



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# Sì al turn over ma la Regione: sbloccare tutto

**Dal ministro Lorenzin  
concessa la deroga  
solo per 48 assunzioni**

**Paolo Mainiero**

È una boccata d'ossigeno che però non consente al paziente di uscire dalla sala di rianimazione. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha firmato ieri il decreto interministeriale che concede una deroga al blocco del turn over in Campania. La concessione riguarda 48 professionisti sanitari e segue uno sblocco (di 208 unità) avvenuto lo scorso gennaio. In particolare, la decisione è stata presa dopo un'istruttoria

tecnica condotta dal ministero della Salute che ha accertato l'esistenza di criticità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza dovute proprio al blocco del turn over del personale. «La complessa e articolata istruttoria - spiega una nota del ministero - ha tenuto presente sia la riorganizzazione delle reti assistenziali che l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni».

La deroga relativa ai 48 di ieri e ai 208 di gennaio riguarda il 2011 nella misura del 15 per cento rispetto al personale andato via nell'anno precedente. Insomma, a fronte delle 1.706 unità che hanno lasciato il lavoro nel 2010, sono

appena 256 le nuove assunzioni consentite dal ministero della Salute. È una goccia nell'oceano, è acqua che non disseta perché il blocco del turn over, scattato nel 2004 quando il governo commissariò la sanità campana, ha provocato negli anni successivi una grave carenza di personale sia medico che paramedico con gravi conseguenze per i livelli di assistenza. E con il risultato che, per far fronte all'emergenza, si è sottoposto il personale a turni massacranti, si è fatto ricorso allo straordinario con pesanti esborsi da parte delle aziende sanitarie, si è proceduto con convenzioni (costo-

se e poco vantaggiose) tra le stesse Asl.

La deroga per altri 48 medici concessa ieri dal ministro Lorenzin è un palliativo e infatti la Regione chiede e sollecita lo sblocco totale del turn over. Palazzo Santa Lucia ritiene che non si possa procedere a piccoli passi ma occorra un'accelerazione giustificata, si sostiene, dal fatto che il risanamento dei conti, che ha comportato tagli e sacrifici, ha prodotto risultati significativi fino al pareggio di bilancio, certificato anche a Roma rispetto a un disavanzo di 800 milioni. Chiuso il 2011, la Regione spinge per una totale apertura di credito. Il ministero della Salute sta procedendo alla istruttoria per un ulteriore sblocco, relativi



**Il caso  
Palazzo  
Santa Lucia:  
conti  
in ordine,  
insufficiente  
la quota  
del 15 %**

al 2012 per il personale andato via nel 2011. Ma anche in questo caso il turn over (che sarà esteso pure al personale amministrativo) dovrà rispettare il tetto del 15 per cento imposto dal tavolo interministeriale per la verifica del piano di rientro. Il 15 del per cento è una quota ritenuta poco significativa considerato che ogni anno vanno via tra le 800 e le 900 unità (940 nel 2013). Lo sblocco totale del turn over consentirebbe di coprire i vuoti in organico, di risparmiare sugli straordinari e sulle convenzioni. In subordine Palazzo Santa Lucia chiede che la Campania sia almeno allineata alle altre Regioni che usufruiscono di una quota di turn over del 50 per cento.

Nel frattempo la Regione porta avanti la battaglia per una diversa ripartizione del fondo sanitario. La Campania da anni chiede la rivisitazione dei criteri sostenendo che gli attuali siano troppo penalizzanti. Perché, è una delle questioni poste dalla Campania, considerare solo il parametro dell'anzianità della popolazione e non fattori come le aspettative di vita? Il tutto mentre resta sospesa la questione di una possibile riduzione del fondo sanitario nazionale.



**Sanità** Firmato il decreto, resta l'emergenza

## Campania. Lorenzin firma decreto di sblocco del turn over per 48 professionisti

*Il via libera arriva dopo dopo un'istruttoria svolta dal Ministero che ha accertato l'esistenza di criticità nell'erogazione dei Lea dovute anche al blocco del turn over del personale. La concessione dei 48 professionisti sanitari segue un analogo sblocco di 208 unità avvenuto lo scorso gennaio.*



- “Il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** ha firmato oggi il decreto interministeriale per la concessione delle deroghe al blocco del turn over nella Regione Campania ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente. La concessione è relativa a 48 professionisti sanitari e segue un analogo sblocco (208 unità) avvenuto lo scorso gennaio”.

E' quanto riferisce riferisce una nota ufficiale di Lungotevere Ripa. “In particolare – motiva la nota – lo sblocco è stato effettuato dopo un'istruttoria tecnica condotta dal Ministero della Salute che ha accertato l'esistenza di criticità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza dovute anche al blocco del turn over del personale. La complessa e articolata istruttoria ha tenuto presente sia la riorganizzazione delle reti assistenziali che l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni”.

## **Soresa, Palazzo Santa Lucia rinnova il collegio sindacale**

**NAPOLI** - Nuovi incarichi in vista. Questa volta la Regione Campania deve 'trovare' i componenti del collegio sindacale della Soresa Spa. La selezione è rivolta ai soggetti già inseriti, alla data del 31 marzo nell'elenco dei candidati alla nomina di componente dell'organo di controllo o di revisore unico nelle società partecipate della Regione Campania, nelle fondazioni, associazioni o enti, comunque denominati, di diritto privato in controllo pubblico, regolati o finanziati dalla giunta regionale.

DECRETO IRPEF/ Sugli enti locali 700 mln di tagli. Ma non è chiaro come realizzarli

## Acquisti p.a., 2 mld di risparmi Contratti da ridurre del 5%. Il rischio contenzioso è alto

DI LUIGI OLIVERI

**A**cquisti di beni e servizi ridotti in ogni settore della pubblica amministrazione per un totale di 2,1 miliardi per il 2014.

Il decreto legge sulla spending review richiama le amministrazioni pubbliche all'esigenza di reperire consistenti risparmi dall'attività contrattuale. È una delle voci più significative della manovra, perchè di natura strutturale, ma anche tra le più delicate, in quanto non sarà semplice ottenere il risparmio preventivo.

I tagli graveranno per 700 milioni sugli enti locali (340 milioni per province e città metropolitane e 360 milioni per i comuni). Ma i sistemi per giungere a tali risultati appaiono abbastanza complicati.

La determinazione degli obiettivi di riduzione della spesa è rimessa a un decreto del presidente del consiglio dei ministri, da adottare entro 30 giorni dalla vigenza del decreto legge, che potrà specificare obblighi di riduzione della spesa

anche inferiori a quelli che proporzionalmente si dovrebbero apportare nei riguardi di enti considerati particolarmente «virtuosi» negli acquisti. Si tratterà degli enti che acquisiscono forniture e servizi ai prezzi più prossimi possibile a quelli di riferimento, laddove esistano; che registrino i minori tempi di pagamento dei fornitori; fanno il più ampio ricorso agli strumenti di acquisto messi a disposizione dalle centrali di committenza.

Il decreto, dunque, spinge le amministrazioni in modo molto chiaro a utilizzare in maniera estesa i sistemi di acquisizione a «prezzi standard», garantiti proprio da prezzi «di riferimento» o dalle convenzioni generali messe a disposizione dalle centrali di committenza, come la Consip o le centrali regionali.

La bozza del decreto legge non a caso contiene una specifica norma per istituire l'elenco

dei «soggetti aggregatori», di cui fanno ex lege parte Consip e una centrale di committenza per ogni regione (se costituita), nonché tutti i soggetti qualificati come centrali di committenza che saranno inseriti nell'elenco da parte dell'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici. I soggetti aggregatori avranno il compito di coordinarsi tra loro per agevolare l'analisi della spesa pubblica



e la sua riduzione, riferita agli acquisti di beni e servizi, che saranno centralizzati attraverso essi. I quali pubblicheranno entro il 30 settembre di ogni anno anche i prezzi delle prestazioni contrattuali principali, così da fornire una prima base di confronto per le amministrazioni appaltanti. Ma, accanto a questo sistema di standardizzazione, vi sarà quello dei «prezzi di riferimento», che saranno elaborati dall'Authority.

Il sistema dell'aggregazione e dei prezzi di riferimento,

tuttavia, entrerà a regime col tempo e varrà, ovviamente, per gli acquisti futuri, che le amministrazioni saranno obbligate a compiere appunto assicurando che gli importi contrattuali non siano superiori a quelli dei beni inseriti nelle convenzioni Consip o indicati nei prezzi di riferimento, ove esistenti. In caso di violazione di questo obbligo, i contratti stipulati saranno nulli e scatteranno responsabilità da risultato e dirigenziale nei riguardi dei dirigenti che sottoscrivessero i contratti in violazione di questi obblighi.

Il problema, dunque, è garantire da subito la rilevante riduzione di spesa programmata dal decreto. A questo scopo, il governo suggerisce di agire sui contratti già in essere. La bozza iniziale del decreto imponeva ex lege una riduzione degli importi contrattuali in essere del 5%.

Il testo approvato, invece, «autorizza» le amministrazioni a ridurre gli importi dei contratti in essere per forniture e servizi del 5% a partire dall'entrata in vigore del dl e

per tutta la durata residua del contratto, con la possibilità delle parti di rinegoziare il contenuto dei contratti e la facoltà dei contraenti privati di recedere dal contratto entro 30 giorni della comunicazione della riduzione da parte dell'amministrazione appaltante.

In questo caso si aprirebbe una fase di «vuoto» gestionale: ma il decreto consente alle amministrazioni appaltanti, nelle more dell'attivazione di nuove procedure di gara, di acquisire le prestazioni presso la Consip o centrali di committenza regionali o di attivare procedure negoziate.

È evidente il rischio dei contenziosi dietro a questa, che rimane, tuttavia l'unica e concreta possibilità di ottenere le riduzioni di spesa previste dal governo. Rischio, al quale si affianca quello dell'interruzione di moltissimi contratti e di rincorse ad affidamenti diretti o a ridefinizioni complessive delle prestazioni, considerando che le convenzioni Consip hanno, ovviamente, condizioni e modalità esecutive diverse e peculiari.

## La rivolta delle Regioni “Impossibile tagliare ancora”

**Devono contribuire** con 700 milioni al risanamento dei conti, l'80% del loro bilancio è speso per la salute. I presidenti si riuniscono domani, sono pronti a dar battaglia sulla sanità: **abbiamo già ridotto all'osso**

FRANCESCA SCHIANCHI  
ROMA

A sentire loro, non ce n'è uno che possa più tagliare. Chi, come il Veneto, perché vanta di non aver mai subito un piano di rientro della sanità, decanta il taglio del 96% di consulenze e, prima del perentorio «i sottosegretari vadano a piedi» di Renzi, aveva già pensato ad appiattare 5 assessori su 12 (nel senso che le auto blu sono rimaste 7). Chi,

come la Liguria, assicura di aver già ridotto il budget regionale – sanità esclusa – di 330 milioni solo tra 2010 e 2011, e poi ancora negli anni dopo, e quindi adesso «per ulteriori risparmi sarebbe bene stabilire dei parametri chiari e partire da lì, altrimenti si rischia di favorire quelli che non hanno tagliato mai», rileva il governatore Claudio Burlando. Ma anche scendendo verso sud, verso regioni che, almeno per quel che ri-

guarda la sanità, non hanno proprio brillato, visto che sono tuttora commissariate, si insiste che però da qualche tempo a questa parte risparmi e robuste spending review ne sono state fatte: dal Lazio in cui si dichiarano 163 milioni di risparmi grazie alla centrale unica degli acquisti (e si promette di aggiungerne altri 100 da qui a fine anno), alla Campania che sta per uscire dal commissariamento, e il presidente Stefano Caldoro snocciola soddisfatto numeri come quelli della dieta imposta all'amministrazione, da 7800 a 5600 dipendenti. A sentire chi commissariamenti e curve pericolose non ne ha mai subite, il governo armato delle sue temute forbici dovrebbe virare verso Sud, ché chi è stato bravo va premiato (vedi come la pensa il veneto Zaia), ma viceversa chi sta cercando di risalire la china di situazioni difficili respinge l'accusa al mittente, con logica diametralmente opposta e ugualmente feroce: «Tagliare sui bilanci ordinari è difficile per tutti, ma è un po' più facile per chi, come il Centro-nord, dà più servizi ai cittadini che non hanno un'obbligatorietà di legge – commenta Caldoro – per noi è più complicato perché abbiamo più obbligazioni, come personale, strutture, spese di depurazione».

Ma allora, chi taglierà i famosi 700 milioni che il premier Renzi ha annunciato di pretendere dalle Regioni su beni e servizi? Sessanta giorni, gli ha dato, perché siano loro a indicare dove si può procedere con la forbice, «se no interveniamo noi». Anche se vari governatori fanno notare che il decreto ancora non lo hanno letto, quindi ci sono dettagli ancora da capire. E' vero che, come sottolinea il presidente della Puglia Nichi Vendola, «nella norma si dice che questi risparmi non dovranno essere recuperati dal salvadanaio della sanità», ma è anche vero che il bilancio delle Regioni è per gran parte assorbito dall'onerosissima spesa sanitaria (nel 2012, certifica

l'Istat, 110,8 miliardi), e in un'intervista al «Corriere della Sera» il ministro dell'Economia Padoa-Schioppa ha ammesso che sulla sanità «non ci sono tagli specifici, ma è anche vero che le Regioni possono tagliare voci di spesa sanitaria per ridurre gli sprechi».

Domani mattina è convocata la Conferenza delle regioni, l'assemblea di tutti i territori capitanata dall'emiliano Vasco Errani. Dovrà ricordare lui ai colleghi che, in realtà, hanno scampato un pericolo ben peggiore, visto che si parlava di ben 2,4 miliardi di tagli in due anni al comparto sanitario. Non che, comunque, agire sul bilancio vivo sia tanto più indolore: «Per noi in Puglia è tutto assorbito da stipendi del personale, mutui residui e cofinanziamento della spesa comunitaria», dettaglia Vendola, «e siccome le prime due voci non le possiamo toccare, rischiamo di dover tagliare il cofinanziamento. Sa cosa vuole dire?». Una beffa: «Che per ogni euro che taglio, è un euro che dovrò restituire a Bruxelles».

E così, dinanzi alla prospettiva di nuovi, faticosi risparmi, c'è chi, come Zaia, prende di petto la questione; chi, pur segnalando le difficoltà, promette «spirito di collaborazione», come Caldoro; chi, come il collega che sta guidando la Calabria, Giuseppe Scopelliti, anche commissario straordinario della sanità, spera che possano dare frutti i sacrifici fatti dai calabresi, «tagliare non sarà facile ma quel che stiamo facendo sul piano sanitario ci farà recuperare probabilmente un po' di risorse». Si vedrà in quali percentuali, ma tutti dovranno contribuire. «Già, perché Roma non vuole fare atti pesanti sui cittadini e allora trasferisce a noi l'incombenza», sbotta Vendola, «ma le regioni in questi anni hanno già fatto grandissimi sforzi. E il centro, i ministeri ad esempio, hanno fatto altrettanto?».

Non ci sono tagli alla sanità: se trovate le parole sanità e tagli nel decreto Irpef vi offro da bere

Matteo Renzi  
Presidente  
del Consiglio

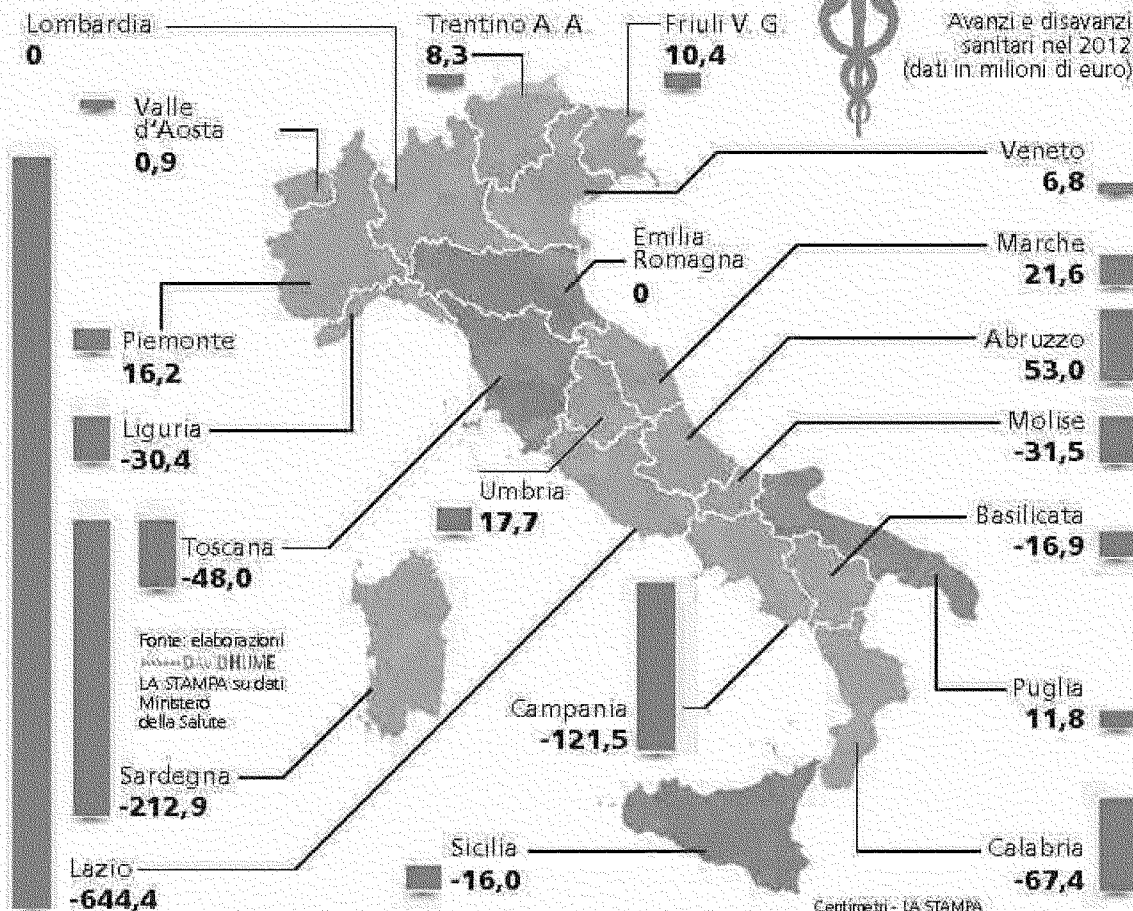
È ufficiale: non ci sono tagli alla sanità. Non è una vittoria personale, questa volta vincono i cittadini

Beatrice Lorenzin  
Ministro  
della Salute

guarda la sanità, non hanno proprio brillato, visto che sono tuttora commissariate, si insiste che però da qualche tempo a questa parte risparmi e robuste spending review ne sono state fatte: dal Lazio in cui si dichiarano 163 milioni di risparmi grazie alla centrale unica degli acquisti (e si promette di aggiungerne altri 100 da qui a fine anno), alla Campania che sta per uscire dal commissariamento, e il presidente Stefano Caldoro snocciola soddisfatto numeri come

## Dossier / La corsa ai risparmi

### I bilanci



**Il monitoraggio.** La piattaforma informatica

## Una chance in più per i creditori

■ L'introduzione della fatturazione elettronica obbligatoria agevola anche il pagamento dei crediti che i fornitori vantano verso la pubblica amministrazione. Questa conseguenza deriva dalle nuove regole imposte dal decreto Irpef, approvato venerdì dal Consiglio dei ministri, in materia di monitoraggio dei debiti della Pa e di funzionamento della piattaforma informatica di certificazione dei crediti liquidi e esigibili.

In particolare nel decreto viene previsto che i titolari di crediti per somministrazioni, forniture e appalti, nonché per obbligazioni relative a prestazioni professionali nei confronti delle pubbliche amministrazioni possono comunicare, mediante la piattaforma elettronica (articolo 7, 1 comma, del Dl 35/2013), i dati riferiti alle fatture o richieste equiva-

lenti di pagamento emesse a partire dal 1 luglio 2014. Da parte loro le pubbliche amministrazioni comunicano, utilizzando la stessa piattaforma, le informazioni inerenti alla ricezione ed alla rilevazione sui propri sistemi contabili delle fatture o richieste equivalenti di pagamento emesse dal 1° gennaio 2014. Inoltre, entro 15 giorni di ciascun mese le stesse Pa comunicano i dati relativi ai debiti non estinti, certi, liquidi ed esigibili per i quali, nel mese precedente sia stato superato il termine di pagamento dal quale

### MENO RITARDI

Le informazioni saranno automaticamente accessibili e sarà così possibile vigilare sulla formazione e l'esigibilità delle somme

derivano gli interessi moratori.

Queste comunicazioni, nel caso di fatture elettroniche trasmesse tramite il sistema di interscambio (Sdi) di Sogei, vengono acquisite in modo automatico dalla piattaforma elettronica di certificazione. In effetti, tramite questo sistema la piattaforma acquisisce in automatico i dati delle fatture e le relative informazioni di invio e ricezione delle stesse da parte, rispettivamente, del fornitore e del destinatario pubblico.

Queste informazioni risultano determinanti per i creditori perché da tale momento scattano anche i termini per la decorrenza degli interessi moratori che gli enti pubblici devono pagare in caso di non rispetto dei termini di pagamento fissati dal Dlgs 192/12 (30 o 60 giorni).

Inoltre, sempre a seguito

dell'introduzione della fattura elettronica, la piattaforma si arricchisce di elementi informativi, in quanto il formato obbligatorio previsto dal Dm 55/2013 (regolamento della fattura elettronica) include anche le informazioni relative alla natura, corrente o capitale, dei debiti, nonché il codice identificativo di gara (Cig) ovvero il codice unico di progetto (Cup).

Tutte queste informazioni vengono automaticamente accessibili da parte dei creditori delle pubbliche amministrazioni attraverso la piattaforma di certificazione e, in questo modo sarà possibile, tempestivamente e senza i ritardi causati dall'intervento delle singole strutture pubbliche coinvolte, monitorare la formazione e l'esigibilità dei singoli crediti vantati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Alzheimer. "Servono nuovi Lea": Senato approva mozione all'unanimità

*Migliorare la presa in carico e l'assistenza ai malati di Alzheimer. Questa la finalità del testo (prima firmataria De Biasi) passato con 228 voti. Il sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo, annuncia il parere favorevole del Governo. La mozione impegna l'Esecutivo a migliorare anche la formazione degli operatori e ad aggiornare i Lea.*



Questa mattina al Senato è stata discussa e votata la mozione sulla cura dei malati di Alzheimer. La mozione è stata approvata all'unanimità con 228 pareri favorevoli. Nel corso della discussione è intervenuto il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo**, annunciando il parere favorevole del Governo sui temi proposti dalla mozione: "Sono questioni che condividiamo e sulle quali abbiamo intenzione di incrementare il nostro impegno nei prossimi anni".

Nel suo intervento, il sottosegretario ha illustrato la situazione riguardante i malati di Alzheimer in Italia, sintetizzando la questione in quattro punti:

- **Rete servizi socio-sanitari.** C'è stata una spinta negli ultimi anni, le unità di valutazione sono ora, infatti, circa 500. Sono dunque cresciute moltissimo rispetto alle 50-60 che venivano enumerate fino a qualche anno fa.
- **Aggiornamento Lea.** Anche la bozza di Dpcm oggetto di discussione tra la Conferenza delle Regioni e il Governo prevede un aggiornamento per questo tipo di prestazioni, inserendo i trattamenti residenziali e semiresidenziali a carico dello Stato.
- **Formazione.** Come Ministero abbiamo organizzato 179 eventi formativi sulla materia, e abbiamo predisposto che anche gli Ecm dovranno riservare particolare attenzione su questo tipo di problema.
- **Ricerca.** Si può fare ancora di più. Ma già oggi, nonostante limiti finanziari, il 25% dei bandi per ricerca finalizzata riguarda malattie neurodegenerative, così come il 35% della ricerca corrente è sostanzialmente incentrata su questo campo.

"Questa mozione - ha concluso De Filippo - produce una spinta e impegni ulteriori che ci impegneremo a realizzare. Il parere del Governo è favorevole ed esprimiamo dunque la nostra piena condivisione".

Ricordiamo, infine, che il testo approvato impegna il Governo:

- 1) a promuovere un progetto generale di cura della demenza che parta dagli aspetti propriamente clinici, quali la diagnosi e il trattamento farmacologico e non farmacologico, sviluppando in parallelo specifici servizi dedicati alle diverse fasi della malattia, ai problemi familiari e ai luoghi delle cure;
- 2) a prevedere un sistema che, tenendo conto della situazione ambientale e sociale del singolo paziente, garantisca: diagnosi e presa in carico tempestiva; terapia non farmacologica e farmacologica; educazione del paziente e degli erogatori primari di cure e di assistenza; affidamento a un team territoriale con competenze specifiche; competenze specialistiche sanitarie e sociali finalizzate alla consulenza per il monitoraggio e la gestione delle fasi di scompenso; disponibilità di strutture sociosanitarie dedicate all'accoglienza temporanea; nuclei residenziali edificati secondo specifiche indicazioni architettoniche e organizzative;
- 3) a prevedere uno stabile monitoraggio epidemiologico, compatibilmente con i vincoli normativi sulla privacy, che consenta di adottare ogni iniziativa necessaria a creare omogeneità nella rete integrata dei servizi sociosanitari assistenziali su tutto il territorio nazionale;
- 4) ad inserire nell'ambito del programma di educazione continua in medicina (Ecm) specifici obblighi formativi riferiti all'Alzheimer per gli operatori della sanità che svolgono attività assistenziale riferita alla patologia;
- 5) a promuovere idonee iniziative per il sostegno e lo sviluppo della ricerca scientifica nel campo delle malattie neurodegenerative e della demenza;
- 6) a definire nei tempi più brevi la revisione dei Lea e a promuovere la definizione di apposite linee guida per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento terapeutico e assistenziale dei pazienti affetti dal morbo di Alzheimer, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni e uniformarne l'efficacia e l'efficienza;
- 7) a promuovere apposite campagne di educazione sanitaria rivolte alla popolazione per migliorarne la consapevolezza e le corrette modalità per rapportarsi alle strutture del Servizio sanitario nazionale e agli operatori.

## Europa. Spesa sanitaria a quota 948 miliardi nel 2012. Il 7,3% del Pil. Italia in linea con la media

*Numeri contenuti in un focus dell'Eurostat sull'evoluzione del governo della spesa pubblica degli Stati membri. La Croazia è il paese che spende di più per la sanità (9,2% sul Pil). Ultima la Romania (3,1%). L'Italia in linea con la media Ue.*



La spesa sanitaria dei 28 Paesi dell'Ue nel 2012 è ammontata a 948 miliardi di euro pari al 7,3% del Pil. Numeri forniti dall'Eurostat in un focus a cura di **Laurent Freysson, Martim Assunção, Michele Marotta, Laura Wahrig**, che ha analizzato l'evoluzione del governo della spesa pubblica degli stati membri. Una fotografia che segnala una stabilità nell'allocazione delle risorse per la tutela della salute visto che anche nel 2011 la spesa dedicata era stata pari al 7,3% del Pil europeo. Certo, risorse in calo rispetto ai fasti del 2009 dove si raggiunse il picco massimo del 7,6% sul Pil dedicato alla salute ma dove, giova ricordare, il 51% del Pil Ue era destinato ai servizi pubblici (nel 2012 è al 49,4%).

Queste dunque le risorse che l'Ue a 28 stanziava per tutelare la salute dei suoi 507 milioni di cittadini. E la Sanità con il suo 14,9% sulla spesa totale rappresenta il secondo fattore di spesa pubblica dopo la protezione sociale (previdenza e sussidi su tutti) in testa con il 40,3%.

Ma chi spende di più e chi di meno in Europa per la sanità nel 2012? In testa alla graduatoria c'è la Croazia che nel 2012 ha stanziato il 9,2% del suo Pil. Segue l'Olanda con l'8,9%. Poi Danimarca (8,6%) e la Francia con l'8,3%.

Lo stato che spende di meno è invece la Romania (il 3,1% del Pil) seguita da Cipro (3,3%) e dalla Lettonia con il 3,9%. L'Italia risulta con il 7,3% in linea con la media Ue a 28.

Per approfondire vedi le [tabelle](#) su: andamento governo della spesa pubblica dal 2002 al 2012; Spesa sanitaria 2012 per Stato Ue e Spesa pubblica Ue per l'anno 2012 per Stato e per comparto.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province





# SANITÀ, CASO ASL

## IL MINISTERO ATTENDE RISPOSTE

# I subcommissari ascolteranno i sindaci irpini

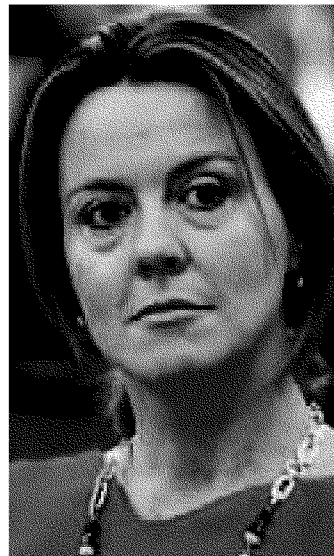
Servizi essenziali, da Roma Lorenzin sblocca il turn-over negli ospedali

CHRISTIAN MASIELLO

Avellino

E' in fermento la sanità irpina, in un momento delicato di trasformazione dell'intero settore a livello campano. Scade oggi il termine per l'invio a Roma del rapporto richiesto dal ministero della Salute sulla gestione dell'Asl di Avellino. L'indagine avviata dal ministro è affidata alla responsabilità della struttura commissariale regionale, che la prossima settimana potrebbe ascoltare i rappresentanti delle autonomie locali, a cominciare dal sindaco di Avellino, Paolo Foti. Il ministro sta approfondendo scelte ed operato della direzione generale avellinese, alla luce delle rimostranze registrate in questi mesi da parte di amministratori locali, sindacato e pazienti, ma non solo. Oltre agli esposti noti, relativi ai tagli operati sulla assistenza domiciliare tra la fine dell'anno scorso e l'inizio del 2014, ma anche quelli che si riferiscono agli accreditamenti, altri sarebbero al vaglio delle autorità di settore, oltre che della magistratura. Nella missiva inviata da Roma ai subcommissari Cinque e Morlacco, trasmessa anche alla Guardia di Finanza di Roma, quindi di Napoli, il ministero avrebbe sollecitato rispo-

ste entro questa settimana, onde decidere sul daffarsi. Secondo quanto si apprende da ambienti sanitari regionali, non sarebbe esclusa l'ipotesi di un commissariamento dell'Asl di Avellino, nell'ambito di una operazione di ristrutturazione e riassetto che il governo vorrebbe realizzare anche in altre province della Campania, come Benevento e Caserta. Dopo aver scongiurato i tagli al plafond, più volte tornati in discussione, il ministro Beatrice Lorenzin sembra puntare a creare le condizioni di agibilità per la decisione che tutti ormai danno quasi certa, l'uscita della Campania dalla gestione commissariale, a partire dall'esercizio 2015, con un possibile decreto da portare nel Cdm entro il prossimo autunno. Per rendere possibile questa svolta, dopo sette anni di tagli continui imposti dal Piano di rientro, tuttavia, il Ministro mira ad ottenere quella sterzata che ritiene necessaria per evitare la ripresa del deficit, salvaguardando però i livelli assistenziali essenziali. L'obiettivo è ridisegnare dal basso la gestione della sanità regionale, rimodulando le Asl con il pieno coinvolgimento del territorio e degli enti locali, quindi di tutte le istitu-



Nella foto il ministro Lorenzin  
Sopra: la sede irpina dell'Asl

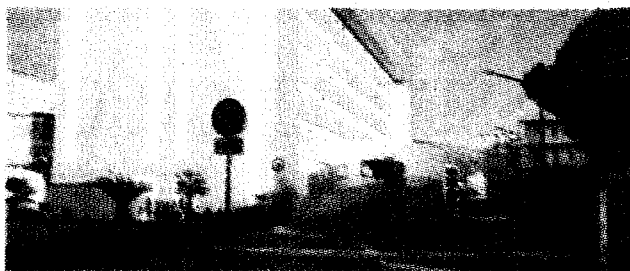
zioni, affrontando lo spreco nelle pieghe burocratiche, sconfiggendo le logiche diseconomiche locali, spesso all'origine di quelle che poi si trasformano in inefficienze sistemiche. Obiettivo principale di Beatrice Lorenzin è sganciare i servizi essenziali e le prestazioni indispensabili per gli utenti e i pazienti dal novero dei comparti destinatari di una revisione dei centri di costo e della spesa. Non è un caso, che con cautela ma decisione il ministro continui con assiduità a monitorare la situazione campana proprio in relazione ai "Lea". Ieri ha firmato «il decreto interministeriale per la concessione delle deroghe al blocco del turn over nella Regione Campania, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente», si apprende da fonti di agenzia. «La concessione è relativa a 48 professionisti sanitari e segue un analogo sblocco (208 unità) avvenuto lo scorso gennaio». La motivazione, si spiega, è correggere «criticità nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza dovute anche al blocco del turn over del personale». In questo senso, «la complessa e articolata istruttoria ha tenuto presente sia la riorganizzazione delle reti assistenziali che l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni».

L'ex Monaldi e Cardarelli Cusano e l'ex Secondo Policlinico Muto sono considerati i più vicini al governatore Caldoro  
*Ospedale, due manager napoletani favoriti per la direzione*

CASERTA (ren.cas.) - **Tullio Cusano**, ex direttore generale del Monaldi e del Cardarelli, e **Luigi Muto**, ex direttore generale del Secondo Policlinico di Napoli, potrebbero essere i favoriti nella corsa a direttore gene-

*Anche Abbondante,  
Matarazzo e Zotti  
in lizza per guidare  
l'azienda  
di via Tescione*

rale dell'azienda ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano". Secondo le voci che girano negli ambienti della sanità napoletana e casertana, i due manager sarebbero i più vicini al presidente della giunta regionale **Stefano Caldoro**, che in questi giorni dovrà fare la sua scelta. Sembrano meno accreditati **Giancarlo Zotti**, ex responsabile dell'Asl di Frosinone e fino a pochi anni fa considerato in quota al centrosinistra, **Giuseppe Matarazzo**, ex direttore sanitario del Loreto Mare e del Cardarelli, ed **Elia Abbondante**, direttore amministrativo dello stesso ospedale partenopeo. Intanto, il commissario straordinario **Paolo Sarnelli** ha firmato una nomina in un incarico delicato: quello di ufficiale rogante. Il funzionario dovrà redigere i contratti qualora si opti per la stipula nella forma amministrativa; custodire l'originale degli atti, autenticare le copie e rilasciarle alle parti che ne fanno richiesta e curare la tenuta del Repertorio; curare gli adempimenti tributari



connessi agli atti da lui ricevuti. Al prescelto non andranno comunque retribuzioni aggiuntive.

La scelta è caduta su **Agostino Tenga**, fratello del consigliere comunale del capoluogo Donato. Una decisione presa sulla base di una nota del direttore del Dipartimento Acquisti, Manutenzione, Sicurezza e Servizi Informatici **Antonietta Costantini** che era stata protocollata "appena" il 20 settembre dell'anno scorso. Va quindi notato che i direttori generali **Francesco Bottino** e **Domenico Ovaiolo** non

hanno ritenuto urgente provvedere alla nomina, così come, del resto, non lo aveva ritenuto lo stesso Sarnelli in questi primi mesi di mandato.

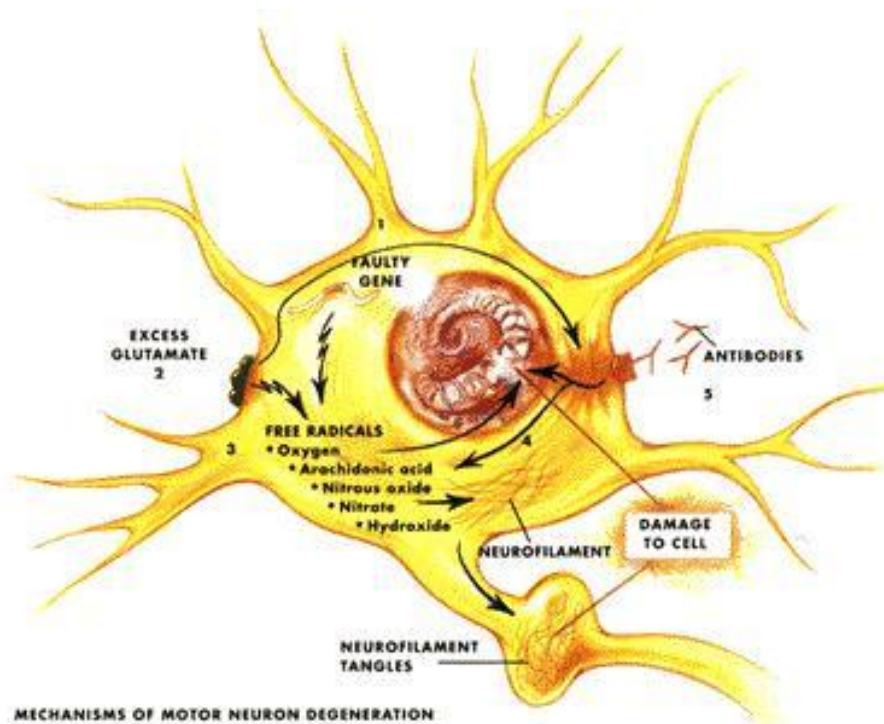
© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Il commissario Sarnelli  
nomina Tenga  
"ufficiale rogante":  
la richiesta era datata  
settembre 2013*



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



UN'EMERGENZA SANITARIA ALL'ORIZZONTE

## I superbatteri che battono gli antibiotici

VITTORIO A. SIRONI

Rischiano di divenire armi spuntate gli antibiotici che usiamo abitualmente per curare e sconfiggere le malattie infettive: un effetto del loro eccessivo e spesso inadeguato uso nell'ambito delle medicina umana e, ancor di più, in campo veterinario. La prescrizione di antimicrobici per la terapia di patologie febbrili di origine non batterica, come quelle virali, non solo non serve per guarire queste patologie (spesso banali, come l'influenza), ma diventa un boomerang per la tutela della salute.

A PAGINA 3

FRONTIERE DELLA SCIENZA

# Superbatteri resistenti ai farmaci Nuova sfida per la medicina

*L'uso eccessivo degli antibiotici li sta rendendo inefficaci*

## L'analisi

**Crescono i ceppi che non rispondono alle cure. Sotto accusa la somministrazione inopportuna sui malati e quella massiccia in veterinaria. I germi hanno la possibilità di «selezionarsi», mentre l'industria non investe più in ricerca. Rischio di epidemie senza rimedi**

di Vittorio A. Sironi

**R**ischiano di divenire armi spuntate gli antibiotici che usiamo abitualmente per curare e sconfiggere le malattie infettive: un effetto del loro eccessivo e spesso inadeguato uso nell'ambito delle medicina umana e, ancor di più, in campo veterinario. La prescrizione di antimicrobici per la terapia di patologie febbrili di origine non batterica, come quelle virali, non solo non serve per guarire queste patologie (spesso banali, come l'influenza), ma diventa un boomerang per la tutela della salute. La presenza di grandi e persistenti quantità di antibiotico nel corpo di un malato seleziona ceppi di batteri che diventano resistenti al tipo di farmaco utilizzato, rendendo così inefficace il suo eventuale successivo uso quando questo fosse realmente necessario. La grande velocità riproduttiva dei batteri – alcuni si moltiplicano in decine di migliaia di esemplari nel giro di pochi minuti – amplifica ulteriormente il fenomeno. Spesso, soprattutto in ambiente ospedaliero, ci si trova di fronte a patologie infettive causate da "superbatteri" resistenti ai farmaci che sovente diventano letali per il malato.

malattie di Atlanta, pubblicato sulla rivista *Emerging Infectious Diseases*, afferma che il batterio responsabile della gonorrea, una delle più comuni malattie a trasmissione sessuale, sino a ora facilmente curabile, sta diventando resistente a tutti i farmaci. Attualmente il germe non viene debellato dalle penicilline e dalle tetracicline, due tra i più datati e utilizzati tipi di antibiotico, e l'unico trattamento efficace rimasto è quello con le ciclosporine. Anche se al momento negli Stati Uniti non sono emersi ceppi immuni alle ciclosporine, sottolineano gli autori dello studio, in altri Paesi si stanno già manifestando ed è solo questione di tempo prima che la diffusione di questi germi resistenti diventi sempre più ampia, coinvolgendo territori ancora indenni. Un'indagine epidemiologica svolta negli ultimi due decenni in diverse città statunitensi ha evidenziato che è sufficiente la presenza di un decimo di forme di gonorrea farmacoresistenti sul totale dei casi osservati per provocare quasi il raddoppio dell'incidenza nella comparsa di nuovi malati. «Sulla base dell'esperienza derivata dall'uso di altri farmaci – concludono gli autori – la diffusione di un ceppo resistente negli Usa appare imminente».

**A**ncora più angosciante la recente notizia su una forma di tubercolosi resistente agli antibiotici che sta velocemente espandendosi in Russia. Secondo gli esperti, è dovuta a un "superbatterio" che per una mutazione genetica è in grado di diffondersi molto più rapidamente rispetto al comune germe, oltre ad essere resistente ai farmaci impiegati nella cura di questa

**L**e segnalazioni di nuovi "superbatteri" resistenti agli antibiotici disponibili diventano sempre più frequenti. L'ultimo allarme poche settimane fa. Uno studio del Centro per la prevenzione e il controllo della

infezione. In particolare, anche a quelli di "seconda linea", cioè gli antibiotici ritenuti più potenti usati quando quelli abituali (rifampicina e isoniazide) risultano inefficaci. D'altra parte le forme di Mdr-Tb, sigla che identifica le forme di tubercolosi multiresistente alla terapia, non sono un fenomeno nuovo. Le prime segnalazioni risalgono al marzo del 2006, ma il vero allarme scattò nell'estate di quello stesso anno, dopo l'epidemia scoppiata in Sudafrica, con una mortalità quasi del 100%. Oggi in Italia, sugli oltre seimila casi di tubercolosi annui, solo il 3,7% riguarda forme multiresistenti, ma nel mondo, su quasi 9 milioni di malati (con una mortalità che si avvicina al milione e mezzo), ben il 10% è multiresistente.

Il problema della resistenza batterica è stato ulteriormente acuito negli ultimi decenni dall'indiscriminato uso di antibiotici in ambito veterinario. La loro somministrazione ad animali, soprattutto bovini, non malati – quindi senza una motivazione terapeutica – era determinata dal notevole incremento ponderale che essa determinava. Una pratica quindi non giustificata da ragioni sanitarie, ma esclusivamente da fini commerciali. Anche se l'Europa ha posto al bando negli allevamenti l'uso non terapeutico di antibiotici (la prima norma risale al 1997 mentre la proibizione totale è in vigore dal 2006), limiti meno vincolanti sono in atto negli Stati Uniti, mentre in molti altri Paesi tali limitazioni non esistono affatto. Questa massiccia diffusione di antibiotici nell'ambiente (perché dispersi con i liquidi biologici degli animali) e nella popolazione (perché inconsapevolmente ingeriti con le carni delle bestie trattate) ha determinato una "bomba ecologica" incontrollata, destabilizzando rapidamente il delicato equilibrio biologico tra ambiente, genere umano e germi (patogeni e non patogeni) stabilitosi nel corso dell'evoluzione. Ciò rende oggi più difficile respingere gli "assalti" dei germi patogeni, agenti infettivi contro i quali la medicina aveva saputo trovare efficaci difese. Il fenomeno della resistenza batterica, inizialmente tipico dei Paesi industrializzati dove l'uso degli antibiotici in terapia umana è esploso subito dopo il secondo dopoguerra, è andato poi interessando anche il resto del mondo, mano mano che si è diffuso l'uso terapeutico di questi farmaci. Oggi è un problema globale, reso ancora più grave dalla facilità di viaggiare, che espone al rischio di una diffusione in tempi rapidissimi dei "superbatteri".

La resistenza batterica è un problema che mette a dura prova le capacità "creative" della medicina e dei suoi operatori. Quali le strategie per arginare questo esplosivo problema? Un uso più consapevole degli antibiotici sul territorio e dentro gli ospedali rappresenta la strada maestra. Ugualmente è fondamentale interrompere l'indiscriminato impiego non terapeutico degli antibiotici in ambito veterinario. Ma, nonostante tutto, ciò potrebbe non bastare. Di fronte all'avanzata dei "superbatteri" resistenti dobbiamo approntare nuove armi per contrastarli e mettere a punto nuove tecniche per riconoscerli. Dalla fine degli anni 80 non sono state più inventate nuove classi di antibiotici. Quelli che ora usiamo, anche i più recenti, sono molecole messe a punto dall'industria farmaceutica parecchi decenni fa, dalla metà degli anni 40 agli inizi degli anni 80. Da allora lo sviluppo di nuovi antibiotici si è di fatto arenato: da un lato perché si pensava che ormai il campo fosse saturo, dall'altro perché l'industria ha preferito percorrere vie economicamente più vantaggiose, "dimenticandosi" dei bisogni dei malati (soprattutto quelli dei Paesi poveri). Tutto questo mentre molti germi diventavano resistenti ai farmaci disponibili. Per superare questo vuoto occorre che l'industria

farmaceutica riprenda – e possa essere, se necessario, incentivata a farlo – la ricerca per scoprire e produrre nuovi antibiotici, tenendo conto che prima dell'arrivo in ambito terapeutico di un nuovo farmaco passano non meno di 15-20 anni dall'inizio della ricerca. Se si incominciasse a lavorare ora, gli antibiotici per gli attuali "superbatteri" non saranno disponibili prima del 2030.

Le biotecnologie possono darci un aiuto prezioso per riconoscere questi infidi germi e accelerare la ricerca di nuovi rimedi. Alcuni scienziati britannici sono riusciti a ottenere la prima mappa completa del Dna di uno dei "superbatteri" più diffuso negli ospedali, lo *Stafilococcus aureus* resistente alla meticillina. L'analisi del genoma ha permesso di identificare 125 mutazioni genetiche responsabili della sua tossicità, rendendo possibile riconoscere i tipi di microbo con la variante che induce farmacoresistenza. Questa metodica, applicata alla clinica, consentirà due vantaggi: da un lato di facilitare all'industria la strada per realizzare nuovi antibiotici efficaci su germi mutati; dall'altro di consentire al medico di personalizzare la terapia antibiotica del malato ottenendo, con un semplice tampone salivare, la tipizzazione del germe all'origine dell'infezione in modo da evitare il rischio di farmacoresistenza. Queste strategie potranno salvarci da quella che potrebbe essere in futuro una vera apocalisse post-antibiotica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I numeri

### 10 per cento

I MALATI COLPITI NEL MONDO DA TUBERCOLOSI FARMACO-RESISTENTE

### 2006

L'ANNO DA CUI È VIETATO USARE ANTIBIOTICI PER INGRASSARE GLI ANIMALI

### 15-20 anni

IL TEMPO NECESSARIO PER CREARE UN NUOVO ANTIBIOTICO

## Distrofia di Duchenne: una scoperta italiana apre la strada ad una terapia per le fasi precoci

*Individuati da un gruppo di ricerca italo-americano, coordinato da Pier Lorenzo Puri, gli attori del circuito molecolare che controlla la progressione della distrofia di Duchenne. L'importante ricerca è stata pubblicata sulla rivista 'Genes and development'.*



Nelle fasi iniziali della distrofia muscolare di Duchenne, quando i pazienti conservano ancora l'attività motoria, una popolazione particolare di cellule, dette 'progenitori fibro-adipogenici' stimola una rigenerazione compensatoria dei muscoli distrofici; con la progressione della malattia tuttavia, queste cellule perdono la loro spinta 'rigenerativa' e cominciano a indurre la formazione di cicatrici fibrotiche e la deposizione di grasso che vanno a sostituirsi alle fibre muscolari contrattili, provocando così la progressiva perdita della capacità motoria dei pazienti.

Un gruppo di ricercatori italo-americani, operanti presso la Fondazione Santa Lucia di Roma, lo *European Institute of Oncology* di Milano e il *Sanford-Burnham Medical Reserch Institute* di San Diego (California, Usa) e coordinato dal professor **Pier Lorenzo Puri**, ha individuato l'interruttore che trasforma queste cellule da 'alleate' dei muscoli, a loro 'nemiche'. Si tratta dell'istone deacetilasi un enzima alterato in questa patologia che, agendo a livello dei geni dei progenitori fibro-adipogenici, li trasforma da stimolatori della rigenerazione muscolare a induttori di tessuto cicatriziale e adiposo. La buona notizia è che sugli animali di laboratorio i ricercatori sono riusciti a bloccare questo 'interruttore' con gli inibitori delle istone deacetilasi (HDAC), farmaci che funzionano tuttavia solo negli stadi iniziali della malattia, perché nel corso della sua evoluzione, i progenitori fibro-adipogenici diventano resistenti alla loro azione. Il givinostat, un inibitore delle HDAC è al momento in sperimentazione su pazienti affetti da distrofia muscolare di Duchenne; lo studio è mirato a valutare nei ragazzi affetti da questa patologia, la capacità pro-rigenerativa del farmaco, osservata nel modello murino di distrofia muscolare di Duchenne.

La distrofia muscolare di Duchenne/Becker è una malattia genetica rara (colpisce 1 su 3.500 bambini nati vivi) causata dall'assenza della proteina distrofina; i ragazzi colpiti, quasi tutti maschi, presentano una progressiva riduzione della forza muscolare, fino a rendere impossibile la deambulazione autonoma (in genere tra i 9 e i 14 anni); negli anni successivi vengono colpiti dalla malattia anche il cuore e i muscoli respiratori e questo rende necessario il ricorso alla ventilazione assistita. I costanti progressi della ricerca e dei trattamenti hanno portato a raddoppiare l'aspettativa di vita di questi pazienti negli ultimi decenni.