



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# PER I CONTRIBUTI L'OK ARRIVA ONLINE

## Cresce il plafond degli incentivi destinati ai contratti di solidarietà

Antonio Cannio  
Giuseppe Maccarone

Tra le varie misure contenute nel decreto legge 34/2014 a vantaggio delle imprese, appaiono particolarmente interessanti i provvedimenti con cui si interviene sulla disciplina del documento unico di regolarità contributiva (Durc) e sull'impianto a sostegno degli incentivi connessi ai **contratti di solidarietà** (Cds).

Le due norme sono orientate da logiche ben chiare: semplificazione e trasformazione per il Durc, destinato a smaterializzarsi; rivisitazione della normativa riferita alle agevolazioni per i contratti di solidarietà, stanziamento di maggiori risorse per i relativi incentivi e uniformazione della misura.

La rivisitazione del Durc è disciplinata dall'articolo 4 del decreto, con cui il governo si prefigge di far rivivere un progetto non nuovo: convertire il documento unico di regolarità contributiva in una semplice interrogazione online che ognuno, compresa l'impresa interessata, potrà eseguire dal proprio computer.

La sua realizzazione passa, in pratica, attraverso l'apertura delle banche dati in cui sono

memorizzate le informazioni che servono a controllare se un determinato soggetto è in regola con i vari versamenti. Sarà possibile verificare, in tempo reale, la posizione dei contribuenti nei riguardi di Inps e Inail nonché, per le imprese interessate, anche della Cassa edile. Al momento, in realtà, si tratta soltanto di una previsione: sarà, infatti, un decreto interministeriale (Lavoro-Economia) - la cui emanazione è prevista entro 60 giorni dall'entrata in vigore del Dl 34, avvenuta il 21 marzo 2014 - a dettare le regole.

Una volta che l'impianto sarà funzionante, l'interessato potrà controllare online la regolarità. L'esito varrà 120 giorni e le sue risultanze sostituiranno a ogni effetto il Durc, in tutti i casi in cui lo stesso è previsto, ad eccezione delle ipotesi di esclusione individuate dal decreto. Saranno, altresì, eseguibili le verifiche disposte in materia dal codice dei contratti pubblici. In tale ambito è determinante acquisire informazioni relative ai soggetti coinvolti che, se hanno commesso violazioni gravi definitivamente accertate alle norme in materia di contributi previdenziali

e assistenziali, potranno essere esclusi dalle gare di affidamento delle concessioni, degli appalti e dei subappalti.

La norma, inoltre, aggiunge che dalla data di entrata in vigore del decreto interministeriale di regolamentazione, ogni disposizione di legge incompatibile con le previsioni del decreto lavoro sarà abrogata.

Attualmente le stazioni appaltanti possono verificare online il possesso dei requisiti di capacità generale e tecnico-economica delle imprese. Il controllo si esegue accedendo alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (Bdncp) operativa presso l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (Avcp). Per rendere possibile lo scambio di informazioni telematiche tra le stazioni appaltanti e le imprese che vogliono partecipare a pubbliche gare d'appalto di lavori, forniture e servizi, è stata realizzata una piattaforma telematica denominata Avcpass. Previa registrazione, il sistema permette alle stazioni appaltanti/enti aggiudicatori l'acquisizione della documentazione comprovante il possesso dei requisiti di carattere generale, tecnico-organizzativo ed economico-fi-

nanziario per l'affidamento dei contratti pubblici; consente, inoltre, agli operatori economici di inserire a sistema i documenti richiesti dalle procedure di affidamento.

Nella delibera 111/2012, l'Autorità ha, tra l'altro, affermato che nella documentazione comprovante il possesso dei requisiti generali (articoli 38 e 39 del codice) figura anche il

Durc fornito dall'Inail. Stante, dunque, quanto previsto dal Dl 34/2014, quando sarà pronto il decreto di regolamentazione del Durc smaterializzato, il passaggio all'Avcpass non dovrebbe più essere obbligatorio in quanto sarà sufficiente l'interrogazione online.

Il decreto lavoro si interessa anche dei contratti di solidarietà accompagnati da Cigs. La crisi economica che ha coinvolto il nostro Paese in questi ultimi anni ha visto crescere in maniera esponenziale il ricorso all'istituto del contratto di solidarietà come possibile strumento per la salvaguardia occupazionale.

Preso atto di questa realtà, con le nuove disposizioni si prevede un piccolo ma interessante maquillage delle regole inerenti l'accesso alle agevolazioni contributive a supporto dei Cds, si aumenta (triplicandolo) il plafond per finanziare gli incentivi e, parallelamente, si prevede un'agevolazione con misura uniformata che non tiene più conto delle diverse percentuali di riduzione dell'orario contrattuale, né della collocazione territoriale delle imprese.

Il Sole **24 ORE.com**

ONLINE

### Il testo del decreto convertito in legge

Per gli abbonati alla versione digitale del Sole 24 Ore è disponibile il testo del decreto convertito in legge dopo le modifiche apportate dal Senato e dalla Camera. Il provvedimento è destinato ad entrare in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione in Gazzetta ufficiale

[www.ilsole24ore.com](http://www.ilsole24ore.com)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## I | DURC - DESTINATARI



## Verifica unica con il codice fiscale

**L**e modifiche apportate dall'articolo 4 del decreto legge riguardano le modalità di acquisizione del documento unico di regolarità contributiva (Durc) da parte dei soggetti interessati, mentre non cambiano i soggetti che devono rispettare questo adempimento.

Il decreto ministeriale del 24 ottobre 2007 stabilisce che il Durc deve essere richiesto dai datori di lavoro ai fini della fruizione dei benefici normativi e contributivi in materia di lavoro e legislazione sociale, nonché per la fruizione di benefici e sovvenzioni previsti dalla normativa statale, regionale e comunitaria. Deve essere richiesto anche dai datori di lavoro e dai lavoratori autonomi nell'ambito delle procedure di appalto di opere, forniture e servizi pubblici e nei lavori privati dell'edilizia.

L'articolo 31 del decreto legge 68/2013 ha previsto inoltre che il Durc è necessario per le imprese di tutti i settori che chiedono di essere ammesse ad agevolazioni oggetto di cofinanziamento

europeo finalizzate alla realizzazione di investimenti produttivi anche per il tramite di eventuali gestori pubblici o privati dell'intervento interessato.

In base a quanto previsto dall'articolo 4 del Dl 34/2014, la regolarità contributiva va verificata nei confronti dell'Inps, dell'Inail e, per le imprese tenute ad applicare i contratti del settore edile, nei confronti della

La regolarità contributiva, relativa a Inail, Inps e, se dovuta, alle Casse edili, potrà essere verificata con una singola consultazione. Infatti il decreto legge stabilisce che questi operino «in integrazione e riconoscimento reciproco». Per evitare "falsi allarmi" è dunque importante che gli archivi siano aggiornati

Cassa edile. Nel rispetto della cooperazione applicativa (articolo 4, comma 2, lettera b) non sarà necessario verificare la regolarità distintamente presso i due o tre enti, ma il controllo avverrà tramite un'unica interrogazione presso un archivio degli enti, utilizzando il solo codice fiscale del soggetto da verificare. In materia di appalti pubblici, con le novità introdotte dal decreto lavoro, viene stabilito che l'interrogazione assolve l'obbligo di verificare, presso la banca dati nazionale sui contratti pubblici, la sussistenza del requisito generale circa l'assenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali (articolo 38, comma 1, lettera i, del Dlgs 163/2006).

Nulla cambia, invece, per gli appalti edili privati per i quali l'articolo 90, comma 9, lettera c del Dlgs 81/2008 prevede che è onere del committente, prima dell'inizio dei lavori oggetto del permesso di costruire o della denuncia di inizio attività, di trasmettere all'amministrazione concedente, oltre la copia della notifica preliminare, anche il Durc delle imprese e dei lavoratori autonomi da impiegare.

**Luigi Caiazza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## 2 | DURC - PROCEDURE



## Il debutto telematico attende un Dm

Con la conversione in legge del Dl 34/2014 va definitivamente in soffitta il formato cartaceo del Durc come l'abbiamo conosciuto finora. Il nuovo sistema telematico, però, non entra subito in vigore ma attende l'emanazione di un decreto ministeriale (che in base alla prima versione del Dl sarebbe dovuta avvenire entro il 20 maggio 2014). Tale provvedimento dovrà definire i requisiti di regolarità, i contenuti e le modalità della verifica nonché le ipotesi di esclusione.

La verifica della regolarità avverrà in tempo reale e riguarda i pagamenti scaduti sino all'ultimo giorno del secondo mese antecedente a quello in cui la verifica è effettuata, a condizione che sia scaduto anche il termine di presentazione delle relative denunce retributive. Così, ad esempio, ipotizzando i rapporti con l'Inps, il datore di lavoro presenta le denunce retributive (modello Uniemens) del mese di febbraio entro il giorno 16 del

mese di marzo ed effettua il versamento entro lo stesso giorno. In tal caso la verifica riguarderà i versamenti fino al giorno 16 del mese di gennaio per i contributi di competenza del precedente mese di dicembre.

La verifica con procedura telematica avviene tramite un'unica interrogazione presso gli archivi di Inps, Inail e, per le imprese tenute ad applicare i

Il decreto ministeriale che darà attuazione al Durc online potrà essere aggiornato in relazione all'evoluzione dei sistemi telematici e delle modifiche normative. È anche previsto che dopo dodici mesi dall'entrata in vigore del Dl, il ministro del Lavoro presenti una relazione alle Camere per verificare gli effetti delle novità introdotte

contratti del settore dell'edilizia, della Cassa edile.

A tale regola si aggiunge la procedura del cosiddetto Durc interno che consiste nell'esonero da parte del beneficiario di richiedere mensilmente all'Inps il rilascio del Durc per aver diritto ai benefici erogati dall'istituto stesso. Sarà quest'ultimo (dal 15 maggio scorso) a richiedere il documento interno verificando così eventuali situazioni di irregolarità che possano compromettere la fruizione dei benefici (messaggio Inps 2889/2014). Qualora dovessero emergere irregolarità, il datore di lavoro verrà avvisato tramite Pec e invitato alla regolarizzazione entro 15 giorni.

Nulla è cambiato, invece, per gli appalti edili privati in quanto sarà sempre il committente a chiedere all'impresa esecutrice o lavoratore autonomo il Durc in corso di validità (120 giorni dal rilascio) che a sua volta lo chiederà alla Cassa edile in via telematica. È auspicabile che il decreto in via di emanazione preveda che l'impresa possa inviare il Durc al committente e questi all'amministrazione concedente tramite Pec e/o firma digitale.

L. Cai.

## 3 | DURC - CONSEGUENZE



## Irregolarità sanabili in quindici giorni

Senza Durc niente agevolazioni, ma in caso di irregolarità c'è la possibilità di sanare la situazione prima di perdere il bonus o l'appalto.

Il documento, sin dalla sua origine risalente al decreto ministeriale del 24 ottobre 2007, attesta la regolarità contributiva con i vari enti (Inps, Inail, Cassa edile quando prevista) e il legislatore ne prevede il possesso perché il soggetto interessato possa svolgere la sua attività quando è coinvolta direttamente o indirettamente la pubblica amministrazione nazionale o locale e/o perché possa legittimamente fruire dei benefici, sovvenzioni, agevolazioni e cofinanziamenti anche in sede comunitaria.

Il mancato rilascio del Durc da parte degli enti preposti comporta pertanto il mancato accesso a tali attività o benefici, ovvero alla loro decadenza dal momento in cui verranno meno i presupposti che la legge presuppone per il

suo rilascio. Tuttavia, il diniego al documento non è immediato perché la legge prevede la possibilità di ravvedimento, da parte del soggetto interessato, mediante la regolarizzazione della propria posizione contributiva nel termine che la legge fissa in 15 giorni dalla data dalla quale ne viene fatta la richiesta.

In ogni caso il Durc può comunque essere rilasciato se

È giovedì scorso la data di avvio del nuovo documento unico di regolarità contributiva interno per l'Inps. Dal 15 maggio, infatti, l'istituto di previdenza ha previsto di inviare i primi preavvisi di Durc interni negativi. Il Durc interno riguarda la regolarità contributiva per benefici erogati dall'Inps stesso

l'interessato ha instaurato un ricorso amministrativo avverso l'accertamento dell'omissione e l'istituto non lo ha ancora deciso, o se ci sono crediti iscritti a ruolo e per i quali è stata disposta la sospensione della cartella esattoriale o in caso di avviso di addebito a seguito ricorso giudiziario.

Invece il Durc non può essere rilasciato, ai sensi del richiamato decreto ministeriale del 24 ottobre 2007, in caso di violazione delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro, accertate con provvedimenti amministrativi o giurisdizionali definitivi per le violazioni e i corrispondenti i periodi riportati nell'allegato A al citato decreto del 2007.

Non rientrano tra tali provvedimenti le violazioni che siano state estinte mediante prescrizione obbligatoria di cui all'articolo 20 e seguenti del decreto legislativo 758/1994, ovvero mediante oblazione ai sensi degli articoli 162 e 162-bis del Codice penale, in quanto la loro applicazione presuppone l'avvenuta regolarizzazione dell'inadempienza accertata indipendentemente dalla sua gravità.

L. Cai.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

■ SCENARIO / Nel Mezzogiorno le famiglie investono ancor meno della media nazionale, con un valore medio complessivo pari a 1.788 euro per abitante

# Italia, fanalino di coda in Europa per la spesa sanitaria

*Il rapporto Istat. Calo anche dei posti letto, soprattutto al Sud. L'unica eccezione è il Molise, primo in classifica*

**1.867**

**EURO  
PER ABITANTE**

**La spesa sanitaria  
italiana nel 2012  
vale il 7% del pil**

**2.309**

**EURO  
PER ABITANTE**

**spesi in Francia  
La Germania invece  
ne spende 2.477**

Il quadro generale che si ricava dal rapporto Istat 2014 "Noi Italia, 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo" vede la nostra Penisola fanalino di coda in Europa rispetto ai dati della spesa sanitaria pubblica, con numeri molto inferiori rispetto ad altri Stati - circa 111 miliardi di euro nel 2012, il 7% del Pil, ovvero 1.867 euro annui per abitante -, e una diminuzione in generale della spesa privata da parte delle famiglie, che rappresenta l'1,8% del Pil nazionale.

In Francia e Germania, invece, si spendono rispettivamente 2.309 e 2.477 euro per abitante. Il valore del Mezzogiorno è inferiore alla media nazionale, 1.788 euro, e in coda alla classifica ci sono Sicilia (1.755 euro) e Campania (1.748 euro). Il Mezzogiorno è anche il territorio dove le famiglie



© Syda Productions - Fotolia.com

contribuiscono meno alla spesa sanitaria: ciascuna famiglia nel 2011 ha speso 949 euro nel Sud Italia, e 1.222 se si trova nel Centro-Nord, con le incidenze

più basse in Sardegna, Basilicata e Campania. Riguardo all'offerta di posti letto, la tendenza è alla diminuzione, in Italia come in Europa. In generale

le regioni del Sud sono quelle con l'offerta più bassa, eccezion fatta per il Molise, che invece è in cima alla classifica con 4,3 posti letto ogni mille abitanti, mentre la Campania è l'ultima con 2,9 posti letto per mille abitanti. Prosegue il fenomeno dell'emigrazione regionale per i ricoveri, che in Italia ammonterà a circa 588 mila. Se i poli d'attrazione si trovano soprattutto al Centro-Nord, le regioni in "deficit" di pazienti sono ancora una volta quelle del Sud, in particolare Basilicata (22,2% di emigrazione), poi Molise (20,7%), Calabria (17,2%) e Abruzzo (16,5%). Il Sud Italia è svantaggiato anche rispetto al tasso di mortalità infantile, che comunque in Italia si attesta sui livelli dei Paesi più avanzati. Una forte variabilità territoriale che il rapporto Istat induce a "non sottovalutare": vede in cima alla triste classifica la Sicilia, con un tasso del 4,8 per mille rispetto al dato nazionale del 3,2 per mille, e la Campania, con il 41 per mille.

**Continua il fenomeno  
dell'emigrazione  
regionale per i ricoveri**

## Via i piccoli ospedali, ticket meno caro Ecco la rivoluzione per tagliare i costi

Entro giugno il ministero e le Regioni firmeranno l'accordo sul "Patto per la Salute"  
Previsto un risparmio di 10 miliardi in 3 anni da investire in ricerca e ammodernamento

PAOLO RUSSO  
ROMA

**S**i scrive «Patto per la salute» e si traduce in taglio degli ospedaletti e delle mini cliniche con meno di 60 posti letto, stop alla rimborsabilità delle prescrizioni «inappropriate», riforma dei ticket all'insegna del motto «pagare tutti per pagare meno», «case della salute» per garantire cure 24h nel territorio. Sono solo alcuni dei capitoli dell'accordo, già in larga misura nero su bianco, che Ministero delle salute e Regioni si apprestano a sottoscrivere entro giugno.

Parole da imprimere in articoli e commi di un decreto che recepirà l'intesa destinata, secondo il ministro Lorenzin, a portare 10 miliardi di risparmi in tre anni, da reinvestire in ricerca e riammodernamento dei nostri ospedali. I tempi sarebbero stati ancora più rapidi se il Tesoro non avesse tirato il freno proprio questi giorni, preoccupato dell'allentamento dei vincoli per le Regioni in piano di rientro, da troppi anni condizionate da tagli che stanno compromettendo la loro capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza. E poi c'è da sciogliere il nodo delle risorse.

Il Patto prevede di arrivare dagli attuali 109,9 miliardi del fondo sa-

### I PUNTI DEBOLI

Sono stati individuati i reparti che trattano troppi pochi casi per essere ritenuti sicuri

### L'ASSISTENZA

Le «case della salute» saranno aperte 24 ore su 24 e faranno da filtro al Pronto soccorso

nitario ai 115,4 del 2016. Meno di quanto previsto inizialmente perché le risorse devono seguire l'andamento lento del Pil.

Ma le scelte di fondo sono già in una bozza che abbiamo potuto visionare e che siamo in grado di anticipare nelle sue linee essenziali.

### Mini strutture addio

L'asticella si è abbassata da 120 a 60 posti letto. Sotto questa soglia gli ospedali dovranno essere riconvertiti in strutture per l'assistenza nel territorio e la riabilitazione, mentre le clinichette, salvo quelle mono specialistiche, dovranno riaccorparsi fino a raggiungere la dotazione di almeno 100 letti o chiudere i battenti. Ma gradualmente, per evitare contraccolpi negativi sul piano occupazionale. Sulla carta a rischio sarebbero 192 strutture private, anche se, alla fine, a chiudere i battenti saranno la metà.

Nel pubblico, invece, sono 72 gli ospedaletti nella «black list» che è possibile stilare dai dati del ministero della salute. In totale oltre 2800 posti letto da trasformare in assistenza sul territorio. Anche perché, statistiche alla mano, ospedali o cliniche troppo piccoli significano più possibilità di incappare in errori sanitari.

### Le inefficienze

Il «Piano esiti» del ministero fornisce la mappa dei reparti che trattano troppo pochi casi per essere sicuri o di quelli con risultati dal punto clinico insoddisfacenti. Per loro un tratto di penna rossa che vale circa 7mila posti letto.

### Stop ai rimborsi facili

Per le prestazioni sanitarie più richieste e a maggior rischio di inappropriatezza delle linee guida diranno ai medici quando una cura o un accertamento saranno rimborsabili oppure no. Esempio: la Tac per un sospetto menisco dell'ultraottantenne no, per una sospetta lesione cerebrale sì.

### Il decentramento

Le case della salute dovranno garantire assistenza 24h e accertamenti diagnostici meno complessi, ospitando team di medici di famiglia, specialisti e infermieri. Faranno da filtro al pronto soccorso. Se ne parla da molto ma ora diventano un vincolo per le Regioni.

### I pagamenti

Metà degli italiani è esente dal ticket e sono quelli che consumano

l'80% delle prestazioni sanitarie. In compenso chi li paga si svena per visite specialistiche e diagnostica, alle quali, per questo motivo,

### LE ESENZIONI

Non saranno più agganciate all'Irpef ma all'Isee, che indica precisamente la ricchezza

rinunciano ogni anno 6 milioni di italiani. Di qui l'idea, ancora da mettere nero su bianco, di ridurli drasticamente, rivedendo però le esenzioni, non più agganciate al reddito Irpef, che premia gli evasori, ma a quell'indicatore più reale della ricchezza che è l'Isee. Corretto in questo caso premiando chi ha più familiari a carico, anziani e malati cronici. Questi ultimi non sarebbero però più esentati se hanno un reddito Isee alto.

### Agenzie Agenas e Aifa

Avranno entrambe più potere. L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas) controllerà il rispetto del Patto e l'andamento dei conti; quella del farmaco (l'Aifa) avrà più strumenti per evitare il ripetersi di truffe farmaceutiche a danno dei conti pubblici.

## Strutture a rischio chiusura

### PIEMONTE (2 stabilimenti)

Oftalmico (44 posti letto)  
Torino,  
Evangelico Valdese (30) Torino.

74

### TOSCANA (5)

P.O. «S. Maria Maddalena» (55) Borgo San Lazzaro Volterra,  
Ospedale del Casertino (57) Bibbena,  
Ospedale della Valtiberina (54) Sansepolcro,  
Ospedale Civile (39) di Castel del Piano Grosseto,  
P.O. Amiata Senese (26) Abbadia San Salvatore

### LAZIO (6)

Ospedale di Acquapendente (8),  
Ospedale Regionale Oftalmico (14) Roma,  
Osp. Villa Albani Anzio (35),  
Osp. Ariccia (25),  
Ospedale Padre Pio di Bracciano (58),  
Centro Paraplegici Ostia «Gennaro di Ros» (28) Roma

### SARDEGNA (8)

Ospedale Marino Regina Margherita (43) A Igliero,  
P.O. Paolo Merlo (30) La Maddalena,  
P.O. C. Zonchello (44) Nuoro,  
P.O. San Camillo (36) Sorgono,  
P.O. S. Giuseppe (34) Isili,  
P.O. Cto (36) Iglesias,  
P.O. San Marcellino (36) Muravera Cagliari,  
P.O. Microcitemico (22) Cagliari

### TOTALE

**72**

STABILIMENTI

**2.837**

TOTALE POSTI LETTO

### LOMBARDIA (10)

Ospedale di Cuasso al Monte (58),  
Ospedale di Circolo Umberto I (42) Bellano,  
Ospedale civile (47) Morbegno,  
Ospedale Crotta Gittocchi (20),  
Vaprio D'Adda,  
P.O. «Anastasio Zappatori» (46) Cassano d'Adda,  
Osp. di Circolo Serbelloni (29) Gorgonzola,  
Ospedale F. M. Passi (58) Calcinato,  
Ospedale di Leno (16),  
Presidio Ospedaliero di Salò (15),  
Ospedale Ss. Annunziata (24) Varzi

109

### PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO (2)

Ospedale di base di Vipiteno (58),  
Ospedale di base di San Candido (51)

### EMILIA ROMAGNA (1)

Ospedale Bobbio (22)

### MARCHE (1)

Ospedale Ss. Dominico e Carlo (59)

59

### ABRUZZO (3)

P.O. «Castel di Sangro» (37),  
P.O. Tagliacozzo «Umberto I» (40),  
P.O. «M. Ss. Immacolata di Guardiagrele» (57)

134

### BASILICATA (1)

P.O. di Chiaromonte

49

### CAMPANIA (6)

P.O. S. Alfonso Maria De' Liguori Sant'Agata de' Goti (57),  
Ospedale di Bisaccia (50),  
P.O. Mauro Scaletto Scarfati (43),  
Ospedale Civile Gaetano Scotto (Albano Franco) (6),  
Procida Ospedale Civile di Agropoli (45),  
P.O. S. Felice a Cancelli (46)

168

247

### SICILIA (23)

P.O. F.lli Partepiano (36) Ribera,  
P.O. M. Immacolata Longo (47) Mussomeli,  
P.O. Maddalena Raimondi (43) San Cataldo,  
P.O. Santo Stefano (25) Mazzarino,  
P.O. Suor Cecilia Basarozzo (41) Niscemi,  
S. Giovanni di Dio e S. Isidoro (35) Giarre,  
P.O. Maria Ss. Addolorata (52) Biancavilla,  
P.O. Castiglione Prestianni (51) Bronte,  
P.O. Ss. Salvatore (55) Paternò,  
P.O. Basso Ragusa Militello in Val di Catania (47),  
P.O. «M. Chiello» (51) Piazza Armerina,  
P.O. «Faro-Capra-Brandiforte» (57) Leonforte,  
P.O. Lipari (25),  
P.O. Dei Bianchi Corleone (58),  
P.O. Madonna dell'Ato (38) Petralia Scottana,  
Ospedale Regina Margherita (46) Comiso,  
Ospedale Busacca (51) Sciacca,  
P.O. Thigona (54) Noto,  
P.O. A. Rizza (24) Siracusa,  
Ospedale San Vito e Santo Spirito (50) Alcamo,  
P.O. «B. Nagar» (18) Pantelleria,  
P.O. Abele Ajello (18) Mazara del Vallo,  
P.O. Vittorio Emanuele III (24) Salemi

**946**

167

### CALABRIA (4)

Ospedale Civile San Giovanni in Fiore Cosenza (52),  
P.O. Tropea (40),  
P.O. Serra San Bruno (28),  
P.O. «Giovanni XXIII» Gioia Tauro (42)

# Debiti Pa, entrano gli incentivi

## Pressing al Senato per estendere la platea del piano di pagamenti

### Più tempo alle imprese

### Si punta a prolungare i termini entro i quali va richiesta la certificazione dei crediti

#### EMENDAMENTI AL DL IRPEF

Asse bipartisan anche per allargare la garanzia dello Stato e l'opzione della cessione dei crediti alle spese per investimenti

**Carmine Fotina**

ROMA

■ Modifiche in più direzioni per le nuove norme sblocca-debiti: in 120 pagine di emendamenti al decreto Irpef è contenuto il pressing del Senato per ampliare il sistema di cessioni di crediti alle banche previa garanzia dello Stato.

A colpire sono soprattutto gli emendamenti trasversali, che mostrano già un asse tra la maggioranza e una parte dell'opposizione su alcuni punti deboli del provvedimento, ad esempio le certificazioni indispensabili per cedere i crediti alle banche, e sulla platea dei debiti che possono rientrare nel piano di smaltimento. Tra le ipotesi anche l'estensione ai debiti di parte capitale, cioè le spese per investimenti oltre che quelle correnti.

Analoghi emendamenti presentati da Pd, Ncd, Forza Italia e Per l'Italia chiedono di estendere le misure per favorire la cessione alle banche anche a crediti scaduti e certificati derivanti dalla concessione alle imprese «di sovvenzioni, contributi e sussidi, ausili finanziari e vantaggi economici di qualunque genere»: in pratica tutto il sistema degli incentivi. Si tratterebbe di un allargamento notevole del perimetro, che potrebbe richiedere però di mettere in conto risorse aggiuntive. Come noto, il piano sulla cessione dei crediti in modalità pro-soluto pre-

vede che, di fronte alla morosità delle Pubbliche amministrazioni debitorie, le banche possano a loro volta cedere il credito anche alla Cassa depositi e prestiti. Tutto il meccanismo si reggerà sulla garanzia dello Stato che assiste i crediti certificati e su un plafond annuo che sarà messo a disposizione dalla Cdp (si parla di 3-4 miliardi).

Una disponibilità adeguata di risorse appare una condizione decisiva anche per l'idea di includere nel piano le spese per investimenti. Anche in questo caso si tratta di emendamenti bipartisan. La garanzia dello Stato, premessa indispensabile per la cessione dei crediti certificati, si applicherebbe non solo ai debiti di parte corrente ma anche a quelli di parte capitale.


Non solo. Un'altra modifica presentata a Palazzo Madama punta ad estendere anche agli enti locali commissariati e agli enti del servizio sanitario nazionale delle Regioni sottoposte a piano di rientro la possibilità di rilasciare certificazione (resterebbero esclusi, come già prevede una norma del 2008, quelli in dissesto finanziario). In assenza di modifiche, annota la relazione che accompagna i vari emendamenti, resterebbero "tagliate fuori" proprio molte Pa dei territori più colpiti dai ritardi di pagamento.

Attenzione molto alta anche su una serie di norme di tipo organizzativo. Consenso ampio al Senato ad esempio su una proroga dei termini entro i quali le imprese che hanno crediti non ancora certificati possono mettersi "in regola" per poi cedere alle banche. Attualmente il decreto, all'articolo 37, ammette

ai nuovi strumenti i creditori che presentino istanza di certificazione «improrogabilmente entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto», quindi entro il 24 giugno. Tempi che, vista anche l'incertezza del quadro attuativo delle norme (non è ancora stato emanato il decreto applicativo), rischierebbero di tagliare fuori molte imprese. Di qui la richiesta di spostare in avanti i termini, facendo decorrere i 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione.

Trasversale anche il fronte che chiede di ampliare ulteriormente, al 31 dicembre 2013 (anziché il 30 settembre), il termine entro il quale devono essere notificate le cartelle esattoriali per poter usufruire delle compensazioni con crediti certificati.

Infine, si dovrà probabilmente correre ai ripari di fronte alle continue lentezze delle Pa chiamate a censire i debiti: è noto, del resto, che a tutt'oggi esistono solo stime approssimative, ma non dati certi sul reale ammontare di tutti i debiti scaduti. Una serie di emendamenti del Pd punta a concedere più tempo alle amministrazioni per comunicare, mediante la piattaforma elettronica del Tesoro, l'ammontare dei debiti non estinti per i quali, nel mese precedente, sia stato superato il termine di decorrenza degli interessi moratori. Di fronte alle più che probabili difficoltà e lentezze delle Pa (anche visti i precedenti) il monitoraggio non sarebbe più mensile ma semestrale.

 @CFotina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I principali emendamenti



### CONTRIBUTI E SUSSIDI

#### Cessione dei crediti

Alcuni emendamenti bipartisan presentati al Senato puntano a estendere le misure per favorire la cessione alle banche (con garanzia dello Stato) anche a crediti scaduti e certificati derivanti dalla concessione alle imprese «di sovvenzioni, contributi e sussidi, ausili finanziari e vantaggi economici di qualunque genere»: in pratica tutto il sistema degli incentivi



### CERTIFICAZIONI

#### Termine da prorogare

A Palazzo Madama si esaminerà anche il possibile spostamento in avanti dei termini entro i quali i creditori che non siano già in possesso della certificazione possono presentare istanza. L'ipotesi è sessanta giorni «dalla data di entrata in vigore della legge di conversione» e non più dall'entrata in vigore del decreto, che significherebbe il 24 giugno



### SPESE IN CONTO CAPITALE

#### Gli investimenti

La garanzia dello Stato, preconditione per la cessione dei crediti certificati, si applicherebbe non solo ai debiti di parte corrente ma anche a quelli di parte capitale. Un'altra modifica punta ad estendere anche agli enti locali commissariati e agli enti del servizio sanitario nazionale delle Regioni sottoposte a piano di rientro la possibilità di rilasciare certificazione



### COMPENSAZIONI

#### Cartelle entro il 31 dicembre

Trasversale il fronte dei senatori che chiede di ampliare ulteriormente, al 31 dicembre 2013 (anziché il 30 settembre 2013), il termine entro il quale devono essere notificate le cartelle esattoriali per poter usufruire delle compensazioni con crediti certificati. Si punta a intervenire anche su un altro tema: il monitoraggio dei debiti da parte delle Pa, rendendolo semestrale e non più mensile

*Il Mef ha dato il via per pagare alle imprese i crediti fino a fine 2012*

## Debiti p.a., ecco 1,8 mld

### Una terza tranche di risorse agli enti locali

DI MATTEO BARBERO

**U**na nuova iniezione di liquidità da 1,8 miliardi a favore degli enti locali per il pagamento di debiti maturati al 31 dicembre 2012. Le amministrazioni interessate hanno tempo fino al 3 giugno per chiederne l'erogazione alla Cassa Depositi e Prestiti.

Lo ha reso noto ieri un comunicato del Mef, dando il via alla distribuzione della terza tranche delle risorse finanziarie aggiuntive stanziata dal dl 102/2013.

Le domande di anticipazione dovranno pervenire alla Cdp complete in ogni elemento e redatte secondo lo schema allegato all'Atto aggiuntivo all'Addendum della Convenzione del 23 dicembre 2009. Oltre a comuni e province, potranno farsi avanti anche gli altri enti locali indicati dal Tuel, come, ad esempio, unioni di comuni e comunità montane.

Come detto, è possibile

presentare domanda esclusivamente a fronte della necessità di procedere al pagamento di debiti maturati al 31 dicembre 2012. Può trattarsi di debiti sia di parte corrente che in conto capitale, purché certi, liquidi ed esigibili, ovvero muniti di fattura o di altra richiesta equivalente di pagamento. Inoltre, possono essere segnalati anche i debiti fuori bilancio riconosciuti (o aventi i requisiti per il riconoscimento) entro la predetta data.

Viceversa, per i debiti maturati in data successiva ed entro il 31 dicembre 2013, saranno prossimamente rese di-

sponibili le ulteriori risorse stanziata dal dl 66/2014.

Lo smaltimento dell'arretrato, quindi, prosegue, anche se al momento non è ancora stato possibile determinare con precisione a quanto esso ammonti. Ricordiamo che l'operazione è stata avviata con il dl 35/2013, che complessivamente aveva mobilitato risorse per 40 miliardi di euro nel biennio 2013-2014. A tale dotazione, il dl 102 ha aggiunto altri 7 miliardi, portando il totale a 47.

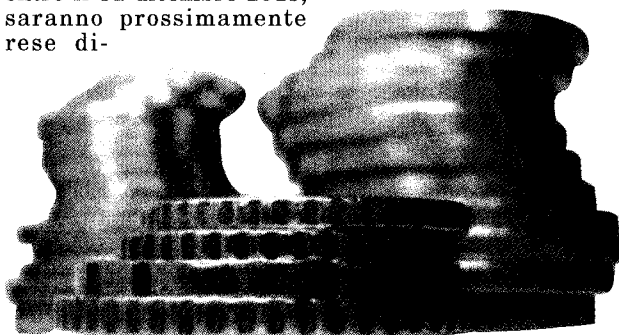
Di queste, 5 miliardi sono stati messi a disposizione

degli enti locali: 3,2 sono stati già assegnati a comuni, province e comunità montane nei mesi scorsi, gli altri lo saranno sulla base delle richieste che perverranno nelle prossime settimane all'istituto di via Goito.

Oltre alle anticipazioni di liquidità, gli enti locali hanno inoltre potuto utilizzare per il pagamento di debiti arretrati anche deroghe al patto di stabilità interno per un totale di 5 miliardi di euro. Tra maggio 2013 e maggio 2014, dunque, i soli enti locali hanno avuto a disposizione per il pagamento di debiti arretrati circa 10 miliardi di euro.

Al momento, stando all'ultimo monitoraggio disponibile (ovvero quello al 28 marzo scorso), sono stati effettuati pagamenti per quasi 7 miliardi (6977 milioni per la precisione). A livello complessivo (cioè considerando tutte le p.a.), sono stati pagati 23,5 miliardi, pari al 92% dei 25 finora erogati.

—© Riproduzione riservata—■



**DEBITI DELLA PA**

## *Il nodo dei 20 miliardi già stanziati Nuovo piano in attesa di attuazione*

**I**l combinato disposto del decreto 35/2013 e del decreto 102/2013 ha stanziato circa 47 miliardi per il 2013-2014. Circa 27 miliardi relativi al 2013 sono stati resi disponibili agli enti debitori in tempi abbastanza rapidi, ma è ancora in corso l'erogazione dei 20 miliardi del 2014. Ieri il Mef ha annunciato l'avvio della procedura di erogazione di una terza tranche per gli enti locali, pari a 1,8 miliardi. Ad ogni modo, secondo l'ultimo monitoraggio del Mef, ai creditori finora sono stati pagati 23,5 miliardi (inclusi 2,5 miliardi di rimborsi fiscali). Nel frattempo è arrivato il piano Renzi. Tra anticipi di liquidità (8,8 miliardi e stime

di cessioni alle banche con il plafond della Cdp) il governo ha pianificato un intervento da 13 miliardi. Ma, secondo la relazione tecnica, probabilmente potranno essere pagati nel 2014 solo 5 miliardi. I tempi di attuazione, naturalmente, saranno decisivi per capire se potranno essere rispettate le stime di impatto macroeconomico: 0,2% per gli investimenti nel 2014; 0,3% sul Pil e 0,2% sui consumi nel 2015.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO CHE LASCIA I MEDICI NEL PASSATO

**I presidenti degli Ordini provinciali dei medici italiani hanno approvato ieri a Torino il testo definitivo del nuovo codice deontologico. A dire sì sono stati 87 presidenti su 99, dieci non lo hanno approvato e due si sono astenuti. L'unico elemento su cui è stata raggiunta la completa unanimità è stato il sì alla lotta all'abusivismo. Il professionista è tenuto, infatti, a denunciare (obbligo etico) se viene a conoscenza di situazioni di abusivismo o di prestanome. I dieci Ordini che hanno votato contro hanno annunciato che si atterranno al vecchio codice. Il nuovo codice sarà presentato a Roma il prossimo 23 maggio.**

di GIUSEPPE REMUZZI

**N**uove regole di comportamento per i medici? Sembra proprio di sì. I presidenti degli Ordini hanno elaborato il nuovo codice deontologico. Quanto nuovi e quanti importanti gli emendamenti rispetto a prima? Vediamo. Si riafferma con forza che «le competenze diagnostiche-terapeutiche sono del medico, esclusive e non derogabili» (inecepibile anche se infermieri dedicati, preparati e colti sono i nostri migliori alleati per far bene e non sbagliare; ma su questo non c'è neanche una riga).

C'è preoccupazione per la tecnologia: «il medico, facendo uso dei sistemi telematici, non può sostituire la visita medica, che si sostanzia con una relazione diretta con il paziente, con una relazione esclusivamente virtuale». Non è molto chiaro cosa vogliono dire se non il timore che le nuove tecnologie mettano a rischio il rapporto fra medico e ammalato. Al contrario, scienza e tecnologia stanno cambiando (in meglio) le nostre capacità di diagnosticare e curare le malattie a vantaggio degli ammalati; abbiamo l'obbligo morale di conoscere e trarre il massimo vantaggio da tutto quello che c'è, tecnologia dell'informazione e genetica per esempio, che da qui a qualche anno cambierà radicalmente la medicina. Questo non è in contrasto col

visitare l'ammalato e un bravo medico sa bene di cosa avvalersi e quando senza bisogno del codice deontologico. Che invece sarebbe prezioso per essere più gentili con gli ammalati, saperci scusare se li facciamo aspettare, ascoltarli di più, sforzarci di essere chiari quando gli parliamo; pochi di noi per esempio sanno resistere alla tentazione di parlare male dei colleghi di fronte agli ammalati.

È vero che nel nuovo codice deontologico (art. 20 emendato) un richiamo che va in questa direzione c'è ed è giustissimo; forse, visto che si cambiava su questo punto, si poteva essere più espliciti.

Fra le novità una nota (sacrosanta) sul problema del conflitto d'interessi; che è molto di più che cedere, nel prescrivere, alle lusinghe di chi vende farmaci. Nel dire a un ammalato «per questo intervento c'è da aspettare tre mesi ma si può fare settimana prossima se lei paga, nello stesso ospedale e con lo stesso chirurgo» si crea un conflitto di interessi formidabile. Stando al nuovo codice deontologico (art. 69) da domani non dovrebbe succedere più. Sarebbe bellissimo; ma gli Ordini sapranno farlo rispettare quell'articolo? (Quello di prima era molto simile ma erano ben pochi a rispettarlo).

Secondo il nuovo codice non si parlerà più di eutanasia ma di morte; il medico non dovrà accelerare la morte nemmeno se il

malato lo chiede (ci sarebbe molto da discutere ma almeno si comincia a fare un po' di chiarezza). Sulle dichiarazioni «anticipate di trattamento», cioè se uno dice o scrive che non vuole essere rianimato, il testo è confuso e contraddittorio anche perché non ci sono norme di legge di riferimento.

E ancora, c'era chi voleva che gli ammalati non si chiamassero più «pazienti» ma «persone assistite». Poi hanno fatto marcia in-

### Cosa cambia

C'è una nota sul problema del conflitto d'interessi e viene messa al bando la parola eutanasia

dietro ma non del tutto. Così saranno «pazienti» i malati, e «persone assistite» quelli che stanno bene o che fanno esami. Peccato che molti che sembrano star bene sono malati e molti di quelli che pensano di essere malati non hanno niente. Un bel pasticcio. Chiamiamoli malati gli ammalati, così quando guariscono non saranno né pazienti né persone assistite ma saranno anche loro come tutti gli altri.

Che dire insomma del nuovo codice deontologico? Non è molto diverso da quello di prima e le modifiche di questi giorni non mi pare abbiano contribuito a migliorarlo. Sarà forse perché pretendere di trovare un accordo fra 99 presidenti è un po' troppo, in fondo Ippocrate 2400 anni fa aveva preferito fare tutto da solo.

## L'etica e le parole

### TELEMEDICINA

radiografie ed esami a distanza, con i relativi problemi legati alla privacy dei dati

### TORTURA

entra sempre sotto la voce medicina militare, con divieto assoluto

### BIOTERRORISMO

entra come nuova voce della medicina militare, in relazione anche agli agenti infettivi

### DIAGNOSI E CURA

L'inserimento nel codice delle competenze professionali (diagnosi, cura...), per ribadire il ruolo di fronte ad altre figure sanitarie

### EUTANASIA

Scompare il termine eutanasia: il divieto di procurare morte, anche se richiesta, viene indicato con parole diverse

### MEDICINA POTENZIATIVA

punta a migliorare le performance naturali degli individui, come i sistemi per acuire la vista dei piloti

### COSTO DELLE CURE

la sostenibilità di un sistema di assistenza e l'uso appropriato delle risorse diviene importante questione etica per i medici

### TECNOLOGIE INFORMATICHE

non possono sostituire la visita medica di persona

### PAZIENTE

Si parlerà di assistito quando la persona non è malata (prevenzione, medicina del benessere). Resta il termine paziente quando la persona è malata





**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



■ ASL AVELLINO / Commissariata dall'agosto 2010, il management ha completato l'accorpamento tra le ex aziende e gli interventi di riorganizzazione del personale

# Bilancio sano e massima trasparenza amministrativa

Chiusura positiva degli esercizi per il biennio 2011-12. Tendenza positiva anche per il 2013-14



Elisuperficie di Bisaccia

Un bilancio sano e consistente, un'attività aziendale puntata sull'efficienza, una riorganizzazione assistenziale profonda nell'assoluto rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione Campania. La Asl Avellino continua a mettere a segno buoni risultati: guidata dal direttore generale Sergio Florio, conferma il trend già emerso nel consuntivo del 2011.

Sia per il biennio 2011-2012 che per il 2013, i dati economici sottolineano una chiusura positiva dei bilanci: quello di esercizio 2011 ha registrato un utile pari a 20 milioni 344 mila 692 euro e a fine dicembre 2012 ha chiuso con un utile ancora più consistente, tanto che la perdita di 2 milioni 466 mila 858 euro è solo apparente, risultato di azioni non controllabili dall'Azienda. "Il riferimento - spiega Florio - va alla decisione regionale, intervenuta a conclusione della gestione che ha ridotto, a posteriori, di 32 milioni di euro le risorse assegnate. Nel contempo veniva formalmente riconosciuta dalla Regione la correttezza gestionale tenuta dall'Azienda e in particolare il merito di un positivo risultato di gestione, un significativo miglioramento sul 2011 della Asl Avellino

rispetto alle altre aziende regionali del costo medio per ricetta farmaceutica convenzionata, un buon livello di rinegoziazione dei contratti per la sola Asl Avellino".

È chiaro che non si tratta solo di un caso di *spending review*, di tagli duri e puri, bensì di una politica di amministrazione ben gestita e soprattutto ben programmata. Oltretutto, il bilancio 2013 ha chiuso con un previsionale di 9 milioni di utile. "Questo risultato positivo - continua Florio - è l'inevitabile conseguenza di una precisa impostazione data all'attività aziendale sin dal Commissariamento nell'agosto 2010, che ha caratterizzato non solo le specifiche attività attuate per il raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Campania tramite diversi decreti commissariali, ma che ha consentito di delineare un percorso chiaro e realizzabile, finalizzato alla riorganizzazione assistenziale nel rispetto del riequilibrio economico imposto dalla Regione".

Lo scopo è stato quello di fornire prestazioni e attività efficaci, essenziali, in modo efficiente ed economico, in linea con la mission aziendale di funzione pubblica di tutela della salute mediante l'ado-

zione di criteri di ottimizzazione dei risultati.

Per arrivare a tutto questo l'impegno non è stato poco. La Asl Avellino ha dovuto prima completare il processo di accorpamento delle due ex Asl risolvendo i vari problemi di logistica, riallocazione e allocazione del personale, messa in sicurezza infrastrutturale, gestione dei contenziosi, nonché attivando le azioni necessarie a realizzare in primo luogo una rimessa in bonis della chiarezza amministrativo-contabile proprio sul bilancio sia sulla voce "fondo rischi" sia sulla voce "socio

sanitario". Lucio Visconti, direttore dell'Unità operativa complessa di Qualità e accreditamento/Fap commenta "È stato complesso realizzare l'effettivo accorpamento fra le ex aziende e contestualmente intervenire su fattori costitutivi capaci di garantire un efficiente ed efficace servizio alla popolazione, basato sulla presa in carico dei problemi e delle persone e insieme del controllo, della verifica e della valutazione di quanto messo in campo".

Le maggiori difficoltà si sono riscontrate nel clima generale di "resistenza al cambiamento", legato e aggravato, in seguito all'accorpamento delle

funzioni, dalla necessità di un accorpamento logistico delle risorse umane.

"L'aggiornamento della valutazione del contenzioso - chiarisce Visconti - ha comportato la rivisitazione del fondo rischi in modo da adeguarlo all'effettiva realtà delle procedure esecutive, mentre l'azione più significativa per gli effetti prodotti sul bilancio è stata sulla partita del sociosanitario. In questo ambito, verificato che non vi sono stati incassi in merito ai crediti esistenti nei confronti dei Comuni per la spesa sociosanitaria, che non sono state attuate azioni esecutive per recuperare detti crediti pregressi e che i Comuni non

hanno iscritto, a suo tempo, nei loro bilanci somme a tale titolo, si è ritenuto opportuno, in maniera prudentiale, mettere 'sotto osservazione' i crediti pregressi.

Al contempo si è accantonato in specifico fondo di svalutazione la somma corrispondente all'anno di osservazione e contestualmente è stato definito un percorso aziendale univoco teso a determinare gli importi in concreto recuperabili per gli anni pregressi, così da pervenire a una veridicità del dato". Come si diceva risultati importanti scaturiti però da molte altre azioni realizzate dalla Asl Avelino sul territorio.



*La direzione aziendale e parte del suo team*

Il commissario dell'ospedale di Caserta ricorre al Comitato etico dell'università Federico II per autorizzare l'uso dei farmaci salvavita

## La Sanità costretta al 'fai da te'

*Da quattro mesi la Regione non nomina il responsabile per 'Campania nord'*

di Giuseppe Palmieri

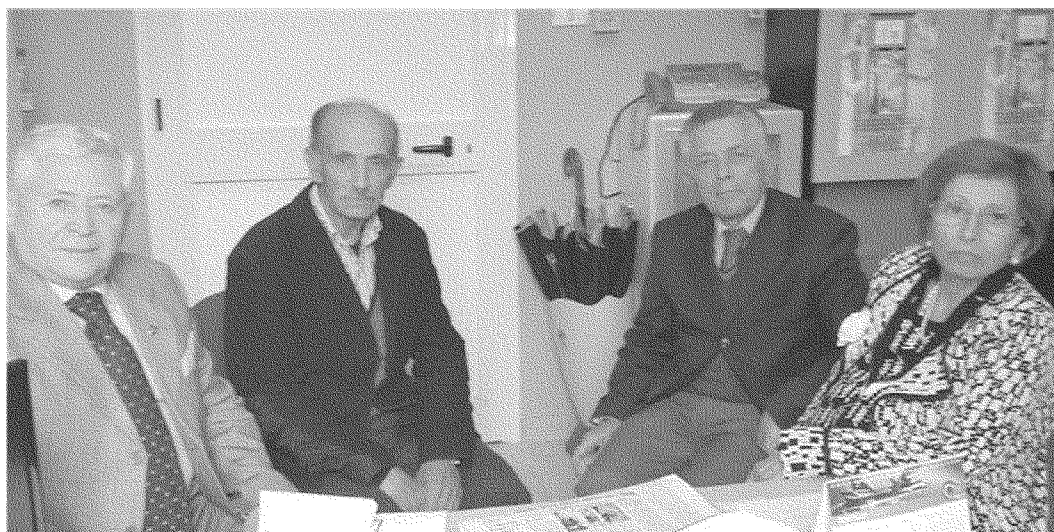
**NAPOLI** - E' servito l'intervento del commissario straordinario dell'ospedale di Caserta, **Paolo Sarnelli**, per salvare la vita ai trapiantati di fegato da mesi in attesa dei farmaci salvavita. Medicine che non possono essere messe a disposizione senza il placet dei Comitati etici. Questi organismi sono stati sospesi il 23 gennaio scorso da una delibera della giunta regionale. Serve una nomina per attivare quello denominato 'Campania Nord', che raggruppa le aziende ospedaliere di Caserta, Avellino e Benevento. Una nomina che, a differenza di quanto avviene per altri enti dipendenti dalla Regione, non arriva. Per l'autorità di Bacino, dove sono stati scelti esponenti di 'fiducia' dell'esecutivo guidato da **Stefano Caldoro**, le nomine sono arrivate in fretta e furia, facendo persino lamentare le forze politiche per 'ragioni di opportunità'. Lo stesso per altri enti strumentali e comitati vari ed eventuali per i quali i tempi sono stati accelerati. Per i comitati etici, che tengono in vita centinaia di trapiantati, invece, non c'è fretta. Ed è

stato necessario l'intervento di Paolo Sarnelli. *"Sarà il Comitato etico dell'università Federico II ad assicurare ai pazienti dell'azienda ospedaliera di Caserta la possibilità di ricevere cure compassionevoli - ha dichiarato il commissario straordinario dell'ospedale di Caserta - È il risultato di una corretta concertazione con i vertici universitari e sanitari regionali. La collaborazione ha carattere di temporaneità e si concluderà nel momento in cui sarà costituito il Comitato Etico Campania Nord"*. La sollecitazione di Sarnelli alla Regione ha fatto sì che arrivasse una rapida indicazione per la Federico II (guarda caso l'ateneo dal quale provengono tante persone di fiducia del governatore) in attesa che Palazzo Santa Lucia si ricordi dell'urgenza delle nomine del Comitato etico, dalle quali dipende la vita di molti pazienti. Trapiantati che tirano un sospiro di sollievo e che mandano un promemoria alla giunta regionale. *"La delibera dell'ospedale di Caserta è solo una toppa. Ora speriamo che la Regione tragga insegnamento da questa triste vicenda e diventi più attenta sulle problematiche dei trapiantati di fegato. E' necessario che provveda al più presto a nominare il comitato Campania Nord. L'auspi-*

*cio è quello di non essere arrivati troppo tardi per salvare la vita delle persone interessate"*, ha detto **Franco Martino**, presidente della Aitf (associazione italiana trapiantati di fegato) in provincia di Caserta. Ora con il placet del Comitato etico federiciano si potrà procedere alla fornitura dei farmaci salva vita ai trapiantati di fegato. Comincia una corsa contro il tempo per riportare alla normalità le cure per persone che da anni stanno soffrendo. E che rischiano la vita. Ogni giorno. Pazienti che non vanno più dimenticati per dare la precedenza a nomine più redditizie politicamente. La vita umana prima di tutto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da sinistra il presidente provinciale dell'Aitf Franco Martino insieme ad alcuni trapiantati di fegato in attesa del via libera ai farmaci salvavita. La loro salute poteva essere seriamente compromessa dai quattro mesi senza assumere cure specifiche. Come loro oltre 15 persone nella sola provincia di Caserta



## «Cardiac Rhythm Management»

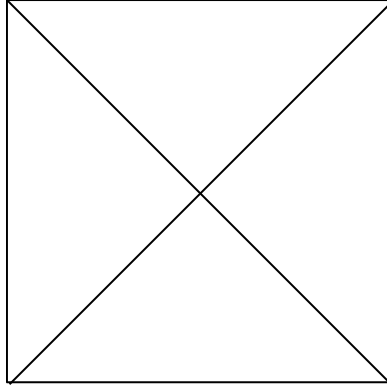
Oggi ultima fase del congresso nazionale sulle patologie cardiovascolari che ha visto confrontarsi a Castel dell'Ovo specialisti e studenti sulla cura delle anomalie cardiache.



Oggi ultima fase del congresso nazionale sulle patologie cardiovascolari che ha visto confrontarsi a Castel dell'Ovo specialisti e giovani studenti sulle nuove frontiere nella cura delle anomalie del ritmo cardiaco. Ieri il sindaco di

Napoli Luigi de Magistris in un intervento di saluto a medici e ricercatori, ha rimarcato l'importanza della prevenzione in ambito medico e la soddisfazione nella scelta del capoluogo campano per la tre giorni. Due sale per i dibattiti, video diretta streaming, possibilità di interazione col web nel porre domande via Facebook e Twitter e oltre 100 interventi di relatori: sono soltanto alcuni dei numeri di «Cardiac Rhythm Management» che nella tre giorni ha messo sotto i riflettori le principali patologie cardiovascolari trattabili con terapie farmacologiche, dispositivi e tecniche ablativi e in particolare discusso di temi come l'aritmia e lo scompenso cardiaco, la sincope, la morte cardiaca improvvisa in ambito sportivo.

+



**IL**  **MATTINO.it**

## **Igienisti a confronto sull'Isola Azzurra**



"L'allungamento della vita media, ma anche la prevalenza delle malattie croniche degenerative su quelle infettive, rende chiara l'esigenza di puntare oggi su forti investimenti che riguardino gli stili di vita dei cittadini. Altrettanto importanti sono poi gli screening precoci che riguardino gruppi a rischio e i cosiddetti screening "evidence based".

In altre parole, oggi più che mai è cruciale che le politiche sanitarie siano orientate alla prevenzione». La professoressa Maria Triassi, direttore del Dipartimento di Salute Pubblica della Federico II, ha introdotto così le due giornate della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva (S.It.I). Organizzato a Capri proprio dal Collegio degli Operatori della S.It.I. e dal dipartimento di Sanità Pubblica

dell'Università di Napoli Federico II, l'appuntamento è servito a determinare le linee programmatiche necessarie ad adeguare la sanità pubblica al momento storico del paese.

I lavori sono stati inaugurati dal presidente nazionale della S.It.I. Michele Conversano.

«Uno dei temi cruciali che è stato affrontato a Capri è quello che riguarda il rapporto salute e ambiente. - Afferma Conversano - Negli anni passati, a seguito di referendum, si sono separate le competenze in tema ambientale da quelle sulla salute. In quell'occasione, evidentemente, non si pensò troppo agli effetti che una decisione del genere avrebbe potuto produrre; la Campania la Puglia sono due casi lampanti. Noi abbiamo sempre continuato a lavorare su questo stretto legame, abbiamo denunciato ciò che stava accadendo, ma siamo stati poco o nulla. Chi prendeva le decisioni non ha mai ascoltato la parte sanitaria, salvo poi chiamarci in causa quando è scoppiata l'emergenza. Per il futuro sarebbe auspicabile una stretta collaborazione tra le Agenzie di protezione ambientale e i Dipartimenti di prevenzione, servirebbe un flusso costante e bidirezionale di dati; e ovviamente un impegno ancora maggiore per screening oncologici e sistemi di sorveglianza cardiovascolare e respiratoria».

"Le politiche ambientali italiane - ha affermato il professor Carlo Signorelli, ordinario di Igiene all'Università di Parma - sono state fallimentari negli ultimi 20 anni: ideologie, pregiudizi, azioni non coordinate tra ambiente, sanità e imprese. E i risultati sono noti a tutti: oltre ai casi eclatanti abbiamo infrastrutture idriche obsolete, molte falde acquifere inquinate, 15mila discariche illegali, obiettivi nella gestione dei rifiuti largamente disattesi. E non a caso l'ultimo rapporto OCSE-ambiente del 2013 bocchia l'Italia sottolineando come manchino le sinergie tra obiettivi economici, ambientali e sociali".

«L'incontro – aggiunge la Triassi – ha sviluppato un dibattito scientifico e culturale tra gli igienisti a livello nazionale su alcuni importanti focus della sanità del nostro tempo». In particolare si è discusso del nuovo piano nazionale della Prevenzione e dei relativi piani attuativi regionali. Argomento che è stato trattato nel corso di una tavola rotonda in cui si sono confrontati docenti universitari e operatori dei dipartimenti di prevenzione delle direzioni ospedaliere e dei distretti sanitari. E ancora, si è discusso di ambiente e salute. Sono state, infine, analizzate e proposte nuove metodologie per la costruzione di modelli epidemiologici per la valutazione del rischio ambientale, portando come esempi pratici i casi "Terra dei Fuochi" e "Ilva di Taranto".

L'analisi degli esperti si è concentrata anche su piano di formazione per gli igienisti, sull'adeguamento dei controlli ambientali e della la rete di garanzie per la sicurezza alimentare. Altro tema che ha trovato spazio nella due giorni è stato poi quello delle attuali strategie vaccinali, alla luce della valutazione di indicatori di qualità come: coperture, visione europea, superamento dell'obbligo vaccinale. Il convegno era indirizzato ed accreditato per: assistente sanitario, biologo, farmacista, infermiere,

infermiere pediatrico, medico chirurgo, tecnico della prevenzione, veterinario,  
studenti di scuole di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva e altri  
professionisti sanitari soci S.It.I.  
domenica 18 maggio 2014

---

## **In ospedale**

---

### **Ticket più alti e tempi lunghi**

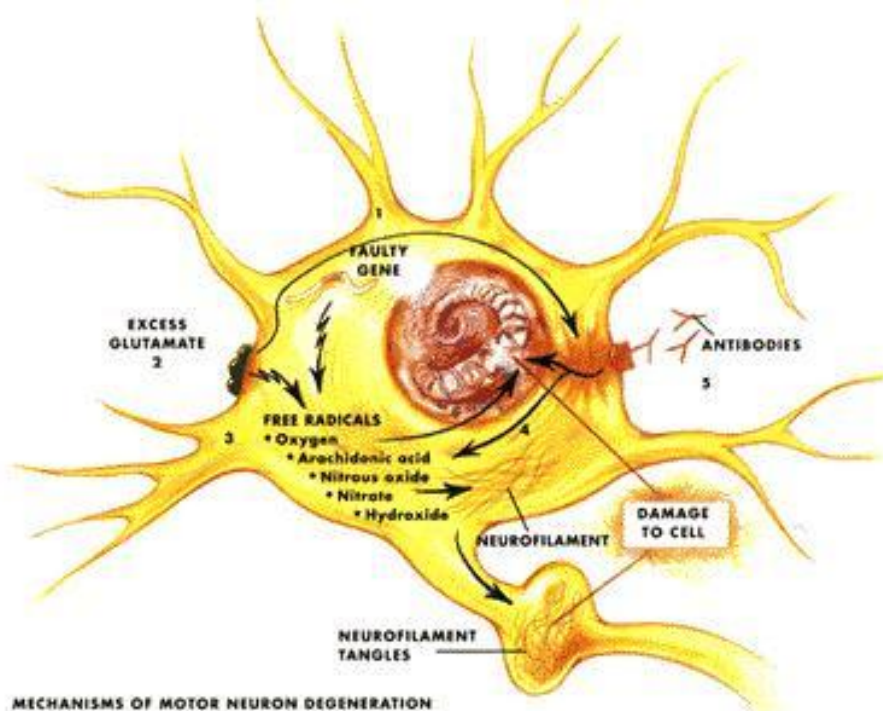
In ospedale, sovraffollamento dei pronto soccorso e le lunghe liste di attesa per un accertamento, anche nei casi gravi. In più le prestazioni, rispetto al passato, costano molto di più sia per il «peso» di tasse aggiuntive regionali e nazionali, che per l'evoluzione tecnologica.

---



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



**Cardiochirurgia** Nuova tecnica per una situazione difficile

# La valvola mitralica che «cresce» con i bambini

## La protesi viene allargata negli anni

*Prima che fosse proposto  
questo metodo, rimpiazzare  
la valvola mitralica  
in ambito pediatrico  
era pressoché impossibile*

### Flessibilità

Per modificare il diametro basta entrare con un catetere da una vena

### «Risparmio»

Dopo la prima operazione non è più necessario intervenire a cuore aperto

### Terapia

Strategia innovativa per una complessa malformazione cardiaca infantile

**È** stato eseguito per la prima volta in Europa, al Policlinico San Donato di Milano, un nuovo intervento di cardiochirurgia pediatrica che dà una risposta concreta alla malformazione congenita della valvola mitralica, una delle malattie del cuore più serie per i bambini, per la quale le opzioni terapeutiche oggi sono davvero poche. Ideato al Children's Hospital di Boston (Stati Uniti), l'intervento permette di sostituire la valvola difettosa, che regola il flusso del sangue fra ventricolo e atrio sinistri, con una protesi pensata originariamente per sostituire la valvola polmonare degli adulti (quella che dirige il sangue verso i polmoni), ma riadattata alle dimensioni del cuore dei bambini.

«Prima che fosse proposta questa tecnica, rimpiazzare la valvola mitralica in ambito pediatrico era pressoché impossibile, perché non esistono in commercio dispositivi abbastanza piccoli. Questa soluzione, invece, ci permette di intervenire anche su pazienti di pochi mesi» spiega Alessandro Frigiola, cardio-

chirurgo pediatrico del Policlinico San Donato, che ha operato i primi quattro bimbi italiani.

La protesi riadattata si chiama Melody, è ottenuta dalla vena giugulare dei bovini, ed è montata in uno stent, un tubicino retinato di metallo. «Il suo vantaggio sta nel fatto di poter assumere dimensioni che vanno dagli 8 ai 22 millimetri senza subire danni» dice il chirurgo. L'intervento, che si esegue a cuore aperto, è comunque piuttosto impegnativo.

«Prima si asporta la valvola originaria malformata, poi si misura esattamente la dimensione del punto in cui deve essere inserita la protesi, che viene quindi adattata al millimetro e infine impiantata — illustra Frigiola —. Grazie alla sua versatilità, negli anni successivi la valvola può essere via via dilatata, facendole così seguire la crescita dell'organo. Questi aggiustamenti non hanno bisogno di altre operazioni a cuore aperto, ma si eseguono introducendo un catetere a livello gamba, attraverso la vena safena. Si arriva così nella parte destra del cuore; la sinistra è infine raggiunta

passando da un orificio presente nel setto che separa i due atri, che viene praticato proprio a questo scopo nel corso dell'intervento chirurgico iniziale».

Su alcuni dei pazienti operati a Boston la dilatazione è già stata eseguita, e ha funzionato secondo le previsioni. L'obiettivo è che Melody possa permettere ai bambini di raggiungere i 12-14 anni di età, quando diventa possibile utilizzare anche su di loro le valvole che funzionano bene negli adulti.

«Non possiamo avere la certezza che la protesi durerà così a lungo, perché con gli anni potrebbe deteriorarsi — riprende il medico —. Dobbiamo aspettare per verificare se ciò sarà possibile, o se sarà necessario intervenire con nuove protesi dopo un certo tempo. Quel che è certo, però, è che i bambini con una malformazione congenita della valvola mitralica oggi hanno a disposizione davvero poche opzioni terapeutiche. Devono essere sottoposti a ripetuti interventi, e i quattro che abbiamo operato, di età compresa fra i sei mesi e i sei anni ne avevano

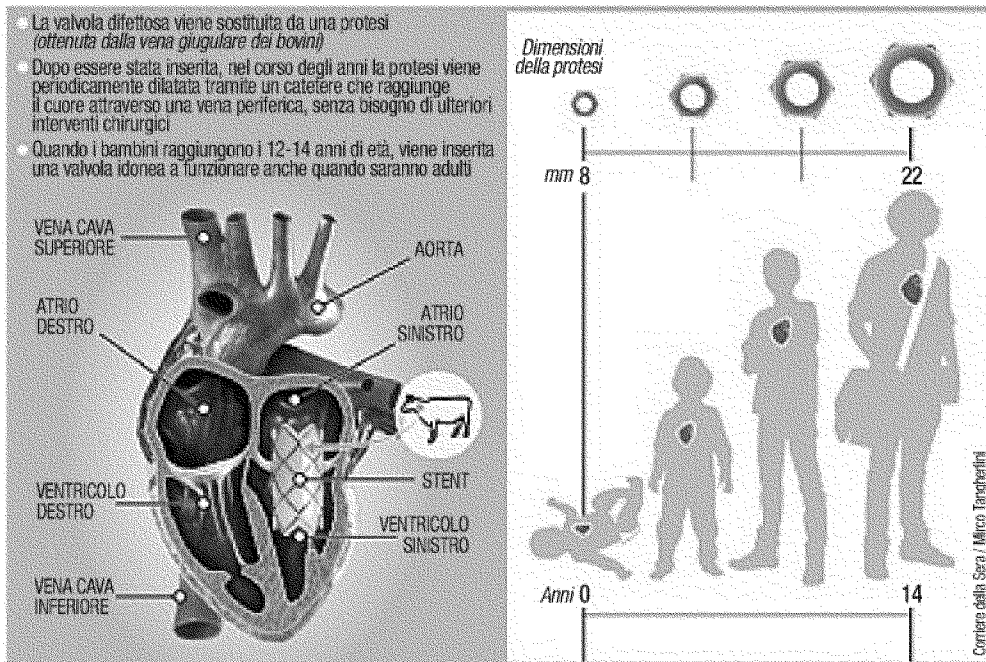
subiti tutti già più di uno. E si arriva spesso al punto in cui la valvola originaria non può più essere riparata».

Il primo articolo scientifico pubblicato dagli statunitensi, datato 2012, riportava i casi di due pazienti. «Appena ne sono venuto a conoscenza mi sono subito messo in contatto con Sitaram Emani, il giovane cardiochirurgo di Boston che aveva avuto l'idea, perché volevo usare la tecnica anche sui nostri bambini e portarla in Europa — conclude Alessandro Frigiola —. Sitaram Emani è arrivato qui da noi a marzo, e con lui abbiamo eseguito tutti gli interventi nell'arco di due giorni».

Fino a oggi, fra Stati Uniti e Italia, i bambini che hanno ricevuto la nuova valvola sono una ventina.

**Margherita Fronte**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**F** Ricerca | Approccio | Nanotech

# La cura dei neurostimolatori

La bioelettronica apre una via sperimentale, oltre il farmaco classico

di **Federico Mereta**

● Il segnale parte nel collo, con stimoli intermittenti. Poi corre lungo il nervo vago, controllandone il lavoro, per giungere fino alla milza. Nell'organo si produce noradrenalina che comunica con i linfociti T: questi fanno rilasciare acetilcolina, che attraverso particolari globuli bianchi, i macrofagi, blocca la produzione di sostanze che stimolano l'infiammazione. Risultato: si controlla con un neurostimolatore il sistema immunitario e quindi si offre sollievo a chi soffre di artrite reumatoide e non risponde ai farmaci. La prova dell'efficacia di questo percorso, che avvicina le terapie del futuro a un racconto di fantascienza in cui il controllo "elettrico" di un determinato fascio nervoso diventa uno strumento di cura, viene da uno studio pilota effettuato dai ricercatori di Set Point Medical. In diversi pazienti con gravi forme di artrite reumatoide si è avuto un netto miglioramento del quadro, proprio grazie all'azione di un neurostimolatore impiantato nel collo.

Lo studio americano è solo una delle sperimentazioni che stanno portando la scienza nel mondo della bioelettronica, che mira a trattare le patologie non attraverso i classici rimedi chimici o biotecnologici, quanto piuttosto "regolando" i circuiti neurali che controllano moltissime attività dell'organismo. Questa nuova scienza desta l'interesse anche di Big Pharma, tanto che GlaxoSmithKline (Gsk) ha creato un'unità di ricerca & sviluppo dedicata, nella speranza di poter associare, in un futuro non lontano, i neurostimolatori a compresse e fiale. «La stragrande maggioranza delle idee nascono fuori dall'industria farmaceutica, e quindi abbiamo sviluppato un modello di ricerca, che punta alla costante collaborazione con le strutture di eccellenza di tutto il mondo» spiega Moncef Slaoui, capo mondiale Ricerca & Sviluppo di Gsk. Questo approccio si

adatta al nostro impegno nel settore degli "elettroceutici": vogliamo porci come "aggregatori" delle competenze che entrano in gioco in questa dinamica, da quella ingegneristica e biologica fino alle neuroscienze, offrendo anche sostegno economico ai centri di ricerca esterni e lasciando liberi gli scienziati di portare avanti i loro studi».

Le tre sfide da vincere sono complesse: occorre chiarire le relazioni esistenti tra i diversi nervi (in particolare il nervo vago) e le malattie comuni, su quali fasci nervosi intervenire all'interno di un medesimo nervo e soprattutto sviluppare nanotecnologie in grado di portare alla massima miniaturizzazione degli impianti, che non dovrebbero superare la dimensione di un chicco di riso. «La mia speranza è di portare il primo impianto ai pazienti entro dieci anni, sapendo che con questo approccio potremmo trattare moltissime condizioni comuni, come l'ipertensione, o anche quadri oggi complessi da affrontare, con l'infertilità femminile» fa sapere Slaoui. Le prove preliminari dell'efficacia di questo approccio non mancano: all'università di Harvard si è individuata una via nervosa specifica della cute e si è provato a trattare ferite di difficile guarigione. A Lisbona, gli studiosi dell'Università Nova hanno "trattato" nei ratti la sensibilità all'insulina interferendo con il controllo nervoso del glomo carotideo, aprendo la strada a nuove cure per il diabete. Infine un'azienda americana, Electrocore, ha realizzato uno stimolatore elettrico capace di indurre un controllo sulla contrazione delle vie respiratorie attraverso il nervo vago, al punto di trattare con successo un'ottantina di pazienti con asma grave.

Già oggi, in ogni caso, il modello di ricerca collaborativa di Gsk, al fianco di Telethon dal 2004 e dal 2010 per la ricerca, sta portando un primo risultato tutto "made in Italy". Entro la fine dell'anno dovrebbe essere registrato dalle autorità regolatorie il primo trattamento di terapia genica al mondo, realizzato dall'équipe di Luigi Naldini del Tiget (Istituto Telethon San Raffaele per la Terapia Genica) di Milano nell'ambito di Telethon, per la cura di una grave malattia genetica rara, l'Ada-Scid. A breve, poi, dovrebbe arrivare il via libera per altre patologie genetiche in cerca di cura.

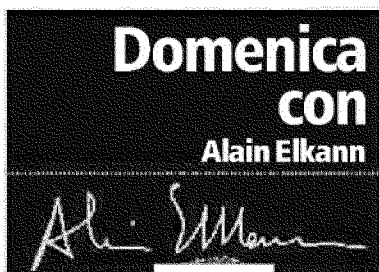
Filippo Castoldi

Specialista in ortopedia

## “Ora la sfida è la protesi per le braccia”

### IL DOLORE

«Disponiamo di mezzi sempre più efficaci per tenerlo sotto controllo»



Filippo Castoldi, lei è direttore della Seconda Clinica Universitaria di Ortopedia e Traumatologia all'ospedale Cto di Torino: dal 22 al 24 maggio si terrà proprio a Torino il 12° congresso della società italiana di chirurgia della spalla e del gomito che lei presiede. Perché questo evento è così importante?

«Perché si tratta dell'unica società italiana che si occupa del tema. Il congresso affronterà in particolare i problemi legati a queste due articolazioni che sono ancora molto da studiare».

La chirurgia delle ossa è una disciplina sempre più specializzata?

«Sì. Anche la diagnostica, dato che ci sono risonanze magnetiche con mezzi di contrasto sempre più efficaci».

A che livello è la chirurgia ortopedica in Italia?

«È assolutamente di buon livello. Ci sono molti centri d'eccellenza e sono punti di riferimento a livello internazionale».

Può spiegare a un non specialista che cos'è il Cto?

«Il Cto è il più grande centro regionale

le piemontese che si occupa di patologie ortopediche e traumatologiche. È un centro di riferimento nazionale per le varie patologie, come la chirurgia ricostruttiva muscolo-scheletrica. In altre parole, se si deve ricostruire un pezzo di tibia o di omero, qui lo si fa con successo».

Quali sono oggi le fratture più comuni?

«Il femore e l'omero».

Soprattutto nelle persone anziane?

«In gran parte e per questo al Cto si è raggiunto l'obiettivo di un trattamento ideale entro le 48 ore dall'incidente».

Quali sono le cause più frequenti?

«Automobilistiche, oltre a quelle sul lavoro e nello sport. Quest'anno, per esempio, la stagione sciistica ha causato ogni sorta di incidenti e di fratture complesse degli arti».

Lo sport diventa sempre più pericoloso?

«In parte sì, perché è praticato ad altissimi livelli da soggetti molto giovani, e l'attrezzatura rende sempre più veloce lo sport in sé».

In auto ci sono meno incidenti?

«Meno no, ma con i livelli di sicurezza dei veicoli la mortalità è più bassa».

Da quando lei ha iniziato la professione sono stati fatti molti progressi?

«Sì, si sono affinate le tecniche e gli strumenti a disposizione ci rendono il lavoro più facile, mentre i tempi chirurgici si sono ridotti. L'artroscopia della spalla è cambiata totalmente: un esempio è la sutura della cuffia dei rotatori».

Ma di che cosa discuterete nel convegno a

Torino?

«Del gomito e dei progressi delle protesi».

Operate anche i tumori?

«Sì. Lo scheletro rappresenta una frequente sede di tumori primitivi e anche di quelli secondari, vale a dire le metastasi».

Qual è la sua specialità?

«Il mio "distretto" preferito è la spalla. Si tratta di una parte del corpo molto affascinante: ha una libertà di movimento unica e ha anche un ruolo importante nella nostra vita di relazione. Noi siamo bipedi e un gomito che non funziona in modo corretto non ci permette di eseguire molte funzioni: per esempio di mangiare, di pettinarci o di scrivere. Se le protesi delle gambe permettono all'amputato di fare una vita praticamente normale, quelle dell'arto superiore sono ancora da perfezionare: ecco perché il nostro convegno ne parlerà a lungo».

E il dolore? È ancora un problema molto grave?

«Dal punto di vista della terapia del dolore, oggi abbiamo molti mezzi per riuscire a controllarlo».

Si tratta di dolori talvolta insopportabili?

«Penso che quello peggiore sia il neuropatico».

E la frattura peggiore?

«Quella esposta, senz'altro: è quella che è venuta a contatto con l'esterno e che può quindi infettarsi. L'infezione dell'osso rappresenta ancora un capitolo aperto, perché l'osso a differenza di altri tessuti si trasforma facilmente nel nido di una serie di batteri e gli antibiotici fanno spesso fatica a ucciderli».

L'amputazione per un chirurgo è una decisione traumatica?

«Sì, è difficile, perché siamo abituati a ricostruire e non a distruggere. Inoltre per il paziente è una perdita sicuramente molto grave».

Piedi e mani sono le parti più delicate?

«Sì, perché hanno dei movimenti che sono difficilmente riproducibili. Il nostro lavoro di ortopedici, poi, sarebbe inutile, se non ci fossero anche le figure del fisiatra e del fisioterapista».

Qual è il motivo?

«Perché noi ci occupiamo dell'apparato locomotore, poi, dopo l'intervento, che prevede un periodo di inattività, è necessario che i pazienti riscoprano la mobilità grazie a una fase di recupero con specialisti dedicati. Il Cto, da questo punto di vista, è anche un importante centro di riabilitazione. E si tratta di fasi che possono essere anche molto lunghe».