



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il governo

Fisco più semplice, via libera ai primi decreti

Fattura elettronica, abuso del diritto, addio elusione. Slitta la norma «salva Berlusconi»

Andrea Bassi
Luca Cifoni

ROMA. La delega fiscale fa un passo avanti. Dopo una pausa di quasi quattro mesi - seguita alla tempestosa vicenda del provvedimento esaminato alla vigilia di Natale e poi ritirato - ieri il Consiglio dei ministri ha dato il prima via libera a altri tre decreti che si aggiungono a quelli già approvati lo scorso anno. I tre testi contengono importanti novità in particolare per il mondo delle imprese, e puntano a garantire un quadro giuridico e tributario più certo: insomma un contesto che risulti favorevole agli investimenti, anche esteri, oggi spesso scoraggiati dalla complessità delle procedure e dal rischio di coinvolgimento penale per i manager. In questo senso uno degli interventi più attesi era quello che riguarda l'abuso di diritto, la principale fattispecie di elusione fiscale, che si configura quando un'impresa utilizza scappatoie lecite al solo scopo di pagare meno tasse. L'intenzione del governo è depenalizzare questi comportamenti. Chi elude le tasse se la dovrà vedere con il Fisco, al quale dovrà restituire tutto interessi compresi, ma non più anche con le procure con le conseguenze soprattutto sul piano di immagine che spaventano le multinazionali. Se questa norma fosse stata già in vigore, solo per fare un esempio, gli stilisti Dolce e Gabbana non sarebbero finiti sotto processo per aver trasferito all'estero il proprio marchio. L'abuso del diritto è al centro del provvedimento che si occupa anche del raddoppio dei termini di accertamento e del cosiddetto "adempimento collaborativo".

La collaborazione tra fisco e contribuenti è uno dei capitoli più importanti del decreto dedicato all'internazionalizzazione delle imprese, il secondo dei tre provvedimenti varati dal governo. Infine c'è il testo sulla fatturazione elettronica tra privati che porta con sé in prospettiva il superamento dell'attuale sistema di scontrini e ricevute fiscali ma anche nuovi potenti strumenti in mano all'amministrazione fiscale per contrastare l'evasione. Mancano ancora le norme sulle sanzioni (scorporate dal decreto sull'abuso di diritto dopo le polemiche sulla soglia di non punibilità al 3% del reddito imponibile) quelle su accertamento e contenzioso, il ridisegno del catasto e del sistema dei giochi, il nuovo meccanismo di imposizione separata tra piccola impresa e im-

**Il vuoto
Il delicato
capitolo
sulle
sanzioni
rimane
uno dei nodi
da sciogliere**

prenditore. Tutte queste novità dovrebbero essere approvate a giugno. In tema di abuso del diritto, come detto, il governo conferma la scelta di escludere questa fattispecie dall'ambito penale. Anche se le specifiche norme sulla non punibilità e sul rafforzamento del contrasto alle frodi arriveranno materialmente con il successivo provvedimento sulle sanzioni.

D'ora in poi però il concetto di abuso e quindi di elusione viene definito in termini generali e non più su singole imposte. Toccherà all'amministrazione finanziaria dimostrare che un certo progetto organizzativo del contribuente non ha motivazioni economiche e deriva solo dalla scelta di ridurre il carico fiscale. Va in direzione di una maggiore certezza anche la procedura dell'adempimento collaborativo, in base al quale le aziende (per ora solo quelle con almeno 10 miliardi di fatturato) potranno definire in anticipo insieme all'amministrazione, le situazioni potenzialmente a rischio. Un particolare caso di collaborazione riguarda le imprese che intendano fare investimenti di almeno 30 milioni nel nostro Paese: potranno mettersi d'accordo su questioni delicate come la presenza o meno di una stabile organizzazione in Italia, le regole sull'imponibile, il regime di transfer pricing e rientreranno poi nell'adempimento collaborativo riservato ai grandi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La fattura elettronica

DA GIUGNO 2014

Obbligatoria per i **fornitori di ministeri, agenzie fiscali, enti previdenziali**

DAL 31 MARZO 2015

Obbligatoria per **tutti i rapporti tra pubbliche amministrazioni e imprese fornitrici**

DAL 1 GENNAIO 2017

Facoltativa* nelle **transazioni tra privati** (obbligatoria solo per i gestori di distributori automatici)



Invio telematico al Fisco di



Fatture



Incassi di giornata

EFFETTI POSSIBILI

Sparisce lo scontrino fiscale (può restare per certificazione o garanzia)

La spesa (es. acquisto farmaci) **si registra subito sul 730 precompilato**

* l'opzione dura 5 anni e si rinnova ogni quinquennio

ANSA - **certimem**

La stretta**Agenzia, 4 anni per gli accertamenti**

Una stretta sui termini di accertamento dell'Agenzia delle Entrate. Il Fisco avrà a disposizione tassativamente quattro anni (cinque al massimo in caso di omessa dichiarazione) per effettuare le sue verifiche. Oggi per l'Agenzia è possibile raddoppiare questi termini di accertamento in presenza di un reato penale trasmettendo gli atti alle procure della Repubblica. Il raddoppio dei termini sarà ancora possibile, ma la denuncia penale del

contribuente da parte del Fisco dovrà essere comunque presentata entro la scadenza dei termini ordinari. Significa, per esempio, che l'Agenzia delle Entrate non potrà passati per esempio sei anni, denunciare penalmente un contribuente per ottenere del tempo extra per i suoi accertamenti. Ma cosa accade agli atti non ancora definitivi per i quali invece il Fisco ha già ottenuto il raddoppio dei termini? Le nuove regole non saranno retroattive.

**Def, dubbi sull'utilizzo del «tesoretto»
Bankitalia e Corte Conti: non sprecatelo****Le audizioni**

Padoan avverte: prudenza sull'importo effettivo del budget

Giusy Franzese

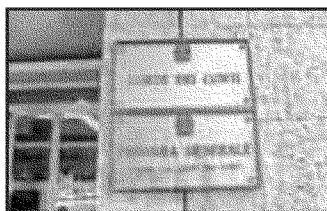
ROMA. Probabilmente ci sarà, ma la cautela è d'obbligo. E comunque sarebbe bene non disperderlo in mille rivoli. Addirittura non impegnarlo per niente. È tutta occupata dal "tesoretto" la scena delle audizioni sul Def davanti alle commissioni Bilancio di Senato e Camera tenute ieri dalle maggiori istituzioni economiche del Paese. Bankitalia, Ufficio parlamentare di bilancio, Corte dei Conti, Istat, tutti d'accordo: le variabili in campo sono così tante che è prematuro sbizzarrirsi sull'utilizzo del gruzzoletto che potrebbe derivare da una differenza tra il deficit tendenziale e quello programmato. Il governo conta su uno 0,1% di Pil, ovvero circa 1,6 miliardi di euro, il premier ha già dichiarato che vorrebbe utilizzarlo per le fasce più deboli della popolazione. Ma ieri sera, in audizione in Parlamento, il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan ha ammesso: «Ci sono elementi di incertezza, è da valutare l'effettiva disponibilità di risorse in eccesso. È naturalmente accolgo volentieri le esortazioni alla prudenza». Comunque se il tesoretto ci dovesse essere - dice Padoan - verrà usato per misure

con «effetti temporanei sui saldi di bilancio» 2015 e «coerenti con le riforme intraprese». Nel dettaglio però «non è stato deciso alcun che». Detto ciò il ministro è ottimista: l'Italia - assicura - è uscita dalla recessione, la ripresa sarà anche «più rapida e con una crescita maggiore del previsto». In questo quadro il governo andrà avanti «con vigore» sul percorso delle riforme e sul rigore dei conti.

Bankitalia non esclude che il tesoretto alla fine ci sarà, ma lo prevede «modesto» e in ogni caso consiglia di destinarlo al risanamento e al riequilibrio dei conti pubblici. Perché, nonostante lo scenario delineato dal governo sia «plausibile» e i segnali di ripresa si siano «intensificati», il debito resta «tra i più pesanti d'Europa» e, al di là delle richieste Ue, è essenziale ridurlo «per mettere in condizioni di sicurezza il Paese». E poi dalla vicenda

Greca al clima di fiducia interno da consolidarsi, i rischi sono dietro l'angolo. Per quanto riguarda il processo di riforme avviato dal governo Renzi, Bankitalia ribadisce il suo apprezzamento e ne valuta l'impatto sulla crescita del Pil per il biennio 2015-2016 «pari a circa un terzo di punto percentuale», intorno ai 5 miliardi di euro.

Intervento impostato sulla cautela anche quello del presidente dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, Giuseppe Pisaurò. «Sembra prematuro considerare acquisite le risorse» del tesoretto. E quindi il suo utilizzo, prima che «il miglioramento si materializzi, sembra contrario a considerazioni di prudenza» osserva. Che ci siano ancora nubi sulla crescita lo pensa anche l'Istat: se dovesse rallentare l'export e cambiare il tasso di cambio, molte stime del governo sarebbero a rischio. E così il presidente della Corte dei Conti, Raffaele Squitieri, che vede sì un quadro migliorato e giudica «credibile» una crescita del Pil dello 0,7% quest'anno, ma lo scenario - evidenzia - resta denso di incertezze: le stime sul gettito fiscale potrebbero risultare «sovradimensionate», il prezzo del petrolio potrebbe tornare a salire, l'esito della crisi greca è ancora tutto da scoprire, i mercati finanziari restano volatili. Di qui il consiglio: «Non disperdere» il tesoretto, ma farne «un uso più proficuo» con il sostegno alle riforme e agli investimenti.



Le toghe contabili
«Un'ipotesi credibile quella della crescita dello 0,7% del Pil»

Storie di
piani di rientro

LA FALCE A PAG. 12-13

Il punto sui piani di rientro a 8 anni dalla stipula del primo accordo con le Regioni in rosso profondo. Il Sole 24 Ore-Sanità racconterà in tre puntate la cronistoria del faticoso cammino avviato nel 2001.

Il punto sui Pdr a 8 anni dalla stipula del primo accordo con le Regioni in rosso profondo

Piani di rientro, storia e storie

Il contesto e l'evoluzione nel tempo di una normativa in continuo divenire

DI MARIA GIUSEPPINA LA FALCE

I piani di rientro sono ormai parte del linguaggio della sanità italiana, caratterizzano alcune Regioni del nostro Paese e se ne discute in molti contesti, ma qual è il livello di consapevolezza di quello che doveva essere uno dei più importanti interventi di condivisione tra Stato e Regioni in materia di politica sanitaria a pochi anni dalla definizione dei Livelli essenziali di assistenza in termini di diritti esigibili da parte dei cittadini, quale il livello di consapevolezza delle istituzioni al momento dell'avvio dei piani e quale quello dei cittadini?

Oggi cosa sono i Piani di rientro a distanza di 8 anni dalla stipula dei primi accordi con le Regioni interessate?

**Un po' di storia...
dal 2000 al 2005...**

La lettura della situazione attuale sui piani di rientro non può che essere accompagnata da un po' di storia del contesto che ha preceduto la legge finanziaria del 2005 e della successiva evoluzione della normativa.

I Piani sono per così dire "figli" di un quinquennio (dal 2000 al 2005) di profonde trasformazioni dei livelli istituzionali, amministrativi e di concertazione che hanno coinvolto gli attori del sistema: il Governo e le Regioni.

Dapprima le modifiche del Titolo V della Costituzione, che hanno fatto seguito al processo di decentramento amministrativo avviato con la legge 59/1997 (cosiddetta Bassanini), poi completato con il decreto legislativo 112/1998 e i successivi decreti di tra-

sferimento delle risorse umane e finanziarie.

In verità per il settore sanitario il trasferimento delle risorse è stato poco rilevante, mentre interessante è stato il quadro d'individuazione delle funzioni e dei compiti affidati alle Regioni e agli enti locali.

Con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e il Piano sanitario nazionale 1998-2000 si aggiungono ulteriori tasselli all'azione programmatica delle Regioni e dei Comuni.

Già le leggi regionali di attuazione del decreto legislativo 112/1998 avevano previsto l'istituzione di strumenti di concertazione sul territorio e l'istituzione di Conferenze Regioni-Autonomie locali per esprimere pareri su atti di programmazione regionale e in particolare in materia di sanità e servizi sociali.

**Gli accordi Stato-Regioni
in materia di spesa sanitaria**

La previsione della competenza statale nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza ha avuto conseguenze importanti sotto il profilo dell'organizzazione dei servizi sanitari e ha richiesto, nella sua attuazione, un forte coordinamento tra i livelli di governo nel campo della sanità e dell'assistenza.

Ma la lettura di questo quinquennio non può prescindere dal ruolo di cerniera e raccordo svolto, nel quadro dei rapporti Stato-Regioni, dalle Conferenze Stato-Regioni Unificate, che poi sempre di più sono diventate la sede della negoziazione e hanno rappresentato una preziosa "camera di compensazione" tra il Governo e il

sistema delle Autonomie anche in rapporto ai futuri sviluppi del raccordo con il Parlamento.

Particolare rilevanza, nel corso degli anni, ha assunto il ricorso ad accordi stipulati tra lo Stato e le Regioni, in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Il 25 novembre 1993, nella sede della Conferenza Stato-Regioni, fu raggiunta l'intesa sul Piano sanitario nazionale e sui livelli uniformi di assistenza con l'impegno a definire un sistema di monitoraggio e verifica. Allo scopo fu istituito nella stessa Conferenza un nucleo di verifica per il monitoraggio dei livelli di assistenza sanitaria che ebbe, successivamente, anche il compito di accertare la maggiore spesa sanitaria per gli anni 1993 e 1994.

**... Si continuano a ripianare
i disavanzi sanitari...**

I risultati della verifica furono oggetto di un successivo accordo Governo-Regioni, sancito il 2 marzo 1995 in Conferenza per il ripiano dei suddetti disavanzi di cui alla legge 34/1996. Successivamente, nel corso dell'anno 1996 e nell'anno 1997 furono sanciti altri accordi poi oggetto di specifiche leggi per il ripiano dei disa-

vanzi del settore.

... E si giunge agli accordi del 3 agosto 2000 e del 22 marzo e dell'8 agosto 2001

Rispetto a questi elementi e in questo quadro si arriva al primo accordo in materia di spesa sanitaria sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 3 agosto 2000, nel quale si afferma il principio del "chi rompe, paga". Governo e Regioni convenivano l'abolizione del vincolo di destinazione delle risorse per la sanità, pur con l'impegno delle Regioni di garantire i livelli di assistenza sanitaria, da definire con un successivo accordo.

I contenuti dell'accordo in questione sono stati successivamente trasfusi in apposite norme della legge finanziaria 2001 (legge 388/2000).

Ma la mancata definizione di livelli di assistenza sanitaria e il perdurare della creazione di disavanzi comporta la richiesta delle Regioni di addivenire a una integrazione dell'accordo e il 22 marzo 2001, con un ulteriore accordo e, presso la Conferenza Stato-Regioni, viene istituito un tavolo di monitoraggio della spesa sanitaria e un Tavolo che associ a diversi livelli di assistenza i relativi costi. I lavori del Tavolo si concludono con la volontà comune delle Regioni e del Governo di procedere a un nuovo accordo in materia sanitaria che definisca sia i Livelli essenziali di assistenza che le risorse e i relativi meccanismi di verifica.

Con l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001 in materia di spesa sanitaria si attiva un meccanismo di verifica periodica degli impegni assunti dalle Regioni, sia derivanti dalle norme vigenti sia da precedenti accordi Stato-Regioni, il cui mancato rispetto comportava per le Regioni inadempienti il ripristino del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale precedentemente stabilito con l'accordo Stato-Regioni del 2000.

Lo stesso accordo prevedeva anche l'impegno da parte del Governo a definire i Livelli essenziali di assistenza, poi stabiliti con il successivo accordo del 22 novembre 2001 e quindi con il Dpcm del 29 novembre 2001.

A partire da tale data, con le successive leggi finanziarie, l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato è stato legato alla verifica del rispetto da parte delle Regioni degli impegni assunti.

... Le leggi finanziarie pongono vincoli, ma si continuano a ripianare i disavanzi regionali...

L'articolo 40 della legge 28 dicembre 2001, n. 448 (legge finanziaria 2002), aveva stabilito ancora che, in caso di inosservanza delle misure previste al punto 19 dall'accordo dell'8 agosto 2001, il livello di finanziamen-

to dello Stato si sarebbe ridotto per le Regioni inadempienti. In altri termini l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato è stato legato alla verifica del rispetto da parte delle Regioni degli impegni assunti con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 con cui, oltre a essere stata definita la procedura per individuare i livelli essenziali di assistenza (Lea), sono state stabilite le risorse da attribuire al Ssn - incrementando gli stanziamenti - ed è stato espressamente precluso l'accesso alle maggiori risorse concordate in caso di mancata adozione di misure di controllo e di contenimento della spesa.

Che dire dunque di una situazione che già nel 2002 non trovava soluzioni all'incremento dei disavanzi regionali nonostante fosse stato già attivato un Tavolo di verifica degli adempimenti regionali presso il ministero dell'Economia e delle finanze e si stabilivano ulteriori adempimenti regionali ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo per gli anni 2003, 2004 e 2005?

... Si arriva alla legge finanziaria 2005...

La legge finanziaria 2005 interviene con tre linee di azione coordinate per risolvere i perduranti disavanzi sanitari.

Prima linea: i presidenti commissari ad acta. La legge finanziaria 311/2004, all'articolo 1, comma 174, stabilisce che, per l'esercizio 2005, qualora si registri nel settore sanitario un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura nell'anno, o non siano risultati sufficienti, il Presidente del Consiglio dei ministri diffidi le Regioni interessate a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento.

Nel caso in cui la Regione non adempia ad adottare i previsti provvedimenti, entro i successivi trenta giorni, il presidente della Regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale, ai fini di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla

normativa vigente.

Seconda linea: gli accordi sui programmi di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale sui cosiddetti Piani di rientro. La medesima legge finanziaria prevede la possibilità, per le Regioni che presentano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza di potere stipulare con i ministri della Salute e dell'Economia e delle finanze un apposito accordo con il quale sono individuati gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Tale accordo è accompagnato da un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, cosiddetto Piano di rientro dai disavanzi.

Terza linea: l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. La stessa legge finanziaria subordina l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato, da assegnare alle Regioni, alla stipula di una specifica intesa tra Stato e Regioni, che contempli ai fini del contenimento della dinamica dei costi:

a) gli adempimenti già previsti dalla vigente legislazione;

b) i casi nei quali debbano essere previste modalità di affiancamento dei rappresentanti dei ministeri della Salute e dell'Economia e delle finanze ai fini di una migliore definizione delle misure da adottare;

c) ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario;

d) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, nonché alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, coerentemente con il Piano sanitario nazionale;

e) il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione, con esclusione di quelli per il personale;

f) in ogni caso, l'obbligo in capo alle Regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo.

Con l'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005 vengono stabiliti gli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera. Si introducono nuove modalità di controllo di tipo collaborativo tra Stato e Regioni con la funzione di affiancamento nazionale affidata al ministero della Salute e al ministero dell'Economia e delle finanze.

L'impegno assunto nell'Intesa ha come premessa la garanzia del rispetto della uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate del Servizio sanitario nazionale.

Si stabiliscono gli adempimenti da rispettarsi da parte delle Regioni per accedere alla quota percentuale di risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, sono istituiti i Tavoli nazionali di verifica dei Livelli essenziali di assistenza presso il ministero della Salute e di verifica dell'equilibrio economico-finanziario presso il ministero dell'Economia e delle finanze.

La medesima Intesa, all'articolo 8, interviene sui contenuti dell'accordo previsto dalla legge finanziaria e sui programmi di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale sui cosiddetti Piani di rientro.

Come si dà attuazione a questo programma? In questo quadro nell'anno 2005, si avvia la verifica dei risultati di gestione condotta e vengono esaminati con le Regioni i risultati relativi all'esercizio e le misure di copertura poste in essere dalle Regioni che presentano disavanzi.

Al termine della verifica (aprile 2006) si pone l'esigenza urgente di dare attuazione alla legge finanziaria per sbloccare le maggiori assegnazioni di risorse per il finanziamento dei servizi sanitari regionali, già previste

dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e dall'Intesa del 23 marzo 2005, rispetto al precedente accordo del 3 agosto 2000, ciò in quanto il blocco di tali maggiori assegnazioni era già scattato nei confronti delle Regioni inadempienti.

... La legge finanziaria 2006...

La successiva legge finanziaria 2006 (legge 23 dicembre 2005 n. 266) stanziava 2000 milioni di euro, quale regolazione debitoria per i disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002-2004 e conferma la stipula di un apposito accordo sul modello di quello precedentemente fissato per l'accesso da parte delle Regioni alle risorse ulteriori, che vengono messe a disposizione per il ripiano dei disavanzi pregressi e per quelle Regioni che stipulano accordi legati ai Piani di rientro, che diventano cogenti per le Regioni nelle cui aziende sanitarie si prospettano situazioni di squilibrio economico-finanziario.

L'accordo in questo caso può anche integrare gli accordi già sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, i cui Piani devono contenere oltre che il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche in particolare l'adeguamento alle indicazioni del Piano sanitario nazionale 2006-2008.

Vengono altresì stanziati 1.000 milioni di euro a incremento delle risorse per il Servizio sanitario nazionale da ripartirsi tra le Regioni che sottoscrivono gli accordi per la riduzione dei disavanzi.

... Il Patto per la salute 2006-2008 e la legge finanziaria 2007...

Si giunge così, a ottobre 2006, al Patto per la salute 2006-2008 che prevede per le Regioni che risultano inadempienti, l'obbligo di sottoscrivere l'accordo sul Piano di rientro, unitamente alla possibilità di accedere a un fondo transitorio (cosiddetto fondino di accompagnamento).

La legge finanziaria 2007 (legge 23 dicembre 2006 n. 296) stabilisce, infatti, che l'accesso alle risorse messe a disposizione con un Fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009 per le Regioni in difficoltà abbia come condizione la sottoscrizione di apposito accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, comprensivo di un piano di rientro dai disavanzi.

Vengono ulteriormente specificati i contenuti dell'accordo: la definizione

di obiettivi generali e specifici, cui corrispondano indicatori di verifica, per i quali l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi.

Viene stabilito che le Regioni saranno affiancate dal ministero della Salute e dal ministero dell'Economia e delle finanze, sia nelle fasi di monitoraggio del Piano, sia in relazione ai provvedimenti regionali, che dovranno essere sottoposti a preventiva approvazione da parte degli stessi ministeri.

Il primo triennio 2007-2009

... gli accordi... A questo punto il contesto necessario per la stipula degli accordi è completamente delineato, ma quale deve essere il modello di accordo e di Piano? Già l'intesa del 23 marzo 2005 aveva stabilito alcune regole fondamentali per la riattribuzione alle Regioni delle quote di maggior finanziamento trattenute dalla Stato, secondo stati di avanzamento, da concordarsi nei tempi con le Regioni stesse in relazione agli obiettivi dei Piani e alle relative manovre di rientro previste.

Regole che comprendevano anche la sospensione dell'erogazione in caso di verifica negativa dello stato di avanzamento, le modalità per il monitoraggio degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica; le modalità di affiancamento di rappresentanti del ministero della Salute, di rappresentanti del ministero dell'Economia e finanze e di rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato-Regioni alle attività di gestione e programmazione del servizio sanitario regionale, nonché la individuazione dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria da sottoporre a preventiva approvazione da parte del ministero della Salute e del ministero dell'Economia e delle finanze, che possono approvare anche con prescrizioni in ordine alle modalità di recepimento e ai contenuti degli stessi.

L'accesso alle risorse e la stipula

dell'accordo presuppongono che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive.

Come vengono costruiti i Piani di rientro? Il piano di rientro allegato all'accordo deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano sanitario nazionale e dal vigente Dpcm di fissazione dei livelli essenziali di assistenza, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, confermando i contenuti dell'intesa 23 marzo 2005 sancita dalla Conferenza Stato-Regioni.

Il Piano deve individuare gli obiettivi da soddisfare: viene proposta l'impostazione secondo la catena di comando degli obiettivi generali e specifici con cui vengono redatti i Piani in ambito europeo (si veda figura in alto).

Gli obiettivi sono collegati a manovre di rientro necessarie all'azzeramen-

to del disavanzo entro il triennio dalla stipula. Gli interventi devono essere declinati con un cronoprogramma che contiene il quadro degli obiettivi generali nel contesto regionale economico-finanziario, organizzativo e gestionale del Ssr, fino alla indicazione degli interventi progettuali, gli indicatori e le relative fonti di verifica.

Ogni piano deve contenere, oltre alla serie storica dei modelli La e Ce degli anni 2001-2004, anche la prospettazione dei modelli La e Ce.

I modelli La e Ce devono prevedere un'allocazione di risorse tra i vari livelli di assistenza compatibile con i vincoli previsti dalla normativa vigente e dal Psn 2006-2008, nonché un saldo tra costi e ricavi pari a zero.

Gli obiettivi, le azioni e gli interventi progettuali devono contenere una specifica evidenziazione e quantificazione della ricaduta che, tramite essi, si conta di conseguire nella graduale modificazione dei modelli La e Ce attesi nel periodo di realizzazione del Piano. Il Piano deve garantire la sostenibilità economica e finanziaria delle manovre e

le condizioni per il loro raggiungimento.

Gli accordi prevedono scadenze precise di verifica dello stato di avanzamento degli obiettivi specifici in base ai provvedimenti di riorganizzazione del servizio sanitario regionale e ai loro effetti di implementazione sul territorio.

L'accordo è sottoscrivibile solo ad avvenuta presentazione di tutta la documentazione prevista per la verifica 2005 riferita sia al Comitato Lea che al Tavolo di cui all'articolo 12 dell'Intesa del 23 marzo 2005.

(prima di tre puntate)

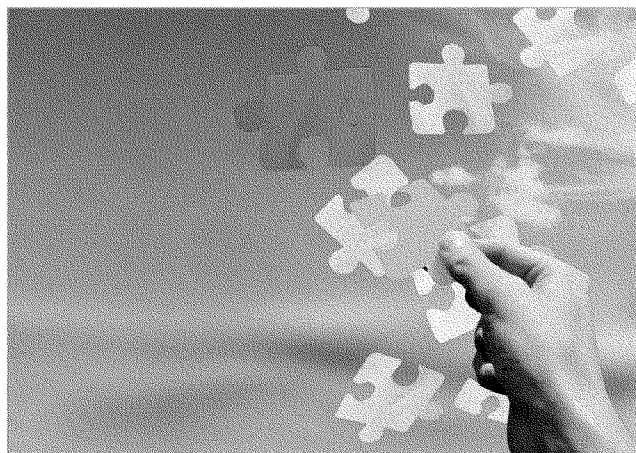
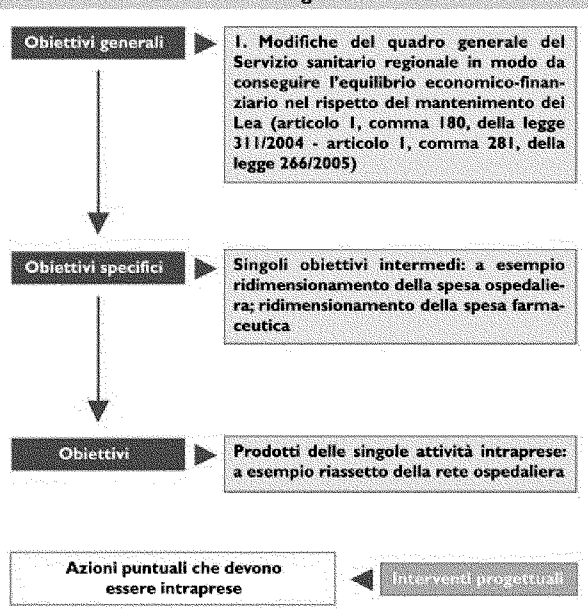
**I presidenti sono commissari ad acta
La stagione dei ripiani a raffica
La costruzione dei programmi**

L'intesa del
23 marzo 2005

Il percorso normativo e gli accordi Stato-Regioni dei Piani di rientro

Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000	Articolo 83 della legge 388/2000. Norme attuative dell'accordo Governo-Regioni: soppressione del vincolo di destinazione delle risorse del Servizio sanitario regionale e principio di responsabilità delle Regioni anche ai fini della copertura di eventuali disavanzi di gestione
Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 in materia di spesa sanitaria	Decreto legge 18 settembre 2001, convertito con modificazioni dalla legge 405/2001 - Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria. Articolo 3: obbligo per le Regioni di garantire attraverso apposite disposizioni l'equilibrio economico e lo standard di posti letto, obbligo di copertura degli eventuali disavanzi di gestione con apposite misure
Accordo Stato-Regioni del 1° luglio 2004	Articolo 52, comma 4 della legge 289/2002 di individuazione degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Ssn anni 2003, 2004 e 2005
Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005	Articolo 1, comma 173, della legge 311/2004 - Principi e criteri per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato rispetto al livello dell'accordo dell'8 agosto 2001
Nuovo Patto sulla salute	Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006, repertorio atti n. 2648
Nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012	Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, repertorio atti n. 243/Csr

La catena degli obiettivi



Un clic e vedrai quattro anni di ricerche Vantaggi e rischi della memoria online

Un servizio di Google permetterà di scaricare ogni parola digitata a partire dal 2011

DAL NOSTRO INVIATO

NEW YORK La memoria degli umani è labile per definizione. Quella della rete persiste nel tempo.

Ma ora anche questa differenza tra noi e il mondo digitale può essere cancellata. Google, il dominus pressoché assoluto di Internet, ha deciso di offrire un nuovo servizio agli utenti: recuperare la traccia di tutte, ma proprio tutte, le domande rivolte negli ultimi quattro anni al motore di ricerca. L'unica condizione è avere sottoscritto un account con Google o, più semplicemente avere un indirizzo gmail. Dopodiché, con un paio di clic si può ricostruire un pezzo della nostra storia, o della nostra cronaca personale.

Basta aprire la mascherina iniziale del proprio profilo Google, puntare la rotellina in alto a destra e chiedere di scaricare tutte le ricerche, con una profondità che può arrivare fino al 2011. In un attimo sullo schermo riaffioreranno le curiosità, le urgenze, i bisogni affidati alla rete, compresi i momenti di debolezza e qualche stupidaggine che avevamo rimosso. Gli

Il servizio

● Google Takeout consente di recuperare la traccia di tutte le ricerche fatte in Rete negli ultimi 4 anni

● Per accedere al servizio basta avere un indirizzo Gmail: l'archivio è gratis

● Si clicca in alto a destra, sull'immagine del profilo, e poi, in pochi passaggi, si arriva fino a «strumenti dati» e poi «scarica dati». A quel punto si scelgono i dati da scaricare

orari dei treni, l'indirizzo della pizzeria, i biglietti per il teatro. Ma anche gli interrogativi utili o necessari per il lavoro, la formazione, i percorsi educativi. L'azienda californiana, naturalmente, promuove questa nuova funzione, che si chiama Google Takeout, come l'ennesima prova di quanto sia aperto e amichevole il sistema. E inoltre tutto gratis, come sempre, non c'è più neanche bisogno di sottolinearlo.

D'accordo, molti navigatori apprezzeranno senza riserve. Altri, però, potrebbero cominciare a domandarsi se la rete di Google non stia diventando troppo pervasiva. È la questione di fondo sollevata dal Commissario europeo per la concorrenza, Margrethe Vestager. L'indagine dell'Ue vuole accertare se Google non abusi della sua posizione dominante sul mercato, convogliando i navigatori che bussano al motore di ricerca verso una miriade di servizi online che fanno capo alla casa madre. Una specie di maso chiuso, insomma, che non lascerebbe spazio alle alternative. Adesso l'offerta Takeout ricorda a tutti noi smemorati, per l'appunto, che dal 2011

in avanti Google si è preso cura di archiviare, catalogare e sistematizzare tutte le nostre preferenze, le nostre scelte politiche, culturali e religiose, i nostri tic, i nostri vizi e, quando ci sono, le nostre virtù.

C'è una scheda dove, sotto le informazioni anagrafiche, è annotato che cosa ci piace leggere, vedere, ascoltare, mangiare, perfino sognare. Dietro la mascherina così immateriale

L'archivio

La società californiana ha archiviato tutte le nostre preferenze (e le vende ai pubblicitari)

di Google operano più di 40 «data center» in tutto il mondo, dallo Iowa alla Finlandia, enormi archivi computerizzati pieni di tubi colorati per il raffreddamento dell'aria. Praticamente là dentro ci siamo tutti noi, visto che il motore di ricerca di Google intercetta il 92% delle richieste rivolte attraverso i telefonini, i tablet e i computer.

Quegli archivi custodiscono

il tesoro della società di Mountain View. I profili vengono raggruppati e venduti agli inserzionisti pubblicitari. La «profilazione degli utenti», così la chiamano gli esperti di marketing, è una tecnica di promozione che esiste da qualche anno, ma che sta diventando sempre più importante per l'economia aziendale. L'obiettivo finale è arrivare a disegnare un'offerta pubblicitaria su misura, raffinando il più possibile l'identikit del cliente-consumatore. Cerchi un albergo al mare? Bene, da lì in avanti sulla tua mail arriveranno insistenti proposte tarate sul tuo profilo, aggiornato in tempo reale dal 2011 a oggi. Se l'albergo è costoso, qualcuno ti proporrà anche una crociera di lusso; se è una pensioncina alla buona, magari ci sarà qualcun altro che cercherà di venderti un ombrellone.

Il sistema Google accoglie le informazioni e le rivende: anche per questo nel 2014 ha fatturato 66 miliardi, un terzo in più di General Motors che fa auto da cent'anni.

Giuseppe Sarcina
gsarcina@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

92% 40

Le richieste

che digitiamo in Rete attraverso computer, telefoni e tablet che passano dal motore di ricerca di Google

I centri

per la raccolta di dati, enormi archivi, che operano per conto di Google in tutto il mondo, dagli Usa alla Finlandia

CODICE ROSSO



Il risk manager nelle strutture sanitarie: il percorso legislativo e il livello di diffusione

a cura di Cineas

La sanità italiana è stata protagonista, nel corso di circa trent'anni, di numerosi processi di riforma e riorganizzazione che hanno disegnato e ridefinito l'impianto metodologico che è alla base del sistema sanitario del nostro Paese. In particolare, nel contesto di un rinnovato interesse per la difesa del diritto alla salute e per la garanzia di sicurezza dei pazienti, il legislatore avverte sempre di più la necessità di attuare politiche sanitarie orientate alla prevenzione del rischio clinico. I fattori di crisi che principalmente hanno richiamato l'attenzione dei decisori istituzionali al tema della sicurezza e della qualità delle prestazioni sanitarie possono essere così sinteticamente indicati:

- i progressi scientifici e la sempre maggiore introduzione di tecnologie, che hanno generato nuove tipologie di responsabilità e un aumento delle aspettative del corpo sociale nei confronti del sistema sanitario;
- la forte pressione da parte dei mass media, sempre pronti ad amplificare in maniera sensazionalistica i casi di cosiddetta malpractice;
- la consapevolezza che una buona parte degli eventi avversi sono addebitabili a errori sistemici e individuali che possono essere prevenuti;
- il mutamento dell'elaborazione giurisprudenziale, che negli ultimi anni è passata da un atteggiamento di eccessiva tolleranza nei confronti della classe medica a un atteggiamento di estremo rigore.

È in questo mutato contesto che emerge nel settore sanitario, con sempre maggiore evidenza, da un lato l'esigenza di un più efficiente governo del funzionamento delle attività aziendali e dei loro sistemi di gestione e, dall'altro, la necessità di riduzione dei costi sociali degli eventi avversi.

La risposta a questa domanda si è esplicitata nella individuazione della funzione di risk manager all'interno

delle aziende sanitarie, in analogia a quanto già avviene in altri settori di produzione di beni e servizi.

In Italia, il bisogno di gestire i rischi dell'assistenza sanitaria, sul piano istituzionale, è stato perseguito attraverso un intenso lavoro da parte del ministero della Salute, che a partire dal 2003 ha promosso la valorizzazione di una nuova consapevolezza, che potremmo definire della cosiddetta "cultura del rischio", focalizzata sulla prevenzione e sul convincimento che il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi possono costituire un'opportunità di apprendimento e di miglioramento.

La volontà di agire in maniera sistematica sulla gestione del rischio clinico emerge da alcuni provvedimenti normativi, fra i quali, per quanto di nostro interesse, ricordiamo:

- l'Intesa della Conferenza permanente Stato-Regioni del 30 marzo 2008 che ha previsto l'impegno a promuovere una «funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure» all'interno di ciascuna azienda sanitaria pubblica e struttura privata accreditata;
- il decreto legislativo 81/2008 che ha introdotto specifiche funzioni per la tutela della salute dei lavoratori;
- il decreto legge cosiddetto Balduzzi (DL 158/2012) che prevede azioni di gestione e monitoraggio dei rischi sanitari (articolo 3-bis).

Numerose aziende sanitarie, nell'intento di adeguarsi alle prescrizioni normative regionali, che a oggi non sono ancora pienamente diffuse, hanno introdotto una apposita figura operativa.

Ma nelle Regioni che non hanno deliberato in tal senso può considerarsi obbligatoria l'istituzione della figura del risk manager?

Pur in assenza di uno specifico vincolo nazionale, in virtù dei provvedimenti normativi di cui sopra, si può

ritenere che esista uno specifico indirizzo politico che, a fronte di una consolidata letteratura scientifica, non lascia dubbi sull'opportunità e necessità di presidiare le attività di gestione del rischio clinico, anche in assenza di deliberazioni regionali.

Si può quindi prospettare una specifica responsabilità organizzativa laddove la direzione generale di un'azienda sanitaria non abbia provveduto alla promozione di attività finalizzate alla prevenzione dei rischi clinici, che inevitabilmente passano anche attraverso l'individuazione della figura del risk manager.

A fronte di tali evidenze si deve però rilevare una carenza relativamente alla descrizione del profilo del risk manager, che può vanificare l'intento del legislatore.

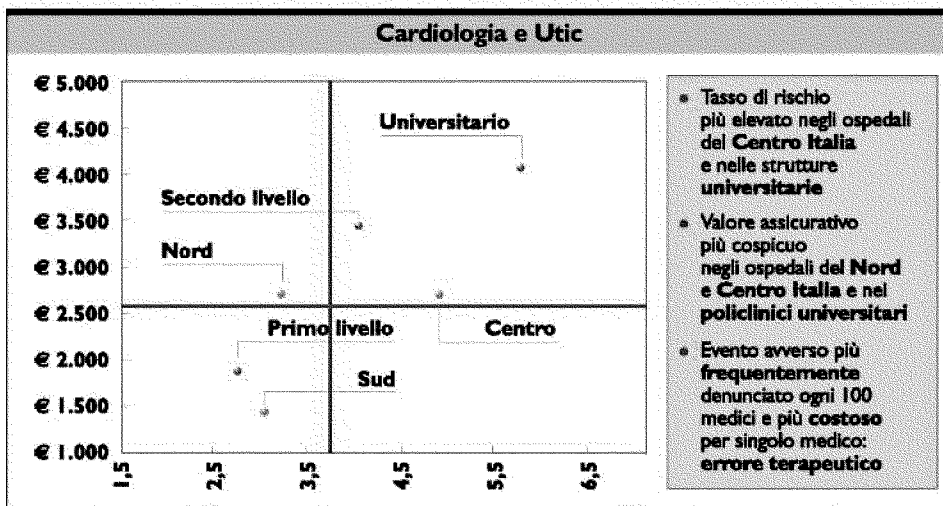
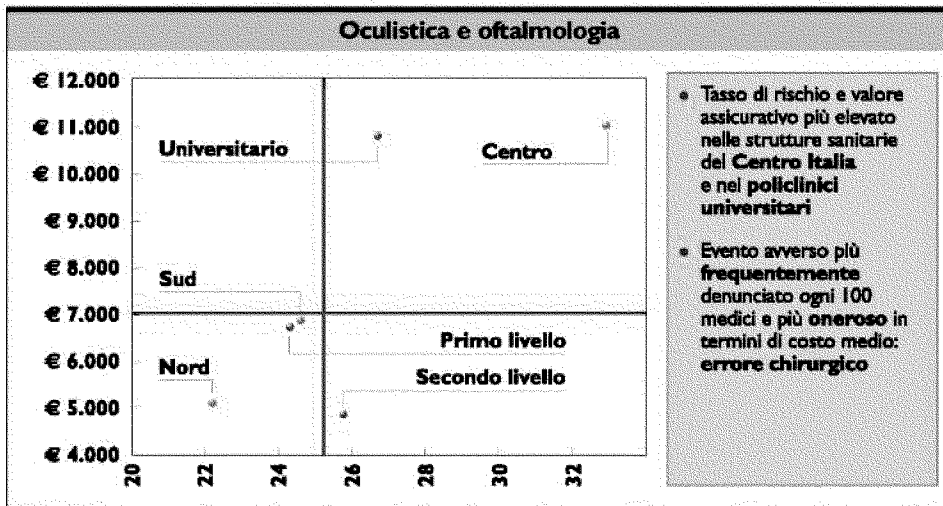
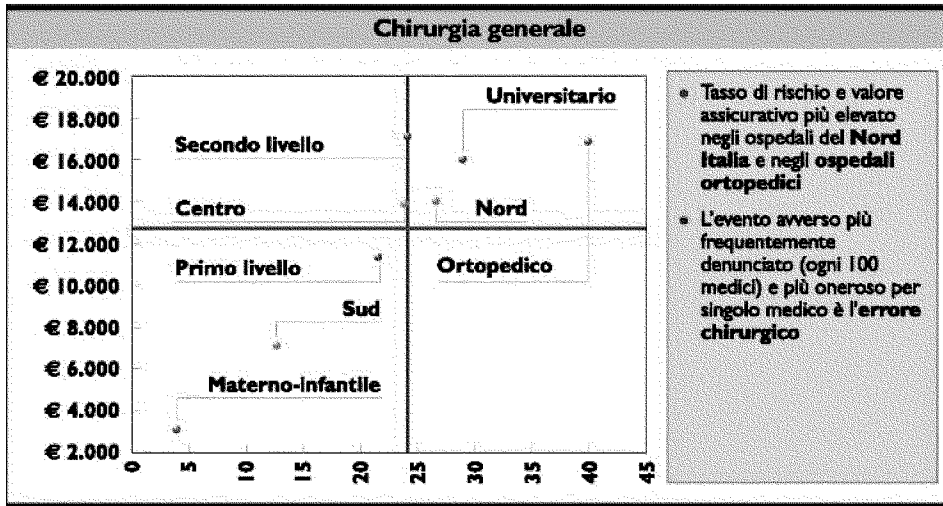
Le professionalità chiamate a svolgere questo ruolo sono le più disparate, provenienti indifferentemente da ruoli amministrativi o sanitari, che non sempre sono individuate sulla base di specifiche competenze. D'altra parte nel contesto sanitario non è rintracciabile una letteratura consolidata, a dispetto di quanto si osserva nel settore industriale.

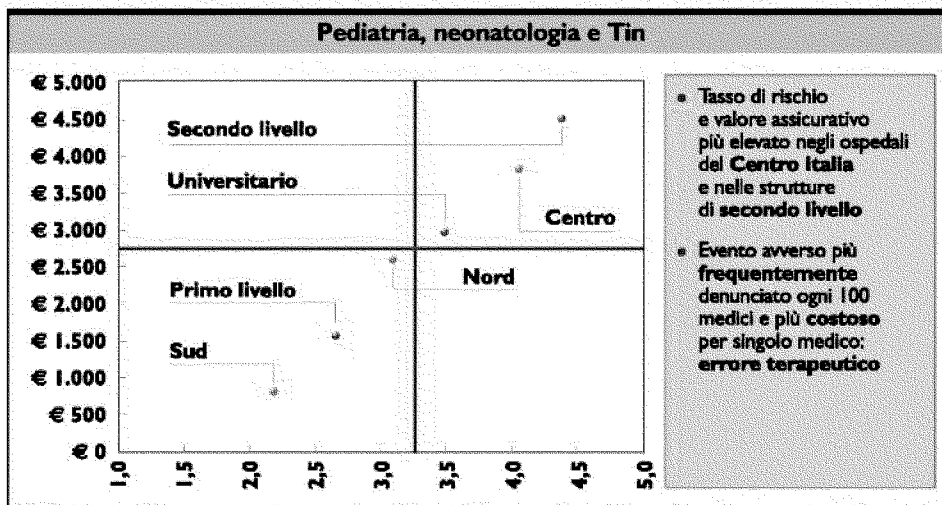
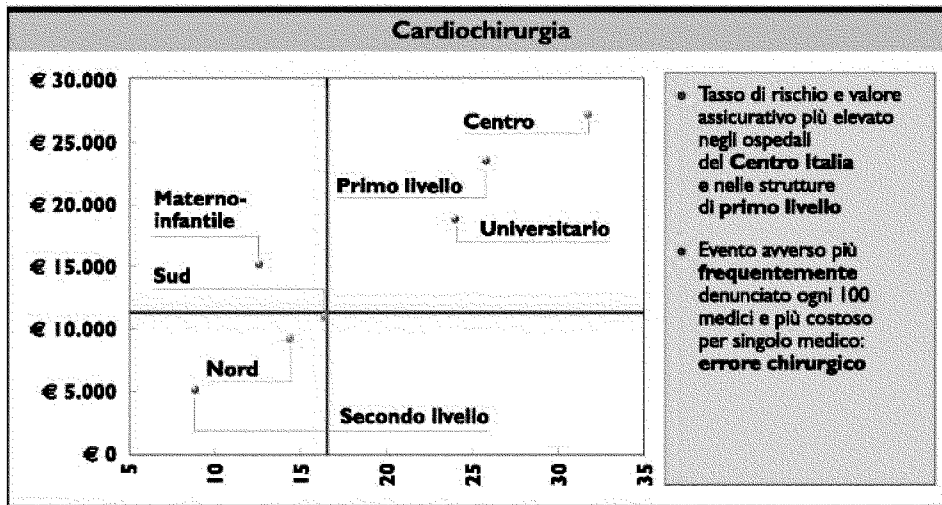
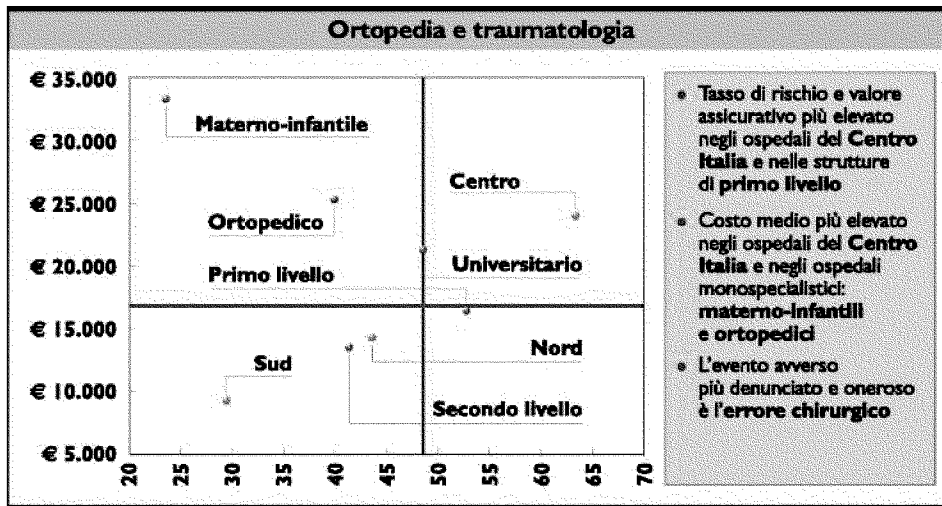
L'adozione di pratiche di governo clinico presupporrebbe, quale valore essenziale, la necessità di rafforzare le competenze dei professionisti e la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

In particolare il risk manager deve essere in grado di motivare il personale sanitario e di attuare strategie per la qualità e la sicurezza dei pazienti che si esplicano nelle singole unità operative e servizi ospedalieri.

Ernesto Macri
Luigi Orlando Molendini

docenti Cineas del master in Hospital risk management e membri del Tavolo Cineas: Assicurazione e Sanità







Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Ospedale di Caserta «sciolto» per mafia

Alfano cancella la struttura dell'azienda già commissariata per le infiltrazioni dei Casalesi
Il ministro: «Provvedimento che ha pochissimi precedenti, lì i clan controllavano gli appalti»

CASERTA — A distanza di un mese e 19 giorni dall'invio dei commissari all'Azienda ospedaliera di Caserta ai sensi della normativa antimafia da parte del prefetto Carmela Pagano, che il 2 marzo scorso ne propose contestualmente lo scioglimento, il Consiglio dei ministri ha ieri adottato proprio questo provvedimento sancendo quasi una novità a livello nazionale: come per un ente locale, che viene prima sospeso (in questo caso per sospette infiltrazioni malavitose) e, alla verifica dei fatti, eventualmente sciolto, anche per una struttura sanitaria è stato adottato lo stesso metodo. E questo perché le inchieste giudiziarie che hanno toccato fino a travolgere il «Sant'Anna e San Sebastiano» negli ultimi anni, a partire da quella che all'alba del 7 novembre 2013 portò all'arresto dell'allora dg Francesco Bottino per finire a quella del 21 gennaio scorso, sempre della Dda di Napoli, che ha «decapitato» l'ufficio tecnico smascherando un sistema di collusioni per

l'assegnazione degli appalti, hanno aperto uno squarcio inquietante sugli intrecci tra politica, malaffare e clan. L'ospedale di Caserta era ormai diventato una «gallina dalle uova d'oro» per i Belforte di Marcianise e per i Casalesi, alleati fra loro.

«Il provvedimento, che ha pochissimi precedenti - ha confermato il ministro Angelino Alfano in sede di commento della misura adottata -, si è basato su una serie di elementi, emersi anche in sede giudiziaria, che hanno evidenziato la permeabilità al clan dei Casalesi, specialmente nel controllo degli appalti pubblici». La decisione del Consiglio dei ministri è arrivata proprio su proposta del titolare dell'Interno.

Tre commissari
Quasi certa la proroga dei tre commissari nominati già nei mesi scorsi

Quella d'inizio marzo, che ha posto fine al breve «interregno» del direttore generale Luigi Muto, insediatosi nel luglio del 2014 dopo 7 mesi di commissariamento, su indicazione del presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione, Raffaele Cantone. L'ex magistrato della Dda dopo 14 arresti di gennaio nell'ambito di un'inchiesta sugli affari della fazione Zagaria del clan dei Casalesi all'ospedale di Caserta, compì un sopralluogo con la Guardia di finanza il 26 gennaio acquisendo una serie di atti. Meno di un mese dopo, sempre su sua proposta, il prefetto annullò un primo bando di gara: quello relativo alla gestione e alla manutenzione degli ascensori.

Verosimilmente sarà prorogato il mandato ai tre commissari nominati il 2 marzo scorso: Cinzia Guercio, Michele Ametta e Leonardo Pace. «L'attività della commissione straordinaria che si insedierà immediatamente - ha affermato ieri in maniera criptica Alfano - ripor-

L'interno dell'ospedale Sant'Anna di Caserta nei mesi scorsi al centro di uno scandalo giudiziario per la scoperta di appalti che venivano controllati dai boss locali legati al clan dei Belforte

terà l'Ente alla sua normale gestione». Auspicio condiviso anzitutto dalle forze politiche che si erano battute perché si accendesse una luce sulla gestione dell'ospedale. Il Pd con la senatrice Rosaria Capacchione in primis, firmataria anche di iniziative parlamentari. Ieri Capacchione ha ricordato come nei mesi scorsi avesse segnalato «come il clan dei Casalesi, da anni, gestisse nomine di manager e funzionari e soprattutto finanziasse campagne elettorali senza distinzione di sigle ma solo in funzione dei propri interessi», accusando di «debolezza» la politica locale «di tutti i colori». Il presidente regionale del Pd, Stefano Graziano, ha aggiunto che lo scioglimento costituisce «il fallimento della gestione della sanità in Campania» mentre Camilla Bernabei della Cgil ha rilanciato la necessità di varare al più presto una nuova normativa sugli appalti.

Piero Rossano
PieroRossano
© RIPRODUZIONE RISERVATA



CASERTA

Il Consiglio dei ministri scioglie l'ospedale dei clan

ANTONIO DI COSTANZO

UN'AZIENDA sanitaria sciolta perché inquinata da camorra e malaffare. Come uno dei tanti comuni colpiti in questi anni da analoghe decisioni perché infiltrati dalla malavita organizzata.

Il provvedimento porta la firma del ministro dell'Interno Angelino Alfano e si abbatte come un macigno sull'Azienda ospedaliera «Sant'Anna e San Sebastiano» di Caserta, dove sono state riscontrate forme di condizionamento da parte delle locali organizzazioni criminali.

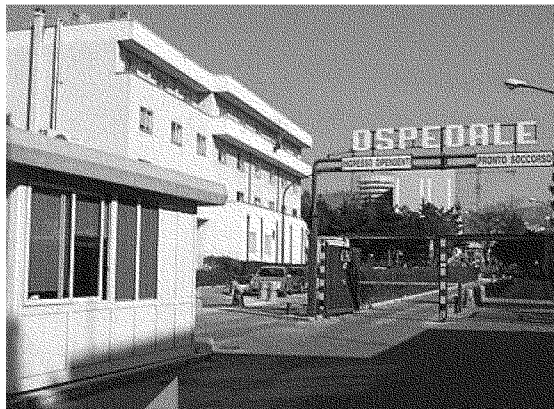
Alfano ha spiegato che la decisione «non vede coinvolto un Comune, come di solito accade, ma un ente del sistema sanitario. Si tratta di un provvedimento, che ha pochissimi precedenti, si è basato su una serie di elementi, emersi anche in sede giudiziaria, che hanno evidenziato la permeabilità al clan dei casalesi, specialmente nel controllo degli appalti pubblici».

«L'attività della commissione straordinaria dell'Asl, che si insedierà immediatamente - conclude il ministro - riporterà l'Ente alla sua normale gestione».

Ascoperchiare il pentolone di malaffare e condizionamenti camorristici nell'azienda ospedaliera fu a fine gennaio un blitz della procura antimafia e della Dia ribattezzato "Croce nera" con 24 persone colpite da un'ordinanza di custodia cautelare. Inquietante lo scenario ipotizzato dagli investigatori: l'intero ospedale era in ostaggio di un gruppo politico-criminale. E c'era un boss dei casalesi, l'ex primula rossa Michele Zagaria, oggi detenuto al 41 bis, che «riusciva a controllare e a gestire, in regime di assoluto monopolio, lavori e concessione di appalti o servizi».

Al "Sant'Anna e San Sebastiano", ieri sciolto da Alfano, gli investigatori hanno ascoltato, con intercettazioni audio e video ambientali, incontri tra politici, imprenditori, manager e dipendenti pubblici, insieme a camorristi. Tra i principali indagati, l'ex direttore generale dell'azienda, Francesco Bottino, per il quale gli arresti domiciliari furono revocati subito dopo l'interrogatorio di garanzia, manager e numerosi imprenditori che avrebbero usufruito del boss per ottenere lavori e appalti in cambio di mega tangenti da girare al clan di Zagaria.

Tra gli indagati il consigliere regionale Pdl Angelo Polverino e la sorella del patri-



L'OSPEDALE
Il "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta colpito dal provvedimento del Cdm. A destra il ministro Alfano



no, Elvira Zagaria, a sua volta sposata a un omonimo, Francesco Zagaria (poi deceduto), il quale attraverso un suo uomo, l'ex manager anch'egli scomparso, Luigi Annunziata, avrebbe assunto «il controllo dei procedimenti amministrativi di assegnazione dei lavori pubblici nell'ospedale, dando vita a un cartello di imprese mafiose, ancora oggi ope-

Il provvedimento colpisce il "Sant'Anna e San Sebastiano" travolto in gennaio da una inchiesta dell'Antimafia

rante».

Un plauso alla decisione di Alfano, arriva dalla senatrice del Pd, Rosaria Capacchione: «Nei mesi scorsi avevo denunciato questa situazione. Segnalando come il clan dei casalesi da anni, gestisse nomine di manager e funzionari e soprattutto finanziasse campagne elettorali senza distinzione di sigle ma solo in funzione dei propri interessi». Per il presidente regionale Pd, Stefano Graziano, «lo scioglimento testimonia il totale fallimento della gestione della sanità in Campania».

CRIPRODUZIONE RISERVATA

VOMERO Un consiglio monotematico per bloccare la dismissione. Un documento prevede nuovi locali

Asl, si lotta contro il trasferimento

DI **MARCO ALTORE**

NAPOLI. «Non siamo preoccupati perché sicuro si troverà una soluzione. Bisogna agire in questa direzione perché con il decreto attuale le difficoltà ci sono. Al momento stiamo erogando i consueti servizi ed il nostro obiettivo è migliorare l'offerta sanitaria». A dirlo è Raffaele Iandolo, direttore sanitario del Distretto 27 dell'Asl Napoli 1 Centro, durante un consiglio monotematico che si è tenuto nella sala "Silvia Ruotolo" della V Municipalità.

IL DECRETO. Le preoccupazioni dei cittadini, dei lavoratori e delle istituzioni locali sono nate lo scorso marzo con l'approvazione da parte della Regione del decreto commissariale che prevede l'annessione, con i relativi posti letto e personale, del presidio ospedaliero Annunziata dell'azienda ospedaliera Santobono Pausilipon da parte dell'Asl Napoli 1 Centro. E come compensazione il decreto indica l'avvio del trasferimento all'ospedale Santobono della proprietà dei due livelli superiori dell'edificio vomerese attualmente sede delle attività del Distretto Sanitario 27 della Asl Napoli 1 Centro. Si tratta di un provvedimento che, nell'ambito dell'intera riorganizzazione della sanità, favorisce il potenziamento strutturale dell'Asl, che cedrebbe due piani a fronte di una struttura ospedaliera, ma che allo stesso tempo indebolirebbe il distretto sanitario di un territorio di circa 120mila abitanti con una elevata percentuale di over 65. «Il consiglio ad hoc – dice Mario Coppeto, presidente della V Municipalità, – è stato anche un'opportu-

nità per dare voce ai tanti cittadini preoccupati. Ho scritto anche al presidente Caldoro ma fino ad ora non ho avuto risposte. L'azienda ospedaliera Santobono Pausilipon orfana del presidio ospedaliero Annunziata va in difficoltà e legittimamente richiede nuovi spazi, ma tutto questo non deve creare disagi agli utenti».

IL DOCUMENTO. Ma l'istituzione locale tiene ancora aperto il dialogo con Palazzo Santa Lucia e durante il consiglio è stato approvato un documento redatto nella commissione politiche sociali, presieduta da Luigi Felaco, nel quale per risolvere la questione si chiede all'amministrazione regionale di «assegnare all'Asl Napoli 1 Centro, e quindi al Distretto 27, la sua struttura sita in via Arenella». Nel docu-

mento approvato, inoltre, si legge la richiesta di garantire i livelli assistenziali e di evitare «la mobilitazione di alcuna figura professionale del Distretto». Sull'argomento non mancano le perplessità anche delle forze di opposizione. «La V Municipalità e il Comune di Napoli – afferma Mariano Peluso, consigliere locale del Movimento 5 Stelle, – hanno dovuto subire le scelte della Regione senza la possibilità di studiare alternative al fine di ottimizzare gli spazi esistenti nel Distretto 27 e i servizi. Non si comprende la fretta della Regione di liberare l'ospedale dell'Annunziata se non per il motivo di ottenere fondi del progetto Unesco per la riqualificazione del centro storico di Napoli ai quali il nosocomio avrebbe diritto in quanto edificio storico».

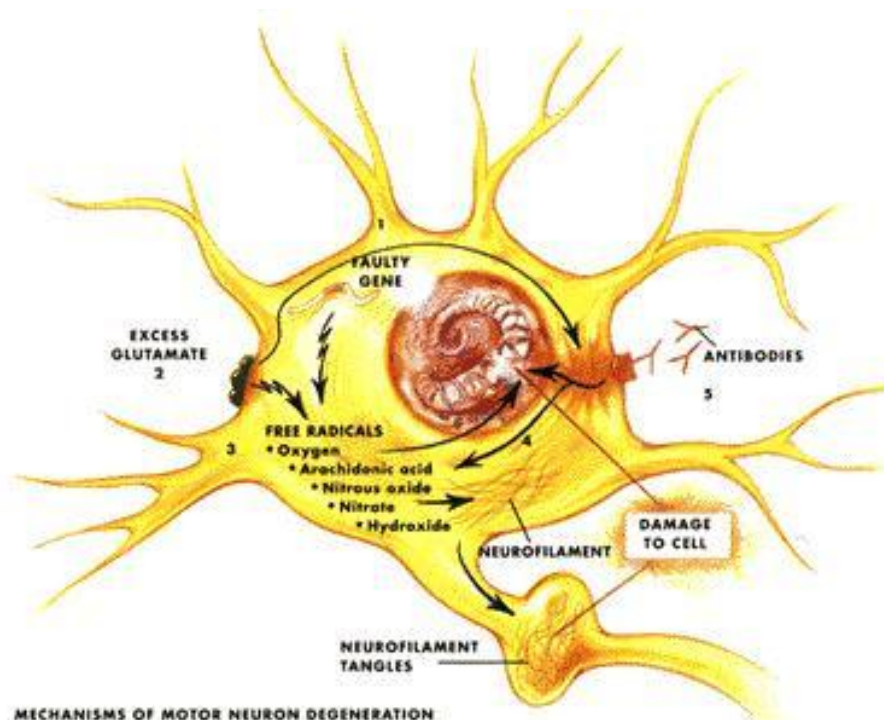


● I locali del distretto sanitario si trovano nel Santobono



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



MECHANISMS OF MOTOR NEURON DEGENERATION

Osteoporosi, ladra di ossa che troppi ignorano

Anche molti medici sottovalutano la malattia



REUMATOLOGIA

VALENTINA ARCOVIO

«È furba, silenziosa, subdola. Una ladra di ossa che agisce con destrezza, senza che la vittima se ne renda conto, fino a quando il bottino è così consistente da non aver lasciato quasi nulla». È così che Giancarlo Isaia, direttore di Geriatria e malattie metaboliche dell'osso dell'Ospedale Molinette della Città della Salute e della Scienza di Torino, oltre che presidente della Siommms (Società italiana dell'osteoporosi, del metabolismo minerale e delle malattie dello scheletro), descrive l'osteoporosi.

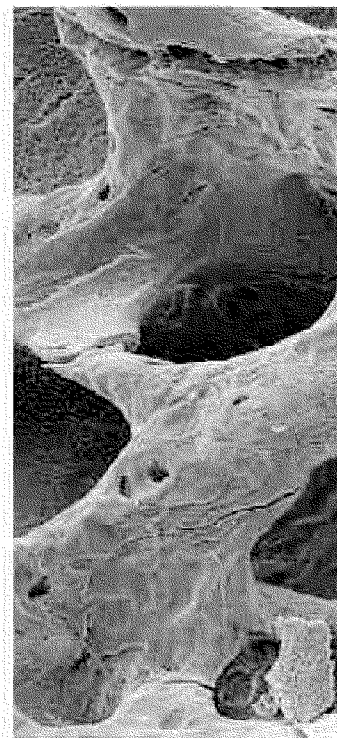
Si tratta di una malattia che indebolisce progressivamente le ossa, impoverendole della sostanza fondamentale e del contenuto minerale del calcio. Si manifesta quando perdiamo troppo tessuto osseo o ne produciamo troppo poco, aumentando il rischio di fratture che possono portare a conseguenze invalidanti. L'osteoporosi, solo in Italia, colpisce oltre 5 milioni di persone, più donne che uomini. «Oltre i 50 anni una donna su tre - spiega Isaia -. E questo perché con gli anni, e soprattutto dopo la menopausa, quando si registrano bassi livelli di estrogeni, le ossa perdono calcio e fosforo e diventa-

no più fragili. Talmente fragili da andare incontro ad una frattura anche in seguito ad un microtrauma». E quando si arriva alle fratture significa che la situazione è compromessa e si parla di osteoporosi severa, una condizione che, se non trattata, porta all'invalidità e perfino alla morte.

**Giancarlo
Isaia**
Endocrinologo

RUOLO: È DIRETTORE DEL REPARTO GERIATRIA E MALATTIE METABOLICHE DELL'OSSO DELL'OSPEDALE MOLINETTE DI TORINO

Se contro l'osteoporosi ci sono terapie che - sembra scontato - sono efficaci purché seguite correttamente, in Italia, spesso, la malattia non viene gestita come si dovrebbe: appena il 24% di chi ne soffre riceve una prescrizione del farmaco di cui necessita. E dei pochi che accedono alla terapia il 12% l'abbandona. Per colmare la lacuna la Siommms e la Federazione italiana osteoporosi e malattie dello scheletro (Fedios) hanno realizzato una campagna informativa, intitolata «Osteoporosi: storia di una ladra di ossa», diffondendo una serie di consigli: dall'indicazione di un'alimentazione ricca di calcio a qualsiasi età all'assunzione di vitamina D in caso di carenze, dal suggerire una regolare attività fisica alla raccomandazione di parlare



con il proprio medico per richiedere esami e informazioni.

«L'osteoporosi è la malattia dei paradossi: ha grandi numeri, con alti costi economici e sociali, con conseguenze in termini di qualità della vita e autonomia, eppure non è curata, è sottovalutata e a volte ignorata. Ecco perché è il momento di cambiare la cultura che circonda questa malattia», sottolinea Ferdinando Silveri, vicepresidente scientifico della Fedios e dirigente medico della Clinica reumatologica dell'Università Politecnica delle Marche. Sotto accusa non solo i pazienti che diventano inconsapevolmente complici della malattia, ma anche i medici. «Sono tanti, troppi, i medici e gli specialisti che sottovalutano il problema», dice Patrizia Ercoli, presidente Fedios.

Tra le soluzioni terapeutiche c'è quella che Davide Gatti, docente di Reumatologia all'Università di Verona, definisce come l'approccio «due in uno: due guardie per una ladra. Le guardie - spiega - sono il principio attivo dell'alendronato e la vitamina D, che, lavorando in sinergia con un'assunzione settimanale, consentono una gestione della malattia più efficace».

Tumori. Presto in pensione la vecchia biopsia

Basterà un test del sangue (indolore, rapido e più efficace) per diagnosticare il cancro. Altro test promettente negli Usa

Roma. Sono sempre di più gli studi e le ricerche che puntano a mandare "in pensione" la biopsia chirurgica per sostituirla con un test del sangue, indolore e più facile da fare, per diagnosticare il tumore. L'ultimo esempio è la "biopsia liquida", con cui si cercano i minuscoli frammenti del Dna tumorale nel sangue del paziente, testata dal National Cancer Institute negli Stati Uniti.

Nello studio pubblicato su *Lancet oncology*, i risultati preliminari sono incoraggianti. Nella ricerca, condotta su 126 pazienti con la più comune forma di linfoma, il test è riuscito a prevedere la ricomparsa del tumore con oltre tre mesi di anticipo rispetto alla tac, e identificato i pazienti che probabilmente non avrebbero risposto alla terapia. «Ogni cancro ha una mutazione che può essere monitorata con questo metodo – spiega David Hyman, uno dei ricercatori –. È come mettere un codice a barre al tumore nel sangue». L'obiettivo è di arrivare, tramite l'analisi del sangue, a capire se la terapia sta funzionando, e se il tumore sviluppa delle resistenze. Così, i trattamenti inefficaci potrebbero rapidamente essere sostituiti da terapie alternative.

Anche il progetto italiano Cancer-Id, dell'Istituto oncologico veneto e coordinato dall'University Medical Center di Hamburg-Eppendorf (Germania) e dall'Università di Twente (Olanda), punta a individuare nuovi marker.

Indagine di Assosalute: è la cefalea tensiva, e non il mal di stomaco, l'effetto dell'essere sotto pressione

Mal di testa tutta colpa dello stress

IL DISTURBO

Dopo una giornata snervante, dopo un esame, durante il fine settimana o nel primo giorno di vacanza. Basta rilassarsi, basta fermarsi per un po' e, a molti, scoppia il mal di testa. Dovuto essenzialmente a contratture muscolari.

Il colpevole? Lo stress. Che, per l'organismo, si traduce in una generale contrazione, in un surplus di fatica per affrontare la vita quotidiana. Questo, secondo un'indagine firmata da Assosalute, l'Associazione farmaci di automedicazione. Il primo effetto sulla salute scatenato dallo stress, secondo la ricerca, è il mal di testa (cefalea tensiva) seguito dall'insonnia, dal mal di stomaco, dai dolori muscolari, dall'herpes labiale e dall'acne. Il dolore viene descritto come una forte sensazione di compressione della testa, come se questa fos-

se stretta da una morsa. Non è pulsante e bilaterale, spesso molto intenso.

La classifica che è scaturita dal sondaggio ha ribaltato le posizioni dal momento che solo fino a 4-5 anni fa era la digestione ad essere penalizzata alla comparsa dei primi segni di superlavoro.

IL NEMICO

«Stressata è la persona che avverte quasi ogni giorno l'incapacità a rilassare i muscoli, sensazioni sgradevoli a carico dell'apparato digerente, mal di testa gravativo, palpitazioni, senso di

LE CONTRATTURE MUSCOLARI PROVOCANO COME UNA MORSA PER ALLENTARE LA TENSIONI SONO UTILI VALERIANA E MELATONINA

stanchezza, insonnia - spiega Piero Barbanti, neurologo dell'Istituto scientifico San Raffaele Pisana di Roma - lo stress è una risposta che l'organismo attiva di fronte a situazioni nuove e improvvise, per ripristinare un nuovo equilibrio. Spesso concomitano sintomi cognitivi come ridotta capacità di attenzione, concentrazione e memoria». Quando lo stress dura un periodo breve l'organismo soffre ma si riprende presto, quando diventa cronico allora si trasforma in un vero nemico per la salute.

«Il mal di testa - commenta Paola Vinciguerra, psicoterapeuta presidente dell'Eurodap, Associazione europea di attacchi di panico - è il primo sintomo insieme all'ansia di uno stato di stress. L'organismo reagisce come se dovesse far fronte a una situazione di pericolo. Quindi si irrigidisce. Da qui i dolori al collo, alla testa, alla schiena e le vertigini. Quando poi emerge l'ansia i sintomi si estendono anche alla

sfera psico-emotiva. Che dà un senso di soffocamento, tremori, agitazione. Lo stress, dunque provoca mal di testa e il dolore ci fa diventare ancora più stressati».

I RIMEDI

Prima regola per proteggersi: «Anzitutto lo stress va riconosciuto - spiega Barbanti - La situazione sotto pressione non deriva tanto da reali situazioni di pericolo, quando dalla distanza che esiste tra il nostro ritmo di vita e quello che la nostra fisiologia richiederebbe. I problemi più lievi possono essere affrontati con farmaci senza obbligo di ricetta, dagli analgesici alle sostanze, come la melatonina e la valeriana, che aiutano a conciliare il sonno e a controllare una particolare eccitabilità nervosa. Utili in chi, carico di tensioni, non riesce a "staccare la spina" neppure la sera prima di andare a letto».

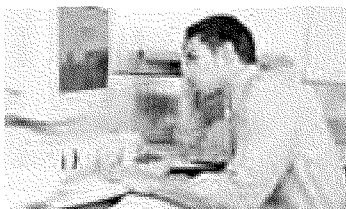
Ester Maria Lorido

© RIPRODUZIONE RISERVATA



40%

delle donne soffrono di mal di testa. Tra gli uomini il 20%



15

i giorni al mese per almeno 3 mesi: il mal di testa è cronico

10%

dei bambini sotto i dieci anni soffre di crisi di cefalea

A PAG. 18

Medicinæ

**Esperti
al lavoro
per definire
linee guida
sull'uso
appropriato
degli anti-acidi**

GASTROENTEROLOGIA/ *Appropriatezza prescrittiva: medici e società scientifiche al lavoro*

Gli «anti-acidi» solo se serve

L'obiettivo è limitare approcci difensivi e la super spesa da 878 mln

Ogni anno sono oltre 1.289.000 le persone a cui sono prescritti i farmaci anti-acidi, quelli che sono più correttamente chiamati Inibitori di pompa protonica (Ppi), senza che per loro costituiscano la terapia più efficace. La motivazione di questa indicazione impropria è la prudenza del medico che lo spinge, per tutelare il paziente e in una certa misura anche se stesso, a raccomandare l'assunzione di questi farmaci in via cautelativa, anche in quei casi in cui non ci sono evidenze scientifiche che questi possano portare un qualche beneficio al paziente.

Del resto si tratta di sostanze molto efficaci, ben tollerate da tutti e che, quindi, possono essere prescritte senza il timore che possano causare effetti indesiderati gravi. Al massimo si rischia che non servano a nulla. Appunto: in questo modo si giustifica uno "sperpero" di denaro pubblico tutt'altro che trascurabile, considerato l'alto numero di persone che assumono questi farmaci e soprattutto la spesa per queste terapie che, secondo i dati più aggiornati, nel 2013 è stata di 878.000.000 di euro.

Ci troviamo di fronte, quindi, a un altro esempio di come la medicina difensiva continui, direttamente o indirettamente, a pesare sulle casse dello Stato.

Ogni anno, secondo quanto riportato nella relazione finale

della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, il costo della medicina difensiva in Italia è di circa 10 miliardi di euro, cioè lo 0,75% del prodotto interno lordo e pari alla stessa cifra incassata per l'Imposta municipale unificata (Imu), una somma solo di poco inferiore a quanto investito in ricerca e sviluppo nel nostro Paese.

Per far fronte a questo problema l'Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti ospedalieri (Aigo), in collaborazione con la Società italiana di Farmacologia (Sif) e la Federazione italiana Medici di medicina generale (Fimmg) sta definendo principi e norme che supportino i medici nel prescrivere questi farmaci solo quando ve ne sia effettivo bisogno e possano essere realmente efficaci.

In questo senso, come riferimento per definire i casi di uso "improprio" sono stati presi documenti dell'Agenzia italiana del Farmaco (Aifa) che precisano per quali patologie si devono usare gli inibitori di pompa protonica (gastroprotezione in soggetti che assumono cronicamente farmaci anti-infiammatori o anti-aggreganti piastrinici, reflusso gastroesofageo, eradicazione di *helicobacter pylori* nei pazienti con dispepsia o ulcera gastro-duodenale) e le diverse eccezioni.

È importante tenere presente che non si tratta di intervenire in maniera acritica riducendo tout

court le prescrizioni: esistono, infatti, due ricerche italiane, una multicentrica nazionale e una effettuata a Roma, che mostrano come possano coesistere, anche in un gruppo di pazienti con la stessa patologia, sia un "overuse" che un "underuse", strettamente dipendente da quadri clinici diversi.

In particolare, lo studio svolto a Roma su pazienti sottoposti a terapia cronica con antinfiammatori e in cura presso 58 medici di medicina generale ha evidenziato due tendenze contrastanti: da una parte, al 57,5% dei pazienti al di sopra dei 65 anni venivano prescritti gli anti acidi, in via cautelativa, anche se i pazienti non presentavano quei sintomi per cui i farmaci risultavano appropriati mentre, dall'altra parte, a oltre il 30% dei pazienti al di sotto dei 65 anni che avrebbero avuto bisogno di gastroprotettori questi farmaci non erano stati prescritti. Il danno derivato dal mancato uso di queste sostanze gastroprotettrici nei casi in cui sono raccomandati non deve essere sottovalutato: vi è, infatti, un elevato rischio di emorragia digestiva a cui possono andare incontro i pazienti. Questa patologia, soprattutto negli anziani, è causa di elevata mortalità e di ricoveri ospedalieri, con notevoli costi per il Servizio sanitario nazionale.

Nella ricerca a respiro nazionale emerge, invece, un ampio abuso di questi farmaci nei pa-

zienti che seguono una terapia con antinfiammatori non steroidei o anche la semplice aspirina: sebbene, infatti, fossero pochi quelli per cui era adeguato l'uso di questi farmaci (o perché al di sotto dei 65 anni o perché assumevano in concomitanza anticoagulanti), nella pratica clinica erano prescritti a oltre l'80% di loro.

Definire, quindi, con precisione l'ambito di prescrizione di una terapia è utile sia per i pazienti sia per i conti pubblici: ma può bastare? Oggi, il numero di soggetti maggiorenni che sono in cura in Italia con i Ppi è di 2.772.873 persone. Il loro consumo è in progressivo aumento: il numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1.000 abitanti è più che raddoppiato negli ultimi dieci anni, passando da 35,4 nel 2005 a 84,8 nel 2013.

Di fronte a tali dati di crescita di consumo è, però, necessario fare un passo ulteriore e ragionare anche in termini di prevenzio-

ne.

È ragionevole, infatti, pensare che non si tratti solo di un problema legato a un eccesso di prescrizioni mediche. Piuttosto ci si trova di fronte a uno dei numerosi problemi oggi legati a stili di vita errati, come sovrappeso e obesità, pasti veloci e irregolari che alternano spuntini a vere e proprie abbuffate.

Non bisogna dimenticare, inoltre, che migliorare le abitudini di vita della popolazione è l'investimento più redditizio per ridurre ogni tipo di spesa sanitaria, non solo quella per i farmaci anti-acido.

Antonio Balzano
*presidente Associazione
italiana gastroenterologi ed
endoscopisti ospedalieri (Aigo)*

Carie e gengiviti: dalle infezioni della bocca il pericolo di ictus e infarti

DANIELE BANFI

È una notizia destinata a fare discutere. Secondo uno studio pubblicato sulla rivista «Trends in Endocrinology and Metabolism», le infezioni batteriche del cavo orale sembrano predisporre allo sviluppo di una serie di malattie cardiache. Ad affermarlo è Thomas Van Dyke del Forsyth Institute di Cambridge, negli Usa. Un risultato frutto della revisione di centinaia di articoli della letteratura scientifica pubblicati negli ultimi anni.

Alla base del legame c'è l'infiammazione scatenata dai microrganismi che popolano la bocca. Come spiega l'esperto, «carie, gengiviti e parodontiti sono le infezioni orali più comuni. Queste ultime, in particolare, sono malattie infiammatorie croniche che distruggono lentamente le strutture di sostegno dei denti». Le infiammazioni, oltre a danneggiare i denti, sono associate anche allo sviluppo di ictus e infarti. Un esempio? Un recente studio ha dimostrato che il microrganismo *Streptococcus gordonii* è in grado di produrre una molecola

simile al fibrinogeno: questa, causando l'aggregazione delle piastrine, può infatti portare alla formazione di trombi, occlusioni dei vasi sanguigni associati a ictus e infarti.

Dalla revisione dei diversi studi è anche emerso che l'utilizzo di alcuni farmaci per abbassare i livelli di colesterolo ha ridotto in maniera significativa sia il rischio di eventi cardiovascolari sia lo sviluppo di parodontiti. «Le infiammazioni del cavo orale dovute ad un'alterazione del microbioma non sono da considerarsi soltanto come malattie a carico dei denti - conclude Van Dyke -. Siamo di fronte anche a un fattore di rischio cardiovascolare modificabile e, per questo motivo, non deve essere più ignorato».