015 di investimento e promozione dello spettacolo.

RAPPORTO DI ASSOBIOMEDICA A GIUGNO 2013

# I ritardi Ssn nei pagamenti: Calabria record a 946 giorni

*L'Asl Napoli I centro "taglia" un anno di attese - Ao di Caserta la peggiore*

**F**renano di poco i giorni di ritardo nei pagamenti del Ssn ai fornitori di biomedicali: due giorni in meno a giugno rispetto a maggio e circa 13 dall'inizio dell'anno secondo l'ultimo report di Assobiomedica, l'associazione delle imprese del biomedicale. Che nelle sue rilevazioni ha una sorpresa: l'Asl Napoli I centro, da anni maglia nera dei tempi di pagamento a livello di singolo ente con un ritardo fisso che ha raggiunto e superato spesso i 1.600, non è più la peggiore a giugno. "Taglia" infatti in un solo mese i tempi di pagamento di ben 210 giorni e da febbraio di quest'anno (quando il suo ritardo era di 1.660 giorni) riduce di un anno le attese dei fornitori e diventa seconda in classifica con "soli" 1.299 giorni. Al primo posto, tuttavia, c'è un'altra azienda campana, l'Ao San Sebastiano di Caserta, che pure riducendo da maggio a giugno il suo ritardo di 160 giorni resta a quota 1.305.

Tra i primi dieci enti con i maggiori ritardi ci sono tutte aziende di Campania e Calabria e l'azienda unica del Molise con tempi che vanno dai 1.305 giorni dell'Ao di Caserta ai 793 dell'Ao Federico II di Napoli.

Sul versante opposto, le prime cinque aziende che pagano più in fretta sono del Friuli Venezia Giulia: Friuli occidentale (19 giorni), Medio Friuli (43 giorni), Triestina (50), Irccs Burlo Garofolo di Trieste (57) e Asl Isontina (69). Poi un'azienda Veneta, l'Asl di Pieve di Soligo, che per pagare ci mette 70 giorni. A seguire fino al decimo posto tutte aziende lombarde con tempi di pagamento tra 71 e 75 giorni. E poi ancora quasi tutte Regioni del Centro-Nord fino a raggiungere la media nazionale (272 giorni).

Nella classifica dei migliori pagatori la prima azienda del Sud che compare è, all'undicesimo posto, l'Asl di Sanluri (Cagliari) con 76 giorni di ritardo, mentre la migliore della Campania (che occupa quasi tutte le

posizioni peggiori) è l'Ao San Giuseppe Moscati di Avellino con 113 giorni (al 56° posto) e per la Calabria - altra Regione record per i ritardi - l'Ao di Reggio Calabria con 178 giorni di ritardo (94° posto nella classifica delle "migliori").

A livello di singole Regioni si va dal ritardo medio a giugno di 73 giorni in Valle d'Aosta, in diminuzione di 5 giorni rispetto al mese precedente e sempre in calo da inizio anno, a quello massimo di 946 giorni della Calabria, in aumento di 20 giorni rispetto a maggio e sempre in aumento da gennaio 2013.

**Lo scoperto.** Per i produttori di biomedicali lo scoperto complessivo a giugno 2013 legato ai ritardi era complessivamente di 4,83 miliardi. Il peso peggiore per le imprese è quello della Campania che assorbe con 715,5 milioni il 14,8% dello scoperto a livello regionale e i cui ritardi di pagamento sono tutti estremamente elevati, anche se la Regione tra maggio e giugno è quella che ha ridotto in media di più i ritardi (-59 giorni). Al secondo posto c'è il Lazio con con 564,5 milioni di scoperto (11,7%) e un peggioramento nei tempi di attesa rispetto a maggio di 8 giorni.

Terzo è il Piemonte che con 331 giorni di ritardo medio a giugno tiene in sospeso 490,5 milioni, il 10,2% dello scoperto. E la Calabria, che detiene il record regionale dei ritardi con 946 giorni, è solo al quarto posto della classifica con uno scoperto di 458,2 milioni (9,5%).

A pesare meno sui bilanci delle imprese sono ovviamente le Regioni più piccole che sono anche quelle con i ritardi minori. Tra le grandi invece lo scoperto percentualmente minore ce l'ha la Sicilia (5%, 241,3 milioni e 234 giorni di ritardo medio), seguita dalla Lombardia (5,5%, 265,5 milioni e 103 giorni di ritardo medio).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo scoperto economico a giugno 2013 per i biomedicali

Regione	Stima scoperto	% scoperto	Giorni di ritardo
Valle d'Aosta	3.442	0,1%	73
Piemonte	490.475	10,2%	331
Liguria	110.836	2,3%	167
Lombardia	265.439	5,5%	103
Trentino A.A.	25.275	0,5%	80
Veneto	382.447	7,9%	254
Friuli	43.639	0,9%	89
Emilia R.	395.340	8,2%	253
Toscana	336.263	7,0%	257
Marche	62.234	1,3%	124

Regione	Stima scoperto	% scoperto	Giorni di ritardo
Umbria	41.042	0,9%	135
Abruzzo	105.645	2,2%	186
Molise	104.543	2,2%	859
Lazio	564.460	11,7%	327
Campania	715.523	14,8%	585
Basilicata	24.797	0,5%	144
Puglia	356.028	7,4%	292
Calabria	458.205	9,5%	946
Sicilia	241.304	5,0%	234
Sardegna	100.420	2,1%	215
<b>Nazionale</b>	<b>4.827.354</b>	<b>100,0%</b>	<b>272</b>

**I giorni di ritardo degli enti a giugno 2013 per i biomedicali**

Regione	Denominazione	Località	Giorni di ritardo	Var. mag-giu
<b>Le peggiori</b>				
Campania	Ao S. Sebastiano di Caserta	Caserta	1.305	-160
Campania	Asl Napoli I Centro	Napoli	1.299	-210
Calabria	Ao Mater Domini	Catanzaro	1.287	30
Calabria	Azienda sanitaria provinciale	Cosenza	1.214	-11
Campania	Asl di Salerno	Salerno	1.163	-127
Molise	Azienda sanitaria regionale	Campobasso	1.086	-4
Calabria	Ao di Cosenza	Cosenza	1.036	-7
Calabria	Ao Pugliese-Ciaccio	Catanzaro	979	27
Campania	Ao Osp. Riun. S.G Dio-R. D'Aragona	Salerno	854	-182
Campania	Aou Federico II	Napoli	793	-118
<b>Le migliori</b>				
Lombardia	Asl Provincia di Bergamo	Bergamo	75	-14
Lombardia	Ao Bolognini	Seriate Bg	74	-3
Lombardia	Ao G. Salvini	Garbagnate Mi	73	-2
Lombardia	Ao Valtellina e Valchiavenna	Sondrio	71	-5
Veneto	Asl 7 Pieve di Soligo	Pieve di Soligo Tv	70	-8
Friuli V.G.	Asl 2 Isonina	Gorizia	69	-0
Friuli V.G.	Ircs Burlo Garofalo	Trieste	57	4
Friuli V.G.	Asl 1 Triestina	Trieste	50	-3
Friuli V.G.	Asl 4 Medio Friuli	Udine	43	-4
Friuli V.G.	Asl 6 Friuli occidentale	Pordenone	19	-2

**CORTE DEI CONTI/ Il Patto funziona: la spesa cala di 6 mld - Ma è allarme bilanci**

# Quei fondi «dirottati» altrove

**Troppe risorse destinate ad Asl e Ao finiscono sui settori a corto di liquidità**

**L**a Sanità assorbe ancora quasi il 77% della spesa complessiva corrente delle Regioni, ma non ferma la sua lunga marcia per rientrare dai disavanzi, sostenuta dai meccanismi di monitoraggio e dal Patto per la salute. Eppure gli sforzi rischiano di essere vanificati da una tendenza pericolosa dei bilanci regionali: attingere dalle risorse destinate alla Sanità per fronteggiare le esigenze di liquidità in altri settori. Una distrazione di fondi che aumenta le difficoltà di Asl e ospedali a pagare i fornitori (si vedano le pagg. 4-5) e che la Sezione delle autonomie della Corte dei conti, nella Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni 2011-2011, non esita a bollare come «meccanismo contabile improprio». Che rischia di vanificare il tentativo di raddrizzare i conti della Sanità e di recuperare efficienza senza compromettere il livello delle prestazioni essenziali costituzionalmente garantite. Esemplare, sostiene la Corte, il caso del Piemonte, «che ha "cancellato dal bilancio" quasi 900 milioni di euro dovuti ai propri enti del servizio sanitario». O della Puglia (292 milioni) o del Molise, che ha distratto 19 milioni sulla fiscalità destinata al Ssr per pagare le rate del prestito trentennale contratto con l'Economia.

Spostamenti che oscurano gli effetti positivi di manovre e razionalizzazioni. Il risultato di gestione del Ssn nel 2012, pari a 110,8 miliardi di euro, è infatti inferiore di 2,7 miliardi alle previsioni. Per il secondo anno consecutivo, la spesa cala in valore assoluto rispetto al 2011 e smette di galoppare: gli incrementi medi, che viaggiavano al 2,7% nel 2007/2010, si sono ridotti allo 0,13% del 2010/2012. Di pari passo si riduce l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil, passata dal 7,3% del 2010 al 7,1% del 2012.

La Corte dei conti ricorda, citando le statistiche Oece, che la Sanità italiana costa meno che altrove, per esempio in Francia, Olanda e Germania. Nonostante «margini di inefficienza ancora da recuperare», il suo problema non è endogeno ma dipende dal «quadro della finanza pubblica, condizionato da un pesante onere per il servizio del debito che, nel 2012, è stato pari a 86,7 miliardi, ossia al 78% dell'intera spesa sanitaria per quell'anno».

Dal 2000 al 2012 soltanto la spesa per la scuola è diminuita considerevolmente (dal 4,5% al 4,2% del Pil e dall'11,3% della spesa pubblica totale al 9,1%): mentre però la spesa sanitaria cresceva di un solo punto la sua incidenza sul Pil, quella di protezione sociale (pensioni, soprattutto) esplodeva (dal 17,3% al 20,4% del Pil e dal 43,7% della spesa pubblica totale al 45%). Un andamento in parte "specchio" dell'invecchiamento della popolazione.

I progressi nella salute dei conti dei Servizi sanitari regionali sono innegabili. Le perdite sono scese a 2 miliardi contro i 3,23 del 2011 (-38%), soprattutto nelle Regioni con i piani di rientro. «Indice - nota la Corte - dell'efficacia del sistema introdotto dal Patto per la salute per il recupero dei disavanzi sanitari». Il 52,2% del disavanzo resta a carico delle Regioni in deficit (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia) con i deficit più pesanti concentrati in Lazio (660,86 milioni) e Campania (156 milioni). Le Regioni autonome totalizzano il 44,2% dei disavanzi (la Sardegna in testa con 371 milioni di deficit). Tutte le altre hanno il 3,7% del deficit complessivo.

Ma dove e per cosa si spende? L'analisi della spesa corrente mostra il quadro: il settore in cui i risparmi sono stati più consistenti è come sempre, grazie ai tetti e ai controlli, la farmaceutica convenzionata, l'unica col segno meno (-24% nel 2000/2012 e -9,1% nel 2010/2012). La spesa per il personale dal 2000 è aumentata del 29%, anche se nell'ultimo triennio esaminato rallenta (-1,5%). Quella per beni e servizi è cresciuta del 62,5%, attestandosi su un aumento medio dell'1,4% nel triennio 2010/2012. Per le prestazioni erogate dal privato accreditato nel 2012 si è speso il 59% in più rispetto al 2000, con valori molto alti in Lombardia (questa voce rappresenta il 29% della spesa corrente) e in Lazio (25,7%) e un aumento medio dello 0,3% nel 2010/2012. Più contenuto l'incremento della spesa per la medicina di base (+44,8% dal 2000 al 2012 e +0,9% nell'ultimo triennio).

Ma i dati medi nascondono grandi differenze regionali. Come emerge dai dati di rendiconto finanziario delle Regioni, negli ultimi tre anni la maggiore riduzione di spesa c'è stata in Piemonte (in media -15,25%), che però sconta forti criticità proprio nella gestione delle passività delle somme dovute agli enti Ssr. All'altro capo del filo c'è il Molise, con il ritmo di crescita più alto (+ 11,46%), seguito da Calabria e Campania.

Nel complesso rispetto al 2010 la spesa complessiva per il comparto Sanità si dovrebbe ridurre di quasi 13 miliardi entro il 2014. Se nel complesso le fonti di finanziamento delle Regioni tengono, l'aumento delle imposte regionali (Irap e addizionale Irpef) previsto nelle Regioni con gli squilibri nei conti sanitari, ha però penalizzato proprio i territori più deboli e più poveri. È l'impatto delle azioni contro l'evasione fiscale è minimo: non supera l'1% del gettito tributario complessivo riscosso a livello regionale.

**Manuela Perrone**

**Le variazioni della spesa 2002-2012**

Regione	Variazione assoluta 2002/12	% 2002/12	Variazione percentuale media			
			2002/12	2002/06	2006/10	2010/12
Piemonte	2.492.771	42,60	3,60	6,30	3,20	-0,70
V. d'Aosta	89.701	47,15	3,90	6,50	3,20	0,40
Lombardia	5.526.926	43,48	3,70	4,80	3,80	1,20
Pa Bolzano	269.974	31,37	2,80	4,30	1,90	1,40
Pa Trento	399.885	53,07	4,30	4,60	5,00	2,60
Veneto	2.440.682	38,88	3,30	5,80	2,80	-0,40
Friuli V.G.	861.018	51,91	4,30	4,60	5,30	1,60
Liguria	726.243	30,21	2,70	5,30	2,30	-1,70
Emilia R.	2.653.425	45,20	3,80	5,60	3,70	0,50
Toscana	2.038.179	40,77	3,50	5,50	3,40	-0,30
Umbria	452.878	38,13	3,30	5,30	2,70	0,50
<b>Italia</b>	<b>31.159.528</b>	<b>39,45</b>	<b>3,40</b>	<b>5,80</b>	<b>2,80</b>	<b>-0,20</b>

Fonte: Mef-Rgs - Igespes «Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Aggiornamento 2013»

**La variazione 2002-2012 per le principali voci di spesa (migliaia di euro)**

Regioni	Personale			Beni e servizi (senza farmaceutica)			Prestazioni da privato			Medicina di base			Farmaceutica convenzionata			Prodotti farmaceutici *		
	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002-2012	Variazione % media 20/10/2012	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002-2012	Variazione % media 20/10/2012	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002-2012	Variazione % media 20/10/2012	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002-2012	Variazione % media 20/10/2012	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002-2012	Variazione % media 20/10/2012	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002-2012	Variazione % media 20/10/2012
Piemonte	664,4	29,9	-1,5	624,5	56,7	1,0	552,9	54,1	-1,8	156,5	49,0	-	-121,2	-15,9	-9,0	439,3	219,9	2,1
Valle d'Aosta	26,6	30,7	-0,7	38,9	91,9	-2,0	11,1	78,8	10,3	5,9	60,1	3,9	-3,0	-13,4	-7,3	8,8	166,5	1,3
Lombardia	1.266,7	33,2	-0,5	1.315,4	61,7	3,7	2.294,7	77,2	0,5	261,8	40,4	0,2	-368,1	-21,1	-0,6	708,8	206,3	4,9
PA Bolzano	231,9	68,1	2,0	-3,7	1,6	0,5	27,2	26,5	1,9	17,4	47,0	0,7	-25,8	-35,8	-13,3	37,5	156,7	6,1
PA Trento	130,8	46,3	1,3	109,4	83,4	3,5	73,7	92,0	8,1	16,7	38,9	2,0	-2,1	-2,9	-4,4	22,2	91,9	5,0
Veneto	505,4	22,5	-0,4	728,0	52,8	2,5	562,5	52,2	-2,7	182,2	49,8	0,6	-193,3	-24,7	-10,9	375,5	158,9	3,6
Friuli V.G.	326,1	52,4	-0,2	370,5	114,3	7,4	128,6	87,6	1,7	37,4	40,2	1,5	-24,9	-11,2	-7,6	118,7	210,7	0,2
Liguria	256,5	29,7	-2,4	211,1	49,8	-3,0	177,0	84,4	-1,7	49,3	43,1	0,4	-112,5	-31,3	9,2	158,5	198,1	-0,1
E. Romagna	741,1	32,9	-0,1	675,5	54,8	2,9	465,9	59,3	2,1	209,4	66,2	1,4	-212,8	-27,3	10,9	360,1	135,5	1,0
Toscana	568,5	28,5	-1,1	644,2	61,9	-0,3	371,2	72,4	0,3	115,6	38,7	0,8	-176,9	-26,0	9,3	375,8	145,6	1,2
Umbria	136,0	28,4	0,1	143,6	57,0	1,3	72,8	62,4	0,7	25,0	36,9	1,4	-26,5	-15,9	-5,3	78,7	139,1	4,1
Marche	208,5	26,0	-1,5	167,9	43,0	-3,7	187,7	97,5	8,4	44,5	34,3	1,9	-74,6	-24,0	-9,0	165,8	182,5	2,7
Lazio	731,0	33,7	-2,9	1.113,4	107,5	-0,8	869,0	44,9	-	219,2	55,4	3,2	-312,7	-25,1	-11,6	618,0	417,8	4,5
Abruzzo	116,0	17,9	-1,5	207,4	68,4	4,6	44,0	13,5	3,2	38,6	33,9	0,6	-64,7	-22,5	-8,0	106,4	154,3	4,5
Molise	30,0	17,2	-2,5	37,8	48,7	-1,1	90,6	140,6	-	22,5	78,3	1,3	-22,8	-31,9	-8,7	29,5	216,3	10,8
Campania	436,5	17,4	-4,4	567,0	59,3	-0,1	604,6	38,5	0,1	131,2	25,2	0,4	-363,8	-28,9	-8,5	523,4	240,3	3,7
Puglia	393,3	23,8	-3,4	498,4	63,8	-0,7	515,5	51,1	-1,8	206,7	67,5	1,8	-215,7	-25,3	-14,3	473,2	320,6	7,0
Basilicata	101,3	36,2	-1,5	60,0	42,6	0,5	82,0	109,6	-1,9	27,4	51,7	-1,4	-49,1	-37,4	-12,0	57,2	224,2	4,7
Calabria	176,9	16,9	-2,7	179,6	58,5	-0,7	180,3	45,5	0,2	64,2	34,9	-	-119,2	-25,9	-12,2	181,9	279,7	9,4
Sicilia	656,2	29,2	-1,2	395,8	51,6	2,7	817,0	70,1	2,7	170,1	40,6	0,6	-319,8	-26,7	-7,3	415,0	280,9	7,3
Sardegna	284,8	32,1	0,4	295,9	79,2	5,1	186,7	71,4	3,3	59,5	42,6	1,1	-8,4	-2,5	-9,7	170,7	176,0	-0,2
<b>Italia</b>	<b>7.988,1</b>	<b>28,9</b>	<b>-1,5</b>	<b>8.380,7</b>	<b>62,5</b>	<b>1,4</b>	<b>8.315,0</b>	<b>59,2</b>	<b>0,3</b>	<b>2.061,2</b>	<b>44,8</b>	<b>0,9</b>	<b>-2.818,1</b>	<b>-23,8</b>	<b>-9,1</b>	<b>5.424,9</b>	<b>210,9</b>	<b>3,7</b>

(\*) Spesa ospedaliera e distribuzione diretta.

Fonte: Corte dei conti 2013

**Il peso della Sanità sui bilanci (%)**

	2011	2012
Piemonte	85,89	82,95
Lombardia	84,27	86,36
Veneto	88,71	87,82
Liguria	83,38	82,71
Emilia Romagna	86,34	87,50
Toscana	85,86	86,60
Marche	83,94	83,65
Umbria	80,02	81,84
Lazio	81,71	80,82
Abruzzo	81,21	81,75
Molise	79,63	82,85
Campania	77,79	77,35
Puglia	95,28	81,98
Basilicata	76,31	77,13
Calabria	79,07	80,90
<b>Totale Rso</b>	<b>84,43</b>	<b>83,57</b>
Valle d'Aosta	26,57	26,30
Trentino A.A.	0,00	0,00
Bolzano	30,99	32,78
Trento	39,11	40,34
Friuli V.G.	48,57	48,41
Sardegna	53,82	57,14
Sicilia	59,17	57,66
<b>Totale Rss</b>	<b>50,74</b>	<b>50,96</b>
<b>Totale generale</b>	<b>77,30</b>	<b>76,87</b>

**Il risultato 2012 prima e dopo le coperture (milioni di euro)**

Regioni	Risultati di esercizio da Ce	Risultato da verifiche tavolo tecnico	Coperture	Avanzo/disavanzo dopo coperture tavolo tecnico
<b>Piemonte (1)</b>	-118,14	-994,05	130,00	-864,05
<b>Lombardia</b>	8,86	8,76	-	8,76
<b>Veneto</b>	6,12	1,05	-	1,05
<b>Liguria</b>	-70,53	-57,48	112,31	54,83
<b>Emilia R.</b>	-34,91	-14,70	35,00	20,30
<b>Toscana</b>	-31,70	-52,47	63,00	10,53
<b>Umbria</b>	8,89	13,36	-	13,36
<b>Marche (2)</b>	29,86	-59,47	59,55	0,08
<b>Lazio</b>	-650,94	-660,86	808,68	147,82
<b>Abruzzo</b>	53,99	5,00	42,04	47,04
<b>Molise (3)</b>	-30,45	-88,26	21,81	-66,44
<b>Campania</b>	-119,59	-156,09	232,98	76,89
<b>Puglia (4)</b>	-41,02	-333,02	-	-333,02
<b>Basilicata (5)</b>	-17,23	-16,00	25,00	9,00
<b>Calabria (6)</b>	-69,93	-314,39	114,22	-200,17
<b>Sicilia</b>	-19,41	-54,05	293,29	239,24
<b>Totale</b>	<b>-1.096,13</b>	<b>-2.772,66</b>	<b>1.937,88</b>	<b>-834,77</b>

(1) Il risultato di esercizio da Ce rettificato dal Tavolo tecnico è pari a -111,045 milioni di euro. Il risultato finale comprende il disavanzo accertato dal Tavolo tecnico da totale dei crediti ridotti e non reimpegnati sul bilancio regionale (-883 mln di euro).

(2) Il risultato di esercizio da Ce rettificato dal Tavolo tecnico è pari a -29,009 milioni di euro. Il risultato finale comprende la situazione debitoria dell'Inrca, pari a -88,479 milioni di euro.

(3) Il risultato di esercizio rettificato - oltre rettifiche contabili e rischi per -3,06 milioni - comprende perdita 2011 non coperta (-35,74) e distrazione risorse per copertura del prestito da rimborsare al Mef (-19,00).

(4) Il risultato di esercizio rettificato comprende risorse del Ssr per 292 milioni di euro distratte dal bilancio regionale.

(5) Il risultato di esercizio rettificato comprende la perdita 2011 portata a nuovo di 8,5 milioni di euro.

(6) Il risultato di esercizio da Ce rettificato dal Tavolo tecnico è pari a -71,95 milioni di euro, considerando le rettifiche relative a contributi vincolati Fsn, mobilità extra regionale, somma risultati di gestione di aziende in utile. Il risultato finale considera i debiti 2007 e ante (-110 milioni) ancora da pagare, i disavanzi 2008 (-62,12 milioni) e 2009 (-88,467), l'avanzo 2011 (+18,149). Il risultato così determinato è al netto degli ulteriori oneri relativi agli ammortamenti non sterilizzati degli anni pregressi, che Tavolo e Comitato si sono riservati di esaminare successivamente.

Fonte: elaborazioni della Sezione delle autonomie della Corte dei conti su dati da verbali del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, e delle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza.

OGGI CON «IL SOLE 24 ORE»

# Parte il nuovo redditometro: le regole, gli esempi, i quesiti

In allegato a 0,50 € in più - Servizio ▶ pagina 17

Sul sito del Sole il calcolatore: [www.ilsole24ore.com/iltuoredditometro](http://www.ilsole24ore.com/iltuoredditometro)**Adempimenti.** Versamenti e capitalizzazioni societarie tra le segnalazioni rilevanti per il redditometro

## Apporti dei soci sotto esame

**I finanziamenti infruttiferi non vanno indicati nel modello Unico****Giorgio Gavelli  
Massimo Sirri**

Un unico modello a fronte di due diverse comunicazioni, ben distinte tra loro sia per quanto riguarda le ipotesi che rendono necessario l'adempimento, sia per quanto attiene ai dati da comunicare. La scelta dell'agenzia delle Entrate, operata con i provvedimenti n. 94902 (beni) e 94904 (finanziamenti) del 2 agosto 2013, è piuttosto chiara e si muove sulla scia di quanto già affermato con circolare n. 25/E/2012: i due adempimenti comunicativi sono "slegati", nel senso che i dati dei **finanziamenti** e delle **capitalizzazioni** vanno trasmessi anche quando non sono affatto serviti per acquisire i beni concessi in godimento al socio o familiare e, quindi, pure quando questa "concessione" è del tutto assente. Stando così le cose, e nonostante l'unicità del modello approvato, sarà frequente verificare che l'impresa è soggetta solo alla comunicazione dei finanziamenti e non a quella dei beni in uso ai soci ovvero, viceversa, che occorre ottemperare a quest'ultimo adempimento, ma non al primo. È, invece, probabile che chi rientra in entrambi gli obblighi, possa adempiere inviando un unico modello

e non due distinte comunicazioni. Ciò nonostante, in considerazione della diversità oggettiva e soggettiva con cui sono stati "ridisegnati" requisiti e modalità, è opportuno trattare distintamente le due comunicazioni, se non altro per non fare confusione. Per quel che riguarda finanziamenti e capitalizzazioni poste in essere dai soci, si possono leggere nella tabella a fianco dieci quesiti (e dieci possibili risposte) sui punti maggiormente controversi e che dovranno essere chiariti dalle Entrate prima della scadenza per la comunicazione dei dati 2012 (12 dicembre 2013). I movimenti che interessano sono le capitalizzazioni e i finanziamenti operati a decorrere dal 2012 e da parte di persone fisiche; due semplificazioni particolarmente apprezzabili. Non si segnalano gli apporti i cui dati sono già in possesso dell'Amministrazione, né quelli di importo complessivo inferiore a 3.600 euro. Questo limite rappresenta uno dei primi nodi da sciogliere, perché dal provvedimento non si comprende se sia riferito al singolo socio/familiare o alla società nel suo complesso (si veda Il Sole 24 Ore del 31 agosto): in presenza di due soli finanziamenti, ciascuno dell'importo di

3mila euro, l'obbligo potrebbe scattare o meno, a seconda del soggetto a cui si applica il limite. Nessun dubbio, invece, nonostante che la prescrizione sia nel provvedimento "sbagliato", sull'esonero riguardante i finanziamenti concessi (e non ricevuti) dall'impresa. Per le imprese individuali vanno riportati gli apporti dei familiari del titolare, e non quelli da lui effettuati personalmente. Esaminando la tabella pubblicata a lato, emerge che le principali problematiche di compilazione saranno legate alle varie forme di "apporto" che legano società e soci: si va da formali apporti di capitale (generalmente da non comunicare perché riportati su atti notarili) a costituzione di riserve (di capitale o di utili), a veri e propri "mutui" (più o meno formalizzati), a meri anticipi di somme effettuati dal socio a fronte di momentanee carenze di liquidità dell'impresa. Il tutto, poi,

soggetto a evoluzione: un finanziamento spesso si trasforma (tramite formale rinuncia) in un apporto e può essere destinato a coprire le perdite, direttamente o indirettamente, funzione che già rivestono le riserve presenti nel patrimonio netto aziendale. Insomma, l'Agenzia è chiamata a chiarire in maniera precisa quali movimenti vanno comunicati e quali no, affrontando anche l'accollo da parte del socio del debito della società. Da chiarire anche come comportarsi con alcuni campi che sembrano obbligatori ma fuori luogo per questa specifica comunicazione degli apporti: "qua-

lifica" (utilizzatore o concedente), "informazioni circa l'utilizzo del bene" e "data inizio (o fine) concessione".

Va, infine, evidenziato come questa comunicazione (contrariamente a quella riguardante i beni) non abbia alcun rapporto con gli obblighi dichiarativi del socio/familiare: capitalizzazioni e finanziamenti infruttiferi sono irrilevanti ai fini del modello Unico di chi li effettua; la sola traccia potrebbe essere l'assoggettamento a imposta degli interessi nei (pochi) casi di finanziamenti fruttiferi operati da persone fisiche.

### L'OSTACOLO

Le imprese «semplificate» non hanno l'obbligo di indicare le operazioni in contabilità  
Invio dati entro il 12 dicembre

### Le questioni aperte sulla comunicazione dei finanziamenti da soci

Dieci domande (e dieci possibili risposte) in attesa del parere delle Entrate	
IL QUESITO	LA RISPOSTA
1 I piccoli "anticipi" fatti dal socio per acquisti di beni e servizi (tali da superare il limite di 3.600 euro) rimborsati dalla società in tempi brevi vanno comunicati?	Queste operazioni non dovrebbero essere considerate alla stregua di finanziamenti, ma allo stato non vi è una risposta definitiva
2 I finanziamenti effettuati dal socio ma restituiti entro la fine del periodo d'imposta vanno segnalati?	Dalle istruzioni sembra di sì perché il dato potrebbe comunque essere di interesse per l'amministrazione finanziaria
3 Quando la rinuncia al finanziamento determina una capitalizzazione (ad esempio per coprire le perdite) va comunicato qualcosa?	Si ritiene di no. Il dato è già stato comunicato e verrebbe duplicato, senza alcuna utilità ai fini dell'accertamento sintetico a carico del socio
4 L'accollo di un debito rappresenta una forma di finanziamento?	Tecnicamente sì, anche se il collegamento con l'accertamento sintetico è molto debole. Sul punto sono opportuni i chiarimenti delle Entrate
5 Come fanno i soggetti in contabilità semplificata a reperire i dati da comunicare?	Devono monitorare extracontabilmente finanziamenti e capitalizzazioni al fine di adempiere alla comunicazione
6 Il mancato prelievo degli utili va considerato come finanziamento? E un versamento a copertura perdite come va trattato?	Nel primo caso, non avrebbe senso una comunicazione simile ai fini del redditometro. Al secondo dubbio va data, invece, risposta positiva: si tratta di una capitalizzazione da comunicare
7 Come va considerato il limite dei 3.600 euro al di sotto del quale non scatta la comunicazione?	Dalle istruzioni si comprende solamente che va considerato distintamente per finanziamenti e capitalizzazioni. Ciò che non è chiaro, invece, è se va riferito alla società beneficiaria (come limite complessivo) o al singolo socio. È più probabile la prima ipotesi; ma in un'ottica di semplificazione sarebbe più opportuna la seconda
8 Vanno riportati i finanziamenti dei soci alle società cooperative?	In base alle norme in vigore la comunicazione va effettuata anche per questi apporti
9 Quale sanzione viene irrogata in caso di mancata comunicazione dei finanziamenti?	Non è prevista alcuna sanzione specifica. Potrebbe scattare la sanzione generica di cui all'articolo 11, comma 1, lettera a), del Digs n. 471/1997 (da € 258 a € 2.065)
10 Il dato già comunicato l'anno precedente va ripetuto? In caso negativo, per il limite dei 3.600 euro si tiene conto anche delle somme versate negli anni precedenti?	No, il dato non va ripetuto. Per il calcolo dei 3.600 euro andrebbe preliminarmente compreso il "soggetto" a cui riferire il limite (si veda il quesito n. 7)

*CORTE DEI CONTI/ Ecco le linee guida per i Collegi sindacali degli enti regionali*

# Per le Asl il test dei bilanci

**Questionario articolato: si va dal "voto" sui risultati a buchi e ripiani**

Tra i destinatari  
introdotte le Gsa

Nel mirino anche  
i tagli alla spesa

**L**a Corte dei conti detta le linee guida per i Collegi sindacali degli enti del Servizio sanitario nazionale. Con la deliberazione 19/2013/Sezaut/Inpr, visto il circolo virtuoso che si innesca fra organi di revisione interna e controllori esterni degli enti, finalizzato non solo a migliorare i risultati della relativa gestione contabile ma anche i servizi resi, sono state aggiornate le relazioni-questionario riferite al bilancio di esercizio chiusosi al 31 dicembre 2012, al fine di recepire le novità normative in materia di armonizzazione dei documenti contabili degli enti pubblici.

## Le verifiche del Collegio sindacale.

In particolare, si tratta delle verifiche che devono essere effettuate sugli enti dei servizi sanitari regionali attraverso relazioni-questionari da parte dei relativi Collegi sindacali.

Il questionario destinato ai "controllori" è molto dettagliato e prevede, oltre alle istruzioni e alle attestazioni finali, tre parti articolate in varie domande preliminari, e quesiti concernenti il conto economico e lo stato patrimoniale, strutturati secondo i modelli approvati dal ministero della Salute ai fini delle comunicazioni al Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), conformemente al Dm 15 giugno 2012.

Da sottolineare che gli organi di controllo degli enti sanitari, al pari dei revisori degli enti locali, sono tenuti a redigere anche una relazione sul bilancio di previsione che consenta il confronto fra i risultati di consuntivo e i dati programmatici.

In merito agli enti interessati all'adempimento, il documento della Corte dei conti ricorda che trattasi delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, dei policlinici universitari, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, delle agenzie regionali per l'emergenza sanitaria, delle gestioni

sanitarie accentrate, degli ospedali classificati, se ritenuti dalle rispettive sezioni regionali della Corte dei conti equiparabili agli enti sanitari pubblici regionali.

La platea dei destinatari dell'adempimento include anche la Gestione sanitaria accentrata (Gsa), che è la struttura regionale che gestisce direttamente una parte delle risorse destinate al servizio sanitario, il cui bilancio è soggetto a consolidamento a livello regionale insieme agli altri enti sanitari. Nel qual caso, il soggetto tenuto all'invio della relazione-questionario è il terzo certificatore.

**La struttura del questionario.** Come accennato, il questionario ha una struttura alquanto articolata.

La prima parte contiene alcune domande preliminari, le cui risposte possono permettere un primo esame alle sezioni regionali. Si chiede, a esempio, se il Collegio si è espresso favorevolmente sul bilancio di esercizio, se sono state riscontrate irregolarità gravi e, se del caso, quali sono state le misure adottate. Ancora, si deve esplicitare se l'azienda ha presentato il bilancio in perdita e se il suo direttore generale ha indicato nella relazione sulla gestione le cause e i provvedimenti atti a riequilibrare la gestione, in merito alla cui attendibilità il Collegio deve esprimere il proprio parere.

Il questionario prosegue chiedendo se nell'esercizio è stato fatto ricorso a nuovo debito per il finanziamento degli investimenti e se il servizio del debito rientra nel limite del 15% delle entrate proprie correnti (o, se diverso, da quello stabilito dalla normativa regionale applicabile).

Altre informazioni riguardano il sistema contabile adottato dall'ente, la sua struttura di controllo interno, nonché la struttura del piano dei conti e i documenti di bilancio.

Da ultimo, vi sono quesiti afferenti ai provvedimenti per la riduzione della spesa per l'acquisto di prestazioni di privati, il rispetto dei tetti programmati, l'accreditamento delle strutture private e la rescissione dei contratti a seguito di negoziazione infruttuosa.

La seconda parte riguarda invece il conto economico, del quale vengono analizzati il valore della produzione, con quesiti specifici sui contributi in conto esercizio, sulle prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia.

Particolare attenzione, poi, è stata posta alle norme in tema di revisione, razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria relativa a beni e servizi acquisiti tramite procedure centralizzate o coordinate di spesa, alle misure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero, agli strumenti di analisi e controllo dell'effettività e regolarità delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, alle forme di finanziamento degli investimenti e ai relativi ammortamenti. Altre domande riguardano l'assistenza farmaceutica, il costo del personale e gli oneri straordinari di gestione.

Il terzo blocco di quesiti si concentra, invece, sullo stato patrimoniale, con particolare attenzione per gli ammortamenti anche pregressi (ricalcolati secondo i criteri di cui alla circolare 25 marzo 2013), per gli organismi partecipati dall'ente, per i crediti e i debiti verso Regioni, Province autonome e aziende sanitarie, per le perdite e sui ripiani anche degli esercizi precedenti, per i debiti verso i fornitori e per l'esistenza di fondi rischi e passività potenziali.

Chiudono il questionario le attestazioni finali del Collegio sindacale. Le relazioni devono essere inoltrate alla sezione delle autonomie della Corte dei conti, ai fini dell'alimentazione della banca dati degli enti del servizio sanitario e del consolidamento dei conti a livello nazionale.

**Alberto Santi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CORTE DEI CONTI**

**Il malessere Ssn  
tra debiti e crediti**

Le aziende Ssn hanno debiti per 54 miliardi, di cui 38 con i fornitori. Ma a loro volta sono creditrici delle Regioni che spesso avanzano i fondi per la Sanità.

**CORTE DEI CONTI** / I risultati dell'indebitamento sanitario nella relazione sulla gestione finanziaria

# Regioni, 54 miliardi di debiti

**Circa 38 miliardi sono verso i fornitori - Il "passivo" 2012 a quota 14,5 miliardi**

**M**ancano ancora i dati 2012 di nove Regioni (Piemonte, Veneto, Umbria, Lazio, Campania, Basilicata, Sardegna, Bolzano e Calabria), ma l'indebitamento complessivo dal 2009 al 2011 degli enti del Ssn ha raggiunto i 54,4 miliardi, di cui oltre 38 sono verso i fornitori. E per lo scorso anno, anche se la tendenza delle Regioni che hanno trasmesso i risultati è in calo, tra le amministrazioni che mancano ce ne sono molte con i conti in rosso che fanno ipotizzare un ulteriore ritocco in salita, anche oltre i 40 miliardi.

Nel 2011, ultimo anno "completo", l'indebitamento complessivo netto degli enti delle Regioni continua ad aumentare, evidenzia la Corte dei conti nella sua relazione 2011-2012 sulla finanza regionale.

A livello nazionale l'incremento 2011 è del 3% rispetto al 2010, corrispondente in termini assoluti a 54,25 miliardi contro i 52,65 miliardi dell'anno precedente.

Per il 2012 il dato ancora incompleto non permette, spiega la Corte, una valutazione complessiva, ma i risultati delle singole Regioni registrano una riduzione in Liguria (-11%), Emilia Romagna (-6%), Toscana (-3%), Marche (-13%), Puglia (-18%), Valle d'Aosta (-5%) e Abruzzo (-1%). Aumentano ancora, al contrario, i debiti della Sicilia (+17%) e del Friuli Venezia Giulia (+15%), mentre nel 2011 gli incrementi maggiori sono a Bolzano (+29%) e Trento (+35%).

Nella composizione del debito, le passività verso i fornitori

sono la voce di maggior peso in tutti gli anni considerati e toccano nel 2011 i 37,5 miliardi, oltre il 69% del debito totale. I mutui incidono sull'indebitamento 2011 per il 3,1% (quasi solo nelle Regioni a statuto ordinario), mentre le altre tipologie di indebitamento (che dovrebbero essere una voce residuale di stato patrimoniale) valgono 15,2 miliardi, il 27,9% sul totale complessivo netto.

Il debito verso i fornitori è quindi la fetta maggiore. E cresce di anno in anno sul totale al netto dei debiti verso aziende sanitarie extraregionali (66,96% nel 2010; 64,6% nel 2009). Nel complesso, i debiti verso i fornitori nel 2011 rispetto al 2010 aumentano del 6%, passando da 35,3 miliardi a 37,5, con un incremento maggiore nelle Regioni a statuto speciale (+13%).

Una tendenza alla riduzione emerge, invece, per nove delle Regioni che hanno trasmesso i dati 2012, mentre registrano un aumento Molise (+18%), Trento (+3%) e Sicilia (+21%). Confrontando le dodici Regioni di cui sono disponibili i dati 2012, la relazione indica una riduzione del debito del 3,5% rispetto al 2011: la Liguria, con -17% è quella che va meglio, seguita dal Friuli Venezia Giulia con -18%. Puglia e Marche riducono le passività del 15 per cento.

**Il debito totale 2012.** Altro che 60 miliardi per il pagamento dei debiti di tutta la Pa: nel 2012 è quasi 47 miliardi il debito complessivo delle sole Regioni (erano 48,5 nel 2011) di cui 14,5 in Sanità (erano poco più di 15) e di questi 6,5 a

carico dello Stato (ma solo 960 milioni per la Sanità). La Corte dei conti, nella sua relazione 2011-2012, traccia anche il quadro dell'andamento dei debiti regionali complessivi che si contraggono del -3,5% nel 2012 rispetto al 2011 seguendo un trend riduttivo avviato nel biennio precedente. Ma non in tutte le Regioni: in controtendenza, secondo la relazione, cresce la percentuale di indebitamento di Toscana, Marche, Campania, Basilicata e Sicilia.

Particolare è la situazione del Lazio, secondo la Corte. Il suo debito complessivo era nel 2011 di 12,209 miliardi e a fine 2012 di 11,741. Importi superiori rispetto a quelli indicati nelle tabelle della Corte, dovuti alla presenza di «tipologie di debito non annoverabili tra le forme tipiche di indebitamento, ma che, nella sostanza, vanno a incrementare lo stock debitorio della Regione».

Una nota particolare la Corte la fa per la Campania: nel 2012 si registra un aumento del debito a carico della Regione pari all'1% rispetto a un azzeramento totale del debito a carico dello Stato e aumenta anche il debito sanitario (in calo o stabile in tutte le altre Regioni) del 6% sul 2011.

E proprio il debito sanitario, spiega la relazione, è quello che scende di più - Campania a parte - in tutte le Regioni. Ma spesso in alcune aumenta comunque il debito totale. A esempio, in Toscana l'indebitamento, al netto della Sanità, continua a crescere (+4% a carico della Regione). Così la media è di un aumento del debito totale dell'1% nel 2012 rispetto al 2011, ma con una flessione del 6% di quello sani-

tario. Stesso discorso per le Marche: aumenta il debito totale (+4%), si riduce quello sanitario (-3%) e ancora di più (-16%) il debito a carico dello Stato.

Pesa di più, anche se è in diminuzione, il debito sanitario su quello complessivo in Emilia Romagna (75%), in Veneto (34%), nelle Marche (34%), nel Lazio (56%), in Campania (28%), in Puglia (38%), in Calabria (53%), Regioni che presentano riduzioni del debito totale, anche sanitario.

L'Umbria è un'eccezione secondo la Corte con un debito a carico dello Stato maggiore rispetto a quello della Regione: l'incidenza del debito totale sul debito a carico dello Stato, nel 2012 è dell'84%, in diminuzione rispetto al 2011.

Pesano relativamente poco sul debito delle Regioni, invece, gli strumenti di finanza derivata per i mutui (presenti solo in 7 Regioni): 1,497 miliardi rispetto a mutui per 23,451 miliardi. In flessione anche i derivati per le obbligazioni, più diffusi anche se sempre in diminuzione: il Piemonte li ha azzerati, in Friuli Venezia Giulia il decremento è del 40%, ma anche Toscana e Marche hanno riduzioni, rispettivamente, del 10 e del 13 per cento.

**Paolo Del Bufalo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il debito 2009-2012 delle aziende Ssn (Asl, Ao, Aou, Irccs, Gestione sanitaria accentrata)**

Regioni	Debito verso i fornitori				Altre tipologie di debito *			
	2011	Variazione % 2011/2010	2012	Variazione % 2012-2011	2011	Variazione % 2011/2010	2012	Variazione % 2012-2011
Piemonte **	2.643.140	11%	-	-	2.015.852	0%	n.d.	-
Lombardia	2.532.374	0%	2.498.320	-1	1.544.580	-13%	1.666.503	8
Veneto	2.896.693	15%	n.d.	-	1.189.896	-6%	n.d.	-
Liguria	722.174	12%	601.620	-17	375.686	-9%	375.782	0
Emilia R.	2.944.777	6%	2.672.746	-9	1.285.022	4%	1.272.810	-1
Toscana	2.058.641	7%	1.965.605	-5	1.016.472	6%	1.026.124	1
Umbria	258.184	7%	n.d.	-	122.560	0%	n.d.	-
Marche	488.287	22%	416.088	15	208.928	-3%	193.527	-7
Lazio **	7.340.246	-2%	n.d.	-	1833027	-4%	n.d.	-
Abruzzo **	829838	-3%	789848	-5	137469	-8%	191231	39
Molise **	387.531	7%	458.760	18	67.214	1%	112.400	67
Campania **	6.800.181	3%	n.d.	-	1.163.356	-11%	n.d.	-
Puglia**	2.184.308	32%	1.845.898	-15	769.540	-16%	588.701	-23
Basilicata	172.160	15%	n.d.	-	52.230	-11%	n.d.	-
Calabria **	1.926.949	8%	n.d.	-	763715	-15%	n.d.	-
<b>Totale Rso</b>	<b>34.185.483</b>	<b>6%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>12.545.547</b>	<b>-6%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Rss/Prov. aut.	2011	Variaz. %	2012	2011	Variaz. %	2012	2012	2012
Valle d'Aosta	27.264	9%	25.320	-7	33.604	-4%	32.635	-3
Pa Bolzano	99.954	5%	n.d.	-	147.656	54%	n.d.	-
Pa Trento	90.926	9%	93.604	3	125.718	64%	133.544	6
Friuli V.G.	297.092	22%	243.869	-18	146.611	19%	267.619	83
Sicilia **	2.033.239	13%	2.467.390	21	1.854.884	-3%	2.088.019	13
Sardegna	771.067	11%	-	-	306.521	22%	n.d.	-
<b>Totale Rss/Pa</b>	<b>3.319.537</b>	<b>13%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2.614.994</b>	<b>5%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Totale nazionale</b>	<b>37.505.020</b>	<b>6%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>15.160.541</b>	<b>-4%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

(\*\*) Debiti verso Stato, Comuni e altri enti pubblici, tesoriere o altri istituti di credito, dipendenti, istituti di previdenza e di sicurezza sociale, debiti tributari e altri debiti; (\*\*\*) Regioni sottoposte a Piani di rientro.

Fonte: Corte dei conti 2013

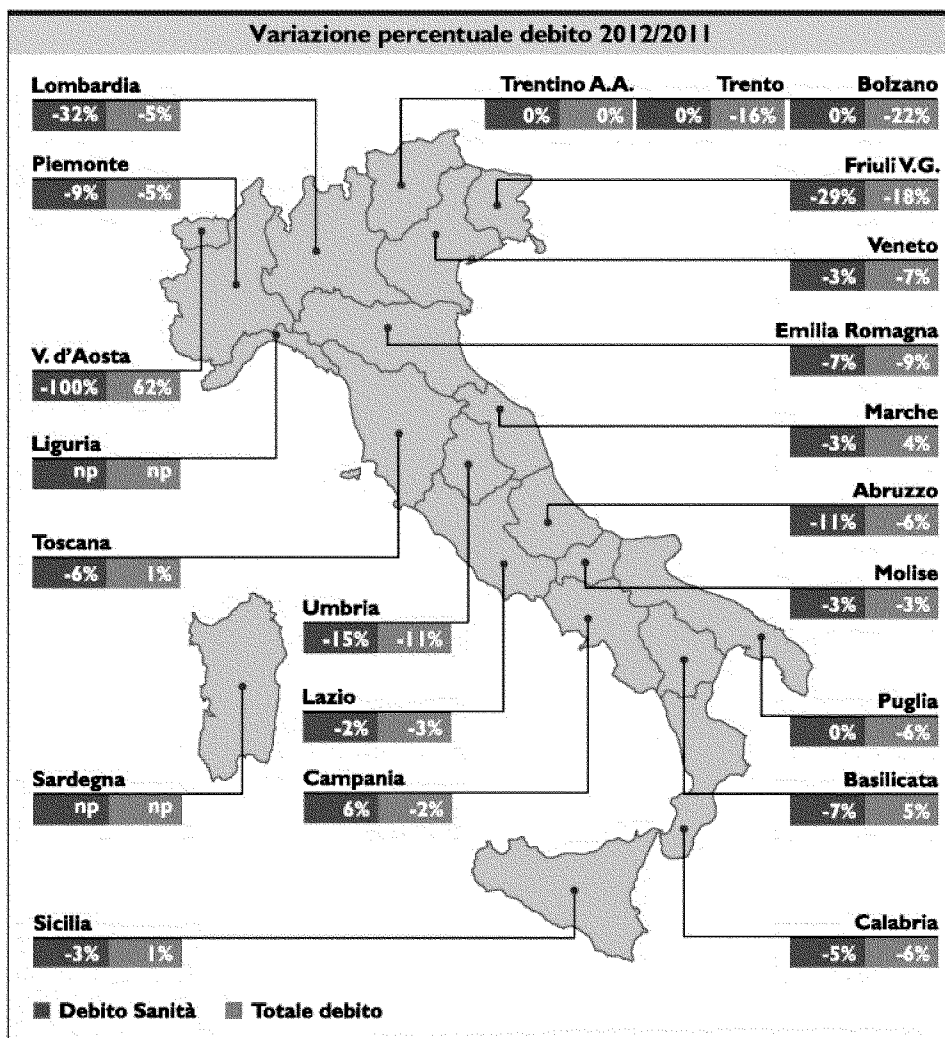
**Totale indebitamento delle Regioni (anni 2011-2012)**

Regioni	A carico Regioni				A carico Stato				Totale debito (Regioni e Stato)		Totale debito Sanita	
	Totale		di cui Sanita		Totale		di cui Sanita		2011	2012	2011	2012
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Piemonte	6.445.341	6.215.729	83.058	75.507	694.650	573.813	0	0	7.139.991	6.789.541	83.058	75.507
Lombardia	2.367.633	2.227.680	310.391	212.588	840.340	817.758	0	0	3.207.973	3.045.438	310.391	212.588
Veneto	1.414.664	1.339.887	254.619	241.105	1.007.539	910.098	531.962	520.905	2.422.202	2.249.985	786.581	762.010
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emilia R.	854.699	856.855	854.699	794.058	309.941	198.454	0	0	1.164.640	1.055.309	854.699	794.058
Toscana	1.180.549	1.231.403	173.245	162.934	243.279	209.246	0	0	1.423.828	1.440.649	173.245	162.934
Marche	1.013.262	1.083.667	434.861	421.778	130.984	110.075	0	0	1.144.246	1.193.742	434.861	421.778
Umbria	372.984	360.378	15.585	13.170	2.103.973	1.843.934	0	0	2.476.956	2.204.312	15.585	13.170
Lazio *	10.120.211	9.820.022	5.891.999	5.747.234	505.286	482.505	0	0	10.625.497	10.302.527	5.891.999	5.747.234
Abruzzo	1.511.899	1.420.288	659.408	588.692	38.192	30.388	0	0	1.550.091	1.450.676	659.408	588.692
Molise	393.862	384.518	98.802	95.943	9.358	7.237	0	0	403.220	391.755	98.802	95.943
Campania	5.673.874	5.712.993	1.512.203	1.602.935	173.518	0	0	0	5.847.393	5.712.993	1.512.203	1.602.935
Puglia	1.988.145	1.871.282	744.206	741.456	95.687	77.998	0	0	2.083.832	1.949.280	744.206	741.456
Basilicata	261.044	305.182	7.330	6.850	171.663	149.507	0	0	432.707	454.689	7.330	6.850
Calabria	740.100	676.660	345.353	319.665	533.894	517.026	325.204	318.606	1.273.994	1.193.686	670.557	638.271
<b>Totale Rso</b>	<b>34.338.267</b>	<b>33.506.543</b>	<b>11.385.760</b>	<b>11.023.917</b>	<b>6.858.304</b>	<b>5.928.039</b>	<b>857.166</b>	<b>839.511</b>	<b>41.196.571</b>	<b>39.434.583</b>	<b>12.242.926</b>	<b>11.863.428</b>
Bolzano	90.847	69.487	0	0	19.607	16.696	0	0	110.454	86.183	0	0
Trento	0	0	0	0	26.196	22.046	0	0	26.196	22.046	0	0
Friuli V.G.	1.017.510	832.285	201.930	144.058	132.561	110.265	0	0	1.150.071	942.551	201.930	144.058
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sicilia	5.304.533	5.384.636	2.502.530	2.452.563	344.456	298.809	147.152	120.794	5.648.989	5.683.445	2.649.682	2.573.357
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valle d'Aosta	342.477	603.594	783	0	58.300	47.255	0	0	400.778	650.849	783	0
<b>Totale Rss esaminate</b>	<b>6.755.367</b>	<b>6.890.002</b>	<b>2.705.243</b>	<b>2.596.621</b>	<b>581.121</b>	<b>495.071</b>	<b>147.152</b>	<b>120.794</b>	<b>7.336.488</b>	<b>7.385.073</b>	<b>2.852.395</b>	<b>2.717.415</b>
<b>Totale Rso + Rss</b>	<b>41.093.634</b>	<b>40.396.546</b>	<b>14.091.002</b>	<b>13.620.538</b>	<b>7.439.425</b>	<b>6.423.111</b>	<b>1.004.318</b>	<b>960.305</b>	<b>48.533.059</b>	<b>46.819.656</b>	<b>15.095.321</b>	<b>14.580.843</b>

\* Dati forniti dalla Sezione regionale di controllo per la Regione Lazio.

Nota: L'importo totale mutui a carico Regioni non tiene conto dell'apposita annotazione in calce all'allegato relativo alla Regione Lazio, da cui risulta che la sostanza debitoria complessiva al 31 dicembre 2011 ammonta a euro 12.209.306.266 e, al 31 dicembre 2012, a euro 11.741.449.489, tenendo conto delle operazioni che, pur essendo qualificabili come indebitamento regionale, non possono essere considerate "mutui" od "obbligazione".

Fonte: Corte dei conti, agosto 2013



**PATTO E DINTORNI**

## Il pokerissimo d'autunno

Risorse e organizzazione: le partite aperte tra Governo e Regioni

**P**atto, riparto federalista, copertura dei ticket e revisione del Prontuario, contratti e convenzioni. L'autunno di Governo e Regioni - eventuali crisi permettendo - si annuncia fittissimo di tavoli e trattative, con l'obietti-

vo del ministro Lorenzin di fare in fretta, magari prima della Legge di stabilità e quello dei governatori di stare a guardare proprio cosa ci sarà in quella legge, soprattutto dal punto di vista delle risorse.

A PAG. 9

*Patto, riparto, ticket, farmaci e contratti: Lorenzin e i governatori giocano la partita d'autunno*

# Tutti i rebus sui tavoli del Ssn

**Il giro di boa è la legge di stabilità - Dubbi dalla tenuta del Governo**

**P**atto per la salute, riparto 2013, copertura dei 2 miliardi di ticket, farmaci: a settembre si aprono i giochi, con gli occhi puntati alla legge di stabilità 2014 per gli aspetti economici che sono la nota dolente della Sanità pubblica nazionale. E si ricomincia da dove ci si era lasciati all'inizio di agosto, con partite importantissime tutte aperte e da giocare in fretta per il futuro (prossimo) del Ssn. Sempre che il Governo ce la faccia a superare la minaccia di una crisi ulteriore legata alla condanna a sette anni di carcere e all'interdizione perpetua dai pubblici uffici di Silvio Berlusconi su cui deve decidere il Parlamento, che potrebbe aprire la crisi e paralizzare tutto.

C'è in prima linea il grande rebus del nuovo **Patto per la salute** da risolvere. Su cui per ora l'unico accordo formalizzato è quello di dare il via a dieci tavoli di lavoro Governo-Regioni per stabilire tutte le nuove regole. Che partono il 9 settembre e il primo calendario fissato arriva fino al 20 del mese (vedi tabella). Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, auspica di trovare un accordo prima dell'inizio della discussione sulla legge di stabilità per garantire, ha detto, «una reale programmazione degli interventi che le Regioni dovranno fare nei prossimi anni». Ma l'argomento è delicato e i governatori vanno coi piedi di piombo, anche perché il Patto dovrà «garantire l'equilibrio economico-finanziario, col fine di migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e garantire l'unitarietà del sistema».

Gli elementi principali sono il dilemma dei **ticket** da due miliardi da cancellare (con la legge di stabilità che dovrà stabilire i termini economici della partita) e di tutto il sistema comunque da rimodulare, con un occhio al nuovo Isee fresco di approvazione. Poi sempre col Patto, ci sono le **cure h24** sul territorio ancora in alto mare e la ristrutturazione della **rete ospedaliera**, rendendo «inoffensivi» i **piccoli ospedali** pericolosi per la salute, riconvertendoli in strutture dedicate a cure di media e bassa intensità e applicando il regolamento sugli standard ospedalieri in cui c'è l'obiettivo di ridurre lo standard di posti letto ospedalieri a carico del servizio pubblico entro i 3,5 per mille abitanti, comprensivi di 0,5 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione. Il regolamento, messo a punto dal precedente Governo, è ancora in stand by, ma il ministro Lorenzin ha accelerato, ricordando - dopo averlo affermato nell'intervista di giugno su Il Sole-24 Ore Sanità - che il Ssn ha bisogno di un «processo organizzativo che parte dalle migliori pratiche» e le ottimizza. Ma questi argomenti hanno un altro ostacolo sul loro cammino: i sindacati dei medici. «Annunciare nuovi interventi sugli ospedali è fuori luogo» è la reazione dell'Anao. Perché, dicono, ancora manca la definizione, dopo i Lea, dei livelli essenziali organizzativi cui vincolare Regioni e aziende sanitarie nei loro processi di riorganizzazione spesso dettati esclusivamente da ragioni economiche. Perché i contratti di lavoro rimangono al palo, perché la normativa su riposo e orario di lavoro non viene

rispettata, perché manca ancora una legge sulla responsabilità professionale e sulla riduzione del rischio clinico.

Poi, ancora nel Patto, si dovranno rivedere, tra le altre, le regole sui **piani di rientro**, l'**integrazione sociosanitaria** (i famosi Liveas, mai nati), i **rapporti Ssn-Università** e la questione rovente - la direttiva Ue entra in vigore a ottobre - delle tariffe per la **mobilità** interregionale, ma soprattutto **transfrontaliera**.

E una soluzione rapidissima la richiede anche il nodo irrisolto del **riparto 2013**, di cui non si ha ancora traccia nonostante si sia compiuto il giro di boa di metà anno. Le regole sono quelle federaliste dei costi standard, ma se le cinque Regioni di riferimento sono ormai acquisite (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche e Umbria) la scelta delle tre benchmark su cui parametrare conti e standard è stata rinviata all'autunno, ormai alle porte. Anche perché i governatori chiedono ancora chiarezza sui finanziamenti del Ssn, che però con tutta probabilità non arriveranno prima di metà ottobre, quando il provvedimento di stabilità 2013 farà il suo ingresso in scena. Una chiarezza necessaria dopo le innumerevoli richieste delle Regioni e per allontanare ogni dubbio di ulteriori possibili manovre - contro cui il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha promesso di vegliare e di far sì che si parli solo di appropriatezza e mai più di tagli lineari - su cui qualche ombra c'è, soprattutto dopo le dichiarazioni estive del ministro dell'Economia Saccomanni che ha annunciato di lavorare a una nuova fase di spending review da 4-5 miliardi

nel 2014, Sanità compresa.

Con il Patto - nonostante le fughe in avanti che dal 2008 a oggi ci sono state con l'ampliamento dei Drg a rischio e l'accelerata su malattie rare e patologie croniche della proposta Balduzzi ferma però all'Economia - c'è anche da risolvere la «questione **Lea**», ancora nel guado. I livelli essenziali sono per la maggior parte ancora quelli approvati nel 2001, ma in questi anni molto è cambiato, dalle indagini diagnostiche divenute obsolete e da cancellare a quelle innovative e tecnologicamente all'avanguardia da prevedere, dall'assistenza a categorie prima dimenticate come, appunto, le malattie rare e le croniche allo stop da dare a un eccesso di prestazioni «inutili» (che nei «vecchi» Lea sono state lasciate alla volontà delle Regioni) e/o a rischio che spesso ancora si erogano a carico del Ssn.

C'è poi la partita dei **farmaci**. La spesa (almeno quella territoriale, visti gli exploit dell'ospedaliera che non accenna a frenare) è calata vetriginosamente e a ritmo costante negli ultimi anni. Anche se alcune prime previsioni Aifa indicano una ripresa (se non uno sforamento) nel 2013. Ma ci sono altre partite apertissime per il settore. Quella del **Prontuario** da «ripulire» sul quale sono sul chivalà tutte le com-

ponenti della filiera. E quella (rinviata al 31 dicembre 2013 dal Dpcm del 26 giugno) della **remunerazione della filiera distributiva** del farmaco: visti i tempi, i tavoli Governo-industria-grossisti-farmacisti devono essere necessariamente aperti a settembre.

Un percorso delicatissimo quindi. Su cui gli ostacoli non mancano davvero. Dalla tenuta del Governo, più forte dopo la soluzione alla questione Imu, ma che deve fare i conti con una finanza pubblica sempre in riserva ai "rallentamenti" per affrontare le questioni aperte sul versante del personale che non accenna a ridurre le minacce di dure reazioni. Il **blocco economico dei contratti** è confermato per tutto il 2014, ma i sindacati chiedono con forza che la trattativa normativa sia comunque aperta, analogamente a quella che dovrà esserci per legge (la 189/2012) per la **revisione delle convenzioni**. E c'è da trovare una soluzione definitiva all'**obbligo assicurativo** per i sanitari, dopo la proroga nel decreto «Fare» della scadenza di un anno (a metà 2014 quindi).

Infine le questioni aperte in Parlamento (v. anche pagina 12) su cui ancora una volta c'è il pressing fortissimo di tutto il mondo professionale del Ssn: la **responsabilità dei medici** che va di pari passo con la partita dell'assicurazione obbligatoria, e, in pole position, la **revisione degli Ordini professionali**, con le proposte di legge che stanno per essere unificate al Senato e il Ddl del ministro Lorenzin che deve fare il suo ingresso a brevissimo - con questo e altri temi - nel dibattito parlamentare.

Alta tensione quindi in autunno, e gli incontri (e gli scontri) si annunciano a ritmo serrato fino a fine anno. Con l'obiettivo annunciato dal ministro Lorenzin e stavolta condiviso anche dalle Regioni, di mettere a punto una programmazione di medio termine che non sia più solo triennale, ma copra almeno cinque anni con il Patto che diverrà 2013-2017.

**P.D.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le tappe per il Patto per la salute					
Argomenti/Gruppi	Regione capofila	Data avvio attività	Argomenti/Gruppi	Regione capofila	Data avvio attività
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fabbisogno Servizio sanitario nazionale e costi standard</li> <li>Aggiornamento dei Lea</li> <li>Revisione compartecipazione</li> </ul>	Lombardia/ Campania	9 settembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reti territoriali</li> <li>Integrazione ospedale territorio</li> <li>Cure primarie</li> <li>Prevenzione - Izs - Veterinaria</li> </ul>	Emilia Romagna	16 settembre
<ul style="list-style-type: none"> <li>Edilizia sanitaria, investimenti e ammodernamento tecnologico</li> <li>Fondi strutturali e Politiche di coesione</li> <li>Beni e servizi non sanitari</li> </ul>	Puglia	9 settembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilità interregionale e transfrontaliera</li> <li>Tariffe</li> </ul>	Umbria/ Campania	17 settembre
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema di monitoraggio e verifica degli adempimenti regionali e organismi di monitoraggio - Stem</li> <li>Rivisitazione c.d. piani di rientro</li> <li>Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica</li> <li>Sistema informativo</li> </ul>	Sicilia/ Lombardia	11 settembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestione sviluppo risorse umane</li> <li>Professioni sanitarie</li> <li>Formazione</li> </ul>	Liguria	18 settembre
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rete assistenza ospedaliera e accreditamento strutture private</li> </ul>	Toscana/ Calabria	13 settembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sociale</li> <li>Integrazione con il socio sanitario</li> <li>Obiettivi di servizio</li> </ul>	Piemonte	19 settembre
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistenza farmaceutica e dispositivi medici</li> </ul>	Toscana	20 settembre
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapporti Università /Servizio sanitario nazionale</li> <li>Ricerca sanitaria</li> </ul>	Lazio/ Marche	20 settembre

Il coordinamento tecnico di tutti i gruppi è del Veneto

L'INTERVENTO

## Non è vero benchmark senza il Sud

**A**ll'orizzonte il Patto per la salute. Un ottimo strumento per programmare l'intervento sanitario del prossimo triennio ma anche per attuare il federalismo fiscale, troppo trascurato dalla politica che deve fare ammenda. Questa volta il gioco si fa più pesante del solito. Ci saranno, infatti, da rintracciare preliminarmente 2 miliardi di euro per evitare i ticket, di importo corrispondente, previsti per l'inizio dell'anno prossimo.

Su tutto dovrà realizzarsi due cose, dalle quali dipendono le sorti della tutela della salute nel Paese.

La prima è quella di dare puntuale applicazione alla determinazione dei costi standard. Al riguardo, dovrà essere garantita una corretta rappresentatività geografica delle Regioni, più di quanto si è avuto notizia nei giorni scorsi. Senza la presenza di una Regione meridionale non si passa, nel senso che nessun benchmark potrà mai essere correttamente rappresentativo di ciò che serve. E al Centro-Sud serve tanto, più che altrove, nella determinazione delle risorse da destinare alla Sanità. Peraltro che ci debba essere una Regione del Sud è scritto nelle leggi e, in quanto tale, un tale obbligo deve essere ineludibilmente rispettato. Ciò al fine di rendere il "prezzo giusto" disponibile alle Regioni nella sua più corretta determinazione.

La seconda riguarda invece la "gigantografia" delle Regioni in piano di rientro (sono ancora otto), di cui cinque commissariate. Invero, la determinazione dei costi standard non sarà affatto rimediabile per siffatte situazioni di disagio inguaribile.

Ciò per altrettanti due motivi:

- perché con i costi standard, per come saranno valorizzati, sarà impedito continuare a pagare i mutui accessi per saldare il debito pregresso. Non si po-

tranno difatti soddisfare i ratei annuali di pagamento con le risorse destinati ai livelli essenziali di assistenza. Dei due l'una: o pagare i mutui plurimilionari esistenti e non fornire i Lea alla popolazione oppure, alternativamente, soddisfare gli oneri di ammortamento annui e, di conseguenza, lasciare a secco di assistenza i cittadini;

- perché senza una sana perequazione infrastrutturale non si riusciranno a realizzare le indispensabili condizioni essenziali produttive di salute nel Paese. Solo uno stolto potrebbe pensare che potrà prodursi una buona salute senza gli strumenti tecnici più attuali e le risorse finanziarie per farlo. Senza tutto questo: il Sud continuerà a mandare clienti nel Nord, perché attrezzato di tecnologie da Dopoguerra; il Nord continuerà così a farsi ricco con le povertà del Mezzogiorno. Con quella mobilità passiva che produce per la sola Lombardia un saldo di oltre mezzo miliardo di euro all'anno.

Quindi, ben venga il Patto della salute, ma fatto sul serio. Che sia lo strumento di accesso e di realizzazione del migliore federalismo fiscale. Un sistema degno di questo nome per garantire la migliore unità sostanziale della Repubblica, che sia garante dei Lea ovunque e che sancisca responsabilità e sanzioni per chi sbaglia! Queste ultime da riscrivere dopo la falce, da parte della Corte costituzionale (sentenza 219/2013), di parte del decreto legislativo 149/2011. Più precisamente, del fallimento politico dei presidenti delle Regioni riconosciuti incapaci. Senza responsabilità e relative sanzioni non si va da nessuna parte.

**Ettore Jorio**  
*Università della Calabria*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



## Discussione a Roma sul futuro dell'ospedale: «No alla riconversione»

# Maresca, riparte la battaglia

## Question time alla Camera:

# «Subito interventi urgenti»

La battaglia per salvare l'ospedale Agostino Maresca riparte da Montecitorio. A cinque mesi dal flop dell'iniziativa promossa dagli onorevoli Nello Formisano, Arturo Scotto, Luisa Bossa, Luigi Gallo e Giorgio Piccolo - un'interrogazione a risposta scritta al ministro della salute, fino a oggi rimasta lettera morta - il vicepresidente nazionale di Centro Democratico rispolvera i concetti messi nero su bianco il 3 aprile per ottenere «in diretta» una risposta da Beatrice Lorenzin durante il Question Time in programma oggi alle 15 alla Camera. «Chiederò al ministro della salute - afferma il segretario regionale del movimento guidato da Bruno Tabacci - se non ritenga doveroso verificare con urgenza, attraverso un monitoraggio dell'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari, il rispetto dei livelli essenziali di assistenza per riportare il rapporto degenze/posti letto in Campania più vicino alla media nazionale». Un obiettivo prioritario dell'agenda politica del sindaco Gennaro Malinconico, portato nuovamente a Roma dal leader di Centro Democratico. Pronto a sottolineare come «il ministro della salute non può non tenere conto delle esigenze dei 350.000 abitanti 'serviti' dalla struttura sanitaria di Torre del Greco».

Concetti articolati in quattro pagine - destinate a essere discusse oggi durante il Question Time alla Camera - in cui l'onorevole di via Martiri d'Africa snocciola date e numeri dell'agonia dell'ospedale Agostino Maresca: «Il commissario ad acta del piano di rientro del settore sanitario il 27 settembre del 2010 - la premessa di Nello Formisano - ha approvato il riassetto della rete ospedaliera territoriale, disponendo che i direttori generali e commissari straordinari delle aziende sanitarie locali procedessero alla presentazione di un piano attuativo aziendale di riorganizzazione, di riconversione, di riallocazione e/o di dismissione dei propri presidi ospedalieri». Una corsa ai tagli che, secondo il piano stilato dall'Asl Napoli 3 Sud, prevedeva la riconversione del nosocomio di via Montedoro in un centro di lungodegenza e riabilitazione mentre il «punto di riferimento» per la sanità all'ombra del Vesuvio era stato individuato nell'ospedale Sant'Anna e Madonna delle Nevi di Boscotrecase: «La riconversione - sottolinea Nello Formisano - era subordinata all'attivazione dell'emergenza e urgenza all'ospedale del Mare di Ponticelli, struttura polifunzionale a oggi in costruzione e interessata da provvedimenti legali e contrattuali che rischiano di rallentare il suo completamento e la

successiva apertura». Una brusca frenata sulla tabella di marcia che, tuttavia, non ha impedito ai vertici della Regione Campania di bloccare - il 31 dicembre 2012 - qualsiasi tipo di assunzione, mobilità e trasferimento di personale all'interno delle Asl del territorio «provocando in sintesi - attacca Nello Formisano - l'impossibilità totale di sopperire a mancanze, carenze, pensionamenti e stati di malattia del personale stesso».

In pratica, mettendo in ginocchio l'unico presidio sanitario che serve Torre del Greco, Ercolano, Portici, San Giorgio a Cremano e San Sebastiano al Vesuvio: «I disagi e le criticità provocate hanno allertato la cittadinanza - sottolinea il numero due di Centro Democratico - al punto tale da promuovere la formazione di comitati civici spontanei di protesta sostenuti da operatori sanitari, forze politiche e sindacali che da anni sottopongono ai vertici politici e istituzionali che hanno compito decisionale la grave situazione in cui versa il territorio: la cittadinanza e le amministrazioni dei comuni interessati hanno più volte avuto rassicurazione da parte dei vertici di Asl e Regione Campania sull'inapplicabilità del decreto del 27 settembre del 2010 per la parte riguardante l'ospedale Agostino Maresca, ma tale decreto è di riferimento per la redazione dei piani attuativi».

Un punto nevralgico finito al centro di numerose proteste e cortei in strada per salvare la struttura sanitaria di via Montedoro: una battaglia che sembrava avere ottenuto un risultato attraverso la delibera 830 firmata dal sub commissario Mario Morlacco e dal governatore Stefano Caldoro che assegnava 16 posti letto al reparto di chirurgia; 22 posti letto al reparto di medicina; 10 posti letto al reparto di gastroenterologia; 16 posti letto al reparto di Spdc e 70 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza. «Tale delibera non è mai stata resa realmente attuativa - accusa Nello Formisano - a discapito di impegni ufficialmente sottoscritti. A mio giudizio, il presidente della Regione Campania, il sub-commissario ad acta nella regione Campania, il presidente della provincia di Napoli, il direttore generale della Asl Na3sud stanno producendo un disastro in termini di servizio al cittadino, salute pubblica e vite umane». Di qui, la nuova interrogazione - stavolta a risposta diretta in assemblea - al ministro della salute Beatrice Lorenzin per sollecitare interventi atti a scongiurare il rischio chiusura per l'ospedale della città del corallo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA  
@Metropolis\_Web

**La sanità**

## Emergenza Asl presidi in rete tra tagli e ristrutturazioni

**Il piano****Simona Paolillo**

«Get the right to the hospital in the right time» che tradotto significa «giusto paziente nel giusto ospedale nel giusto momento». Esordisce così il direttore generale Antonio Squillante alla presentazione del primo Piano della Rete dell'emergenza-urgenza dell'Asl Salerno. «Finora non è stato così ma con questo piano lo sarà».

Antonio Squillante mostra un cauto ottimismo e chiarisce subito «Non è un piano di soli tagli ma di razionalizzazione». La rete dell'emergenza-urgenza costerà circa 23 milioni di euro al netto delle convenzioni e delle collaborazioni ancora necessarie soprattutto per la carenza di personale. A regime, il piano conterà ben 315 unità lavorative ma attualmente sono in 215 i professionisti, tra medici e infermieri, che si occupano dell'Sos della sanità. Il piano si distingue nella rete per infarti, stroke (una forma particolare di ictus) e traumi, gastroenterologia ed è organizzato in Psaut (presidi sanitari territoriali), Saut (assistenza sanitaria territoriale) e Punti di primo intervento e due dipartimenti integrati di emergenza a nord e a sud della provincia. Nel «Die 1» confluiranno i nosocomi di Sarno, Battipaglia, Eboli ed Oliveto Citra (fino alla realizzazione del Valle del Sele) Nocera Inferiore e la centrale operativa del Ruggi; nel «Die 2» insisteranno i nosocomi di Polla-Santarsenio, Sapri, Roccadaspide (fino alla realizzazione del Valle del Sele) e la centrale operativa di Vallo della Lucania. Tutti i pronto soccorso avranno un'area di osservazione breve intensiva «per evitare ricoveri impropri». Dappertutto ci sarà il «triage», una speciale assistenza al bancone del pronto soccorso (partiranno a breve i corsi formativi). L'attenzione è tutta per le trasfor-

mazioni degli ospedali di Agropoli e Scafati che nella nuova rete dell'emergenza saranno rispettivamente un Psaut ed un Punto di primo intervento. Ad Agropoli in realtà va, in pratica, quell'attività ambulatoriale di primo soccor-

so che è stata tolta al comune di Teg-  
giano (che resta un Saut). Scafati sarà abilitato a praticare piccoli interventi chirurgici e si avvarrà anche di un rianimatore ed un cardiologo in più. Le postazioni Saut da 28 passeranno a 25. Vengono soppresse quelle di Baronissi, Acerno, Agropoli, Gioi, Padula, ma ci sono quelle di nuova istituzione come Mercato San Severino, Casalietto Spartano e Teggiano. Le postazioni «Psaut» erano e restano cinque con il cambio tra Teggiano e Agropoli e la soppressione di Scafati che diventa PPI, quindi saranno a Pagani, Salerno, Capaccio, Agropoli e Montesano sulla Marcellana. Le ambulanze di tipo B passano da 20 a 24 con la soppressione delle postazioni di Lancusi, Mercato San Severino, Pontecagnano Faiano, Giffoni Valle Piana e Olevano sul Tusciano e la nuova istituzione di: Angri, Campagna, Altavilla Silentina, Aquara, Acerno, Corleto Monforte, Stio, Omignano Scalo, Marina di Camerota.

«Abbiamo voluto investire nella rianimazione» ha dichiarato Squillante sottolineando che le ambulanze di tipo A sono aumentate, da 4 a 6: a quelle di Campagna, Vallo della Lucania, Polla e Capaccio, si sono aggiunte quelle di Scafati, Agropoli e PolICASTRO. In totale le ambulanze della nuova rete dell'emergenza sono ben 61 in quanto bisogna considerare i 25 saut, le 6 ambulanze rianimative, le 24 ambulanze medicalizzate, le ambulanze dei Psaut di Pagani, Montesano sulla Marcellana, Agropoli e Capaccio, a questi poi bisogna aggiungere 2 auto medicalizzate. Per quanto riguarda il 118 Squillante anticipa «in inverno troveremo una soluzione per omogenizzare anche qui».

---

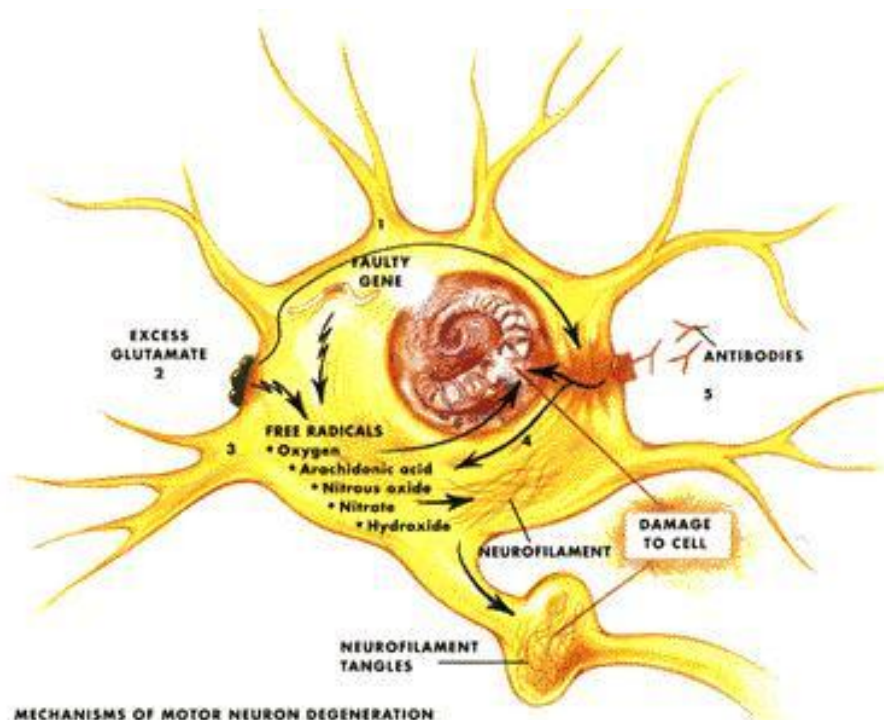
**L'urgenza**  
Più ambulanze  
in strada  
ma meno Saut  
Squillante  
«Evitare  
ricoveri  
impropri»

---



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



Un videogioco per due: quello che pensa di fare una cosa e l'altro che (a distanza) la fa con un gesto. Così l'esperimento (riuscito) di un ricercatore italiano dell'università di Seattle cambierà il mondo

# Cervello

## L'ultima magia della scienza trasmettere il pensiero si può



DAL NOSTRO INVIATO  
MASSIMO VINCENZI

NEW YORK

**I**l video ricorda più un b-movie di fantascienza anni Cinquanta che un esperimento: ci sono due giovani uomini con in testa strani aggeggi a metà tra l'elmetto e la cuffia da bagno da cui spuntano parecchi fili, poi uno agita la mano nell'aria e l'altro in simultanea, mosso dall'impulso esterno, muove la sua sulla tastiera che ha davanti a sé. Per capire che è successo qualcosa di storico bisogna osservare le facce degli altri presenti nella stanza: prima sorridono increduli poi applaudono felici.

Quello che è accaduto alla Washington University di Seattle è il primo test che prova la trasmissione del pensiero e il controllo della mente. Idea da film appunto, che parte dalla fantasia di Fritz Lang, passa da Star Trek e arriva sino a Voldemort, il mago cattivo di Harry Potter. Ma questa sceneggiatura è un capolavoro della scienza con dentro anche un pizzico di Italia, visto che uno dei due ricercatori si chiama Andrea Stocco: nato 37 anni fa a Udine, laurea a Trieste e adesso, come spesso capita, un lavoro in America. Lui è quello che riceve il comando, dall'altra parte c'è l'amico Rajesh Rao.

La procedura, giurano i due, è semplice, usa tecniche già note, quello che è rivoluzionario è aver messo tutto questo in connessione. In un laboratorio del campus studiato Rajesh Rao che guarda sullo schermo del pc un vecchio videogioco con le astronavi che si inseguono e combattono. Ma non ha la tastiera, così quando inquadra nel mirino i nemici può solo pensare di sparare: le sue onde cerebrali vengono inviate a un apparecchio per l'encefalogramma che a sua volta li

**“È come quando hai un tic nervoso, ma senza quella tensione muscolare che lo precede”**

manda ad un computer. Qui grazie al consueto algoritmo il messaggio viene codificato e spedito via Internet dove sta Andrea Stocco che è collegato ad un'altra macchina per la stimolazione magnetica transcranica, da cui parte l'ordine.

«È come quando hai un tic nervoso, ma senza la tensione muscolare che lo precede. Sino ad un attimo prima che la mia mano si muovesse non ho avvertito alcun stimolo, quando ho capito cosa era successo è stato molto emozionante», racconta Stocco. E il suo collega spiega: «È presto, ma abbiamo ottenuto un risultato importante: per la prima volta abbiamo dimostrato che si può trasmettere il pensiero. Internet è stata la strada per far circolare le idee di persone sparse nel mondo, ora può essere la chiave per collegare le menti».

Gli scienziati studiano da tempo i meccanismi del cervello umano, qualche mese fa un gruppo di lavoro della Duke University è riuscita a provare la trasmissione del pensiero tra i topi ma adesso si aprono nuovi scenari. E, sull'edizione americana, il *National Geographic* si diverte ad immaginare quello che accadrà grazie alla scoperta. I compositori scriveranno la loro musica senza dover ricorrere a strumenti: basterà immaginare la melodia e il computer restituirà loro il suono

perfetto. Meno poetica ma più utile la app sperimentale chiamata *Good Times* che funziona più o meno come una segretaria personale: il telefono legge l'attività celebrale e se avverte che si è impegnati a fare altro indirizza la chiamata in arrivo verso la segreteria telefonica. Una start-up cilena, *Thinker Thing*, promette invece di rivoluzionare il design, grazie anche alle stampanti in 3D: l'oggetto disegnato si trasforma interagendo con i gusti del suo creatore, a seconda degli stati d'animo, rimangono le forme che piacciono, svaniscono quelle che suscitano cattivi pensieri. Ecco poi tablet,

**“Ci vorranno anni ma sarà una vera svolta per tutte le possibili applicazioni”**

smartphone che si comanderanno senza usare le mani, ci lavorano tutte le più grandi compagnie: la Samsung è quella più avanti. Uguale destino per le auto e la stessa tecnologia aiuterà le persone che sono su una sedia a rotelle. In campo medico si sta studiando come applicare tutto questo agli arti artificiali donando loro una sensibilità e un calore quasi umani.

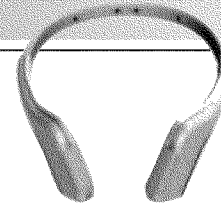
«Ci vorranno molti anni, ma sarà una vera rivoluzione», giurano i colleghi di Stocco e Rao intervistati da *Usa Today*. E il portavoce della Washington University dice: «È piuttosto folle, ma è tutto vero». Tutto così affascinante, come dentro un film da Oscar.

### Le tecnologie



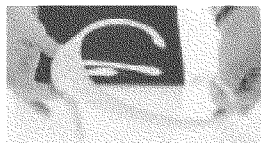
#### TABLET

Samsung sta studiando come usare il pensiero per accendere, spegnere o lanciare un'applicazione con il Galaxy Note 10.1



#### FASCIA CON SENSORI

Sul mercato a fine anno, Muse: è la fascia di Interaxon per controllare videogiochi, ridurre lo stress e connettersi ai dispositivi iOS o Android

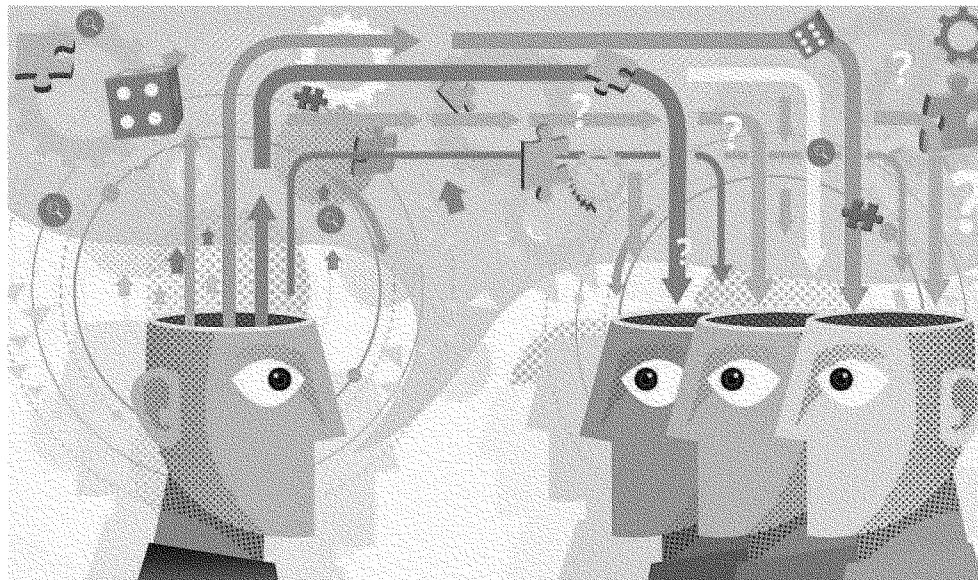


#### CUFFIA WIRELESS

Emotiv ha lanciato Insight, una cuffia che legge gli impulsi cerebrali e li traduce, grazie a una app, in dati comprensibili a tutti

#### IL TEST

Da sinistra: Rajesh Rao e Andrea Stocco, i due ricercatori, durante l'esperimento condotto il 12 agosto nella University of Washington di Seattle



## L'intervista

Andrea Stocco. "Escluse le conseguenze negative"  
"Dai chirurghi ai piloti  
ecco a chi potrà servire"

FRANCESCA BOTTENGI

ROMA— «Il mio collega Rajesh non avrebbe potuto utilizzare la mia mano per darmi uno schiaffo. È un gesto troppo complesso per la tecnologia che possediamo ora», ammette sorridendo il professor Andrea Stocco. Trentasettenne, originario di Palmanova (Udine), emigrato negli Stati Uniti nel 2005 al termine del dottorato in Psicologia («Sì, sono uno dei tanti cervelli in fuga»): tre anni fa è arrivato a Seattle, dove il 12 agosto scorso ha partecipato all'esperimento di trasmissione del pensiero.

### Quali saranno i vostri prossimi passi?

«Cercheremo di replicare il test con dei partecipanti che siano all'oscuro del suo funzionamento. Poi lavoreremo alla trasmissione di sensazioni o immagini molto elementari».

### Quali prospettive si aprono?

«Per il futuro abbiamo in mente tre scenari. Il primo prevede il controllo motorio: un chirurgo potrebbe guidare le mani di qualcun altro per svolgere un'operazione a distanza. Un pilota potrebbe utilizzare lo stesso metodo per far atterrare un aereo. La seconda prospettiva riguarda il trasferimento di competenze complesse: se un professore di fisica è geniale ma non è in grado di spiegare, i suoi alunni potrebbero attingere alle informazioni direttamente dal suo cervello. La terza possibilità è legata alla neuro-riabilitazione. Potremmo aiutare i pazienti colpiti da ictus

nell'apprendere di nuovo a parlare e muoversi».

### E quali sono invece i possibili rischi?

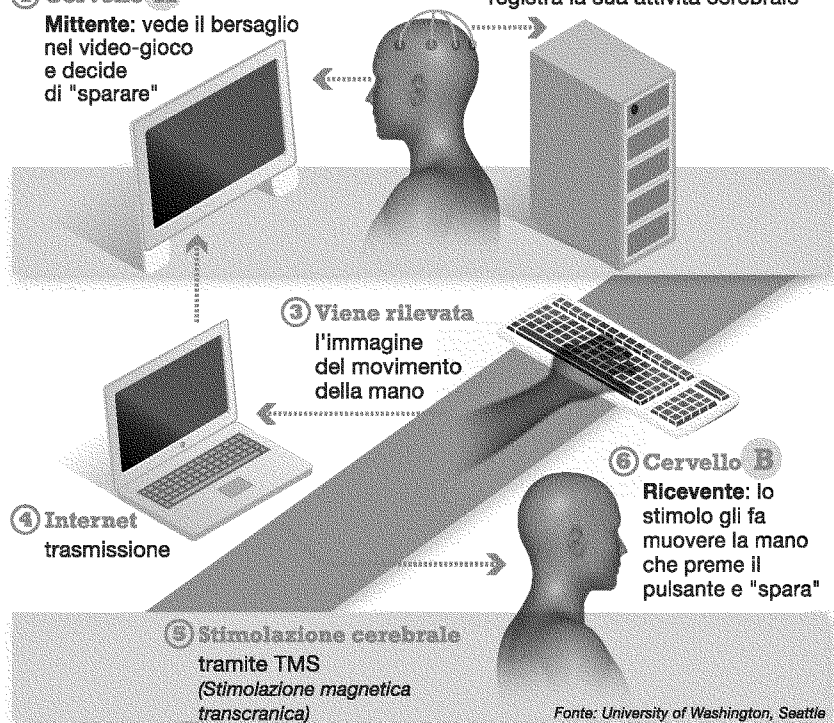
«Nel 2011, prima di partire con il progetto, abbiamo riflettuto molto sui lati negativi. Ci siamo però resi conto che le applicazioni malvagie, quali il controllo remoto della mente senza che il soggetto ne sia consapevole, richiederebbero apparecchiature super miniaturizzate e decisamente più avanzate. Ora come ora non riusciamo nemmeno a immaginarle».

## L'esperimento

### 1 Cervello A

Mittente: vede il bersaglio nel video-gioco e decide di "sparare"

### 2 L'elettro-encefalogramma registra la sua attività cerebrale



Fonte: University of Washington, Seattle