



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Campania, a rischio sanità e trasporti

Circa 400 milioni in meno. Ora nel mirino costi della politica e Partecipate

Alessandra Chello

A mali estremi, rimedi estremi. Da Palazzo Santa Lucia fanno sapere che, con il drastico giro di vite voluto dal premier, i conti sono presto fatti: «Il taglio della Campania si aggirerà sui 400 milioni. Individuati anche i settori nel mirino: trasporti e sanità che sono, tra l'altro, proprio le due voci sulle quali poggia per l'80% il bilancio regionale. E dunque, per il primo comparto, si punterà su un taglio al numero delle corse. Per il secondo, sulle due leve dell'Irap e dei ticket. L'altro 20% poi sarà smaltito tra il sociale e il sostegno alle imprese. Il che vuol dire, fondo per le disabilità e piano lavoro. Dunque, formazione giovanile e stage aziendali».

I ticket
Si profilano aumenti su ricoveri e indagini cliniche a carico degli utenti

Insomma, un effetto-dominio che rischia di travolgere la qualità già precaria dei servizi essenziali. Certo, di passi avanti nel reperire autonomamente le risorse tagliando gli sprechi, il team guidato da Caldoro ne ha fatti. Ci sono -

per ricordare solo quelli appena annunciati - gli 850 milioni destinati al piano scuola; i 230 milioni assegnati dal Comitato Interministeriale ai settori infanzia, anziani, rifiuti e acque e gli oltre 30 milioni di fondi europei per gli impianti sportivi.

Ma davvero non si può fare altro per stanare i buchi neri che si annidano magari negli ingranaggi della pesante macchina amministrativa? Il governatore vanta risparmi nel palazzo della giunta: «All'atto del programma di stabilizzazione, le unità di personale in ruolo a Santa Lucia erano 6.437, scese a 5.300 al 31 dicembre 2013. E ancora, delle 34 società regionali il piano ne prevede la riduzione a dieci. Oltre al fatto che anche il comparto Sanità ha fatto registrare consistenti miglioramenti. Al 31 dicembre 2009 il disavanzo ammontava ad euro 773 milioni mentre al 31 dicembre 2013 è quantificato a 65 milioni». Resta il fatto, però, che uno degli ultimi screening del «Sole 24 Ore» rivela che nella hit dei costi per il Consiglio regionale c'è proprio la Campania che «spende, per questa voce, ben più della Lombardia: 126 milioni. Per avere un termine di confronto, la cifra equivalente prevista nel 2012 per il Consiglio regionale della Lombardia è stata infatti di 96,6 milioni di euro, quasi 30 mi-

lioni in meno dell'ente all'ombra del Vesuvio. Senza contare il fatto che i lombardi, secondo l'Istat, guadagnano in media all'anno il doppio dei cittadini campani, per cui si potrebbero permettere di finanziare più generosamente i loro consiglieri. Invece, in Campania la gente è più povera, ma si spende di più per la Regione pur essendoci tra l'altro 20 consiglieri regionali in meno rispetto alla Lombardia. La voce di spesa più gravosa nel bilancio del Consiglio regionale della Campania è quella relativa al personale (71 milioni), che pesa per circa il 45% del totale. A comporre questa cifra gioca in maniera abnorme, per 21,5 milioni di euro, la spesa prevista per il personale comandato, vale a dire personale che non è nell'organico del Consiglio ma proviene da altre amministrazioni e va ad affollare per lo più le segreterie personali dei consiglieri che ne hanno patrocinato il comando. Seguono in ordine d'importanza, le spese per il funzionamento degli uf-

fici e dei servizi (23,7 milioni, quasi il 19% del totale). C'è poi la cifra sui compensi dei consiglieri regionali campani: raggiungono più di 12 milioni tra indennità di carica, funzione e rimborso spese. Ogni consigliere percepisce oltre 16mila euro al mese. Calcolando un'aliquota media di oneri fiscali del 35%, ad ogni consigliere regionale della Campania entrano in tasca 11mila euro netti. La stessa somma all'incirca tocca a un consigliere regionale della Lombardia ma in quel caso il divario con quanto guadagna un cittadino è meno stridente rispetto al caso della Campania».

D'altra parte, anche il procuratore della Corte dei Conti di Napoli nella sua relazione presentata per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2014, aveva già spulciato tra gli sprechi della Regione. Il settore più rilevante? L'economia assistita, definita nella relazione «un settore di grande interesse che ha un impatto assai rilevante sull'economia regionale che, a causa delle ricorrenti de-

viazioni nell'attività di erogazione e di esecuzione dei progetti finanziati, non riesce a proporre nuove occasioni di produzione e di crescita. Anzi, aggrava la crisi. E il debito della Regione ammonta a 8.357,74 milioni di euro». E che dire della zavorra delle partecipate? «Un miliardo e 300 milioni di euro, la cifra che la Regione ha speso nell'ultimo triennio, al netto dei finanziamenti destinati alla Soresa spa, ossia la Società regionale per la sanità».

Nell'intervento del Procuratore regionale, Cottone, si dava gran risalto anche al contenimento dei costi della politica. «Su questo frontespiegava - la Regione Campania non sembra volere attuare decisivi interventi e tutti i tentativi, da parte della Procura contabile e della stessa Procura ordinaria, messi in opera per fare luce su fenomeno del funzionamento, ad esempio, dei gruppi consiliari, non hanno prodotto soddisfacenti risultati. È stato infatti opposto alla conoscenza del fenomeno il facile schermo della impossibilità di indagare sulle spese dei gruppi e dei singoli consiglieri regionali che, secondo quanto prospettato dall'amministrazione, non sarebbero tenuti a rendicontare sulle somme loro assegnate».

Il Consiglio
Pesa per oltre un miliardo: 12 milioni di indennità vanno agli eletti

Magli eccessivi costi non riguardano solo la politica in senso stretto perché il tema degli ingiustificate posizioni di vantaggio che si risolvono in clamorosi sprechi riguarda anche i dirigenti. «Vale la pena ricordare - prosegue la Corte dei Conti - l'indagine comparativa effettuata, nell'ambito di una verifica amministrativo-contabile alla Regione Campania, dal Servizio Ispettivo di Finanza Pubblica dell'I.G.F., Dipartimento della Ragioneria Generale, ministero dell'Economia, dalla cui relazione conclusiva emerge che, relativamente all'anno 2007, la retribuzione media nazionale annuale del personale dirigente del comparto Regioni-Enti locali era pari a €59.402 e quella del non dirigente di €20.196, mentre l'importo medio riferito alla Regione Campania per i dirigenti è di €129.061 (Giunta) e €160.226 (Consiglio) e per i non dirigenti è di €35.981 (Giunta) e €52.223 (Consiglio)».



La svolta

**Ospedali, via ai risparmi
con la centrale d'acquisto**

Sanità a dieta: fondamentale la revisione del sistema di acquisto di beni e servizi, che in sanità vale 35,1 miliardi di euro (numeri della Corte dei conti riferiti al 2013), più di un terzo del Fondo sanitario. Per risparmiare (l'obiettivo minimo è una riduzione dei costi del 10-15%) in questa immensa area, che va dalle forniture di apparecchiature e strumentazioni mediche fino ai servizi di ristorazione, vigilanza, pulizia e molto altro ancora, la ricetta anti-sprechi prevede lo sviluppo e l'integrazione delle centrali d'acquisto e una valutazione sempre più attenta al costo/beneficio del prodotto o servizio da acquistare. Altro tema i costi standard, dalla cui piena applicazione ci si stima un risparmio di 3-4 miliardi.



Tagli, la rivolta delle Regioni Renzi: «Riducete gli sprechi»

Meno 5,7 mld, Chiamparino: mi dimetto. Caldoro: enti da sciogliere

Corrado Castiglione

La manovra annunciata dal governo Renzi non piace ai presidenti delle Regioni. In particolare a suscitare tanto allarme sono i 4 miliardi di tagli che per i governatori significano l'apertura al triste bivio: diminuire le risorse per la Sanità (com'è noto è la voce più pesante dei bilanci regionali) oppure aumentare le imposte locali.

Ne scaturisce uno scontro dai toni accesi, tra le istituzioni territoriali (che si sentono tradite rispetto agli accordi sanciti con i nuovi fondi-Salute) e Palazzo Chigi che invita piuttosto gli interlocutori a rivedere gli sprechi prima di minacciare fuoco e fiamme. Forse, all'orizzonte si profila un incontro nelle prossime ore, ma è difficile che il vulnus sia colmato in tempi rapidi.

Dal canto suo, il governatore del Piemonte Sergio Chiamparino spiega, nelle vesti di presidente della Conferenza delle Regioni, il disagio dei territori. Per Chiamparino quei «tagli rischiano di compromettere la tenuta e la sostenibilità del sistema, a meno di non incidere sulla spesa sanitaria». Argomenta il presidente dei governatori: «Noi non siamo per mettere fuori i dentini mentre gli altri sorridono. Io credo sia ragionevolmente possibile

spostare qualche taglio sui ministeri, spostare la logica della siringa sui ministeri». «Io non amo gli incontri, non vivo per questo ma di fronte a una situazione in cui c'è qualche tensione c'è bisogno di un incontro. Al mio amico Delrio rispondo: dato che 15 giorni fa abbiamo messo al riparo dai riflettori un tavolo di questo tipo, se dobbiamo avere un confronto facciamolo potendone monitorare i risultati. Fa parte di quel discorso sull'affidabilità istituzionale». E conclude: «Ci metto la faccia: nessun aumento dell'Irap, piuttosto mi dimetto».

**Il dialogo
I presidenti
chiedono
un incontro
Il premier: ok
ma non
ci prendiamo
in giro**

mo messo al riparo dai riflettori un tavolo di questo tipo, se dobbiamo avere un confronto facciamolo potendone monitorare i risultati. Fa parte di quel discorso sull'affidabilità istituzionale». E conclude: «Ci metto la faccia: nessun aumento dell'Irap, piuttosto mi dimetto».

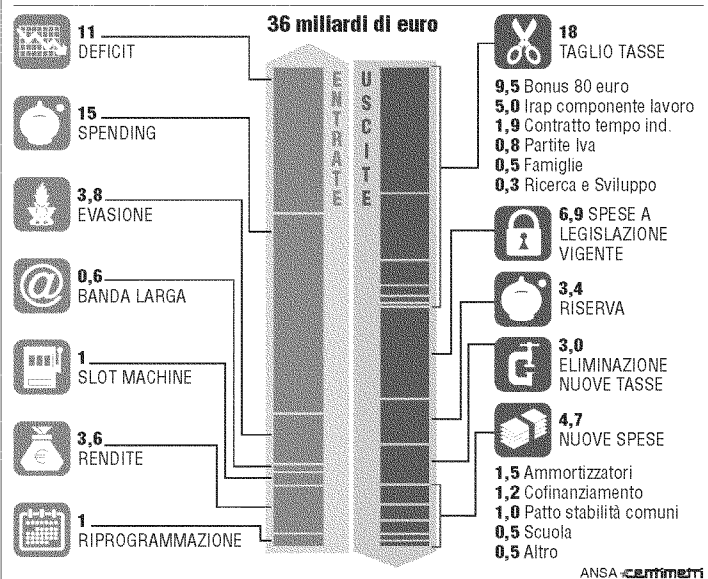
Anche il governatore della Campania Stefano Caldoro insiste su questo tema: «Si pone un tema di affidabilità istituzionale: con questa misura vengono meno due patti e quindi, da parte del Governo, non si è affidabili». Osserva Caldoro: «È come fare la spesa con i soldi degli altri: è un problema di rapporti istituzionali e siamo pronti ad aprire un confronto con il governo». Poi con due tweet Caldoro aggiunge: «Manovra. Aumentare tasse, ticket e Irap? Lo faccia il Governo. Io non intendo aumentare le tasse». E poi aggiunge: «Superare le attuali Regioni. Rilancio la proposta anche se Matteo Renzi nella legge scrive che siamo in pareggio di bilancio». Caldoro riprende così la sua proposta di sciogliere le Regioni, per istituire delle macroaree.

Anche il governatore della Lombardia scende in campo Maroni, rilevando uno degli aspetti del problema: «Valutando il testo, sembra ci siano 4 miliardi di tagli alle Regioni, 2 dei quali sono i nuovi fondi alla sanità datici a luglio di quest'anno con un accordo tra Governo e Regioni e che adesso sarebbero inopinatamente tagliati. Non è che il Governo può prima fare un accordo e poi togliere di mezzo questo accordo senza coinvolgere chi ha firmato». Questo è solo uno degli aspetti, perché sull'altro tornerà Chiamparino, ricordando che sulle Regioni grava un'altra scure di circa 1,75 miliardo per effetto di provvedimenti dei governi Letta e Monti.

Intanto il premier rilancia, a colpi di tweet intercalati da dichiarazioni rese a margine del vertice Asem a Milano: c'è una «grande discussione con le Regioni. Vorrei fosse chiaro il gioco cui giochiamo: nessuno cerchi prendere in giro gli italiani». Ancora: «Incontreremo i presidenti di regione. Tutti devono ridurre spese e pretese». E poi: «È inaccettabile che ci siano polemiche da parte di chi dice che se noi tagliamo le tasse loro le rialzano a livello locale, sarebbe un atto al limite della provocazione». Quindi Renzi conclude: «Credo che si debba avere un po' di senso della misura. Non credo che convenga alle istituzioni continuare una polemica sui

tagli, sugli sprechi, prima si guardi in casa propria. Noi siamo pronti a incontrare i presidenti delle Regioni e chiunque. Ma se l'Italia vuole ripartire, e noi la faremo ripartire, c'è bisogno di ridurre gli sprechi per tagliare le tasse».

L'entità della manovra



ANSA - **camini**

quotidianosanita.it

Lunedì 20 OTTOBRE 2014

Stabilità. Lorenzin a Regioni: "Se salta Patto salute assumetevi le vostre responsabilità"

Lo ha detto oggi il ministro della Salute durante la presentazione del Programma nazionale esiti. Lorenzin ha poi rimarcato come le Regioni non possano toccare il Fondo sanitario nazionale per reperire i 4 mld di risparmi richiesti, visto che si tratta di un Fondo vincolato. "Per intervenire sul Fondo servirebbe una legge dello Stato, ma tagliarlo sarebbe l'ultima spiaggia".

"Se le Regioni fanno saltare il Patto per la Salute se ne dovranno assumere la responsabilità davanti ai cittadini. Il Patto non serve a Ministro ma ai cittadini e se le Regioni pensano di giocare ad un'operazione do ut des hanno sbagliato porta". Lo ha detto il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** durante della presentazione del Programma nazionale esiti, in riferimento ai tagli richiesti dal Governo alle Regioni nella Legge di stabilità.

In merito a quanto annunciato dalle Regioni che hanno dichiarato che dovranno tagliare 2 mld sulla sanità, Lorenzin ha ricordato di aver "salvaguardato in tutti i modi il Fondo sanitario nazionale che è uscito dalla stabilità con un aumento sostanziale. Le Regioni non possono toccarlo senza una legge dello stato e stanno trattando con il Governo, non con il Ministero della Salute. C'è una richiesta di 4 miliardi ma non entro nella fase negoziale. Io sono per la difesa del Fondo, tagliarlo sarebbe l'ultima spiaggia".

19 OTTOBRE 2014

Stabilità. Lorenzin: "Le Regioni possono trovare misure alternative prima di tagliare la sanità"

Il ministro della Salute, ospite della trasmissione Otto e Mezzo, risponde alle preoccupazioni espresse in questi giorni dai governatori. "Non ci sono tagli lineari come in passato, ma bisogna lavorare per incidere sui processi, perché è in questo modo che si potranno generare risparmi".

"Le Regioni possono trovare misure alternative prima di tagliare sulla sanità". Il ministro della salute **Beatrice Lorenzin**, ospite della trasmissione *Otto e Mezzo*, fornisce un input operativo ai governatori che negli ultimi giorni avevano paventato consistenti tagli al comparto sanitario come effetto della spending review prevista dalla Legge di Stabilità. Un ragionamento che si fonda su un assunto incontrovertibile, sottolinea il ministro. "Il Fondo sanitario è bloccato, quindi le Regioni non possono distogliere alcuna risorsa da esso".

L'impostazione dovrà invece essere strutturale "e cioè bisognerà lavorare per incidere sui processi, perché è in questo modo che si potranno generare risparmi. Seguendo questa rotta, i margini di recupero in termini di efficienza sono enormi". E la dinamica degli interventi "non è incentrata sui tagli lineari come in passato, ma su precise direttrici come le centrali uniche di acquisto per beni e servizi, che possono consentire di drenare risorse da reinvestire all'interno del sistema stesso. E mi riferisco in particolare ad ambiti come la gestione dei rifiuti ospedalieri". Nel complesso il ministro non condivide quindi il pessimismo che ha caratterizzato molte valutazioni degli ultimi giorni, perché la base da cui si partire fornisce garanzie importanti. "Possiamo contare su una certezza di budget per tre anni e tra 2014 e 2016 disponiamo di 5 miliardi in più sul Fondo rispetto al passato".

Gennaro Barbieri

Ticket sui farmaci, chi paga di più

Il quadro aggiornato della compartecipazione dei cittadini alla spesa per i medicinali rivela una estrema variabilità da Regione a Regione

Revisione

Per assicurare equità nell'assistenza il sistema andrebbe reso più omogeneo

Chi abita nel Lazio paga un ticket di 8 euro per avere due confezioni di un antistaminico di fascia A prescritto dal dottore sulla "ricetta rossa", quindi a carico del Servizio sanitario nazionale; non paga nulla invece chi vive in Valle d'Aosta o in Sardegna. Ancora: il medesimo antiacido per lo stomaco — senza generico di riferimento e mutuabile — costa 4 euro a un assistito in Toscana o in Sicilia, pochi centesimi meno rispetto al prezzo del farmaco (4,78 euro) senza la ricetta del Servizio sanitario.

Una vera giungla quella dei ticket sui farmaci, perché ogni Regione può deliberare autonomamente se introdurli o no, decidendo modalità di applicazione e importi diversi.

A sottolinearlo è un recente studio di Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, che ha analizzato i provvedimenti regionali sulla compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica, oltre che alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, aggiornati al primo ottobre.

«I ticket sui farmaci, laddove sono stati introdotti, cambiano da Regione a Regione: si va dalla quota fissa sulla ricetta o sulle confezioni erogate, ai ticket modulati in base alle fasce di reddito o al valore del medicinale — spiega Isabella Morandi, esperta di Agenas e coordinatrice dello studio —. La variabilità dei sistemi di compar-

teipazione fa sì che i cittadini devono corrispondere cifre diverse per l'identico farmaco, a seconda della Regione di residenza». Ma ecco che cosa emerge dallo studio di Agenas.

Valle d'Aosta, Friuli Venezia-Giulia, Marche, Sardegna e la Provincia autonoma di Trento non prevedono alcun ticket sui farmaci di fascia A.

Tra le Regioni che prevedono misure di compartecipazione, in cinque — Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria e Provincia autonoma di Bolzano — si paga un importo fisso per confezione pari a 2 euro, associato a un costo massimo per ricetta (4 euro).

In Emilia Romagna, Toscana, Umbria, invece, il ticket varia a seconda di fasce di reddito ed è associato a un "tetto" per ricetta. Diversi, però, gli importi: la quota per confezione, modulata su quattro fasce di reddito, arriva a 3 euro in Emilia Romagna e Umbria, a 4 euro in Toscana. In Basilicata la quota per ricetta varia su due fasce di reddito e non va oltre i 2 euro.

Ci sono poi Regioni, come Lazio, Abruzzo e Sicilia, che calcolano il ticket per confezione in base al prezzo del farmaco. La compartecipazione, poi, è richiesta anche a chi ha diritto ad esenzioni (nel Lazio) o ad alcune categorie (in Abruzzo e Sicilia). Un esempio: in Sicilia, se il farmaco costa fino a 25 euro, i non esenti pagano 4 euro di ticket; se il prezzo è superiore, il ticket è 4,50 euro. E il ticket per confezione lo paga anche chi soffre di «patologie croniche e invalidanti e rare»: 1,5 euro a confezione se il costo del farmaco è fino a 25 euro, 2

euro se va oltre.

Altra modalità di compartecipazione in Molise, Campania, Puglia, Calabria: il ticket per confezione è associato a un ticket per ricetta. Per i non esenti, si va dagli 0,50 euro del Molise ai 2 euro in Campania. A questo ticket va aggiunta un'altra quota fissa, anch'essa variabile a seconda della Regione. E in queste Regioni, i ticket, anche se ridotti, li pagano pure gli esenti.

Aggiungiamo che, anche per l'acquisto di farmaci equivalenti, ci sono differenze, perché alcune Regioni chiedono la quota fissa per ricetta (Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Molise, Puglia, Basilicata e Bolzano).

Avete perso il filo del discorso? Non stupitevi: è solo la riprova di quante (molti sostengono "troppe") variabili il censimento Agenas ha registrato.

«Per assicurare l'accesso ai Livelli essenziali di assistenza, secondo il principio di equità per tutti i cittadini — osserva Morandi —, il sistema della compartecipazione dovrebbe essere ridefinito, favorendo anche l'appropriatezza delle prestazioni». Il nuovo Patto per la salute, sottoscritto da Stato e Regioni l'estate scorsa, stabilisce che è «necessaria una revisione della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni» per evitare che i ticket siano una «barriera per l'accesso alle prestazioni». Un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti delle Regioni, dei ministeri della Salute e dell'Economia e di Agenas, dovrebbe definire i contenuti di questa revisione entro il 30 novembre.

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Esenzioni Differenze anche per i malati cronici e rari

Persone che hanno la stessa malattia cronica o rara sono esenti dal ticket sui farmaci mutuabili in alcune Regioni, mentre in altre devono pagarlo. «Anche nei sistemi di esenzione che le Regioni hanno adottato la variabilità è enorme», dice Isabella Morandi, che li sta esaminando per l'Agenzia nazionale dei servizi sanitari. «Il diritto dei malati cronici e rari ad avere farmaci gratuiti non è uguale dappertutto — conferma Tonino Aceti,

coordinatore del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva —. Una discriminazione che potrebbe aggravarsi se, come si ventila, la revisione delle esenzioni avverrà in base al reddito. Sarebbe un'ulteriore misura per battere cassa, recuperando cifre irrisorie, dimenticando che questi malati già spendono in media 650 euro l'anno per farmaci non rimborsati dalla Sanità e 950 euro per parafarmaci e simili.

M. G. F.

Tre casi rappresentativi

ANTIBIOTICO

L'esempio riguarda **un farmaco di marca** (inserito in fascia A), per il quale non c'è in commercio un farmaco equivalente. Il prezzo al pubblico è di 35,75 euro (acquisto senza ricetta del Servizio sanitario)

Per l'acquisto di **1 confezione** con ricetta del Servizio sanitario **a carico dell'assistito ci sono solo gli eventuali ticket**

QUANTO SI PAGA

- **0 euro**
Valle d'Aosta
P. A. Trento
Marche
Sardegna
Friuli
- **2 euro**
Piemonte
Lombardia
P. A. Bolzano
Veneto
Liguria
Abruzzo
- **2,50 euro**
Molise
- **3 euro**
Puglia
Calabria
- **3,50 euro**
Campania
- **4 euro**
Lazio
- **4,50 euro**
Sicilia

PER FASCE DI REDDITO

- **Da 0 a 3 euro**
Emilia Romagna
Umbria
- **Da 0 a 4 euro**
Toscana
- **Da 1 a 2 euro**
Basilicata

ANTINFIAMMATORIO

L'esempio riguarda **un farmaco generico** con prezzo al pubblico di 4,49 euro (per l'acquisto senza ricetta del Servizio sanitario)

Per l'acquisto di **1 confezione** con ricetta del Servizio sanitario, la Sanità rimborsa 3,72 euro (prezzo di riferimento)

La differenza (0,77 euro) è a carico dell'assistito oltre agli eventuali ticket

QUANTO SI PAGA

- **0,77 euro**
Valle d'Aosta
Piemonte
P. A. Trento
Friuli Venezia Giulia
Marche
- **1,27 euro**
Lazio
Calabria
Sardegna
- **1,77 euro**
Abruzzo
Molise
- **1,77 euro**
Puglia
- **2 euro**
Sicilia
- **2,77 euro**
Lombardia
P. A. Bolzano
Veneto
Liguria
Campania

PER FASCE DI REDDITO

- **Da 0,77 a 3,77 euro**
Emilia Romagna
Umbria
- **Da 0,77 a 4,77 euro**
Toscana
- **Da 1,77 a 2,77 euro**
Basilicata

ANTISTAMINICO

L'esempio riguarda **un farmaco di marca** (inserito in fascia A), per il quale non c'è in commercio un farmaco equivalente. Il prezzo al pubblico è di 13,26 euro (acquisto senza ricetta del Servizio sanitario)

Per l'acquisto di **2 confezioni** con ricetta del Servizio sanitario **a carico dell'assistito ci sono solo gli eventuali ticket**

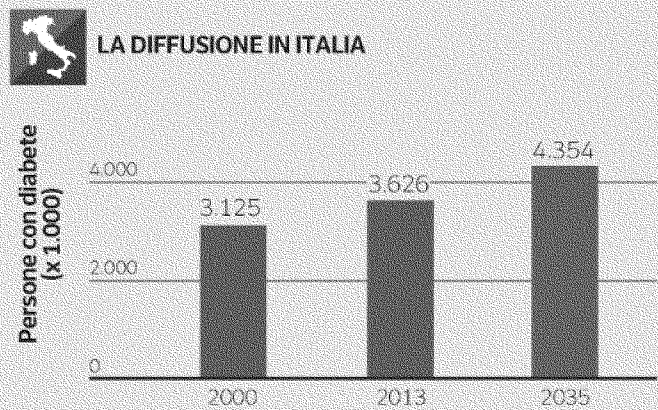
QUANTO SI PAGA

- **0 euro**
Valle d'Aosta
P. A. Trento
Friuli
Marche
Sardegna
- **4 euro**
Piemonte
Lombardia
P. A. Bolzano
Veneto
Liguria
- **4,50 euro**
Molise
- **5 euro**
Campania
Puglia
Calabria
- **6 euro**
Abruzzo
- **8 euro**
Lazio
Sicilia

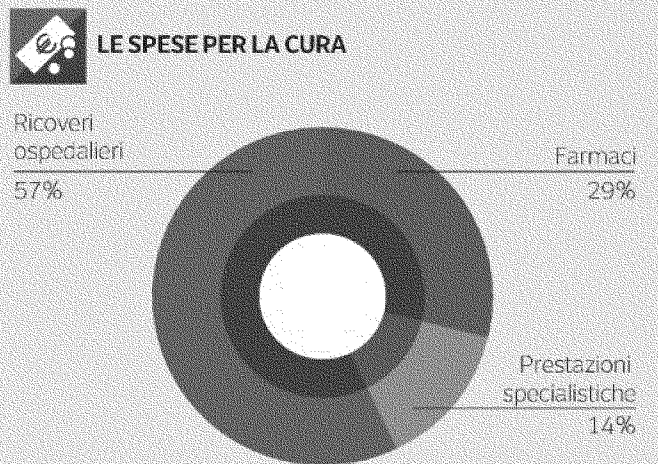
PER FASCE DI REDDITO

- **Da 0 a 6 euro**
Emilia Romagna
Umbria
- **Da 0 a 8 euro**
Toscana
- **Da 2 a 4 euro**
Basilicata

L'impatto della patologia



Fonte: IDF Diabetes Atlas 1° - 6° edizione



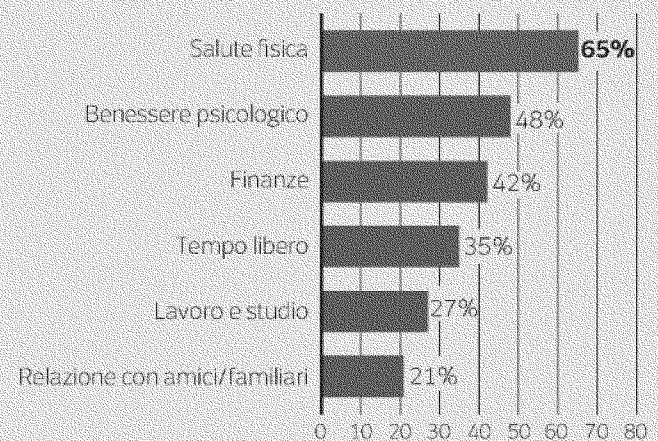
Fonte: Osservatorio Arno Diabete, il profilo assistenziale della popolazione con diabete, rapporto 2011

LE CONSEGUENZE SULLA VITA QUOTIDIANA

1 su 5

delle persone con diabete si sente discriminata in quanto diabetica

GLI ASPETTI PIÙ CONDIZIONATI DALLA MALATTIA



Fonte: Studio Dawn2

d'Arcò

Stato-Regioni, la resa dei conti è sulla sanità

di **Massimo Bordignon** ▶ pagina 5

L'ANALISI

Tra Stato e Regioni la resa dei conti è sulla sanità

La manovra di bilancio ha creato uno scontro al calor bianco tra Stato e Regioni, con tutti i governatori in trincea e quelli del Lombardia e Veneto che minacciano perfino il ricorso alla Corte costituzionale. Ma è giustificato questo conflitto? Guardando i numeri, è difficile crederlo.

La spesa complessiva delle Regioni, compresa la sanità, nel 2013 è stata pari a circa 160 miliardi; il Governo almeno stando alle slides circolate sulla legge di stabilità (non c'è ancora un testo finale), chiede di ridurla di 4 miliardi. Ma il taglio è rispetto al tendenziale e in questo sono già inclusi i 2 miliardi in più previsti dal Patto sulla salute per il finanziamento della sanità nel 2015. Si tratterebbe dunque di una riduzione netta di soli circa 2 miliardi, cioè l'1,3% della spesa complessiva. Certo, molta di questa spesa è incompressibile nel breve periodo; stipendi del personale, contratti in essere, co-finanziamento fondi europei e quant'altro. Ma ridurre la spesa del 1,3% in un anno sembrerebbe comunque rientrare nell'ambito delle cose possibili; è circa la metà della riduzione che in media lo Stato chiede ai propri ministeri. Per un esempio dei risparmi possibili sulle Regioni, in un rapporto presentato a marzo per la spending review del commissario Cottarelli, e rimasto poi nel cassetto, avevamo valutato in circa il 17% il risparmio conseguibile sul miliardo utilizzato per finanziarie giunte e consigli regionali. E qui si parla di poco più dell'1% di risparmi, non del 17%.

Ma naturalmente il vero no-

do del contendere non è la spesa complessiva delle Regioni, ma la titolarità della gestione della sanità. Sulla sanità, Stato e Regioni sono da sempre impegnati in un complesso gioco strategico, con il primo che fa finta di credere che non ci sia rapporto tra i servizi che esso stesso chiede alle regioni di fornire (i livelli essenziali di assistenza) e le risorse per finanziarli; e le seconde che fanno finta di credere che le risorse messe a disposizione dallo Stato siano sempre insufficienti e comunque incompressibili. Nel caso in questione poi i governatori hanno ragione a denunciare la violazione di un accordo; solo pochi mesi fa, a luglio, è stato firmato un patto con il ministro Lorenzin, che prevedeva non solo che le risorse per la sanità sarebbero aumentate nei prossimi anni, ma anche che ogni risparmio sarebbe rimasto nella disponibilità delle Regioni e non sarebbe servito a finanziare una manovra di bilancio; esattamente l'opposto di quello che il Governo chiede adesso.

I governatori hanno ragione, ma il punto è che quel Patto non avrebbe mai dovuto essere firmato. In un processo di revisione complessiva della spesa pubblica, non si può enucleare a prescindere una componente da tutto il resto, soprattutto quando si tratta di una voce che conta da sola per oltre il 14% della spesa complessiva. Del resto, se è vero che la sanità italiana è complessivamente efficiente in un contesto internazionale, nel senso che costa po-

co rispetto ai servizi che rende, è anche vero che la sanità è stata negli anni della crisi più "protetta" di altre spese, proprio perché presidiata da figure politiche importanti come i governatori regionali. Nel 2007, ultimo anno pre-crisi, la spesa sanitaria era pari a 100 miliardi; nel 2013, a reddito nazionale nominale più o meno invariato, era salita a 110. In confronto, interventi molto più massicci sono stati fatti sull'istruzione o (in prospettiva) sulle pensioni, senza che ci sia mai stato un dibattito politico aperto sul fatto che la sanità sia, per dire, più importante della scuola.

Ma ammesso che tutti i tagli finiscano lì, ci sono 2 miliardi da risparmiare sulla sanità senza incidere sui servizi resi ai cittadini e senza aumentare tasse e tariffe? In prospettiva, sulla base delle stime disponibili sui livelli di efficienza del sistema sanitario italiano, la risposta è senz'altro affermativa. Un rapporto del Cerm di qualche anno fa stimava per esempio che se tutte le Regioni raggiungessero nella gestione dei servizi sanitari il livello di efficienza della migliore, si sarebbe potuto risparmiare fino al 20% della

spesa a parità di servizi. Ma proprio qui sta il problema. I risparmi maggiori sono possibili laddove i servizi sono più inefficienti; ma è proprio qui dove è più difficile raggiungere risultati ragionevoli in tempi brevi. Risparmiare nella sanità significa ristrutturare la rete ospedaliera, rivedere i contratti di servizio, aumentare l'assistenza territoriale, tutte cose che richiedono tempo e programmazione. Quasi metà delle Regioni sono già sottoposte a piani di rientro per aver violato i vincoli finanziari; ed è difficile immaginare che ulteriori accelerazio-

ni siano possibili in questo contesto. Il rischio è allora che i risparmi maggiori vengano richiesti alle Regioni già oggi più efficienti, con ovvi problemi in termini di equità ed efficienza.

Infine, non c'è dubbio che il conflitto in essere tra Governo e Regioni sia parte di un processo più complesso di ricentralizzazione del sistema dei governi italiani, dopo la sbornia federalista degli anni passati. Ma attenzione a non buttar via il bambino con l'acqua sporca. Proprio la sanità mostra i vantaggi potenziali di una ge-

stione decentralizzata, con almeno alcune Regioni che hanno saputo sfruttare gli spazi di autonomia per migliorare la qualità del servizio.

**Massimo
Bordignon**

IL PARADOSSO

Il rischio è che i risparmi maggiori siano richiesti alle Regioni più efficienti, con problemi di equità

Salute, il paziente dà valore al modello sharing

Le principali online Health Community internazionali

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Revolution Health
http://www.revolutionhealth.com ■ CarePages
http://www.carepages.com ■ CaringBridge
http://www.caringbridge.org ■ CureTogether
http://curetogether.com ■ PatientOpinion
http://www.patientopinion.org.uk ■ Pazienti.org
http://www.pazienti.org ■ Imedo
http://www.imedo.de ■ Fat Secret
http://www.fatsecret.com ■ PatientsLikeMe
http://www.patientslikeme.com | <ul style="list-style-type: none"> ■ Rareshare
http://www.rareshare.org ■ Wego Health
http://www.wegohealth.com ■ Yahoo! Answers - Salute
http://it.answers.yahoo.com ■ Inspire
http://www.inspire.com ■ DiabeticConnect
http://www.diabeticconnect.com ■ Alliance Health Networks
http://alliancehealth.com ■ MacMillan Cancer Support
http://www.macmillan.org.uk ■ Glioblastoma multiforme
http://www.facebook.com/group.php?gid=42437508756 |
|--|--|

Fonte: Eugenio Santoro, «Web 2.0 e social media in medicina», *Il pensiero scientifico editore* 2011

Grazie al web il cittadino è più consapevole. E ora si aspetta di condividere informazioni e vissuto con medici e aziende

di **Alessia Maccaferri**

◆ Almeno una volta nella vita ci siamo cascati tutti: digitare il nome di una malattia o dei suoi sintomi alla ricerca di informazioni. E c'è chi lo fa talmente spesso da diventare una patologia, la cybercondria, la ricerca continua di risposte mediche sui motori di ricerca. Eppure non si può prescindere dal web, che sta riplasmando il rapporto tra gli attori principali della salute: paziente, medico, società farmaceutiche e decisori pubblici. Perché la rete è un mondo di relazioni "alla pari" mentre la salute ha vissuto tradi-

zionalmente di asimmetrie informative e ruoli fissi. Ora il paziente, con la sua sola presenza consapevole, propone un modello sharing, di condivisione delle informazioni e delle esperienze che ancora ha risposte inadeguate. Si stima che oltre 100mila siti web di informazione medico-sanitarie vengano consultati quotidianamente (secondo un'indagine Hon del 2012). E il paziente si confronta in tempo reale con altri attraverso i social media. Non solo. Se voglio acquistare un frigorifero la mia ricerca si limita probabilmente al momento precedente l'acquisto. Se ho una malattia la mia presenza online sarà continua, prima della visita secondo il 44% degli intervistati da DoxaPharma, durante la terapia, secondo il 30%, e subito dopo la prima visita per il 41 per cento.

È altrettanto vero che, a differenza di altre ricerche, è molto difficile trovare fonti aggiornate, accessibili a tutti, gratuite e tradotte in modo divulgativo. Per esempio come fare a distinguere una fonte scientifica da una non scientifica? È molto difficile. Un primo strumento è una sorta di certificazio-

ne dei siti che si chiama HealthOntheNet. La fondazione che lo sostiene ha enunciato 17 anni fa i principi guida. Fondamentale l'esplicitazione del titolo dell'autore dell'informazione (medico o non) e la trasparenza sulle fonti di finanziamento, i servizi o il materiale del sito. Il motore di ricerca offre un'utile selezione dei siti certificati. Il problema è che questi sono davvero pochi rispetto ai siti sul web. Insomma, il problema della credibilità delle fonti è fondamentale e in gran parte irrisolto.

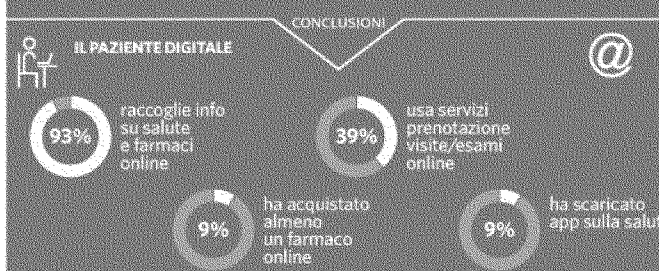
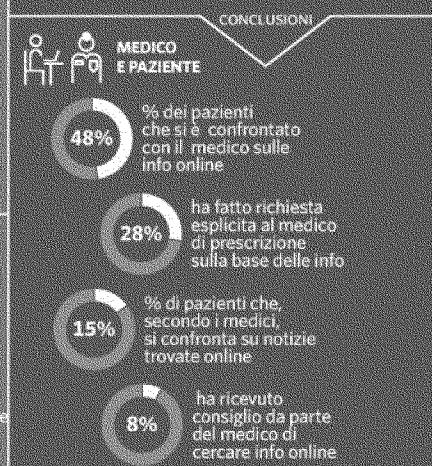
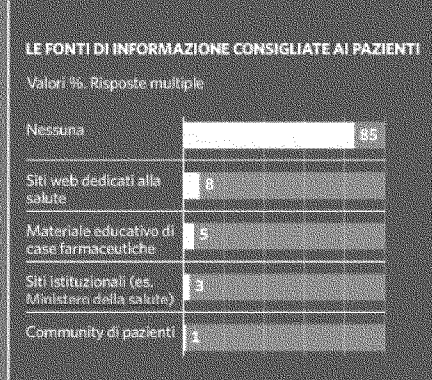
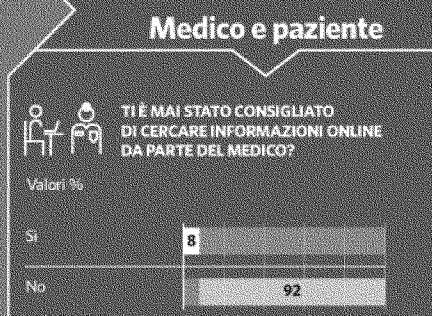
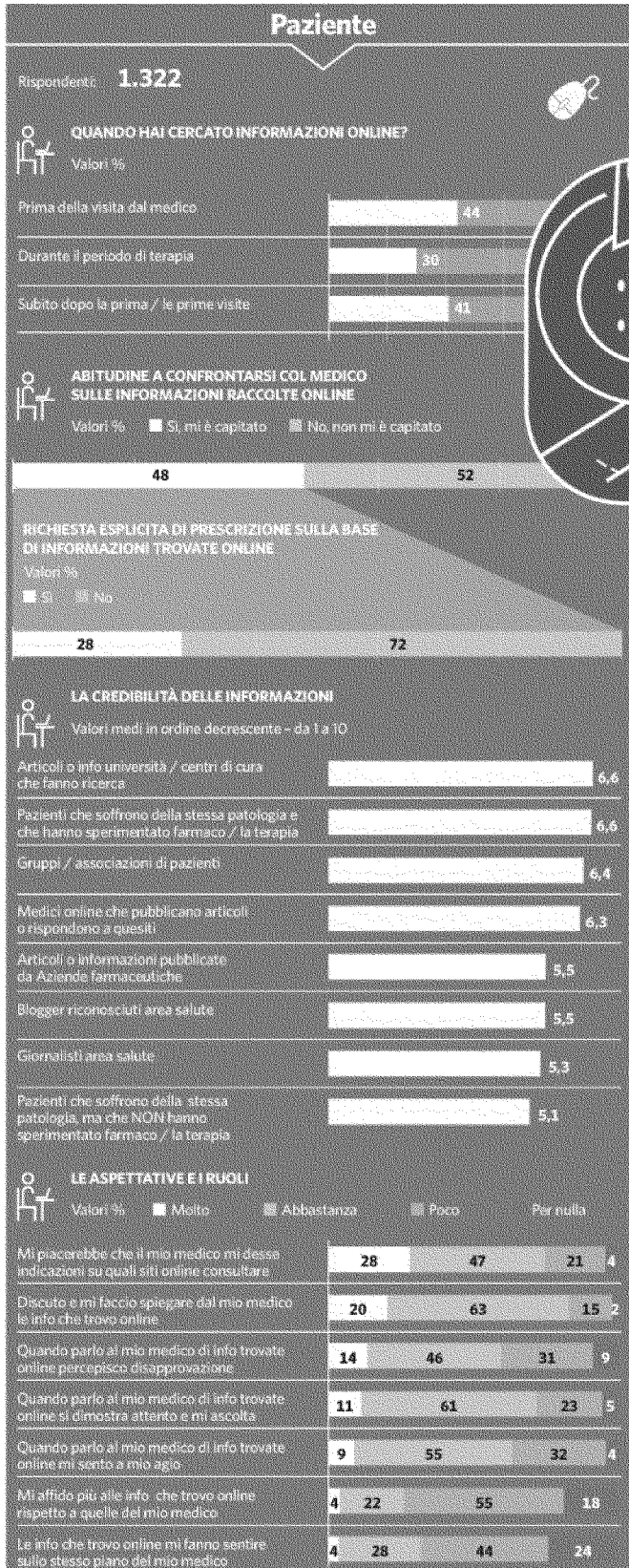
Ma la carenza maggiore è la "mediazione culturale". Ci sono siti per addetti ai lavori della comunità scientifica, oppure siti che offrono informazioni generiche e parziali. Difficile trovare fonti che rispondano in maniera semplice ai bisogni e alle domande dei pazienti. Quando avviene una diagnosi, per esempio, gli interrogativi sono di base: di che cosa si tratta? Come si cura? Quali sono i farmaci? Quali gli effetti collaterali sul medio e lungo periodo? Qual è lo stato di avanzamento della ricerca? Sul web si trova poco di esaustivo, seppure con uno stile divulgativo. Un buon esempio è il servizio Nhs Choice, offerto dal sistema sanitario inglese. In generale però le istituzioni nazionali e internazionali hanno siti burocratici, poco fruibili, i siti dei progetti di ricerca spesso sono poco aggiornati. Altra risorsa potrebbero essere le associazioni dei pazienti e dei loro familiari. Nel mondo anglosassone lavorano molto sull'empowerment, in Italia il panorama è molto variegato. Spesso si concentrano più sulle iniziative interne che sulla divulgazione delle informazioni. Più utili i forum dove lo scambio diretto tra persone è sempre una risorsa per condividere esperienze.

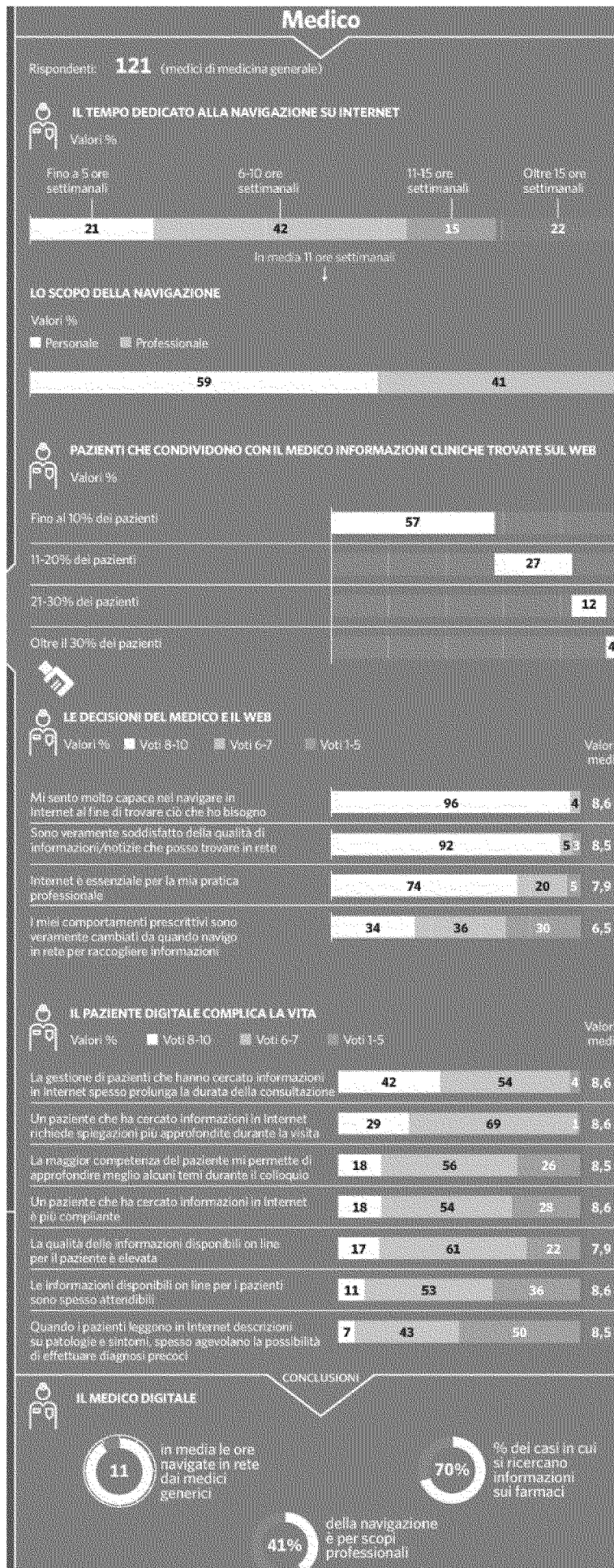
Manca spesso un'intermediazione anche sulla valutazione dei farmaci e delle terapie. Online è difficile per l'utente non medico avere accesso a paper o a studi clinici (si segnala Cochrane library, presente in

versione italiana al sito www.cochrane.it). E trovare fonti indipendenti. Tanto che l'Istud in un project work afferma: «La promozione farmaceutica è in grado di esercitare un forte impatto clinico sulla salute pubblica, le attività promozionali destinate ai farmaci non dovrebbero essere guidate da soggetti mossi esclusivamente da interessi finanziari e dal momento che i messaggi di natura clinica diventano sempre più accessibili in rete, i medici dovranno valutare l'impatto di questi mezzi di comunicazione, soprattutto per la promozione del prodotto».

L'acquisizione di informazioni online non mette in discussione la professionalità e lo standing del medico. Quello che manca spesso è una relazione dialogante. I medici sono i primi a credere nel web (il 70% dichiara «i miei comportamenti prescrittivi sono veramente cambiati da quando navigo in rete per raccogliere informazioni»), ma il dialogo con il paziente, basato sulle informazioni trovate online, resta difficile (avviene in media nel 15% dei casi) e probabilmente restano zone grigie di non risposta. «Il medico sta vivendo una condizione di fragilità - spiega Maria Giulia Marini, direttore dell'area Sanità e Salute di Istud - dinnanzi a pazienti sempre più informati e in un contesto storico che vede calare le risorse per la sanità, ridursi i tempi di visita a fronte della crescita di patologie croniche».

Eppure in pochi altri contesti, come la salute, la relazione è fondamentale, anche a fini terapeutici. E il vissuto resta il grande tabù confinato per lo più ai social network o alle *onhealth community*, che per quanto evolute e importanti restano un mondo chiuso. Su questo terreno i grandi assenti sono i decisori pubblici e gran parte della comunità medico-farmaceutica. Chi troverà sul web la chiave per ascoltare e condividere sia le informazioni e sia l'esperienza di malattia e cura aprirà la porta principale a un dialogo efficace col paziente.





Dalla scuola alla sanità l'Agid ha le armi per digitalizzare il Paese

“AGID PUÒ PORTARSI AVANTI ANCHE IN MANCANZA DEI DECRETI DEL GOVERNO” SOSTIENE ELIO CATANIA, PRESIDENTE DI SETTORE DI CONFINDUSTRIA “SULLE CITTÀ INTELLIGENTI SI POSSONO FORMARE TEAM PER STABILIRE GLI STANDARD DELLA SENSORISTICA”

Stefano Carli

Roma

«Sì è vero, se guardiamo lo stato degli iter istituzionali dei diversi pezzi dell'Agenda Digitale italiana siamo ancora indietro, in molti progetti mancano i decreti del governo, come quelli sui pagamenti digitali nel trasporto pubblico locale. In altri casi, come sul Fascicolo sanitario elettronico o la carta di identità elettronica, i decreti attuativi non sono mai stati pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale. Ma questo non vuol dire che si debbano fermare. Si può, anzi, si deve andare avanti. Il Governo ha messo in campo una squadra competente e la forza politica per farlo. A partire dall'Agid, l'Agenda per l'attuazione dell'Agenda Digitale, che deve dettare le regole per l'interoperabilità e la standardizzazione». Elio Catania, presidente di Confindustria Digitale spiega che se Palazzo Chigi vuol davvero dare un impulso a tutta la complessa partita del rinnovamento della Pa italiana, come le dichiarazioni del premier Matteo Renzi lasciano immaginare, le vie alternative ci sono. «Il nuovo vertice dell'Agid è stato nominato a luglio, poi c'è stata l'estate ma mi sembra che il nuovo direttore Alessandra Poggiani stia iniziando a muoversi nella direzione giusta. Insomma, non c'è bisogno di aspettare i decreti del governo o i decreti attuativi per avviare i processi. Sul fascicolo sanitario per esempio il lavoro è già avviato grazie alle linee guida concordata da Agid con il ministero della Salute senza attendere il decreto attuativo. E lo stesso può avvenire con il ministero

della Pubblica Istruzione per il libretto scolastico digitale. Sulle città intelligenti si può già lavorare sugli standard per la sensoristica e la georeferenziazione, coinvolgendo anche le imprese».

Nelle prossime settimane insomma si potrà utilizzare questo criterio per valutare la reale volontà del governo di imprimere una svolta. Si tratta di partire dai risultati positivi dei primi passi, che hanno dato indicazioni confortanti sulla capacità della burocrazia pubblica di imboccare la strada giusta. Due risultati su tutto. Intanto, il più recente, l'avvio dell'obbligo di passare alla fatturazione elettronica per tutta la Pa centrale. Si è partiti in giugno, come da road map stilata da Francesco Caio lo scorso inverno, e la cosa ha funzionato. Già ad agosto il numero di operazioni andate a buon fine al primo colpo ha superato l'80%. L'altro risultato positivo è invece ancora precedente ed è passato abbastanza sotto silenzio: si tratta dell'iscrizione solo online alle scuole e alle università partite nel gennaio 2013 e che hanno dato adito a polemiche soprattutto prima, segno che poi le cose sono entrate nella routine.

Un'altra iniziativa che l'Agid dovrebbe prendere già in queste settimane è quella di seguire da vicino il lavoro dei singoli ministeri e provvedere ad implementare di volta in volta una specie di catalogo unico nazionale delle app della Pa. Anche in questo caso non è necessario attendere il viatico legislativo prima di avviare anche la minima iniziativa. Ci si può portare avanti se il mandato politico è reale e sostanziale. D'altra parte è questa l'unica strada per aggirare tutte le più varie forme di resistenza - per lo più

passiva - che la vecchia tecnologia mette in atto per rallentare la digitalizzazione che taglia i passaggi cartacei, garantisce la massima trasparenza e leggibilità degli iter burocratici anche dall'esterno e azzeri i rischi di discrezionalità dei singoli uffici soprattutto nella tempistica del disbrigo delle pratiche.

Se l'Agid saprà diventare un vero fattore di innovazione, potremmo anche dimenticare il bollettino di guerra dei percorsi istituzionali dell'Agenda. Ad oggi, su 19 capitoli dell'Agenda digitale ben 11 risultano infatti incompleti. Mancano notizie del Dpcm sull'Archivio nazionale

dei numeri civici e delle strade urbane. Del fascicolo sanitario e della carta di identità elettronica si è già detto. Pure il decreto sui libri digitali nelle scuole si è perso per strada, così come quello sulla misurazione e il rilevamento dei campi elettromagnetici che è fondamentale per dare regole certe alla nuova generazione di antenne per la telefonia mobile in banda ultralarga: regole senza le quali gli investimenti degli operatori telefonici vanno a rilente. Il ministero della Giustizia non ha mai emanato i decreti sull'utilizzo dell'Ict nei processi, anche se vau in Confindustria Digitale rilevano che nonostante que-

sto il Processo Civile Telematico sta avanzando, cosicché quando arriveranno i decreti lo stato di avanzamento dei lavori sarà già a buon punto e l'avvio dell'operatività più vicino.

Intanto mercoledì prossimo si riunirà per la prima volta il "Tavolo Interministeriale permanente per l'innovazione e l'agenda digitale italiana": è un nuovo organismo, presieduto dal deputato Paolo Costa, braccio destro in materia di digitale del ministro della Funzione pubblica Marianna Madia. E' un soggetto di consulenza tecnica e supporto alla Cabina di Regia dell'Agenda digitale, che è invece un organismo formato da ministri e di cui lo stesso Matteo Renzi ha preso di fatto la guida. Avrà il compito di individuare nuovi temi e campi di applicazione dell'innovazione. Nel frattempo almeno un merito, nonostante il suo lungo titolo molto da Prima Repubblica, potrebbe averlo. E' quello di mettere in chiaro che la digitalizzazione della Pa non è il punto di arrivo ma un punto di partenza e che il vero obiettivo è l'innovazione. Ossia entrare nella terza rivoluzione industriale: quella della Green Economy.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Inodi Rischio su sanità e welfare risorse dalla caccia alle inefficienze

► I governatori potrebbero azionare la leva fiscale ► Sul versante della spesa, giro di vite sugli acquisti innalzando fino al 3,33% l'aliquota Irpef regionale mentre si punta a legare i ticket al reddito familiare

I BILANCI LOCALI

ROMA Sarà anche una «provocazione», come la definisce il premier Matteo Renzi, la minaccia di alzare le tasse. Ma per i governatori regionali in rivolta contro i tagli del governo la tentazione di attivare la leva fiscale può diventare una sirena irresistibile per far quadrare i conti. Ed è per questa ragione che Palazzo Chigi, in queste ore, preme sui presidenti affinché dirigano le loro attenzioni sulla spesa. Ed è su quel versante che le forbici dovranno essere azionate. La sanità la fa da padrone nel capitolo uscite e, complessivamente, vale il 75-80% dei bilanci. Le spese correnti regionali valgono 151 miliardi di euro e sono cresciute del 40% negli ultimi 10 anni costringendo molte regioni ad invertire la marcia. E questo perché lo squilibrio tra entrate e uscite (che viaggia intorno ai 10 miliardi l'anno) ha portato l'indebitamento complessivo a quota 130 miliardi di euro. Tagliare, risparmiare e razionalizzare, ragionato a Palazzo Chigi, è una strada senza alternativa per i governatori. Nel mirino finiranno i consumi intermedi del settore sanità che nel giro degli ultimi 25 anni sono cresciuti del 277%, ad un ritmo doppio rispetto all'andamento del Pil. A tal proposito un intero capitolo della proposta di spending review di Carlo Cottarelli impone ai governatori di fare riferimento ai prezzi pagati da Consip ai fornitori della Pa come punto di riferimento al momento di acquistare beni e servizi dai privati. Ma è chiaro che, ad esempio, acquistare bende, garze e cerotti a buon mercato o evitare sprechi sugli approvvigionamenti di medicinali non potrà essere sufficiente per sistemare i bilanci. Dunque è assai probabile che alcune regioni punteranno a ritoccare i ticket ospedalieri. Magari legando sempre di più le prestazioni al livello Isee riferito ai propri assistiti. E poi ci sono le voci di bilancio fuori dal settore

sanità. Con una dotazione di 30 miliardi le regioni finanziano settori nevralgici come diritto allo studio, ammortizzatori sociali, trasporto, welfare e tutela idrogeologica del territorio. Si tratta di capitoli delicatissimi e per larga parte già sottoposti ad una forte riduzione di spesa dal 2011. Fonti del ministero del Tesoro garantiscono comunque che non c'è alcuna ipotesi di tagliare sul trasporto pubblico locale. Ma, per il resto, le ipotesi sono tutte aperte.

L'OPZIONE FISCALE

Se però la missione dei tagli alle spese dovesse fallire, o rivelarsi insufficiente, alzare le tasse sarà inevitabile. Tanto più che l'occasione viene servita su un piatto d'argento proprio dalle leggi dello Stato centrale. Dal 2015, infatti, per effetto di una scelta operata con il Salva Italia dall'esecutivo Monti nel 2011, le regioni potranno ritoccare verso l'alto l'addizionale Irpef il cui tetto massimo è oggi fissato al 2,33%. Già adesso ben 4 Regioni (Piemonte, Liguria, Lazio e Umbria) impongono ai contribuenti quell'aliquota, mentre le altre si posizionano su livelli inferiori. Ebbene, la necessità di far cassa alla maniera certa potrebbe spingere gli amministratori locali ad avvicinarsi a quel 3,33% di aliquota massima sul reddito che scatterà fra meno di tre mesi. In linea teorica, il gettito aggiuntivo potenziale sarebbe davvero enorme. A legislazione vigente, infatti, la voce Irpef regionale vale circa 11 miliardi e secondo le simulazioni della ragioneria dello Stato se tutti i governatori utilizzassero integralmente le loro prerogative ci sarebbe un introito di 24 mi-

IL TESORO ESCLUDE UN INTERVENTO SUL TRASPORTO PUBBLICO LOCALE GIÀ SOTTOPOSTO A UNA DIETA PESANTE

liardi di euro. Con un aumento delle entrate, da un anno all'altro, di 13 miliardi di euro. «Una provocazione», appunto. Ma fino a un certo punto. E' del tutto evidente, infatti, che non potrà finire in questo modo, ma è fuori discussione che una parte delle risorse necessarie per fare fronte ai rubinetti chiusi dalla legge di Stabilità dovrà affluire proprio da questo versante. Anche perché di alternative, scorrendo il dossier entrate, non ce ne sono. Troppo esigui gli incassi che derivano dalle tasse universitarie e dal bollo auto e alzare l'Irap, che con 11 miliardi di euro finanzia il 33% del servizio sanitario nazionale, apparirebbe una scelta insensata agli occhi dell'opinione pubblica in una fase nella quale il governo la riduce.

Michele Di Branco

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Allarme Camera



Boldrini: troppi decreti ostacolano i lavori

Boldrini ha scritto a Renzi: il «ricorso frequente allo strumento del decreto legge» causa «difficoltà ad un ordinato andamento dei lavori parlamentari». Nell'attuale legislatura «si sono succeduti» 48 decreti, di cui 20 del solo governo Renzi.

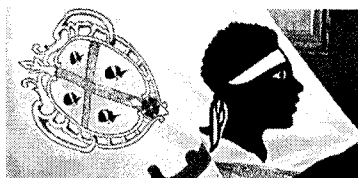


Costi & privilegi



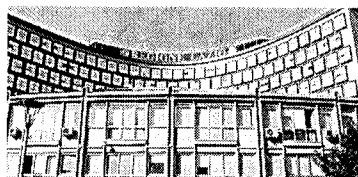
I 3.200 vitalizi d'oro assorbono 170 milioni

13.200 ex consiglieri regionali godono di vitalizi calcolati con regole di favore. Nel Lazio lo ottengono tutt'ora a 50 anni.



Le "speciali" costano 5.800 euro a cittadino

Le Regioni a Statuto speciale spendono 5.800 euro per ogni cittadino che vi risiede. Le altre Regioni, in media, 644 euro.



Per oltre 3.000 agenzie spesi quasi 3,5 miliardi

A dicembre 2013 le Regioni avevano 3.127 enti, agenzie o società partecipate per circa 3,5 miliardi di spesa

Le **i**nchieste del Mattino Legge di stabilità, perché il sistema non può sostenere altri 400 milioni di tagli

Sanità, la Campania rischia di più

Meno risorse e meno efficienza: i livelli di assistenza ai malati sono già al minimo**Marco Esposito**

Si può tagliare a chi ha già meno? Si possono ridurre gli screening oncologici nel territorio dove è più forte l'aumento di morti di tumore? La risposta etica è no. La risposta delle politiche la conosceremo tra poco. Di sicuro i tagli alla sanità mettono in allarme la Campania, la quale dopo sette anni di stretta sperava di vedere un po' di luce con il superamento della formula che assegnava le risorse in base alla speranza di vita, formula che ha tolto in tre anni un miliardo di euro alla sanità campana, con la cinica motivazione che nel territorio si muore due anni prima. Ora si rischia una nuova trappola: una sforbiciata lineare di 4 miliardi per le venti regioni, che in Campania toglierebbe 400 milioni a un sistema in asfissia per il blocco del turnover. Nella regione con la sanità migliore d'Italia - l'Emilia Romagna - ogni mille abitanti, 13 lavorano nella sanità pubblica. In Campania sono rimasti in 8.

Auto, telefoni, computer e alimenti Via ai prezzi standard, ma c'è poca sanità

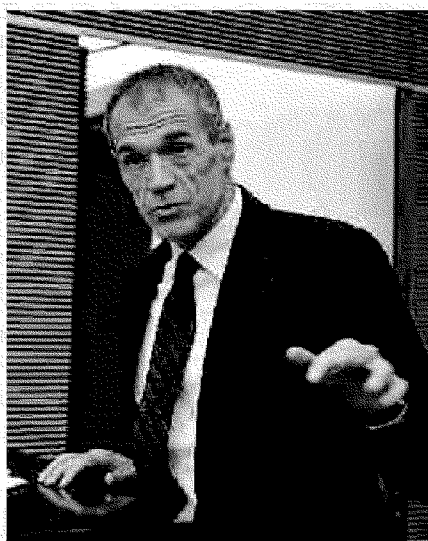
In caso di acquisti a prezzi troppo alti può intervenire l'Anticorruzione

ALESSANDRO BARBERA
ROMA

Della loro introduzione si parlava da anni. In burocra-tese si chiamano «prezzi benchmark Consip», ed è il costo massimo al quale la pubblica amministrazione si deve attenere per l'acquisto dei beni. Per intendersi: un ministero ha bisogno delle matite per i suoi funzionari? Chiama la Consip, quest'ultima fa una gara e acquista migliaia di matite dal fornitore che fa l'offerta al miglior prezzo. Il sistema esiste e funziona a macchia di leopardo per (alcuni) acquisti dei ministeri e delle Regioni, soprattutto quelle del Nord, dove esistono società fotocopia della Consip. Quel che è mancato finora è il prezzo massimo di riferimento. È uno dei pochi risultati importanti passati sotto silenzio del lavoro di Carlo Cottarelli: Regioni significa sanità, e sanità significa 110 miliardi di spesa pubblica all'anno, la seconda voce di costo dell'azienda Italia dopo le pensioni.

Il decreto del Tesoro, firmato il 14 settembre e vistato dieci giorni dopo dalla Corte dei Conti introduce una prima li-

110
miliardi
Sono i costi della sanità italiana. L'introduzione del criterio dei «costi standard» dovrebbe aiutare a contenere questa cifra



ALESSANDRO PARIS/IMAGOECONOMICA

sta di prodotti ai quali tutte le amministrazioni devono attenersi. Il principio è semplice: nei settori indicati d'ora in poi occorrerà rispettare i prezzi ai quali la Consip ha firmato le sue convenzioni. Per gli enti non c'è l'obbligo di chiedere la gara, ma se il prezzo risultasse fuori scala si accenderà una spia rossa e l'Anac - l'Autorità anticorruzione - potrà chiedere come e perché della scelta. La lista è ancora limitata, ma al suo interno ci sono i beni più acquistati dalla burocrazia: auto, buoni pasto, carburanti, carte di credito, energia elettrica, Pc per postazione fissa e portatili, licenze per i software, noleggio, servizi di pulizia delle scuole, stampanti, telefonia mobile, alimenti. Pochi, troppo pochi, i beni che hanno a che fare con la sanità: mammografi, angiografi, apparecchi per telepatologia.

In rete si possono trovare tutte le convenzioni firmate nell'ultimo anno e mezzo. La tabella è abbastanza chiara, non altrettanto le diciture, spesso in invincibile burocra-tese. In ogni caso ora sappiamo che in Sardegna è stata firmata una convenzione di due anni (da marzo 2011 a febbraio 2013) che prevede, fra le altre, la fornitura di un lotto di «Polli

a busto proveniente da carcasse di soggetti della specie gallus domesticus; classe a ex art. 6 reg. (cee) n. 1538/91» a 2,84 euro l'uno. Nello stesso lotto lo «Scamone classe d - stato ingrassamento 2 o 3 - confezionata in film plastico» è stato pagato 4,52 euro a confezione.

Il principio dei «costi standard» è stato applicato già in molte parti del mondo, ma non sempre si è rivelato una soluzione definitiva. Basti dire che il meccanismo risolve il problema dei costi, non del perché si acquistano mille e non cento prodotti: per questo ci vorrebbero controlli più invasivi, una burocrazia molto efficiente e probabilmente centralizzata. Tanto per fare un esempio in Norvegia, al dunque, sono tornati al caro e vecchio Stato centralizzatore. La novità è comunque rilevante, perché costringe gli enti alla trasparenza. Roberto Maroni, che di tagli lineari alle Regioni non vuol sentir parlare, sarebbe disposto a farne «subito» la regola per tutti gli acquisti della sanità. Visti i tempi di questo primo decreto (il progetto risale all'ultimo governo Berlusconi) «subito» è un'opzione quantomeno velleitaria.

Twitter @alexbarbera

Revisione
Carlo Cottarelli (nella foto). La definizione di un prezzo massimo per i prodotti acquistati dalla Pa è uno dei risultati del suo lavoro sulla «spending review»

2,84

euro
È il costo di un pollo secondo una convenzione firmata da Consip per una fornitura: è il «costo standard»

Voce per voce, ecco i primi tagli ai ministeri

Dalle medaglie al valor militare ai docenti in missione all'estero pronta la spending review della Pa centrale

La fotografia

All'Istruzione la quota maggiore di risparmi (600 milioni), dalla dismissione degli alloggi militari 220 milioni, l'Ambiente contribuisce solo con 1 milione

PRIMA BOZZA

Dalle cosiddette «misure di settore» indicate dai singoli ministri già codificati risparmi di spesa per oltre 1,4 miliardi

Marco Mobili
ROMA

■ Servitori dello Stato occhio alla "bufala". Dal 2015 le medaglie d'oro al valore non saranno più "coniate in oro". Ma con tutta probabilità (al momento è solo possibile ipotizzarlo) saranno semplicemente prodotte "in color oro". E per chi sperava invece di provare l'ebbrezza della vita militare con uno stage, dal 1° gennaio 2015 potrà dire addio ai suoi sogni di "Rambo". Non solo. Funzionari, dirigenti e addetti della Farnesina che lavorano all'estero dal 1° gennaio 2015 dovranno mettere in conto un taglio del trattamento economico. Mentre "mamma Rai" sempre dal prossimo anno dovrà far quadrare i conti con almeno 85 milioni in meno di canone Rai che l'Economia tratterà sempre sotto la voce tagli di spesa.

Sono solo alcune delle singole voci di una spending review in versione analitica e non più soltanto lineare che è già stata codificata nella bozza della legge di sta-

bilità sotto la voce "Misure di settore". Dei 6,1 miliardi annunciati da Renzi come maggiori entrate assicurate dalla cura dimagrante sulle spese dello Stato, circa 1,4 miliardi arrivano proprio da questo capitolo della stabilità che va dall'articolo 24 all'articolo 32 (salvo riscritture definitive cui stanno ancora lavorando Palazzo Chigi e l'Economia).

Si tratta, dunque, di una primissima fotografia dei tagli che dovranno subire i ministeri per far quadrare i conti della stabilità 2015. Alle voci già individuate dalle singole norme si dovranno aggiungere, infatti, i tagli alle dotazioni di bilancio per missioni e programmi che saranno riportate in allegato alla legge di stabilità, così come il taglio per beni e servizi. Al momento, poi, manca ancora la quantificazione del blocco dei contratti nel pubblico impiego. Una voce trasversale su tutte le amministrazioni, centrali e locali, che secondo le stime Aran degli ultimi tre anni produrrà minor spesa per 2,1-2,5 miliardi.

Dalla spending in versione analitica è il ministero dell'Istruzione e dell'Università che al momento contribuisce di più superando di poco i 600 milioni. Di questi 147 milioni saranno risparmiati dalle


commissioni tutte interne (tranne il presidente) per la maturità e altri 140 dal Fondo speciale per la ricerca applicata. Ma anche la scuola Erzelli sede dell'università di ingegneria di Genova si vedrà tagliare mezzo milione di fondi. Peggio è andata alla scuola di ateneo per la formazione europea Jean-Monnet che subirà un taglio di risorse di 3 milioni.

La Difesa segue a ruota il Miur. E ha già codificato almeno 307,5 milioni di tagli che, oltre ai 50 mila euro necessari per eliminare la coniazione in oro delle medaglie al valore, dovrà centrare l'obiettivo di 220 milioni (ne aveva ipotizzati solo 200, si veda Il Sole-24 ore del 10 ottobre) con la vendita di alloggi militari. Inoltre, anche se sotto la voce pubblico impiego una parte dei 119 milioni per il riordino delle carriere sarà un taglio di spesa trasversale tra Difesa e ministero dell'Interno. Salvo ripensamenti dell'ultima ora al momento è il ministero dell'Ambiente che contribuirà con un solo milione al taglio delle spese riducendo i costi per la convenzione sulle biodiversità di Rio de Janeiro. Al capitolo infrastrutture a perdere tre milioni a testa sono la superstrada di Formia e l'area urbana di Reggio Calabria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La mappa della spending

Importi in milioni



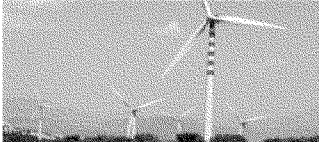
ECONOMIA

Riduzione 5% canone Rai	85
-------------------------	----



LAVORO

Blocco assunzioni ispettori	7
Eliminazione prestazioni accessorie Inps per cure termali	n.d. (*)
Fondo finanziamento sgravi contributivi	200



AMBIENTE

Spese convenzione biodiversità Rio de Janeiro	1
---	---



AFFARI ESTERI

Taglio contributi organismi internazionali	25,1
Trattamento economico personale all'estero	6,8
Riduzione stanziamenti Indennità di servizio all'estero personale docente	3,7



INFRASTRUTTURE E TRASPORTI

Contributi da mutui garantiti dallo Stato per ferrovie in concessione	8,9
Concorso dello stato Infrastrutture superstrada Formia	3
Fondo risanamento Reggio Calabria	3


AGRICOLTURA

Fusione Inea/Cra	3
Ribassi d'asta su gare piano irriguo	6,4



DIFESA

Eliminazione indennità trasferimento in patria	21
Impiego all'estero per 4 anni	
Abrogazione stage difesa	
Acquisto medaglie al valore e decorazioni	
Norma Arq personale all'estero	66,3
Riduzione personale civile nelle sedi militari all'estero	
Attribuzione del grado	220
Revisione strumento militare	
Dismissioni immobiliari	



PUBBLICO IMPIEGO

Blocco contratti	n.d. (*)
Riordino carriere	119
Rinvio assunzioni nei copi di polizia	19,7
Assistenti di volo	n.d. (*)



ISTRUZIONE E UNIVERSITÀ

Modifica commissioni esami maturità	147
Scuola per l'Europa di Parma	0,2
Somme giacenti per progetti nazionali	10
Istruzione scolastica	30
Esoneri coordinatori progetti avviamento alla pratica sportiva	1
Abrogazione esoneri collaboratori dirigente scolastico	18
Personale comandato della scuola	25
Supplenze personale Ata	26
Supplenze docenti	55
Ridefinizione organico Ata	66
Viste medico-legali Università e Afam	0,7
Scuola Jean-Monnet	3
Scuola Erzelli sede universitaria di ingegneria Genova	0,5
Acquisto beni e servizi Univeristà	34
Chiusura Piano stralcio Fondo psociale ricerca applicata (Fsra)	140
Razionalizzazione risorse funzionamento Afam	1
Compensi presidenti e direttori Afam	1,4
Compensi Cda Enti ricerca	0,9
Razionalizzazione acquisto beni e servizi enti di ricerca	42
Organico gabinetto Miur	0,22

(*) La norma non quantifica il taglio di spesa



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Ferrante, Savino e Padula in lizza per il vertice dell'Azienda sanitaria locale

Nomina direttore Asl, in pole ci sono 3 arianesi

GIANNI VIGOROSO
ottopagine@ottopagine.it

Sono 141 su 462 iscritti all'albo coloro che hanno presentato domanda per essere selezionati all'incarico di direttore generale dell'Asl di Avellino. A sceglierli sarà poi una commissione nominata ad hoc che accerterà il possesso dei requisiti di quanti hanno presentato domanda. Toccherà poi al presidente della Regione Campania, indicare il futuro manager. Questi 141 candidati fanno parte di un elenco unico regionale pubblicato sul Burc della Regione. In pratica, dopo il 18 novembre, ultimo giorno di proroga per l'attuale direttore generale, Sergio Florio, la politica deve individuare un nuovo nome che possa guidare l'Asl di Avellino. Molti i



nomi in lizza che operano già nel settore in primis l'arianese Mario Ferrante. Ma non si esclude che possa esserci in una delle buste anche il nome di Carmelo Padula come pure quello di Oto Savino. Questi i nomi degli irpini che hanno presentato domanda: Nicola Adamo, Enrico Bianco, Eduardo Bossone, Vincenzo

Castaldo, Virgilio Cicalese, Bianca Corcione, Sergio Fenizia, Mario Nicola Vittorio Ferrante, Rocco Lucio Lanza, Michele Mastroberardino, Maria Luisa Pascarella. È recente intanto la nomina di Emerico Maria Mazza a direttore del reparto di radiologia dell'ospedale Frangipane. Mazza, stimato medico e consigliere comunale, ha rice-

vuto l'investitura dal direttore generale Florio. L'incarico per un nuovo manager dell'Asl di Avellino sarà conferito con provvedimento del Presidente della Regione Caldoro e seguito dalla sottoscrizione di un contratto di prestazione di opera per una durata di tre anni. Il manager Florio non potrà partecipare alla selezione perché rientra nella categoria di quanti sono già in quiescenza. Il nuovo manager dovrà tener conto sempre delle ristrettezze economiche imposte dalla spending review, ma soprattutto rispondere alle richieste sempre più oggettive di una comunità stremata dai tagli. In tutto comunque saranno cinque i decreti di nomine che dovrà firmare il governatore di Palazzo Santa Lucia Stefano Caldoro sulle sette Asl campane.



L'ospedale Le nuove tecniche per la cura presentate al Monaldi

Monaldi

Per i carcinomi a fegato e polmoni cure «di calore»

Incontri periodici durante i quali specialisti delle varie discipline possono trattare e confrontarsi sulle problematiche relative a malattie che colpiscono l'essere umano. Nasce da questo intento il progetto di una serie di congressi dal titolo "Incontri nel Monaldi". Il primo argomento verrà trattato giovedì 23 ottobre. Il tema: «Il tumore epatico e il tumore polmonare. Novità diagnostico-terapeutiche».

Spiega Enrico Ragone, epatologo-infettivologo del Monaldi, promotore dell'iniziativa: «Il tumore del fegato e del polmone rappresentano un vero e proprio flagello nel campo della epatologia oncologica e della pneumologia oncologica per diffusione, prevalenza e mortalità. In particolare il tumore del fegato, considerato fino a qualche anno fa la complicanza tardiva di una malattia epatica virale, oggi sempre più viene diagnosticato in pazienti che presentano malattia del fegato correlata non a virus, ma a problemi dismetabolici, vale a dire alterazione del metabolismo dei grassi, colesterolo e trigliceridi, di obesità e diabete. Esso rappresenta un tumore difficile da trattare sia per la scarsa risposta alla terapia, sia per la difficoltà di sottoporre i pazienti portatori di questa eteroplasia ad interventi di chirurgia tradizionale». Tutto ciò, spiega il medico, è aggravato dal fatto che negli stadi più avanzati della malattia epatica di base si associa una significativa alterazione dei parametri della coagulazione del sangue, quindi una maggiore tendenza da parte del malato alle emorragie. «Per questi motivi negli ultimi venti anni la comunità scientifica ha lavorato per cercare nuove terapie e in particolare si sono sempre più sviluppate nuove procedure terapeutiche cosiddette loco regionali. Tra queste molto diffusa è la "Termoablazione ecoguidata". Si tratta di un trattamento ablativo locale, che prevede l'inserimento nel tumore di un ago elettrodo collegato ad un generatore di onde di calore determinando così la morte delle cellule tumorali» precisa Ragone. E conclude: «Con questa metodica si è in grado di poter curare e aggredire solo il tumore, nel modo meno invasivo possibile non intaccando il tessuto circostante».

m.l.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La guerra della sede Respinto il ricorso. La sentenza pone fine a una contrapposizione in corso da mesi

Asl2 Nord, il Tar dà ragione a Pozzuoli

Per i giudici amministrativi la struttura sanitaria deve rimanere nell'area flegrea

Nello Mazzone

POZZUOLI. La sede legale e gli uffici dell'Asl Napoli 2 Nord devono restare a Pozzuoli. L'ha stabilito la Prima Sezione del Tar Campania (presidente Mastrocola, consigliere Dell'Olio e consigliere estensore Corciulo), che ha accolto il ricorso presentato dal Comune di Pozzuoli contro la Regione, annullando la delibera di giunta regionale 30 del 7 febbraio 2014 che prevedeva il trasloco della sede Asl da Monterusciello a Frattamaggiore. I giudici amministrativi hanno chiuso, così, un braccio di ferro che si trascinava da mesi tra il sindaco di Pozzuoli, Vincenzo Figliolia, e il direttore generale della Na2 Nord Giuseppe Ferraro. La giunta Caldoro e il manager della terza Asl più grande d'Italia avevano più volte sottolineato la bontà della decisione di traslocare: provvedimento che avrebbe fatto risparmiare parecchi soldi all'azienda sanitaria, dal momento che la sede di via Lupoli a Frattamaggiore sarebbe stata data in comodato d'uso gratuito. Ma nel ricorso al Tar presentato da Pozzuoli, attraverso l'avvocato Giuseppe Sartorio con la costituzione ad adiuvandum del Comune di Ischia che ha dato manforte, si è smontata punto per punto la delibera regionale. Ragionamento accolto pienamente dal tribunale

amministrativo regionale.

La sede aziendale deve restare a Pozzuoli. Innanzitutto perché il trasferimento dell'Asl Napoli 2 Nord era penalizzante per i cittadini della zona flegreo-giuglianesa «per mancanza del requisito della sede baricentrica rispetto all'intero territorio della Na2 Nord - scrivono i giudici - dando preferenza in favore di territori in cui maggiore sia la concentrazione della popolazione interessata, misurata in ragione del diverso valore dalla densità abitativa» e poi perché «nemmeno risulta valutato l'elemento indicato dalla legge regionale di preesistenza di una struttura sanitaria, sicuramente posseduta dalla attuale sede provvisoria di Pozzuoli, ma di cui è incontestabilmente privo la nuova sede di Frattamaggiore».

Insomma, la nuova sede di Frattamaggiore non solo era troppo decentrata, ma era anche inadeguata strutturalmente e avrebbe richiesto un esborso di oltre 470mila euro per adibirla all'uso. In più, a Frattamaggiore sarebbero stati sfrattati 700 anziani del centro polivalente. E ora dal sindaco Figliolia arriva un nuovo attacco nei riguardi della Regio-

**Ragioni
Secondo
le toghe
la sede
attuale
garantisce
di più
la centralità**

ne e della governance dell'Asl. «I giudici amministrativi hanno confermato che le tesi portate avanti dal Comune non erano pretestuose o campanilistiche, ma si basavano sul principio della tutela dell'interesse generale - sottolinea con soddisfazione Figliolia - È la riprova della pessima gestione dell'Asl Napoli 2 Nord da parte della Regione e ora ci

auguriamo che il presidente Caldoro ne tenga conto prima di nominare il nuovo direttore generale. Tra l'altro, ci riserviamo di inviare alla Corte dei Conti tutti gli atti in nostro possesso per valutare se la dirigenza aziendale abbia eventualmente commesso un danno erariale in vista del trasloco a Frattamaggiore». E la sentenza del Tar mette d'accordo tutte le forze politiche puteolane, dal Pd di Figliolia a Fi con il leader d'opposizione consiliare Filippo Monaco. «È una grande vittoria per tutti i cittadini dell'Asl Napoli 2 Nord - commenta Monaco - Bene ha fatto il Comune di Pozzuoli a chiedere l'annullamento di quella delibera regionale, ottenendo l'appoggio anche dell'opposizione di centrodestra».

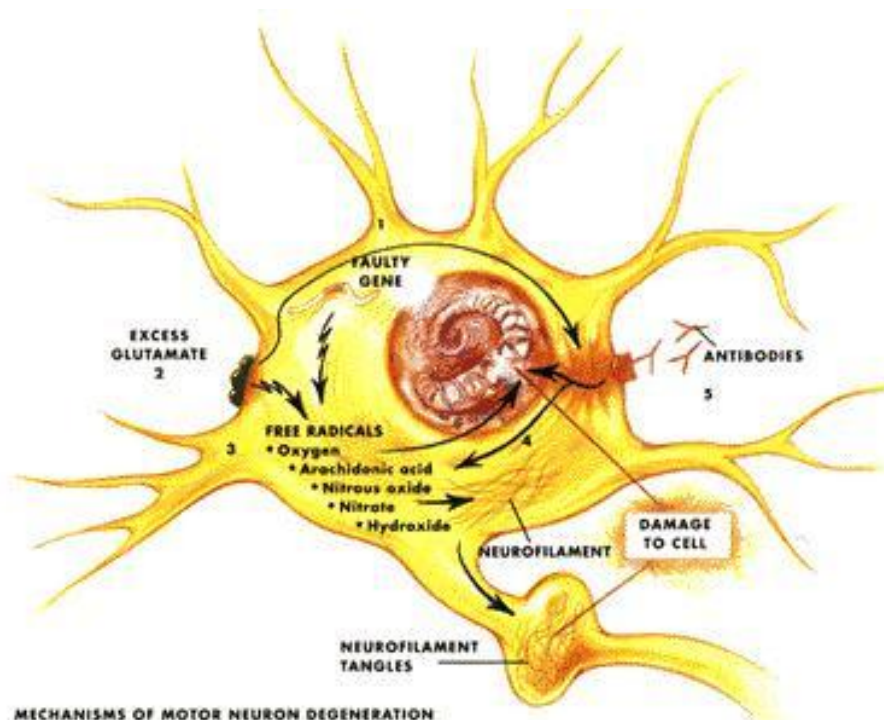
© RIPRODUZIONE RISERVATA





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



■ SUN / Epi-C è lo spin-off biotech della Seconda Università degli Studi di Napoli. Fondato nel 2012 ha già ottenuto riconoscimenti internazionali

Contro il cancro con l'epigenetica. La ricerca che vale

Un gruppo di giovani ricercatori guidati dall'oncologa Lucia Altucci combatte la malattia del secolo brevettando nuove molecole

La Seconda Università degli Studi di Napoli (Sun) è una realtà giovane, se paragonata ad altri atenei nazionali. All'interno della Sun, che pone grande attenzione ai giovani e al loro futuro, si inquadra il gruppo di ricerca della professoressa Lucia Altucci, specializzato nel campo dell'epigenetica dei tumori e del *drug discovery*.

Altucci, patologa generale e specialista in Oncologia medica, definisce il suo ruolo "in attacco contro il cancro": all'interno dell'ateneo, è stata ricercatore prima, professore associato poi, presso il dipartimento di Patologia generale, poi confluito nell'attuale dipartimento di Biochimica, Biofisica e Patologia generale. Il valore delle sue scoperte - frutto di un'attività di ricerca dottorale e internazionale - è forte nel campo leucemico e onco-epigenetico. Altucci ha dimostrato i meccanismi molecolari con cui l'acido retinoico agisce nelle cellule leucemiche prima di indurle in apoptosi mediante l'azione paracrina di Trail; ha poi identificato e caratterizzato i segnali molecolari che regolano l'azione apoptotica degli inibitori delle istone deacetilasi in cellule di leucemia mieloide acuta.

Il gruppo della professoressa Altucci conta su giovani ricercatori dalla consolidata professionalità e spiccata esperienza, come Angela Nebbioso (ricercatore universitario a tempo determinato), Vincenzo Carafa, Gianluigi Franci, Mariarosaria Conte, Rosaria Benedetti, Marco Miceli, Antonella Di Costanzo, Francesca Petraglia, Angela Salvato, Carmela Dell'Aversana, Alfonso Ciotta, Cristina Giorgio, Lucia Scisciola, Nunzio Del Gaudio e molti altri. "Si tratta - spiega la Altucci - di giovani che credono nel valore della ricerca e che grazie all'impegno e all'attento supporto dell'università e del dipartimento possono crescere scientificamente e applicare le conoscenze ac-

quisite, trasferendo la ricerca in applicazioni imprenditoriali".

Punto di forza del gruppo è la formazione internazionale dei ricercatori. Un esempio è dato dal dottorato di ricerca internazionale della ricercatrice Angela Nebbioso e dal lungo periodo di ricerca svolto all'estero, suffragato da borse di studio internazionali e contratti di ricerca, di Gianluigi Franci. Tutto ciò è testimoniato da controesodo: "Esistono giovani che partono per l'estero per formarsi, qualificarsi e professionalizzarsi, per poi rientrare in Italia e arricchire non solo l'economia, ma soprattutto la qualità della ricerca nazionale, campana, napoletana".

La Seconda Università di Napoli ha concesso a questi giovani la possibilità di dedicarsi a progetti sfidanti, concentrati nella battaglia contro il cancro. Tra questi va certamente annoverato Epi-C. Si tratta di una biotech nata nel 2012, con l'obiettivo di traslare la pura ricerca accademica in idee imprenditoriali; si propone di diventare uno degli attori di riferimento in campo epigenetico, nella caratterizzazione e nello sviluppo di brevetti di molecole ad azione anticancro. "Oggi è appurato che il cancro è causato dall'insieme di mutazioni genetiche, cioè alterazioni del Dna, ed epigenetiche, che riguardano cioè la capacità di leggere le informazioni riportate nei geni, senza alterare di per sé la sequenza del Dna".

Epi-C basa la propria strategia sulla possibilità di modulare, con farmaci caratterizzati a livello molecolare, il complesso meccanismo di regolazione epigenetica, portando le cellule tumorali a ripristinare le funzioni fisiologiche.

L'epigenetica è giudicata da molti esperti una delle frontiere più promettenti nello sviluppo di una medicina "personalizzata". Alla base delle terapie oncologiche di nuova generazione vi sono

farmaci che riconoscono preferibilmente le cellule tumorali mediante una reazione antigene-anticorpo (simile alla reazione immunitaria). Purtroppo, la loro efficacia non può essere stimata a lungo termine, a causa della capacità delle cellule neoplastiche di modificare la propria superficie, tanto da non essere più riconosciute dal farmaco. Epi-C, invece, offre farmaci epigenetici che fondono i pregi delle "vecchie" e delle "nuove" terapie, riuscendo a portare a morte programmata (apoptosi) solo le cellule tumorali. Questo risultato straordinario è reso possibile dal fatto che queste piccole molecole chimiche riescono a "riaccendere" i geni di controllo che nel tumore sono spenti.

Epi-C si muove proprio lungo questa frontiera, traslando i dati di ricerca accademica in realtà industriali. A rendere Epi-C competitiva sono la reattività della ricerca e il valore del suo team, un mix di ricercatori riconosciuti a livello internazionale, con oltre 200 lavori scientifici nel campo dell'epigenetica, e un *asset* di persone esperte nel campo del marketing e della finanza. Vanno citati, oltre ad Altucci, l'amministratore unico Gianluigi Franci, Angela Nebbioso e Marco Miceli. Il marketing è curato da un esperto economista della Sun, il professor Francesco Izzo, gli ambiti manageriali sono seguiti dalla dottoressa Cinzia Cannizzaro e le vendite da Michele Monna.

Epi-C ha già raccolto significativi riconoscimenti sia nel campo nazionale che internazionale. Per esempio, è stata premiata - unica biotech italiana - con un assegno dall'iniziativa "Mind the Bridge job Creator Tour", in

collaborazione con il progetto "Unite the two Bays - From Vesuvio to Silicon Valley", promosso dall'Associazione Skillpoint, Campania Felix e Campania Innovazione.

Epi-C ha riscosso successo anche in campo medico-etico: la fondazione pompeiana Bartolo Longo, nella persona di Sergio Amitrano, lo scorso inverno ha riconosciuto allo spin-off un premio, di alcune migliaia di euro, come stimolo a continuare il progetto di ricerca sul territorio campano.

Lo spin-off della Seconda Università di Napoli è testimonianza di come la ricerca applicata "messa in campo" possa creare un *network*

scientifico e di impresa che cerchi di aprirsi a partner industriali per brevettare e sperimentare nuove molecole epigenetiche. Una realtà che fa della ricerca scientifica accademica un valore concreto che può sviluppare lavoro.

I ricercatori dell'ateneo napoletano partecipano a importanti progetti di ricerca finanziati dall'Ue



Il gruppo Epi-C: da sx, la dott.ssa Cinzia Cannizzaro, la dott.ssa Angela Nebbioso, il dott. Marco Miceli, il prof. Francesco Izzo, la prof.ssa Lucia Altucci e il dott. Gianluigi Franci

La campagna

8,5 milioni



Sono i bambini e giovani sotto i venti anni che vivono nelle zone colpite dal virus

22%



I minori che non hanno compiuto 18 anni rispetto a tutti i casi di Ebola nei paesi coinvolti

3.700



I bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori a causa della malattia dall'inizio dell'epidemia



Secondo la Croce Rossa, lavarsi correttamente le mani può ridurre la mortalità del:

40%



per diarrea

23%



l'incidenza della polmonite

le due principali cause di mortalità infantile

Anche una saponetta può salvare la vita

“Pulirsi bene le mani è la prima medicina”

PAOLO G. BRERA

HA IL muso di un bidone blu e il becco arubinetto, il nemico naturale più semplice e agguerrito del virus Ebola. Arriva prima di qualsiasi vaccino, costa pochissimo e a quanto pare è decisamente efficace, eppure il mondo deve ancora imparare a usarlo: sono i bocconi di acqua clorata con cui lavarsi le mani, un gesto tanto banale quanto efficace per contrastare l'avanzata del virus più letale del pianeta. «Non è una bacchetta magica, ma è una buona difesa, economica e facilmente reperibile», dice Sanjay Wijesekera, responsabile del programma Unicef “Acqua e igiene”. È a dire il vero, non servono nemmeno i bocconi, distribuiti a migliaia in Africa Occidentale: «Va benissimo anche il sapone», spiega Saverio Bellizzi, epidemiologo di Medici senza frontiere appena rientrato (e «pronto a ripartire, tra dieci giorni») da Monrovia, in Liberia. «Lavarsi le mani con il sa-

ppone è uno dei vaccini più economici ed efficaci», dice Wijesekera: funziona «contro le malattie virali, dall'influenza stagionale al raffreddore, e i nostri team in Sierra Leone, Liberia e Guinea ne sottolineano l'importanza per fermare la diffusione di Ebola».

Due giorni fa — il 15 ottobre, come ogni anno — è scivolata via senza rumore la settimana “Giornata mondiale per la pulizia delle mani”, il *Global Handwashing day 2015* che mai come quest'anno avrebbe meritato i riflettori. Perché i numeri sono impressionanti, un vero atto d'accusa non impariamo la lezione: lavarsi le mani «salva la vita». Secondo Unicef e Oms, nel 2013 «più di 340 mila bambini sotto i cinque anni, quasi mille al giorno, sono morti per malattie diarroiche a causa della mancanza di acqua potabile e servizi igienici». Insieme a camici, guanti e candeggina, Unicef ha distribuito «oltre 1,5 milioni di saponette solo in Sierra Leone, e altri milioni in Liberia e Guinea». «Naturalmente non è una bacchetta magica — dice Wijesekera — è chiaro che ci vuole un enorme sforzo internazionale per arginare la malattia, ma è fondamentale ribadire le misure da adottare nelle zone più colpite: la pulizia delle mani è una di queste».

Naturalmente non esistono numeri sulla riduzione della mortalità da Ebola ottenibile con questo semplice accorgimento, ma probabilmente possono essere accostati a quelli rilevati nella lotta contro altre epidemie drammatiche: secondo la Croce Rossa, lavarsi correttamente le mani «può ridurre del 40% la mortalità per diarrea e del 23% l'incidenza della polmonite, le due principali cause di mortalità infantile». «In pochi mesi, la situazione sociale in Africa occidentale è cambiata radicalmente», racconta l'epidemiologo Bellizzi: «Il contatto umano è molto presente nel con-



testo africano, ma ora vedi dappertutto i grandi serbatoi di acqua clorata, e tutti la stanno usando. In città, lavarsi le mani è diventato un gesto rituale e le persone hanno imparato a salutarsi senza stringersi le mani».

La situazione, tuttavia, resta drammatica e il sapone da solo non può certo arrestare il contagio: «Ci sono focolai dappertutto, al momento è impossibile controllare il virus. Per combatterlo — dice Bellizzi — bisogna conoscerlo: è molto cattivo all'interno del corpo, ma molto debole all'esterno. Da Ebola al raffreddore, dal colera alle malattie ga-

Ogni giorno muoiono mille bambini per mancanza di acqua potabile e di servizi igienici

stroenteriche, le mani diventano il nostro principale nemico nelle epidemie. Bisogna lavarle». Le vendite di sapone, in Africa occidentale, sono in forte aumento. «A Monrovia, tre settimane fa abbiamo iniziato la distribuzione di un kit di igiene per le case in cui è entrata Ebola: non possiamo accogliere tutti i malati, tentiamo di rallentare l'epidemia aiutando chi vive con un malato in casa. Abbiamo consegnato 50 mila kit con guanti, mascherina e cloro, e facciamo formazione sulle concentrazioni di cloro nell'acqua per disinfettarsi, lavarsi e lavare il corpo del defunto. A Monrovia la situazione è disastrosa, ha un milione di abitanti e casi ovunque. Molti muoiono in casa, e negli slum 20 o 30 persone vivono nella stessa baracca con latrine condivise». Eppure, in Africa Occidentale il virus ha rallentato la corsa. Lavarsi le mani non basta, ma aiuta.