



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





La maggior parte delle richieste di credito è legata alla necessità di effettuare interventi odontoiatrici

Le inefficienze del pubblico lasciano il privato come sola scelta: il numero di chi si è indebitato per pagare il medico è al +20%

Costi alle stelle, in 150mila non si curano più *A rinunciare sono principalmente le donne, gli anziani e i disoccupati*

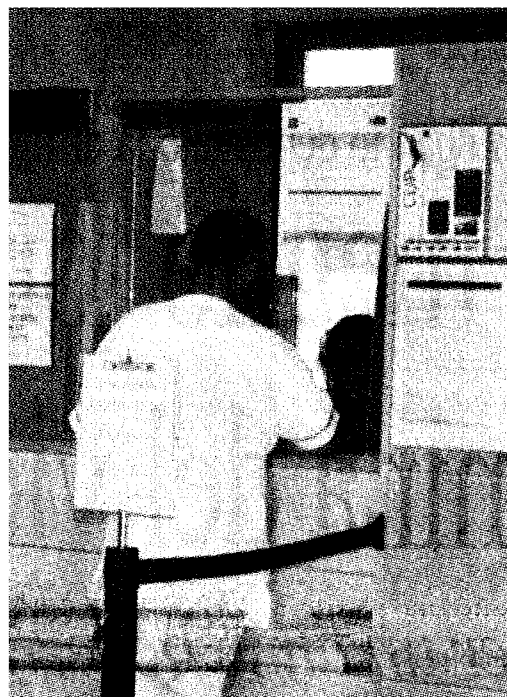
di **Ciro Crescentini**

NAPOLI - La crisi economica e sociale aumenta le difficoltà delle famiglie. Se poi, come accade in Campania, agli ostacoli della crisi si aggiungono quelli dei deficit istituzionali, il dramma sociale è presto determinato. In tale contesto l'accesso alle cure mediche è divenuto sempre più complesso. Drammatici i dati delle ricerche e gli esiti degli studi prodotti dai principali istituti economici nazionali e dalle organizzazioni sindacali come il Censis e lo Spi-Cgil. Circa 9 milioni di italiani, 150mila dei quali sono campani, rinunciano alle visite mediche specialistiche o si indebitano per poterle affrontare. Rinunciano a curarsi, soprattutto gli anziani, le donne, i bambini, i disoccupati, i precari, i cassintegrati. L'unica scelta è, per molti, provare a rateizzare le spese: molte visite mediche ed interventi sono tanto salati da risultare difficili da pagare in una volta sola. Nel 2014, nella nostra regione le richieste di prestito di questo tipo sono salite del 20 per cento rispetto al 2013, ed in testa ci sono i prestiti per le spese mediche più salate di tutte, quelle per le terapie odontoiatriche. Altra nota stonata il costo dei farmaci. L'accesso ai farmaci appare l'ambito maggiormente gravoso in termini economici. *"Per quanto riguarda i farmaci in fascia A i cittadini sono costretti a pagare una differenza di prezzo maggiore tra il generico e il griffato - evidenzia Ornella Longobardi, impiegata - Mia madre, affetta da patologia cronica, deve pagare di tasca propria farmaci in fascia C, arrivando a spendere in media, in un anno, 1.127 euro, nonostante si tratti di medicinali indispensabili ed inso-*

stituibili". I costi per le prestazioni in intramoenia appaiono allo stesso modo eccessivi per i cittadini, costretti tuttavia a sostenerli per poter rispondere tempestivamente ai bisogni di cura che il servizio pubblico non è in grado di soddisfare. Tantissimi cittadini hanno rinunciato ad almeno una prestazione tra accertamenti specialistici, visite mediche specialistiche (escluse odontoiatriche) o interventi chirurgici, pur ritenendo di averne bisogno. Tantissimi hanno rinunciato ad acquistare farmaci. Molti hanno indicato motivi economici come base di questa scelta, altri problemi di offerta (liste di attesa troppo lunghe, orari scomodi per l'appuntamento o difficoltà a raggiungere la struttura). Le normative di legge volute dal ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, che stabiliscono il termine di 3 mesi per accelerare la messa in commercio dei nuovi medicinali per le patologie gravi, sarebbero di fatto inapplicate. Dall'altro lato della barricata, se per i cittadini l'acquisto di farmaci comporta enormi difficoltà, c'è chi beneficia dell'enorme mole di denaro alimentata da queste dinamiche. Per restare sui farmaci, un esempio arriva dal Pertuzumab, usato contro i carcinomi della mammella. Costa 6 mila euro. L'Afibercept ne costa 4mila. Non è stato stabilito un prezzo unico per i farmaci innovativi per curare l'epatite C. In ogni caso si tratta di molecole costosissime. Il Sofosbuvir, per esempio, costa 37mila euro. L'elenco potrebbe proseguire indefinitamente. In pillole, emerge che le cure più costose, ma anche più innovative che escono pian piano dal prontua-

rio farmaceutico sono destinate solo a chi ha i soldi in banca o una buona assicurazione che glielo fornisce. Continua la messa in commercio di costose medicine anticancro non dispensate dal servizio sanitario nazionale pubblico pagate direttamente dai pazienti, legittimando la discriminazione tra i malati ricchi e quelli poveri. Come fanno l'Italia, la Campania e il Mezzogiorno a ripartire, uscire dalla crisi senza difendere, tutelare la salute delle persone?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidiano**sanità**.it

Giovedì 11 GIUGNO 2015

Tagli alla Sanità. Dietrofront del Consiglio dei ministri. Misura non è stata esaminata. Tutto rinviato

Doveva essere contenuta nel Dl Enti locali all'esame del Cdm, ma è stata rinviata ad ulteriore esame la misura che doveva mettere nero su bianco il taglio di 2,3 mld al Fondo sanitario 2015. Il Governo, in attesa dell'Intesa con le Regioni che dopo 6 mesi tarda ancora ad arrivare, sembrava voler dare un'accelerata ma all'ultimo minuto l'ennesima frenata. Tutto rimandato quindi.

Oggi in Consiglio dei ministri contenuto nel Dl Enti locali doveva entrare la misura che metteva nero su bianco la riduzione di 2,3 miliardi al Fondo sanitario 2015 su cui, com'è noto, è in atto da più di 6 mesi una trattativa serrata tra Governo e Regioni che ancora non hanno raggiunto l'Intesa sul dove tagliare. Tutto però è stato rimandato riportano da Palazzo Chigi. In ogni caso i tempi sono strettissimi.

quotidianosanita.it

Giovedì 11 GIUGNO 2015

Campania. A Napoli dal 24 al 26 giugno gli Stati Generali delle Cure palliative. “Istituire la rete locale con ruoli e competenze definiti”

L'appuntamento è promosso dall' Agenzia regionale sanitaria della Regione e dall'associazione House Hospital Onlus. I promotori segnalano che dai cittadini campani proviene una forte richiesta di maggiore assistenza domiciliare, soprattutto nella fase terminale della vita.

La necessità di offrire servizi di qualità e di avere personale formato saranno i temi principali degli Stati generali delle Cure palliative e della terapia del dolore in programma a Napoli dal 24 al 26 giugno. L'appuntamento, promosso dall'Arsan (Agenzia regionale sanitaria della Regione Campania) e dall'associazione House Hospital Onlus e realizzato con la collaborazione, tra gli altri, delle Asl, del Cnr, della Fondazione Neuromed, dell'European Cancer Patient Coalition e di numerose associazioni, si propone di tracciare un bilancio sullo stato delle cure palliative in Campania “alla luce dello stato della sanità campana e nazionale”.

Secondo i promotori, nonostante ci sia stato “un Incremento” degli investimenti della sanità pubblica, l'aumento degli Hospice non è sufficiente a colmare il fabbisogno assistenziale dei malati. “L'assistenza specialistica di cure palliative ambulatoriali, domiciliari e in Hospice è - si legge in una nota - ancora poco diffusa e si realizza ancora troppo grazie all'impegno del medico di base, del volontariato e delle famiglie spesso costrette a pagare di tasca propria prestazioni che dovrebbero essere garantite dal servizio sanitario”.

I cittadini campani, prosegue la nota, segnalano un grandissimo bisogno di assistenza domiciliare, “soprattutto nella fase terminale della vita”. Richiesta di assistenza cui il servizio sanitario “non risponde ancora a pieno, costringendo i cittadini a integrare le spese di tasca propria”. Carenza di assistenza in strutture adibite a cui si associa “l'assenza di formazione specifica del personale sanitario”. I promotori denunciano, inoltre, la mancata costituzione da parte delle Asl della rete locale di cure palliative che “definisca ruoli, competenze, profili professionali e percorsi formativi”.

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 11 GIUGNO 2015

Corte dei Conti: "Non rispondere a problemi rischia di aumentare squilibri". Deficit dimezzato. Spesa sale a 111 mld. Giù farmaci (-2,3%) e lavoro (-0,6%). Salgono i ticket +1,1%

I giudici contabili nel Rapporto di coordinamento della Finanza Pubblica 2014 evidenziano i "progressi nel riassorbimento degli squilibri finanziari in sanità" ma avvertono come "tardare ne rispondere" alle problematiche "può rischiare di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione e di alimentare nuovi squilibri". [IL RAPPORTO](#)

Spesa in aumento dello 0,9% nel 2014 (a quota 111 mld) rispetto al 2013 e perdite che si dimezzano a quota 770mln grazie soprattutto alle Regioni in Piano di rientro. Nonostante il limitato incremento rispetto al 2013 la spesa complessiva si è mantenuta al di sotto del valore nominale confermando il processo di stabilizzazione intorno al 7% in rapporto al Pil. Questi alcuni numeri e considerazioni che la **Corte dei conti** evidenzia nel Rapporto di coordinamento di Finanza Pubblica 2014 in n capitolo ad hoc dedicato alla Sanità.

La Corte però, pur confermando i "progressi nel riassorbimento degli squilibri finanziari in sanità" evidenzia come "il settore sanitario si trova oggi di fronte a scelte ancora impegnative anche dal punto di vista finanziario" e "tardare ne rispondere" alle problematiche "può rischiare di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione e di alimentare nuovi squilibri".

Per i giudici, infatti, "il solo parziale successo delle misure di contenimento dei costi introdotte dal DI 95/2012, segnala da un lato, il persistere di limiti nell'appropriatezza e nell'organizzazione dell'offerta sanitaria e dall'altro la difficoltà di intervenire su elementi importanti dell'offerta sanitaria senza rischiare di aggravare, almeno nel breve periodo, le ripercussioni che il risanamento finanziario sta producendo sui servizi resi".

Per i giudici contabili "pur scontando ancora margini di recupero di efficienza al suo interno, deve affrontare costi crescenti per garantire l'accesso a farmaci e tecniche di cura innovative e offrire adeguata assistenza ad una popolazione sempre più longeva. La programmazione di risorse contenuta nel Patto, seppur rivista in riduzione a fronte delle esigenze finanziarie, poteva consentire di affrontare con più facilità la riscrittura di regole importanti per dare nuove certezze per il funzionamento del sistema (revisione Lea, finanziamento delle strutture sanitarie, revisione dei criteri di riparto delle risorse tra regioni, revisione delle compartecipazioni alla spesa, un ripensamento delle esenzioni) che il nuovo patto ha posto al centro dell'agenda del governo del settore. Non marginali sono poi i passi da compiere per la individuazione delle risorse da utilizzare per l'adeguamento delle strutture e gli investimenti".

La spesa. Giù farmaci e redditi da lavoro. Crescono ticket, privati, e assistenza territoriale

Spesa per farmaci in calo del 2,3% a quota 8,4mld. Aumenta la spesa per l'assistenza generica dello 0,4% (6,6mld) e quella per l'assistenza specialistica (Sumai, Ospedali classificati, Irccs privati, policlinici privati) del 3,1% (4,8mld).

In crescita anche la spesa per il privato (+0,6%) a quota 9,2 mld. Stabile, con +0,1% l'assistenza protesica

(4mld). Cresce la spesa per altra assistenza del 4,9% pari a 6,4mld. Prosegue la discesa della spesa per redditi da lavoro dipendente dello 0,6% attestandosi a 32,8 mld.

Aumentano dell'1,1% i ticket sanitari che arrivano a quota 2,95 mld. la crescita è dovuta a quello farmaceutico ([vai allo speciale ticket](#)) salito del 4,5% a sfiorare gli 1,5 mld, sceso invece quello per la specialistica del 2,2% (1,4 mld) e salito del 25% quello del pronto soccorso (50,5mln)

In crescita i costi di beni e servizi che ammontano a 33,7 mld (+2,5%). Un risultato che sembra indicare una limitata efficacia delle misure di contenimento introdotte.

TAVOLA 2

IL CONTO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ

	2011	2012	2013	2014	12/11	13/12	14/13
Prestazioni sociali in natura	104.998	103.167	102.748	103.685	-1,7	-0,4	0,9
Beni e servizi prodotti da produttori market	40.195	39.218	39.352	39.684	-2,4	0,3	0,8
- Farmaci	9.862	8.905	8.612	8.411	-9,7	-3,3	-2,3
- Assistenza medico-generica	6.724	6.710	6.653	6.682	-0,2	-0,8	0,4
- Assistenza medico-specialistica	4.687	4.774	4.705	4.850	1,9	-1,4	3,1
- Assistenza osped. in case di cura private	9.373	9.130	9.190	9.241	-2,6	0,7	0,6
- Assistenza protesica e balneotermale	4.062	3.940	4.046	4.052	-3,0	2,7	0,1
- Altra assistenza	5.487	5.759	6.146	6.448	5,0	6,7	4,9
Servizi prodotti da produttori non market:	64.803	63.949	63.396	64.001	-1,3	-0,9	1,0
- Assistenza ospedaliera	40.252	38.879	37.780	38.170	-3,4	-2,8	1,0
- Altri servizi sanitari	24.551	25.070	25.616	25.831	2,1	2,2	0,8
Contribuzioni diverse, servizi amministrativi e altre uscite	7.217	7.255	7.296	7.343	0,5	0,6	0,6
Uscite totali	112.215	110.422	110.044	111.028	-1,6	-0,3	0,9
servizi prodotti da produttori non market:	64.803	63.949	63.396	64.001	-1,3	-0,9	1,0
di cui							
Redditi da lavoro dipendente	33.962	33.360	33.034	32.837	-1,8	-1,0	-0,6
Consumi intermedi	26.385	26.727	26.587	27.538	1,3	-0,5	3,6
Ammortamenti	4.264	3.994	3.937	3.735	-6,3	-1,4	-5,1

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Istat

Ancora indietro le Regioni in Piano di rientro. Per la Corte "se prosegue il percorso di risanamento finanziario e il progresso nel rispetto della griglia dei Lea, persistono limiti nelle aree dell'assistenza territoriale e della prevenzione. Numerose criticità per quanto riguarda le procedure di accreditamento degli operatori privati, la fissazione di tariffe e l'attribuzione di budget, che registrano ritardi nella maggior parte delle Regioni. Permangono ancora ritardi nei tempi di pagamento nelle regioni in piano. Il ritardo va dai 393 giorni della Calabria (dato in parte influenzato da pagamenti di debiti risalenti al 2007) agli 85 di e ai 68 della Puglia. Mentre l'Abruzzo riesce a pagare entro i 60 giorni previsti dalla normativa. Per quanto riguarda Piemonte, Molise, Campania e Sicilia è stato chiesto un ricalcolo.

L.F.

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 11 GIUGNO 2015

Ssn. Tagliati più di 9.000 letti tra il 2012 e il 2011. Chiudono gli ospedali pubblici e crescono le strutture residenziali private

Il Ministero della Salute certifica il calo dei letti e degli ospedali pubblici ed evidenzia l'incremento delle strutture private accreditate per attività residenziale e semi residenziale. Calo generalizzato per i laboratori. A quota 204mila i posti letto per acuti. Pronto soccorso presente nell'82% degli ospedali.
[IL DOCUMENTO](#)

Continua la diminuzione delle strutture ospedaliere pubbliche italiane che tra il 2009 e il 2012 si sono contratte del 3,2% (circa 60 ospedali in meno). Ma soprattutto continua il calo dei posti letto che nel 2012 sono scesi a quota 232.652. Nel [2011](#) erano 242.299. Ben 9.647 letti in meno (-4%).

Incrementi, invece, soprattutto per il privato accreditato, sono evidenziati invece dai trend dell'assistenza territoriale semiresidenziale (-0,3% per il pubblico, +6% per il privato accreditato) dell'assistenza territoriale residenziale (+1,0% per il pubblico, +5,7% per il privato accreditato). È questa la fotografia del Ssn per l'anno 2012 scattata dal Ministero della Salute e contenuti nell'*Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN per l'anno 2012*.

Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata. Diminuisce l'assistenza ospedaliera

Le strutture censite risultano pari a: 1.091 per l'assistenza ospedaliera, 9.268 per l'assistenza specialistica ambulatoriale, 6.526 per l'assistenza territoriale residenziale, 2.787 per l'assistenza territoriale semiresidenziale, 5.682 per l'altra assistenza territoriale e 1.027 per l'assistenza riabilitativa (ex. art. 26 L. 833/78). Per quanto riguarda la natura delle strutture, sono in maggioranza pubbliche le strutture che erogano assistenza ospedaliera (53,0%) e le strutture che erogano altra assistenza territoriale (87,7%). Sono in maggioranza private accreditate le strutture che erogano assistenza territoriale residenziale (76,7%) e semiresidenziale (64,2%) e le strutture che erogano assistenza riabilitativa ex art.26 L. 833/78 (75,8%). L'analisi dei trend del numero di strutture nel periodo tra l'anno 2009 e l'anno 2012 evidenzia una diminuzione con riferimento all'assistenza ospedaliera: contrazione del 3,2% del numero di strutture pubbliche per effetto degli interventi di razionalizzazione delle reti ospedaliere effettuati nel periodo in esame. Per l'assistenza specialistica ambulatoriale si assiste ad una lieve diminuzione (0,3%) degli ambulatori e laboratori pubblici e ad una più consistente diminuzione (2,1%) delle strutture private accreditate. Incrementi, soprattutto per il privato accreditato, sono evidenziati invece dai trend dell'assistenza territoriale semiresidenziale (-0,3% per il pubblico, +6% per il privato accreditato) dell'assistenza territoriale residenziale (+1,0% per il pubblico, +5,7% per il privato accreditato) e dell'assistenza riabilitativa ex art.26 L. 833/78 (+2,1% per il pubblico, +2,0% per il privato accreditato).

Infine per l'assistenza erogata da altre strutture territoriali, a fronte di un aumento del 1,1% delle strutture pubbliche, si rileva un aumento del 4,0% delle strutture private accreditate.

Assistenza territoriale. Ogni medico di famiglia ha mediamente 1.142 assistiti

L'assistenza distrettuale proponendosi di coordinare ed integrare tutti i percorsi di accesso ai servizi sanitari da parte del cittadino, si avvale in primis dei **medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta**, convenzionati con il SSN. Essi, valutando il reale bisogno sanitario del cittadino, regolano l'accesso agli altri servizi offerti dal SSN. Il contratto dei medici di medicina generale e di pediatria prevede, salvo eccezioni, che ciascun medico di medicina di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti (di età superiore ai 13 anni) e ciascun pediatra 800 bambini (di età compresa fra 0 e 13 anni). Esistono comunque realtà territoriali in cui, per carenza di medici pediatri o per libera scelta dei genitori, è consentito che i bambini siano assistiti da

medici di medicina generale. In media a livello nazionale ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.142 adulti residenti. A livello regionale esistono notevoli differenziazioni: per le Regioni del Nord, fatte salve alcune eccezioni, gli scostamenti dal valore medio nazionale sono positivi. In particolare si evidenzia la Provincia Autonoma di Bolzano con 1.539 residenti adulti per medico di base: va però tenuto presente che in detta Provincia Autonoma il contratto di convenzione con il SSN dei medici di base stabilisce quale massimale di scelte 2.000 assistiti. In Basilicata si registra il valore minimo di 1.006 residenti adulti per medico di medicina generale; nelle Regioni del Sud si registrano scostamenti negativi dal valore nazionale. Il carico medio potenziale per pediatra è a livello nazionale di 1.017 bambini, con una variabilità territoriale anche più elevata rispetto a quella registrata per i medici di medicina generale. Tutte le Regioni comunque sono caratterizzate da una forte carenza di pediatri in convenzione con il SSN ad eccezione dell'Abruzzo, Sardegna e Sicilia che presentano un numero di bambini per pediatra di poco superiore al massimale stabilito nel contratto di convenzione. Nell'esaminare lo scostamento del carico potenziale dal valore nazionale, spicca il dato della Prov. Aut. di Bolzano con un valore pari al 29% (1.309 bambini per pediatra). A fronte del carico potenziale dei medici di base (di medicina generale e pediatri), è possibile valutare il carico assistenziale effettivo, dato dal numero degli iscritti al SSN (coloro che hanno scelto presso la ASL di competenza il proprio medico di base) per ciascun medico. Nella maggior parte delle Regioni tale indicatore evidenzia che il numero di scelte per medico di medicina generale è di poco superiore al numero di adulti residenti per medico di medicina generale, mentre il numero di scelte per pediatra è sempre inferiore al numero dei bambini residenti per pediatra. Complessivamente il numero totale delle scelte è di poco inferiore al numero complessivo dei residenti. Da ciò si deduce dunque che per molti bambini è stata scelta l'assistenza erogata dal medico di medicina generale anziché l'assistenza pediatrica. Il servizio di guardia medica garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana: esso si realizza assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne festive e prefestive.

L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. Nel 2012 sono stati rilevati in Italia 2.893 punti di guardia medica; con 12.027 medici titolari ovvero 20 medici ogni 100.000 abitanti. A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica sia per quanto concerne il numero dei medici titolari per ogni 100.000 abitanti.

L'assistenza farmaceutica convenzionata consiste nella fornitura di specialità medicinali e preparati galenici utili per la prevenzione o la cura delle malattie; essa rappresenta, nell'ambito dei Servizi erogati dal SSN, quella più suscettibile di variazione poiché è strettamente dipendente dalle disposizioni dettate dalle varie leggi finanziarie. In Italia nel 2012 sono state prescritte 593.606.504 ricette con un importo di poco superiore ai 10miliardi di euro, con un costo medio per ricetta di circa 17 euro. Il costo medio per ricetta risulta variabile all'interno del territorio nazionale registrando il valore minimo in Toscana (13,79 euro) e quello massimo (21,34 euro) in Lombardia.

L'assistenza domiciliare integrata è intesa come l'assistenza domiciliare erogata in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multi professionale del paziente. Sono comprese anche le cure palliative domiciliari e i casi di dimissione protetta. Il piano assistenziale consiste nella definizione di un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. In generale le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere. Nel corso del 2012 sono stati assistiti al proprio domicilio 633.777 pazienti, di questi l'83,6% è rappresentato da assistibili di età maggiore o uguale a 65 anni e il 9,1% è rappresentato da pazienti terminali. Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 22 ore di assistenza erogata in gran parte da personale infermieristico (14 ore per caso). In particolare, le ore dedicate a ciascun assistito anziano sono state 21, di cui 14 erogate da personale infermieristico, mentre le ore dedicate a ciascun malato terminale risultano pari a 25, di cui 19 erogate dal personale infermieristico.

Le strutture sanitarie che erogano prestazioni in ambito di **assistenza distrettuale** sono: gli **ambulatori/laboratori** in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale; le strutture di assistenza territoriale in regime residenziale; le strutture di assistenza territoriale in regime semiresidenziale; le strutture territoriali di altro tipo quali i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno infantile, i centri distrettuali, ecc.; gli istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 che svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale,

extramurale e domiciliare. Nel 2012 in totale sono state censite 9.268 strutture sanitarie di tipo ambulatorio/laboratorio: la percentuale di strutture pubbliche è molto variabile a livello regionale; in generale nelle Regioni Centro-meridionali si ha una prevalenza di strutture private accreditate. Una situazione opposta si registra per quanto riguarda le altre strutture territoriali (centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali ecc.) nelle quali prevale la gestione diretta delle Aziende Sanitarie. Le strutture di tipo Ambulatorio/Laboratorio pubbliche erogano nella maggior parte dei casi assistenza clinica, mentre quelle private accreditate erogano in egual misura prestazioni di laboratorio e cliniche.

Per quanto riguarda le **altre strutture territoriali**, nel 2012 sono stati censiti 6.526 strutture residenziali, 2.787 strutture di tipo semiresidenziale, 5.682 strutture di altro tipo (come centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali). Con riferimento alle **strutture residenziali e semiresidenziali** sono stati censiti 274.905 posti, pari a 461 per 100.000 abitanti. Di questi il 70,9% sono stati dedicati all'assistenza agli anziani, il 12,3% all'assistenza psichiatrica, il 16,1% all'assistenza ai disabili psichici e fisici, lo 0,7% ai pazienti terminali. Nel 2012 sono state rilevate 1.027 strutture riabilitative con 14.549 posti per l'attività di tipo residenziale e 14.085 per l'attività di tipo semiresidenziale. Nel complesso in Italia sono presenti 48 posti in strutture riabilitative ogni 100.000 abitanti. Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 57.044 e 23.666 utenti); tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa, in particolare la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture semiresidenziali. Nel 2012 le strutture riabilitative hanno impiegato 47.190 unità di personale di cui il 10% costituito da medici ed il 43% da terapisti e logopedisti.

Assistenza ospedaliera. Il 47% delle strutture è privata. Sono 204 mila i posti letto per acuti

L'assistenza ospedaliera garantisce il ricovero presso gli ospedali pubblici e privati accreditati per la diagnosi e la cura delle malattie acute o di lunga durata che non possono essere affrontate ambulatorialmente o a domicilio.

Nel 2012 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 1.091 istituti di cura, di cui il 53% pubblici ed il rimanente 47% privati accreditati. Risulta confermato il trend decrescente del numero degli istituti, già evidenziatosi negli anni precedenti, effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture. Il 65% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, il 10% da Aziende Ospedaliere, ed il restante 24% dalle altre tipologie di ospedali pubblici. Il S.S.N. dispone di poco più di 204 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 21% nelle strutture private accreditate, 17.509 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (90%) e di 8.393 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (79%). A livello nazionale sono disponibili 3,9 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,3 ogni 1.000 abitanti. La distribuzione dell'indicatore risulta piuttosto disomogenea a livello territoriale: si evidenziano il Molise (4,6 posti letto) fra le Regioni con la maggiore densità di posti letto, l'Umbria (3,6 posti letto) e la Campania (3,2 posti letto) fra le Regioni con la minor disponibilità di posti letto. A livello nazionale i posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza sono 0,6 ogni 1.000 abitanti con notevole variabilità regionale. La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche (nelle strutture ospedaliere e territoriali) risulta in aumento nel settore pubblico, ma la disponibilità è fortemente variabile a livello regionale. Esistono circa 106,4 mammografi ogni 1.000.000 di abitanti con valori oltre 150 in due Regioni (Valle d'Aosta, Umbria). Particolare interesse ha rivestito in questi ultimi anni l'area dell'emergenza: il 52,2% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2012 di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (64,4%) di un centro di rianimazione.

Il **pronto soccorso** è presente in oltre l'82% degli ospedali. Il pronto soccorso pediatrico è presente nel 16,8% degli ospedali. Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso si evidenzia che nel 2012 ci sono stati quasi 3,5 accessi ogni 10 abitanti; di questi quasi il 15% è stato in seguito ricoverato. Quest'ultimo indicatore si presenta altamente variabile a livello territoriale: a fronte di una percentuale di ricovero pari al 11,2% registrato nella Regione Piemonte si raggiungono valori poco inferiori a 30 nella Regione Molise. Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso pediatrico emerge che ci sono stati 1,5 accessi ogni 10 abitanti fino a 18 anni di età; l'8,6% di questi è stato in seguito ricoverato. I reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza dispongono per il complesso degli istituti pubblici e privati accreditati di 4.840 posti letto di terapia intensiva (8,02 per 100.000 ab.), 1.130 posti letto di terapia intensiva neonatale (2,1 per 1.000 nati vivi), e 2.724 posti letto per unità coronarica (4,5 per 100.000 ab.).

Continua il taglio dei letti. Tra il 2012 e il 2011 meno 9.600. Continua la discesa dei posti letto. Nel 2012 sono scesi a quota 232.652. Nel 2011 erano 242.299. Ben 9.647 letti in meno (-4%). Il taglio più elevato nel pubblico. Nel 2011 i pl erano 194.802 mentre nel 2012 sono scesi a 187.123 (-7.679 posti letto). Riduzione

anche nel privato. Erano 47.497 i letti nel 2011 a fronte dei 45.529 del 2012

POSTI LETTO PREVISTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E POSTI LETTO ACCREDITATI
ANNO 2011

Regione	Posti letto pubblici					Posti letto accreditati					
	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Degenza a Pagamento	Totale	Posti per 1.000 abitanti	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Totale	Posti per 1.000 abitanti
PIEMONTE	1.253	835	13.052		15.140	3,4	14	105	3.477	3.596	0,8
VALLE D' AOSTA	34	18	399	2	453	3,5			80	80	0,6
LOMBARDIA	2.911	987	29.585	564	34.047	3,4	366	384	7.844	8.594	0,9
PROV. AUTON. BOLZANO	126	71	1.586	24	1.807	3,6			285	285	0,6
PROV. AUTON. TRENTO	153	111	1.609		1.873	3,5		6	544	550	1,0
VENETO	1.244	617	15.803	301	17.965	3,6	75	40	1.121	1.236	0,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	512	6	3.852	159	4.529	3,7	71	12	494	577	0,5
LIGURIA	687	378	5.748	42	6.855	4,2	8	5	168	181	0,1
EMILIA ROMAGNA	1.539	255	14.106	182	16.082	3,6	124	115	4.297	4.536	1,0
TOSCANA	1.247	432	10.196	228	12.103	3,2	129	142	1.799	2.070	0,6
UMBRIA	248	131	2.539	8	2.926	3,2		33	238	271	0,3
MARCHE	432	181	4.744	12	5.369	3,4	15	37	862	914	0,6
LAZIO	2.045	509	16.033	75	18.662	3,3	355	102	5.590	6.047	1,1
ABRUZZO	393	171	3.380	119	4.063	3,0	48	30	985	1.063	0,8
MOLISE	98	70	1.045	142	1.355	4,2	7	7	150	164	0,5
CAMPANIA	1.691	518	11.120	64	13.393	2,3	389	263	5.647	6.299	1,1
PUGLIA	904	314	11.248	72	12.538	3,1	40	11	2.493	2.544	0,6
BASILICATA	216	56	1.756	9	2.037	3,5	12		148	160	0,3
CALABRIA	817	189	4.250	5	5.261	2,6	129	72	2.147	2.348	1,2
SICILIA	1.570	519	10.736	74	12.899	2,6	210	330	4.023	4.563	0,9
SARDEGNA	524	137	4.746	38	5.445	3,2	42	64	1.313	1.419	0,8
ITALIA	18.644	6.505	167.533	2.120	194.802	3,2	2.034	1.758	43.705	47.497	0,8

ASS_OSP_STR_10

POSTI LETTO PREVISTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E POSTI LETTO ACCREDITATI
ANNO 2012

Regione	Posti letto pubblici					Posti letto accreditati					
	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Degenza a Pagamento	Totale	Posti per 1.000 abitanti	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Totale	Posti per 1.000 abitanti
PIEMONTE	1.216	875	12.825		14.916	3,4	14	115	3.285	3.414	0,8
VALLE D' AOSTA	34	18	406	2	460	3,6		2	74	76	0,6
LOMBARDIA	958	1.135	29.007	598	31.698	3,2	167	351	7.746	8.264	0,8
PROV. AUTON. BOLZANO	124	76	1.600	25	1.825	3,6			291	291	0,6
PROV. AUTON. TRENTO	158	117	1.581		1.856	3,5	8	6	544	558	1,1
VENETO	1.177	577	15.575	290	17.619	3,6	75	42	1.128	1.245	0,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	505	6	3.831	160	4.502	3,7	111		462	573	0,5
LIGURIA	647	351	5.466	37	6.501	4,2	5	5	146	156	0,1
EMILIA ROMAGNA	1.499	240	13.863	160	15.762	3,6	122	171	4.303	4.596	1,0
TOSCANA	1.221	422	10.133	211	11.987	3,2	110	140	1.705	1.955	0,5
UMBRIA	242	133	2.534	8	2.917	3,3		33	238	271	0,3
MARCHE	389	219	4.565	12	5.185	3,4	3	51	852	906	0,6
LAZIO	1.943	464	15.222	62	17.691	3,2	296	74	5.020	5.390	1,0
ABRUZZO	388	158	3.285	94	3.925	3,0	49	25	998	1.072	0,8
MOLISE	86	66	990	142	1.284	4,1	7	7	140	154	0,5
CAMPANIA	1.586	563	10.599	55	12.803	2,2	304	239	5.395	5.938	1,0
PUGLIA	766	262	10.334	69	11.431	2,8	40	11	2.463	2.514	0,6
BASILICATA	206	57	1.724	14	2.001	3,5	12		148	160	0,3
CALABRIA	694	235	3.833	26	4.788	2,4	150	102	2.118	2.370	1,2
SICILIA	1.439	489	10.663	67	12.658	2,5	193	341	3.968	4.502	0,9
SARDEGNA	526	132	4.625	31	5.314	3,2	39	43	1.042	1.124	0,7
ITALIA	15.804	6.595	162.661	2.063	187.123	3,1	1.705	1.758	42.066	45.529	0,8

ASS_OSP_STR_10

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 11 GIUGNO 2015

Patto per la salute digitale. Il testo in Conferenza Stato-Regioni. Al centro integrazione dei sistemi informativi e monitoraggio spesa

Spazio consistente è dedicato anche alla farmaceutica, incentivando una verifica costante dell'appropriatezza delle prescrizioni. Per quanto riguarda le cure primarie, si apre alla cartella condivisa. Previsto un ulteriore potenziamento delle Banche Dati su consumi e prezzi dei dispositivi medici. [IL TESTO](#)

Arriva il nuovo testo riguardante il Patto per la sanità digitale. Come [anticipato due giorni fa dal sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo](#), nel corso di un question time alla Camera, il documento era stato inviato dal Ministero della Salute alla Conferenza Stato Regioni lo scorso 29 maggio. Il percorso, previsto, si pone alcuni obiettivi precisi che vengono così sintetizzati:

- sperimentare soluzioni finalizzate a un rafforzamento del sistema a saldo zero (generazione di risparmi attraverso la razionalizzazione e il reinvestimento nel potenziamento delle prestazioni erogate e della qualità di servizio reso all'utenza);
- misurare la sanità in termini di appropriatezza, efficienza ed efficacia per garantire che i livelli essenziali di assistenza siano erogati in condizioni di equilibrio economico; si fa solo ciò che serve (appropriatezza clinica), nel setting più corretto (appropriatezza organizzativa), nel modo più efficiente ed efficace;
- contemporaneamente, sviluppare e perseguire una visione di servizio sanitario fortemente attrattivo e competitivo, anche a livello internazionale, superando preconcetti e luoghi comuni ma anche perfezionando l'offerta nelle sue componenti apparentemente secondarie quali ad esempio l'accoglienza e la sistemazione alberghiera e i servizi per i parenti e accompagnatori.

"Se da un lato l'universalità del servizio sanitario rappresenta un vincolo imprescindibile - si legge nel testo - i percorsi di informazione e conoscenza verso altri mercati potranno essere utilizzati per attirare utenti di altre nazioni UE e/o extra UE".

Attraverso, poi, l'utilizzo di nuove tecnologie, una raccolta completa e certificata di informazioni del Ssn, la validazione di protocollo da sperimentare nel sistema in termini di economicità, efficienza e misurabilità degli effetti, si potrà preservare la sostenibilità di un sistema che "assiste ad una progressiva espansione della domanda di benessere non soltanto di salute e ciò spesso non coerente con le effettive necessità di una popolazione in progressivo invecchiamento".

Il Patto, si spiega nel testo, nasce con l'obiettivo di disegnare un Master Plan triennale (2015-2017) per la sanità elettronica, con la possibilità di identificare possibili ambiti di attivazione di iniziative di partenariato pubblico-privato "capaci di innescare un circuito virtuoso di risorse economiche destinate a finanziare gli investimenti necessari".

Il documento elenca anche una serie "non esaustiva" di priorità: dai servizi per la continuità assistenziale (patient workflow management e patient relationship management) alle nuove piattaforme "information intensive" su misura per gli utenti (taccuino personale del cittadino).

Soluzioni quali l'e-health verranno sviluppati per favorire la deospedalizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale. Mentre, per i pazienti cronici, si punterà ai servizi di telesalute per la loro presa in carico con trasmissione a distanza di parametri clinici interpretati e gestiti dai professionisti sanitari all'interno

di un piano di assistenza individuale. Via libera anche al teleconsulto, telerefertazione, telediagnosi, telemonitoraggio, teleriabilitazione. Il tutto integrato con il Fascicolo sanitario elettronico.

Per quanto riguarda le cure primarie, si apre a nuovi modelli organizzativi e alla cartella clinica condivisa. Anche i sistemi informativi ospedalieri dovranno essere integrati. Spazio anche alla farmaceutica con il "farmaco a casa" e il monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche.

Capitolo a parte per l'acquisto e il consumo di beni e servizi del Ssn. Nel testo si richiama una condivisione a livello centrale dei dati che consenta un monitoraggio tempestivo e puntuale della spesa sanitaria per questo settore favorendo l'individuazione di ulteriori aree di razionalizzazione e centralizzazione. Il tutto da accompagnare con un ulteriore potenziamento delle Banche Dati su consumi e prezzi dei dispositivi medici e condivisione dei dati tra Centrali di committenza regionali e nazionali per indirizzare al meglio le iniziative centralizzate in termini qualitativi e quantitativi. Scopo di questa banca dati sarebbe quello di una migliore programmazione della spesa e controlli multilivello sull'appropriatezza in base ai livelli produttivi di struttura.

La governance di questi processi verrà affidata ad una Cabina di regia ad hoc composta da 15 membri al massimo, provenienti dal ministero della Salute, dello Sviluppo economico, dal Mef, Regioni, Aifa e Agenas. Ma anche di altre categorie di stakeholder interessati.

La Cabina di regia terrà inoltre sotto stretta osservazione un pacchetto di sperimentazioni e progetti pilota che saranno poi condivisi sul portale del ministero della Salute, per creare un archivio pubblico delle best practice realizzate.

I fondi per tutto questo verranno reperiti attraverso "una rimodulazione o una deroga , anche parziale, del Dl 118/2011 e la possibilità di prevedere dei fondi preferenziali o vincolati per ciò che riguarda l'ex art. 20 L. n. 67/1988". Le fonti potranno essere molteplici: dai fondi strutturali nel quadro delle azioni di "procurement pre-commerciale" a fondi ad hoc stanziati da Stato, Regioni, Ue (Horizon 2020, Banca europea investimento). Spazio anche alle iniziative private attraverso modelli di project financing e performance based contracting, un modello che prevede la remunerazione dei sulla base di obiettivi predefiniti e misurabili.

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 11 GIUGNO 2015

Debiti Asl. Con Decreto 35 ridotti di un terzo i tempi di pagamento. Ma un'azienda su tre ha problemi nell'applicazione. L'indagine Fiaso

Ma la media dei tempi (195 giorni) è ancora fuori dalla normativa che prevede 60 giorni. Debiti Asl 2012 azzerati a fine settembre 2013 per il 60% delle Aziende. La mole di lavoro amministrativo e un difficile utilizzo della piattaforma informatica del Mef rilevati da un'azienda sanitaria su tre.

Debiti Asl 2012 azzerati a fine settembre 2013 per il 60% delle Aziende; miglioramento strutturale delle situazione debitoria in genere; sconti sia sui contratti di fornitura in essere che su quelli nuovi; ampliamento del portafoglio fornitori, che significa poi più qualità per gli assistiti e risparmi per la pubblica amministrazione. Il tutto accompagnato da una riduzione del 35% dei tempi di pagamento dei fornitori, che con una media di 195 giorni restano però ancora lontani dal limite dei 60 giorni previsti dalla normativa vigente. Questo sia per i tempi di erogazione dei fondi, che per la prima tranche da 7 miliardi e 657 milioni hanno richiesto 9 mesi di tempo per arrivare a destinazione, con un flusso avviato il 31 dicembre 2012 e conclusosi, nemmeno al 100%, il 30 settembre 2013. Sia per alcune criticità, come la mole del lavoro amministrativo e un difficile utilizzo della piattaforma informatica del Mef rilevati da un'azienda sanitaria su tre. E' un quadro fatto molto più di luci che di ombre quello fotografato **dall'indagine FIASO**, la Federazione di Asl e Ospedali, sull'applicazione del DI 35/2013, relativa al pagamento della prima delle 3 tranche degli oltre 13 miliardi di debiti Asl. Un lavoro di monitoraggio espressamente richiesto dal Mef alla Federazione e che ha visto coinvolte ben il 73,7% (180) delle Aziende sanitarie e ospedaliere.

A sorpresa più risorse al Nord

Al termine della rilevazione compiuta da FIASO risulta che il 36% dello stock complessivo di debito dichiarato dalle diverse realtà sanitarie è stato saldato con la prima tranche. Ma, contrariamente a quanto previsto da molti economisti, la maggior parte delle risorse non è andata al più indebitato Sud bensì al Nord, dove è stata assegnata la quota più rilevante rispetto all'intero debito pregresso, sia in termini percentuali, con il 49%, che assoluti, con 1,6 miliardi su 2,8. Il Centro ha invece saldato con la prima tranche solo il 27% dei debiti pregressi, Sud e Isole il 26%.

La sola Regione ammessa al finanziamento di tutto il debito comunicato è l'Abruzzo, con una percentuale del 98%, seguita dalla Calabria con il 56%, il Veneto (50%) e l'Emilia Romagna, con il 48%.

L'indagine ha rilevato che la quota del "debito certo, liquido ed esigibile" sul totale del debito rilevato dai modelli sullo stato patrimoniale delle Aziende rappresenta in realtà solo il 20% del totale, che considera anche crediti diversi da quelli vantati dai creditori. La percentuale è più bassa al Nord con il 17%, più alta al Centro con il 24, mentre il Sud è nella media nazionale.

Tempi di pagamento ridotti del 35%

Che esistano alcuni fattori di attrito o quantomeno di rallentamento delle operazioni di erogazione delle risorse lo mostrano i tempi del loro trasferimento dal centro alla periferia. Dei 7 miliardi e 657 milioni totali comunicati alle Regioni al 31-12-2012, ne restavano da erogare 2,717 al 30-6-2013, che si riducono a 784 milioni al 30 settembre dello stesso anno. Come dire che il trasferimento delle risorse era in larga parte avvenuto ma non ancora del tutto esaurito dopo 9 mesi.

Nonostante questo dal 2011 al 2014 si è avuta una riduzione del 35% dei tempi di pagamento dei fornitori, pari a 105 giorni guadagnati. La media di 195 giorni resta però lontana dall'obiettivo dei 60 giorni fissato per legge, al quale si avvicinano Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Friuli, Lombardia e Marche, tutte sotto i 100 giorni di attesa per i pagamenti. Rimangono invece molto critiche le situazioni in Calabria e Molise, rispettivamente con 794 e 790 giorni. C'è anche da dire però che in Molise il finanziamento effettivamente

erogato dalla Regione è pari solo al 9% del debito maturato certo, liquido ed esigibile, mentre in Calabria è del 17%.

Per un'Azienda su tre difficoltà nell'attuare il DI sblocca debiti

Riguardo gli adempimenti a carico delle Aziende l'indagine ha rilevato come il 55% di queste ha provveduto a comunicare ai fornitori quanto dovuto. Una percentuale che sale al 70% nel Sud e nelle Isole. Il restante 45% non ha però fatto scena muta con i fornitori, ma ha adottato metodi di comunicazione diversi da quelli previsti dal decreto.

Il 73% delle Aziende ha poi pubblicato nei propri siti web l'elenco dei debiti liquidi, certi ed esigibili. La quasi totalità al Sud e nelle Isole. Anche in questo caso buona parte delle Aziende mancanti all'appello ha ritenuto non indispensabile provvedere alla pubblicazione dell'elenco perché già presente nei siti web regionali.

Ben il 90% delle Aziende ha invece pubblicato nei propri siti web l'elenco dei debiti maturati e non ancora estinti.

Anche se in larga parte hanno fatto il loro dovere, il 33% delle Aziende sanitarie e ospedaliere ha riscontrato significative difficoltà ad attuare quanto previsto dal legislatore.

Criticità dovute prevalentemente a questi fattori:

- l'eccessiva mole di adempimenti amministrativi;
- l'appesantimento burocratico di alcuni processi;
- il difficile utilizzo del sistema informatico e, in particolare, della piattaforma impiegata per la rilevazione dei dati;
- la scarsa disponibilità di informazioni tra Regione e Azienda;
- l'inadeguato supporto di back office riscontrato dalle Aziende.

Sei aziende su dieci hanno migliorato la propria situazione debitoria.

Il 60% delle Aziende dichiara infatti di aver registrato una situazione debitoria migliore rispetto alla data di entrata in vigore del decreto sul ripiano dei debiti PA. Percentuale che sale all'81% al Sud. E il 53% di Asl e Ospedali ritiene che questi miglioramenti siano permanenti e strutturali.

Il 14% inoltre rileva che l'operazione di ripiano abbia prodotto sconti sui contratti in essere, mentre per l'8% ha generato una riduzione dei prezzi su quelli nuovi e il 6% accredita al decreto 35/13 l'ampliamento del portafoglio fornitori.

Fonte: Ufficio stampa Fiaso

Più fondi a Comuni e Regioni, stallo sui dirigenti delle Entrate

IL PROVVEDIMENTO

ROMA Due miliardi in più alle regioni alle Province autonome da usare per il pagamento dei debiti arretrati, 530 milioni ai Comuni come compensazione per il minor gettito conseguente dal passaggio dall'Imu alla Tasi. Sono novità di una certa importanza quelle contenute nel decreto sugli enti locali approvato ieri dal governo, decreto che tuttavia attira l'attenzione anche per le norme che non vi hanno trovato posto. A partire da quella che avrebbe dovuto risolvere il problema dei dirigenti facenti funzione delle Agenzie fiscali la cui nomina è stata dichiarata illegittima dalla Corte costituzionale. La possibilità di mettere in regola circa 400 posizioni con un concorso era stata inserita ieri in una bozza del provvedimento, ma è stata poi cancellata prima dell'ingresso del testo nel Consiglio dei ministri. Se ne parlerà in una prossima riunione, ha spiegato il ministro dell'Economia Padoan. Di fatto non appare ancora superato il contrasto tra chi all'interno dell'esecutivo spinge per una soluzione anche provvisoria ma immediata, per garantire l'operatività dell'Agenzia delle Entrate, e chi chiede invece di arrivare ad un meccanismo radical-

mente diverso da quello censurato dalla Consulta.

Nel testo non ci sono nemmeno misure relative al Giubileo. Ma su questo punto la posizione di Palazzo Chigi è piuttosto netta: non sono previste risorse pubbliche aggiuntive per finanziare l'evento. Restano gli altri capitoli del provvedimento, comunque attesi dal mondo degli enti terri-



Il ministro Boschi (foto ANSA)

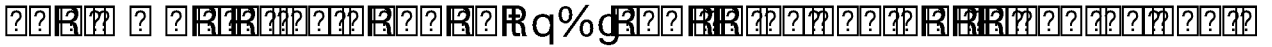
**ALTRI DUE MILIARDI
PER IL PAGAMENTO
DEI DEBITI DELLA PA
LA POLIZIA PROVINCIALE
CONFLUIRA
IN QUELLA COMUNALE**

toriali. In particolare i Comuni avranno per 4 anni 100 milioni come allentamento del Patto di stabilità, quindi la possibilità di spendere un po' di più per particolari finalità quali l'edilizia scolastica. Altri 530 milioni rispondono ad una questione sollevata dalle amministrazioni comunali, ovvero il venir meno di una parte del loro gettito tributario a seguito delle ultime modifiche legislative in materia di fiscalità immobiliare. Per la stessa finalità i sindaci avevano ottenuto lo scorso anno 625 milioni.

L'OPERAZIONE

I due miliardi destinati a Regioni e Province autonome sono invece ulteriori risorse destinate al pagamento dei debiti certi ed esigibili, maturati entro il 31 dicembre dello scorso anno. Secondo le ultime informazioni diffuse dal ministero dell'Economia (aggiornate al 30 gennaio) l'operazione straordinaria lanciata oltre due anni fa ha reso disponibili risorse per 42,8 miliardi, di cui 36,5 corrispondono a pagamenti effettivamente arrivati ai fornitori. Infine il decreto interviene anche nella vicenda delle Province, prevedendo il passaggio degli appartenenti alla Polizia provinciale nei ranghi di quella municipale.

L. Ci.

LE ELEZIONI 

Enpam, massiccia presenza della Campania

NAPOLI. Nelle elezioni per l'Assemblea nazionale dell'Enpam mirate al rinnovo delle Consulte nazionali e regionali vince la linea di chi ha puntato sui giovani e sulle donne. La Fimmg si è affermata infatti con un più che lusinghiero 74%. «Siamo nella governance dell'Enpam – spiega il segretario provinciale di Napoli Luigi Sparano - nel quale esprimiamo oltre al presidente e vicepresidente, gli oltre 40 presidenti di Ordine e le 4 Consulte per i vari fondi. Il nostro impegno deve essere costante

nel monitorare l'autonomia amministrativa e la libertà dei nostri colleghi. Un grazie lo rivolgiamo anche alla capacità amministrativa del presidente Alberto Oliveti, che oltre a mantenere una buona gestione dell'Ente garantisce e assicura che questo Ente sia sempre sano con un patrimonio invidiabile, cresciuto costantemente anche negli ultimi anni, con un equilibrio tecnico certificato fino a 50 anni». Per la Fimmg Napoli questo aspetto che è motivo di orgoglio, è anche ciò che lo rende "ap-

petibile" a chi, non avendo saputo amministrare altrettanto bene la cosa pubblica, vorrebbe appropriarsene per dare sollievo ai propri bilanci. La rappresentatività Fimmg è stata ancora una volta massiccia ha assunto il significato di una vicinanza e di un segnale di appartenenza di una intera categoria all'Ente. Ed è stato importante far percepire come deterrente alla politica e a quei funzionari governativi che guardano all'Enpam come a una possibile preda.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Stop assistenza a disabili e anziani

- L'Ambito sospende i servizi in città
Pagamenti non effettuati dal comune
- Il vicesindaco Lello De Falco promette:
«Ci impegneremo per ripristinarli»

ELENA PONTORIERO
Boscoreale

Ambito per i servizi sociali non pagato, sospesa l'assistenza domiciliare ad anziani e disabili. Ancora disservizi piombano sulla città di Boscoreale che, con un bilancio di gestione in bilico, continua a subire il taglio delle prestazioni. Un debito che l'ente di piazza Pace avrebbe accumulato, dagli anni precedenti, nei confronti anche dell'Ambito, in particolare per il servizio di assistenza a domicilio di anziani e di portatori di handicap.

Una situazione che va a ricadere sulla fascia più debole dei cittadini boschesi che, da due giorni, hanno visto sospendere il servizio di sostegno per i familiari non autonomi.

“Sappiamo del fermo del servizio di assistenza e ci stiamo mobilitando affinché il problema possa risolversi in breve tempo - ha detto il vicesindaco Lello De Falco, con deleghe al Bilancio e Finanza (ancora da riconfermare) - Questa amministrazione ha ereditato una situazione economica già precaria e, ancora oggi, stiamo cercando di tagliare le spese per assicurare la continuità dei principali servizi. Cerchiamo di recuperare liquidità attraverso i tributi per ottemperare ai pagamenti imminenti e all'azzeramento dei debiti che il comune ha in bilancio.

I servizi di assistenza a domicilio spettanti agli anziani e ai diversamente abili di Boscoreale verranno, quanto prima, ripristinati, anche perché il comune vanta un credito proprio nei confronti dell'Ambito”.

Il vicesindaco Lello De Falco è deciso a scendere in campo e a far presto ripar-

tire l'assistenza dovuta a quella fascia di cittadini boschesi non autonomi che, con mille difficoltà, devono 'tamponare' ai giorni di mancato servizio previsto dall'Ambito. Insomma, una crisi che ha colpito il municipio di piazza Pace e che, con un effetto domino, sta tirando giù l'intera città che sta continuando a paziente.

“Per l'incentivo previsto dal Governo, quest'anno al comune di Boscoreale entrerà un importo decurtato di circa 500 mila euro. Significa un altro problema economico da risolvere. Soldi che comunque non sono stati assegnati e di conseguenza non ancora a disposizione dell'ente”, ha spiegato Lello De Falco, vicesindaco rinominato da Balzano, dopo l'azzeramento della giunta avvenuto circa un mese fa.

Un 'buco' in bilancio con cui l'amministrazione comunale “sta combattendo da mesi, preferendo operare nel silenzio e non rispondere alle sterili polemiche di chi per primo ha spinto il comune nelle torbide acque”, così hanno replicato il sindaco Giuseppe Balzano e il vicesindaco De Falco alle ultime accuse, giunte dai politici locali dopo l'assise andata disertata. Insomma, poche parole 'lanciate' ai buon intenditori.

Le precarietà, dunque, restano ma l'amministrazione Balzano è decisa a riportare il comune in posizione dritta, lottando e spingendo contro il lato 'inclinato' dell'ente di piazza Pace.

E tra operazioni e conteggi, il primo cittadino Giuseppe Balzano, dovrà presto tirare le somme anche sul numero della composizione della giunta che da tre assessori dovrebbe, quanto prima, accogliere altri due esponenti per rientrare nel pieno dell'attività.



SERVIZI SOCIALI
Sospesa l'assistenza domiciliare ad anziani e disabili

Tumori, scatta l'armistizio

■ A Sant'Agnello sospeso lo sgombero di Oncologia Ma si cerca un'altra location per donare il sangue

SALVATORE DARE
Sant'Agnello

Un armistizio importante. Una sottile apertura. Uno stop invocato. Oppure, come ha detto un paziente di Vico Equense ieri mattina che lotta contro il cancro, «una semplice presa di coscienza a favore di noi malati».

Fatto sta che, almeno per il momento, lo sgombero delle due stanze del distretto dell'Asl di Sant'Agnello occupate dall'ambulatorio dell'Oncologia non ci sarà. Né tantomeno al posto del presidio verrà realizzata la sala per la raccolta e la donazione del sangue come invece prospettato nelle ultime ore.

L'ha spuntata, almeno per il momento, la (civile) "sommossa" della dottoressa responsabile dello sportello per i malati di tumore, Ester Di Palma, supportata notte e giorno dai volontari dell'associazione no profit "Diamo vita ai sogni" che da anni, fin dal lontano 2005, aiuta i pazienti nell'affrontare il cancro con presidi permanenti nel distretto dell'azienda sanitaria e attività di supporto morale.

La chiusura dell'ambulatorio di Oncologia è stata momentaneamente sospesa così come è emerso alla fine di un serrato confronto svoltosi nella giornata di ieri tra il medico che coordina l'ambulatorio e i vertici dell'Asl che, inizialmente, avevano stabilito che l'attività di raccolta del sangue

venisse trasferita dai locali messi a disposizione dall'ospedale Santa Maria della Misericordia di Sorrento al plesso medico di Sant'Agnello. Si tratta di servizi che fino a qualche tempo fa venivano garantiti presso il nosocomio ma che, per «ragioni organizzative», hanno suggerito all'Asl Napoli 3 Sud di spostare in un'altra struttura del comprensorio della penisola sorrentina in grado di poter ospitare personale e attrezzature necessarie.

Ed è proprio qui che era cominciata a balenare l'idea di poter sfruttare due delle tre stanze che, dal lontano 2005, sono riservate all'ambulatorio dei malati di cancro della penisola sorrentina. Un autentico punto di riferimento che, ad esempio, dallo scorso mese di gennaio ha previsto ben 1000 visite.

Sulla questione, va registrata comunque l'intercessione del sindaco facente funzioni di Vico Equense, Benedetto Migliaccio, che non ha esitato a scendere in campo chiedendo comunque una mediazione che possa prevedere un rilancio di entrambe le attività, sia quelle dell'oncologia che della stessa donazione di sangue.

Una possibilità su cui si sta lavorando alacremente è quella che potrebbe blindare l'area in cui vengono accolti i malati di tumore ma comunque favorendo l'apertura di uno sportello per il sangue magari andando a sfruttare al meglio alcune stanze che, la stessa dottoressa Di Palma, ha illustrato disponi-

bili ai vertici dell'azienda sanitaria. Si vedrà comunque se l'intesa alla fine delle trattative verrà sancita con tanto di "pax" ufficiale a tutela dei pazienti. E al di là degli (eventuali) sviluppi dettati dall'intervento dei carabinieri della compagnia di Sorrento intervenuti sul posto.

Un controllo invocato dalla stessa responsabile dell'ambulatorio di Oncologia che aveva allertato i militari circa l'avvio delle operazioni di sgombero della struttura ambulatoriale.



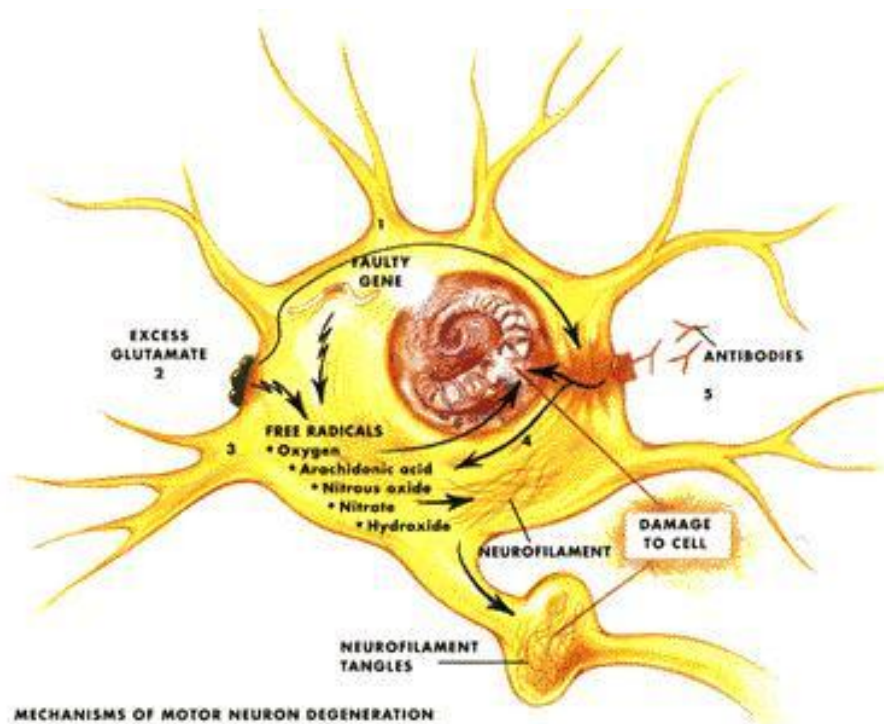
LA QUERELLE

Oncologia, ipotesi congelata sullo sgombero dell'ambulatorio



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Giovedì 11 GIUGNO 2015

Sla. Individuato un nuovo meccanismo alla base della morte dei neuroni

Oggi, un team di scienziati ha identificato un nuovo meccanismo genetico alla base dell'attacco del sistema immunitario contro i motoneuroni, che può contribuire alla comparsa della sclerosi laterale amiotrofica. Coinvolte alcune proteine, tra cui la SARM1: in un organismo animale chiamato C. Elegans è stato possibile frenare la progressione della malattia bloccando tale proteina. Rimangono ostacoli nell'individuazione di un trattamento per l'uomo. Lo [studio](#) su Nature Communications

Oggi è stato individuato un nuovo collegamento, finora sconosciuto, tra il sistema immunitario e i motoneuroni, importanti cellule nervose che comandano i movimenti corporei: proprio un attacco del sistema immunitario contro tali cellule può portare alla loro distruzione e alla comparsa della Sclerosi Laterale amiotrofica (Sla), malattia neurodegenerativa progressiva ad esito fatale. Il collegamento, scoperto oggi da un gruppo di ricercatori dell'Università di Montréal, potrebbe essere paragonato ad un 'interruttore' genetico del sistema immunitario, che si attiva contro le cellule nervose. I risultati dello studio, condotto sull'organismo *C. Elegans*, sono [pubblicati](#) sulla prestigiosa rivista *Nature Communications*.

"Lo squilibrio immunitario può contribuire alla distruzione dei motoneuroni e promuovere la comparsa della malattia", ha spiegato **Alex Parker**, ricercatore del CRCHUM e Professore Associato al Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Montréal.

La sclerosi laterale amiotrofica è una malattia neuromuscolare ad esito fatale che assume caratteristiche molto variabili. La malattia colpisce i motoneuroni, le cellule nervose che impartiscono ai muscoli il comando di movimento, comportando una progressiva perdita delle funzioni motorie; il decesso avviene generalmente entro i 5 anni dalla comparsa.

La patologia esordisce spesso ad un'età in media pari a 55 anni e attualmente non ci sono cure risolutive, spiegano gli esperti, che sottolineano che per ora il riluzolo è l'unico trattamento approvato in grado di prolungare la sopravvivenza dei pazienti di qualche mese.

Lo studio odierno si è basato su un modello di laboratorio, l'organismo quasi microscopico *Caenorhabditis elegans*, in cui circa la metà dei geni sono strettamente correlati ai corrispettivi umani.

I ricercatori spiegano che più di 12 geni sono collegati alla Sla e alcune mutazioni in tali geni possono causare questa risposta immunitaria anomala, diretta contro i motoneuroni.

Nello studio, gli esperti hanno introdotto un gene mutato (TDP-43 o FUS) nell'animale. Sorprendentemente, anche se questo organismo ha un sistema immunitario piuttosto rudimentale, questo suo sistema ha scatenato un attacco imprevisto contro i suoi neuroni. Il *C. elegans* "ha pensato di avere un'infezione virale o batterica e ha lanciato una risposta immunitaria. Ma la reazione è risultata tossica e ha distrutto i motoneuroni dell'animale", ha spiegato **Alex Parker**, ricercatore del CRCHUM e Professore Associato al Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Montréal.

I ricercatori aggiungono che un meccanismo simile potrebbe manifestarsi anche nell'essere umano.

Inoltre i ricercatori hanno studiato altri geni, come il "*tir-1*, noto per il suo ruolo nel sistema immunitario", ha affermato **Julie Veriepe**, lead investigator e studente di dottorato sotto la supervisione di Alex Parker.

Nell'uomo, l'equivalente di questo gene è il *SARM1*, che ha dimostrato di giocare una parte importante per l'integrità del sistema nervoso. Ma i ricercatori pensano che il 'percorso di segnalazione' coinvolto in questo malfunzionamento sia identico per tutti i geni coinvolti nella Sla.

Proprio per questa 'equivalenza', la proteina codificata ('prodotta') dal gene *tir-1* (*SARM1* nell'uomo) potrebbe rappresentare un ottimo bersaglio terapeutico: tale proteina, infatti, è importante e ben conosciuta perché fa

parte del processo di attivazione delle chinasi, enzimi preposti a diversi compiti tra cui la trasmissione del segnale nelle cellule. Secondo gli scienziati, bloccandola, dunque, si potrebbe provare ad arrestare la progressione della malattia.

Gli scienziati hanno mostrato che bloccando l'azione di tale proteina nell'animale modello, si è in grado di rallentare la progressione della malattia; attualmente il gruppo di ricerca sta studiando nel *C. Elegans* l'utilizzo di un farmaco già esistente ed approvato dalla FDA per il trattamento di alcune malattie tra cui l'artrite reumatoide

Tuttavia, ancora rimangono degli ostacoli, spiegano gli scienziati, e non è ancora stato trovato un trattamento per curare o rallentare la progressione della Sla. Negli studi condotti su questo organismo, "sappiamo che l'animale è malato perché abbiamo indotto la malattia. Questo ci permette di somministrare un trattamento molto precoce nella vita dell'animale", spiega Parker. "Tuttavia, la Sla è una malattia legata all'invecchiamento, dato che di solito nell'uomo si manifesta intorno all'età di 55 anni: così non conosciamo l'eventuale efficacia di un farmaco che viene somministrato solo dopo la comparsa dei sintomi. Comunque abbiamo chiaramente dimostrato che nel modello *C. elegans*, bloccare questa proteina-chiave frena il progresso della malattia in questo animale".

Viola Rita