



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Caldoro: "Sulla Sanità noi virtuosi È il Nord lo spendaccione"

"I soldi vengono dati in base all'età e non alla popolazione. Noi costiamo meno"

FRANCESCA SCHIANCHI
ROMA

Stefano Caldoro, presidente della Campania, vorrebbe sfatare l'idea diffusa che le regioni del Nord sono mediamente più virtuose di quelle del Sud nella sanità?

«Certo, perché è il contrario. Ci spieghi.

«Quel che dice lei succedeva fino a cinque-dieci anni fa. Oggi invece due fattori cambiano totalmente il punto di vista».

Quali fattori?

«Prima di tutto, fino a cinque anni fa è vero che i debiti li pagava lo Stato con il fondo di riequilibrio statale: ma dal 2009 non è più così, chi ha un debito se lo paga. Noi, in Campania, abbiamo azzerato il deficit con le nostre forze».

E il secondo fattore?

«Il Nord si prende le risorse dei malati del Sud».

Scusi?

«Vede, in Campania la spesa sanitaria pro capite è di circa 70 euro in meno della media nazionale; più in generale al Sud è di circa 35 euro in meno».

Lei parla della ripartizione tra le varie regioni dei 100 miliardi circa di Fondo sanitario nazionale. Perché a voi arrivano meno soldi pro capite?

«Perché il calcolo non viene fatto sui singoli cittadini, ma attraverso un criterio anacronistico già superato in Europa che è quello della popolazione pesata per età. Si privilegiano cioè i cittadini più anziani».

Intende dire che è un criterio che avvantaggia le regioni più «anziane» del Nord?

«E' un criterio per cui 700 mila cittadini del Sud non sono conteggiati: la Campania ha 5 milioni 800 mila cittadini, ma 300 mila non vengono conteggiati».

Ma non è l'unico criterio usato per ripartire il Fondo.

«La legge ne prevede altri tre: l'epidemiologia, i fattori socio-economici del territorio e l'aspettativa di vita. Ma non vengono applicati».

Mi scusi, però nel 2013 la Campania ha preso oltre 9 miliardi, come il Lazio, secondi solo alla Lombardia,

non sono pochi soldi.

«Ma se lei li divide per il numero di abitanti risulta una spesa pro capite più bassa della media nazionale. Se la salute è un diritto costituzionale a livello nazionale, invece, tutti dovremmo partire dal principio che un campano è uguale a un veneto o un lombardo: parti da lì e poi puoi equilibrare con fattori come l'età, l'epidemiologia, l'aspettativa di vita».

Ma perché si è continuato finora con questo criterio?

«Chi ha più fondi, soprattutto in un momento di crisi, fa resistenza a farseli tagliare. E le regioni più forti economicamente e politicamente hanno difeso le loro risorse. Vede però che dal punto di vista strettamente economico è più virtuoso chi garantisce i livelli essenziali di assistenza con meno soldi a disposizione».

Dal punto di vista strettamente economico, ma la qualità dell'offerta? Molti meridionali continuano a farsi curare al Nord...

«Beh, chi prende di più da anni può solo garantire una sanità più efficiente. Per quanto riguarda la mobilità sanitaria, la situazione è ancora molto grave, ma abbiamo recuperato il 10% sull'anno precedente».

E sul numero di dipendenti che mi dice?

«Secondo i dati del Ministero, ne abbiamo circa il 10% in meno del Nord. Anche su questo siamo più virtuosi».

Presidente, lei è certo che, se aveste questi soldi in più, la sanità campana sarebbe a livello delle migliori del Nord?

«Non si fa in un anno, ma se avessimo avuto in questi cinque anni quello che ci è mancato... Consideri circa 350 milioni all'anno, il costo di uno dei più grandi ospedali italiani, moltiplicati per cinque anni: avremmo potuto fare cinque grandi ospedali».

Così su La Stampa



Governatore
Stefano
Caldoro guida
la Campania
dal 2010

Costi per persona

In Campania i costi sono inferiori di 70 euro rispetto alla media nazionale

Dipendenti

Anche in questo campo siamo più virtuosi: ne abbiamo il 10% in meno

Lorenzin: “I tagli ai beni e servizi delle Regioni non toccheranno i servizi sanitari ai cittadini”

Lo ha chiarito il Ministro della Salute. I risparmi previsti dal decreto sugli 80 euro derivano da tagli "in beni e servizi non sanitari", ovvero "appalti, gare, contenziosi". Su questo “la mano sul fuoco ce la metto io”.



Il decreto approvato venerdì scorso dal Consiglio dei ministri, non ancora pubblicato in Gazzetta, prevede un taglio ai beni e servizi di Stato, Regioni ed Enti Locali per un totale di 2,1 miliardi nel 2014.

Di questa cifra, 700 milioni spetteranno alle Regioni. Ma in questi tagli entreranno anche i beni e servizi sanitari?

Alla questione ha risposto oggi il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** intervenendo alla trasmissione *Coffee Break* su *La 7*. Per il ministro quei tagli non incideranno sui servizi ai cittadini. Su questo, la mano sul fuoco "ce la metto io", ha detto Lorenzin.

I risparmi previsti, ha aggiunto, derivano da tagli "in beni e servizi non sanitari", ovvero "appalti, gare, contenziosi". Nello specifico, per quello che riguarda la spesa sanitaria, non si ridurranno "farmaci, né servizi alla persona", bensì si interverrà su "gas, lavanderia, pulizie. Ogni regione avrà la possibilità di rimodulare al proprio interno, liberamente, con i margini che ritiene necessario".

"I nostri dicasteri - ha spiegato Lorenzin – hanno lavorato sulla spending per un taglio della spesa strutturale non una tantum, per questo, per il 2015-2016 sono indicati dei tagli della spesa non lineari. Ma sono misure che hanno bisogno di tempo per essere attuate, non si realizzano in un giorno".

Imprese. Degli 8,8 miliardi stanziati una parte è bloccata dai vincoli del Patto - Emissioni di titoli di Stato per coprire gli anticipi agli enti

I pagamenti Pa si fermano a 5 miliardi

Carmine Fotina
ROMA

Il dato più sorprendente, che di sicuro farà poco piacere ai creditori, riguarda i pagamenti della Pa. La relazione tecnica del decreto spiega che molto probabilmente nel 2014 potranno essere pagati solo 5 miliardi. È vero infatti che le risorse messe a disposizione, come anticipazione di liquidità agli enti debitori, ammontano a 8,77 miliardi, ma va considerata «l'eventualità che il patto di stabilità interno, in particolare per le Regioni, possa non consentire un completo utilizzo di tali risorse».

Sulla carta, si arriva a 8,77 miliardi sommando 6 miliardi per Regioni ed enti locali, 2 miliardi per le società partecipate degli enti locali e 770 milioni per la sanità (a parte, è autorizzata la spesa di 550 milioni per i ministeri). La stima, però, è che si possano

realmente pagare solo 5 miliardi di spese correnti lasciando ancora una volta nel guado le spese in conto capitale, relative cioè agli investimenti. Di qui, ipotizzando un'aliquota media Iva del 15%, il maggiore gettito fiscale connes-

TAGLIO IRAP DI 700 MILIONI

Per il 2014 il taglio Irap vale solo 700 milioni.

A regime 144 milioni da aumento della tassazione sugli utili distribuiti

so di 650 milioni. Per coprire gli anticipi agli enti debitori, sono previste nuove emissioni di titoli di Stato per l'importo pari al maggior fabbisogno determinato dai pagamenti (9,3 miliardi considerando anche le spese au-

torizzate per i ministeri). L'aumento della spesa per interessi passivi, spiega la relazione, sarà in parte compensato dagli interessi attivi che dovranno essere corrisposti a partire dal 2015 dagli enti beneficiari delle anticipazioni. Per il 2014 gli interessi passivi saranno di 53 milioni, per poi crescere fino a 267 milioni nel 2018 (quando gli interessi attivi saranno pari a 158,7 milioni).

Novità anche per il capitolo sul taglio dell'Irap. La misura, considerando l'effetto di cassa, per il 2014 vale solo 700 milioni di euro. Minori entrate che si concretizzano con gli acconti che si pagheranno a fine novembre. L'effetto pieno del taglio del 10%, stimato in 2,9 miliardi, si avrà dunque solo dal prossimo anno con l'applicazione delle nuove aliquote. Cambiano intanto, nella versione del decreto inviata al

Quirinale, le aliquote di riferimento per la determinazione dell'acconto: l'ordinaria al 3,75%, per le imprese concessionarie al 4%, per le imprese agricole all'1,8%, per le assicurazioni al 5,7%, per le banche al 4,5%.

La relazione quantifica anche gli effetti che vengono determinati dall'aumento della tassazione sulle rendite finanziarie ma, nell'ambito di un'analisi complessiva sui "conti" per le imprese, va ovviamente considerato che in alcuni casi l'onere ricade anche sulle famiglie. Ad esempio per i conti correnti e i depositi. Come noto, il pacchetto sulle rendite finanziarie prevede l'incremento di 6 punti percentuali, a partire dal 1° luglio 2014, dell'aliquota attualmente fissata al 20% (non rientrano nella misura titoli di Stato e buoni fruttiferi postali). Sulle imprese peserà soprattutto

l'effetto di cassa dei versamenti relativi alle obbligazioni, che in totale è stimato in 259 milioni. Dagli incassi da redditi dei fondi esteri, il governo si attende invece 98 milioni nel 2014 per arrivare al gettito pieno di 187 milioni dal 2017. Quanto alla ritenuta sugli utili distribuiti dalle società, si calcola un maggior gettito di 144 milioni, ridotto a 36 milioni per il primo anno.

Quanto al taglio delle agevolazioni, il pacchetto è uscito notevolmente modificato rispetto alle ipotesi iniziali. Accantonata la riduzione dei trasferimenti diretti e dei crediti d'imposta, che minacciava in quota maggiore l'autotrasporto, sono sopravvissuti l'intervento sulla rivalutazione dei beni d'azienda e quello sull'agricoltura. Nel primo caso, prevedendo il versamento delle imposte sostitutive in un'unica

soluzione a giugno 2014 anziché in tre rate annuali, si attende un maggior gettito di 607,6 milioni, somma delle quote inizialmente previste per il 2015 e il 2016 (303,8 milioni ciascuna). Cambia invece il capitolo sull'agricoltura. Scompare infatti la norma che nelle prime bozze prevedeva la cancellazione dell'esonero Iva per i cosiddetti minimi, aziende agricole marginali con fatturato inferiore ai 7 mila euro. La misura avrebbe consentito un recupero di gettito di 31,5 milioni. Confermato invece il nuovo regime per gli agricoltori che producono energia da fonti rinnovabili: attualmente il reddito è agrario, mentre sarà ora calcolato sul 25% dei ricavi (33,8 milioni di maggior gettito nel 2014 e 45 milioni dal 2015). La relazione tecnica, infine, stima in 350 milioni a decorrere dal 2014 il maggior gettito che potrà derivare dalla cancellazione dell'esenzione Imu per i terreni di collina e per una parte di quelli montani, da definire con successivo decreto ministeriale.

Più merito e mobilità nella Pa

Vertice a palazzo Chigi per le misure sulla dirigenza e le nuove semplificazioni

Davide Colombo
ROMA

Un'altra riunione a palazzo Chigi con Matteo Renzi, i ministri Marianna Madia e Maria Elena Boschi, il sottosegretario Graziano Delrio e diversi tecnici per mettere a punto i dettagli dell'intervento di riforma della Pa che il premier vuole varare entro la fine del mese, con buone probabilità martedì prossimo, 29 aprile, data indicata per un possibile Consiglio dei ministri.

Un pacchetto di misure sul quale il riserbo resta assoluto ma che sicuramente riguarderà la dirigenza, come ha confermato indirettamente lo stesso Matteo Renzi nel corso della diretta twitter che ha preceduto l'incontro. «Più merito, più mobilità, più qualità» sono le parole chiave. «Studieremo la possibilità che i dirigenti pubblici vengano valutati per i meriti anche dal personale e dai colleghi» ha scritto in un tweet il pre-

sidente del Consiglio rispondendo alla proposta di un follower. «Intanto da Chigi - ha poi aggiunto Renzi - abbiamo iniziato a innovare. Una parte della retribuzione sarà legata alle performance del Paese», con riferimento all'annunciato Dpcm che introdurrà una pri-

LE SCUOLE DELLA PA

Si punta alla razionalizzazione dell'attuale sistema di formazione e accesso basato su cinque diversi istituti nazionali

ma mini-riforma dei criteri di premialità della dirigenza legando parte dell'ammontare dei riconoscimenti economici al realizzarsi di indicatori macro come per esempio l'andamento del Pil.

Sull'intervento più generale si resta alle volontà politiche

manifestate fin qui dal nuovo Governo e che prevedono la possibile introduzione del ruolo unico e un ridisegno del sistema dei concorsi e dei corsi-concorsi. Cuore della riforma dovrebbe essere anche quello della razionalizzazione dell'attuale sistema delle scuole di formazione. A tutt'oggi sono ancora cinque: la Scuola superiore di economia e finanze, la Scuola superiore della pubblica amministrazione, quella dell'amministrazione locale, quella dell'Interno e l'Istituto diplomatico Mario Toscano. Strutture simili che moltiplicano per cinque spese di funzionamento, stipendi per i docenti e per i dirigenti e magari anche affitti d'oro per le sedi.

L'obiettivo strategico è quello di realizzare un modello di reclutamento capace di garantire una vera mobilità intercompartimentale dei dirigenti, rafforzando i limiti di mandato già previsti dalla normativa attua-

le. Possibile anche un ulteriore intervento sulle retribuzioni, magari con un ripensamento dell'indennità di posizione, anche se il tema dovrebbe essere stato chiuso con il tetto massimo a 240mila euro introdotto con il decreto del 18 aprile. Altro fronte di possibili interventi riguarda le semplificazioni: potrebbero arrivare misure come il codice unico per l'accesso ai certificati online (legato all'attuazione dell'Agenda digitale), nuovi interventi in materia di trasparenza e, forse, il famoso "sforbicia Italia", pure evocato dal premier e che potrebbe comportare la chiusura di enti inutili.

Sul pubblico impiego l'attesa è altissima. Il ministro Madia ha parlato nelle scorse settimane di "staffetta generazionale" in riferimento a un possibile superamento dell'attuale blocco del turn over associato anche in questo caso a nuovi modelli di mobilità e, nella fase transitoria, a una nuova gestione degli esuberanti che la spending review farà emergere. Il numero di partenze è quello indicato dal commissario straordinario, Carlo Cottarelli, 85mila dipendenti, una cifra «non molto elevata in rapporto all'occupazione nella Pa» ha ripetuto ieri davanti alle commissioni Difesa riunite di Camera e Senato.

Sempre ieri intanto si sono dimessi i vertici dell'Autorità nazionale anticorruzione (ex Civit): il presidente Romilda Rizzo e i due componenti, Antonio Martone ed Alessandro Natalini. Dopo la nomina del nuovo presidente, il magistrato Raffaele Cantone, il passo indietro dei tre dovrebbe consentire l'immediato avvio della nuova gestione. Il ministro Madia dovrà ora selezionare i consiglieri sulla base delle manifestazioni d'interesse raccolte tramite una pubblica consultazione via web.

I dirigenti della Pa

Conto Mef-Rgs. Anno 2012

Comparti	Unità
Servizio Sanitario Nazionale	134.473
Enti pubblici non economici	958
Enti di ricerca	114
Regioni ed autonomie locali	7.866
Ministeri	3.088
Agenzie fiscali	1.646
Presidenza del Consiglio dei ministri	285
Scuola	7.482
Istituzioni alta formazione artistica e musicale	6
Università	249
TOTALE	156.167

HEALTH POLICY MODEL

Con le nuove cure prevalenza in calo dell'11% entro 20 anni

Senza dubbio nei prossimi anni la società e il sistema sanitario dovranno confrontarsi con le complicanze delle patologie Hcv-correlate, che si traducono in una crescente domanda di trapianti di fegato e di trattamenti per l'epatocarcinoma.

I costi associati alle epatiti virali sono elevati e tendono ad aumentare in funzione dell'aggravarsi della patologia. Ai costi diretti delle cure somministrate per l'epatite si aggiungono quelli indiretti collegati alla perdita di produttività per disabilità e morte prematura delle persone affette dalla malattia.

A oggi, le elaborazioni condotte dal gruppo del Ceis Economic Evaluation and Hta (Eehta) della Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata" diretto da **Francesco Saverio Mennini**, hanno stimato un onere economico superiore a 1,2 miliardi di euro nel 2013 per il trattamento e la cura delle patologie Hcv-correlate. Di questi, circa 454 milioni di euro (39%)

sono associati a costi diretti sanitari (farmaci, eventi avversi, ospedalizzazioni, gestione del paziente e farmaci di supporto).

I costi indiretti, espressi come perdita di produttività lavorativa (ore perse a causa della malattia), compongono la maggiore voce di costo e ammontano a oltre 700 milioni di euro (Ic 95%: euro 583 - euro 817 milioni).

La patologia che assorbe il maggior numero di risorse è la cirrosi che, a un notevole peso epidemiologico, associa un elevato costo per il trattamento e la cura della patologia sia in termini di costi diretti per il Ssn sia in termini di perdita di produttività.

Inoltre, un recente studio che aveva come obiettivo quello di descrivere l'onere epidemiologico ed economico che l'Hcv comporterà nel corso dei prossimi anni in Italia ha stimato l'impatto che i futuri trattamenti anti-Hcv potranno avere sul burden della malattia in termini di costi evitati al Sistema

sanitario nazionale.

L'analisi è stata sviluppata per un orizzonte temporale compreso tra il 2013 e il 2030 considerando la prospettiva del Ssn italiano (inclusione dei soli costi diretti sanitari). Gli autori hanno stimato, attraverso lo sviluppo di scenari futuri (validati e suggeriti da un gruppo di esperti clinici, infettivologi e farmacologi), che i nuovi farmaci anti-Hcv consentiranno una riduzione dell'11% del numero di soggetti prevalenti in Italia tra il 2012 e il 2030, con un conseguente risparmio per il Ssn compreso tra i 18 e i 44 milioni di euro. In figura 1 vengono riportate anche le morti evitabili grazie all'introduzione di farmaci maggiormente efficaci sul territorio nazionale.

Francesco Saverio Mennini
research director, Ceis Eehta, Facoltà di Economia, Università Tor Vergata, Roma - Kingston University, Londra, UK

© RIPRODUZIONE RISERVATA

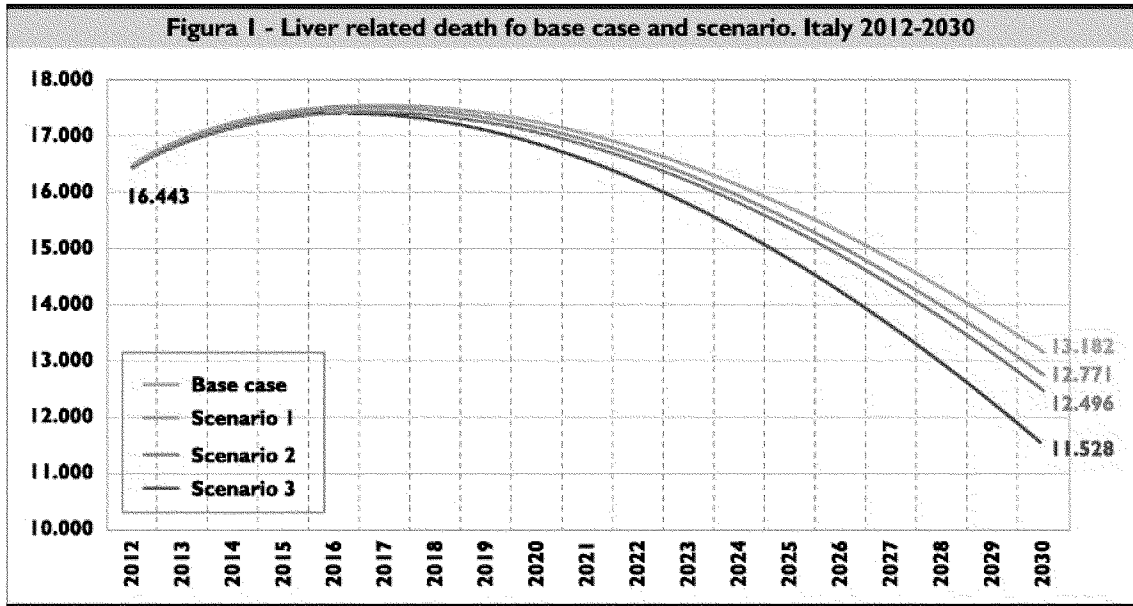
Onere complessivo per il trattamento e la cura dell'Hcv

Milioni di euro - Italia 2013		
Voci di costo	Caso-base	Range 95% Ic (min - max)
Costi diretti (mln €)	€ 454,82	€ 379,02 - € 530,62
Costi indiretti (mln €)	€ 700,58	€ 583,82 - € 817,34
Costi totali (mln €)	€ 1.155,40	€ 962,83 - € 1.347,97

Fonte: elaborazioni del centro di Eehta-Ceis, Università di Roma "Tor Vergata", 2014

Costi per trattamento e cura delle patologie Hcv-correlate

Milioni di euro - Italia 2013			
Patologia	Costi diretti	Costi indiretti	Totale
Hcv cronica	€ 148,35	€ 174,33	€ 322,68
Cirrosi	€ 210,30	€ 341,48	€ 551,79
Carcinoma	€ 33,75	€ 32,66	€ 66,41
Trapianti	€ 62,42	€ 8,26	€ 70,68
Morte	-	€ 143,84	€ 143,84
Totale	€ 454,82	€ 700,58	€ 1.155,40



IL COMMENTO

Dal passato fulgido al rischio catastrofe

I tagli e i risparmi obbligati minacciano l'equità

**Tutte le scelte
vanno supportate
da dati analizzati
in modo rigoroso**

La nascita di un completo sistema di welfare, negli anni '70, ha contribuito in modo determinante a far entrare l'Italia nel 21° secolo come un Paese ai primi posti per sopravvivenza, nutrizione e protezione per il rischio della salute, e in posizione intermedia per sviluppo economico e capitale umano; un po' peggio per il livello di disuguaglianze.

Questi decenni hanno visto problematiche e sfide affrontate e vinte che portano oggi il nostro Servizio sanitario nazionale, nonostante tutto, a essere ancora uno dei sistemi sanitari con i migliori risultati nel contesto europeo e internazionale.

Le sfide che la Sanità pubblica ha dovuto affrontare e la maniera, efficace o no, con cui lo si è fatto, appaiono comuni all'"evoluzione sanitaria" di tutti i Paesi europei, ma con differenze relative ai tempi e alle scelte politiche intraprese, che hanno comportato sistemi e risultati disuguali.

La speranza di vita alla nascita è l'indicatore che più si è avvicinato sia al risultato massimo potenzialmente raggiungibile in questo periodo storico, sia al maggior livello di integrazione e uguaglianza nel Paese, in una misura più intensa di quanto non sia accaduto al miglioramento delle condizioni economiche e sociali di vita.

È verosimile che a questo singolare risultato non siano estranei da un lato i progressi della medicina e dall'altro il ruolo dell'assistenza sanitaria pubblica che si iscrive tra le maggiori trasformazioni della capacità di

protezione dalla vulnerabilità che sono state introdotte in Italia nel secondo dopoguerra. Purtroppo questo primato nei risultati di salute è minacciato da una tendenza a una nuova divergenza Nord-Sud che si osserva negli ultimi vent'anni, una tendenza che è parallela all'aumento delle disuguaglianze di reddito e di istruzione.

Il nostro Paese si caratterizza oggi come quello più eterogeneo in Europa con sacche di inefficacia, inefficienza, ingiustizia che in un federalismo mal disegnato e peggio gestito sono destinate ad aumentare, e che l'attuale disegno di revisione costituzionale non aiuta certo ad affrontare, nonostante le migliori intenzioni.

Nell'ultimo periodo, la problematica che emerge in maniera forte è la sostenibilità di un sistema sanitario pubblico, nato sulla base di bisogni di salute e di spinte ideali, ma senza una adeguata programmazione, organizzazione e gestione.

Inoltre, una lettura più analitica delle differenze geografiche di salute a cui è approdato il Paese in questo primo decennio degli anni Duemila dimostra nuove e vecchie disuguaglianze dentro e tra le aree geografiche, disuguaglianze che si manifestano nelle opportunità di salute, negli stili di vita, nelle esposizioni ambientali, nell'uso delle cure e nelle specifiche malattie e disabilità che ne conseguono; queste disuguaglianze, nella misura in cui sono evitabili, suggeriscono una priorità spesso trascurata dall'agenda della programmazione sanitaria e della prevenzione, che considera la salute degli italiani come una media.

E questa è un'urgenza da affrontare, se si vogliono conciliare gli interessi individuali con quelli collettivi, in un'epoca di bisogni sanitari sempre più forti, ma da soddisfare con risorse sempre più scarse.

In un'epoca caratterizzata da stringenti vincoli di bilancio e da un contesto orientato a un contenimento della spesa sanitaria, la certezza che la riforma decentrando impatti sull'equità dell'acces-

so alle cure e, quindi, sulla salute dei cittadini è già vistosamente evidente. Su questa situazione già precaria rischia di incunarsi anche il quadro economico, per nulla roseo, in cui versa il Paese.

La spending review, infatti, rischia di far saltare il Servizio sanitario nazionale, determinando difficoltà nel breve e nel lungo termine, sia a causa di una riduzione dei servizi di salute offerti alla popolazione - specie

a quella meno garantita e con minori disponibilità per curarsi ricorrendo al privato, sia a causa di un aumento della spesa sanitaria sul lungo periodo, aumento determinato dall'effetto boomerang della riduzione degli investimenti in politiche di prevenzione e diagnosi precoce. I risparmi obbligati di oggi rischiano di moltiplicare la spesa nel giro dei prossimi anni.

È per questo particolarmente importante che le scelte, a ogni livello, siano supportate da dati quantitativi, raccolti e analizzati in modo rigoroso, per diventare una indispensabile premessa che permetta di capire come si possa concretamente agire per costruire un sistema sanitario etico, equo e di valore su tutto il territorio nazionale.

Si tratta di una sfida da vincere a tutti i costi per poter rispondere, progressivamente, alle incalzanti domande di un futuro prossimo caratterizzato da un innalzamento dell'età media della popolazione, dal conseguente aumento delle patologie croniche invalidanti e, quindi, da una maggiore richiesta di servizi, a fronte però di risorse economiche e umane sempre più esigue.

Per evitare una catastrofe sociale già all'orizzonte.

Walter Ricciardi
direttore Osservatorio
nazionale per la salute
nelle Regioni italiane

Lorenzin e Regioni sulle barricate, poi il Governo vara il "decreto Irpef" virando in parte sulla salute

Le sorprese dell'uovo di Pasqua

Stipendi, B&S, ospedali, debiti Pa: «Niente tagli», dice Renzi - Ma il Fondo cala

Nel venerdì di Passione, il Governo assegna i famigerati 80 euro in più ai redditi bassi. E anche la sanità dopo mille polemiche fa la sua parte, anche se Renzi dice che «per la sanità non ci sono tagli». Ma lotta a sprechi e inefficienze sì. E a beni e servizi, ospedali, accelerazione sui debiti ai fornitori fino al commissariamento affidato ai governa-

tori. E poi il taglio alle buste paga di medici, manager, dirigenti Ssn. Circa 2 mld in meno in due anni, ritoccando il Fondo. Le Regioni avranno mani libere, e comunque non ci stanno, i medici neppure. Battaglia rinviata alle Camere. E al «Patto».

A PAG. 6-7

Dopo il via libera in Cdm alla spending di Renzi per un'Italia «coraggiosa e semplice»

Il Ssn perde ancora «pezzi»

Nel mirino beni e servizi e stipendi - Si accelera sui debiti ai fornitori

Il lungo braccio di ferro tra **Beatrice Lorenzin** e l'Economia non è riuscito a proteggere il Servizio sanitario da un'altra poderosa sforbiciata alle già magre risorse disponibili.

Stando al testo d'ingresso a palazzo Chigi del Dl recante la spending marca «**Renzi**» - destinato a dar corpo alle promesse del premier («Diamo ottanta euro al mese a sei milioni e mezzo di persone. Stanno tutti a fare gli schifilto. Ma è la prima volta in cui i soldi si restituiscono anziché prenderli») - il Fondo sanitario sarebbe destinato a subire un taglio da 730 milioni nel 2014 da 1.300 milioni dal 2015, per un totale di 2 miliardi nel biennio. Qualcosa in meno dunque rispetto ai draft circolati fino a giovedì quando nella bozza della manovra faceva bella mostra di sé anche il capitolo della farmaceutica, infine espunto. Chissà se per essere ridiscusso ai tavoli del Patto per la salute che a questo punto potrebbero essere ancor più traballanti che in passato, visto il nuovo drenaggio alle casse del Ssn.

Al momento di andare in stampa il Consiglio dei ministri è anco-

ra in corso ma è certo che le «Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale. Per un'Italia coraggiosa e semplice» non risparmierebbe né il capitolo degli acquisti né gli stipendi di chiunque si trovi a qualsiasi titolo a prestare la propria opera per il Ssn. Anche se Renzi twittava: «Nessun taglio alla sanità», forse intendendo nessun taglio in senso stretto ai servizi e ai cittadini. Ma la solita lotta a sprechi e inefficienze. Ma le ire di medici e governatori sono esplose lo stesso. A decidere come ripartire la riduzione del Fsn - scelta che comunque dovrà essere ratificata in Stato-Regioni - potranno essere le stesse Regioni, per il 2014 entro il 31 maggio prossimo ed entro il 30 settembre per il 2015 e 2016. Sui criteri di riparto peseranno anche il rispetto dei tempi di pagamento a misura Ue e l'incidenza degli acquisti centralizzati effettuati dagli enti del Ssn nelle singole Regioni.

Beni e servizi. Il capitolo principale delle riduzioni, anche per il Ssn, è quello già nel mirino della spending review di **Carlo Cottarelli**: i beni e servizi, dove dovranno essere risparmiati complessiva-

mente (sanità compresa) 1,682 miliardi nel 2014 e 2,778 miliardi dal 2015. Di questi, 934 milioni nel 2014 e 1,655 miliardi dal 2015 toccano alle Regioni, che però potranno adottare misure alternative di contenimento della spesa corrente per ottenere risparmi non inferiori a quelli indicati. Prima misura scritta nel decreto è la riduzione degli importi dei contratti in essere del 5% dall'entrata in vigore del decreto (con possibilità di recesso entro 30 giorni per chi si vedrà tagliato l'importo). Questo importo farà da tetto per i prezzi dei contratti successivi all'entrata in vigore del decreto assieme ai nuovi prezzi di riferimento (oltre quelli già esistenti) elaborati dall'Osservatorio dei contratti

pubblici. Altra misura da realizzare entro 30 giorni dalla conversione del decreto, è l'applicazione del regolamento sugli standard ospedalieri già discusso nel Patto che prevede tra l'altro il taglio dei posti letto e l'addio (sarebbero 190) alle strutture private con meno di 60 posti. In più, sono necessarie misure per garantire i pagamenti delle fatture nei tempi Ue.

Tempi di pagamento. Un capitolo importante della manovra in campo sanitario è quello dei debiti coi fornitori, per il quale le regole operative restano quelle già fissate. Con una dote per il Ssn di 770 milioni in più nel 2014, ma anche con regole precise, fino al commissariamento per gli inadempienti. Il decreto rical-

ca le misure scritte nel Ddl sui debiti Pa approvato dal Governo a marzo (commissariamenti compresi). Se la Regione non ha chiesto l'accesso alle anticipazioni di liquidità per recuperare lo squilibrio nei pagamenti, ha l'obbligo di richiederlo entro 15 giorni dalla conversione del decreto per coprire il debito e se non lo fa è diffidata e comunque deve chiedere l'anticipazione. In caso di perdurante inerzia scatta la procedura di commissariamento. Se invece ha chiesto l'accesso alle anticipazioni di liquidità necessarie, dovrà dimostrare condizioni economico-finanziarie tali da garantire il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione, oppure, se non provvederà, scatterà anche in questo caso la procedura di diffida e di commissariamento.

E il rispetto dei tempi di pagamento - su cui le Regioni dovranno rendere conto delle misure adottate o che ritengono di adottare - diventa adempimento ai fini dell'assegnazione delle quote extra del Fondo sanitario.

Tetti agli stipendi. La "buona notizia" è che il tetto vale dal 1° maggio 2014 solo fino alla fine dell'anno (almeno per ora). La cattiva è che di fatto per molti si tradurrà in un taglio alle retribuzioni. Nelle tabelle finali la bozza di decreto indica chiaramente tutta la categoria medica e della dirigenza del Ssn, divisa per fasce. Per i direttori generali (ma anche per tutto il top management della

Pa) le tabelle indicano come tetto, se ci sono oltre quattro strutture dirigenziali a livello generale (come al ministero ad esempio), quello dello stipendio del primo presidente della Cassazione ridotto del 23%: 239.977 euro. Se invece le strutture sono meno, lo stipendio dei Dg (quindi verosimilmente quelli delle aziende sanitarie) avrà lo stesso tetto previsto per i primari e i capi dipartimento (anche degli enti di ricerca), sia medici che non medici e cioè l'importo base meno il 13%: 208.780 euro. Della terza fascia fanno invece parte i dirigenti medici e non medici che non siano primari e - specificano chiaramente le tabelle - tutti i medici e professionisti (non medici) a tempo pieno: per loro il tetto è sempre quello iniziale, ridotto però del 37% e cioè 151.186 euro. Tutti gli importi sono omnicomprendivi di qualunque somma i dirigenti percepiscono dalla Pa (e quindi anche le varie indennità, come l'intramoenia). Infine, mentre nella prima bozza di decreto era chiaramente indicato che i tetti si applicano anche al personale convenzionato, in quella di ingresso a Palazzo Chigi il riferimento è a "rapporti autonomi" (le convenzioni di fatto lo sono) con la pubblica amministrazione. Si vedrà. Aspettando che il vero testo finisca in Gazzetta. E poi in Parlamento...

Via libera al Def. La scorsa settimana, intanto, il Parlamento

ha dato via libera al Def, approvando sia alla Camera che al Senato una risoluzione che dà il disco verde alla variazione degli obiettivi strutturali di bilancio anche fuori dai target definiti, per consentire - è la ragione di Renzi all'Ue - di sbloccare definitivamente la situazione dei debiti Pa. Per quanto riguarda la sanità, i pareri delle commissioni Affari sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato al Def, hanno chiesto impegni al Governo per assicurare l'universalità del sistema e la continuità delle cure, rivedere (e incentivare) il capitolo degli investimenti, mantenere i risparmi all'interno del Ssn e sul fronte del personale, superare il blocco del tum over e risolvere la questione delle specializzazioni mediche che fanno da imbuto alla professione.

Le famiglie "tagliano" la salute. La "prova" che gli italiani si rassegnano a tagliare per farcela ad arrivare a fine mese e che a farlo sono forse proprio quelli che di cure avrebbero più bisogno, arriva dall'Istat, che in un'audizione alla Camera sul Def ha illustrato la scorsa settimana il confronto 2007-2012 sulle spese (private) delle famiglie italiane per la sanità. Secondo i dati presentati dall'Istituto, tra il 2007 e il 2009 l'11% delle persone non aveva soldi da spendere per le cure mediche, situazione che ha registrato un lievissimo miglioramento nel 2010 e 2011 quando in

queste condizioni c'erano rispettivamente il 10,9 e il 10,7% delle persone, per poi cadere in un drastico peggioramento con percentuali dell'11,3% nel 2012 e fino al 13,3% nel 2013.

I dati "ufficiali" dell'Istituto mostrano la situazione 2007 e 2012. E mentre nel 2007 la spesa media per la sanità delle famiglie si assestava su valori di circa 123 euro al Nord, 91,4 euro al Centro e 70,88 euro al Sud, nel 2012 per le stesse aree geografiche si scende rispettivamente a 104,9, 90,4 e 62,7. Chi spende di più - ma sempre in flessione tra il 2007 e il 2012 - sono gli over 65 sia singoli che in coppie senza figli e i "ritirati dal lavoro", chi spende di meno invece sono le persone sole con meno di 35 anni di età e gli "imprenditori e libero professionisti". Ma il calo maggiore nelle spese mediche si ha proprio nelle età che vanno verso la vecchiaia, poco prima dei 65 anni. E chi decide di ridurre le spese sanitarie sono soprattutto i professionisti, che probabilmente, come testimoniano molti studi, sono quelli con la salute migliore, mentre più si scende nella scala dell'occupazione, più si spende in cure (anche privatamente) e meno si riesce a tagliare questo tipo di costi. Come dire che chi sta peggio e guadagna meno è anche costretto a spendere di più per curarsi.

**Paolo Del Bufalo
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cosa bolle in pentola

Fsn

Il livello di finanziamento del Ssn è ridotto di 730 milioni per il 2014 e di 1.300 milioni dal 2015.

Riparto

Per l'anno in corso sarà effettuato entro il 31 maggio 2014 con criteri raggiunti e sanciti in sede di Stato-Regioni, entro il 30 settembre per il 2015 e il 2016. Sui criteri di riparto peseranno anche il rispetto dei tempi di pagamento a misura Ue e l'incidenza degli acquisti centralizzati effettuati dagli enti del Ssn nelle singole Regioni. In assenza di intesa si procederà a valere sulla determinazione di costi e fabbisogni standard ex Dlgs 68/2011. In attesa del varo delle norme di attuazione della legge 42/2009 sul federalismo fiscale, i contributi a carico delle Regioni a statuto speciale e Pa, esclusa la Sicilia, saranno accantonati annualmente a valere sulle quote di compartecipazione ai tributi erariali.

Beni e servizi

Regioni e Pa dovranno risparmiare complessivamente, anche nel settore sanitario, 934 milioni nel 2014 e 1.655 milioni dal 2015. Per realizzare l'obiettivo potranno - dalla data di entrata in vigore del decreto - ridurre gli importi dei contratti in essere del 5% rinegoziandoli. I fornitori potranno recedere dal contratto entro 30 giorni senza penalità.

Per il settore sanitario l'obiettivo potrà essere realizzato attraverso questi strumenti:

- utilizzo dei nuovi prezzi di riferimento per lavori, servizi e forniture che saranno elaborati dall'Osservatorio contratti pubblici;
- approvazione entro 30 giorni dalla data di conversione del Dl del regolamento sugli standard dell'assistenza ospedaliera previsto dalla legge 135/2012 (spending review);
- rispetto dei tempi di pagamento a misura Ue.

Acquisti centralizzati

Per il Servizio sanitario nazionale continuano a valere le norme della manovra Tremonti (legge 11/2011, articolo 17, comma 1, lettera a) che aveva introdotto l'elaborazione dei prezzi di riferimento da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici e i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale.

Autonomia regionale

Regioni e Pa possono conseguire i risparmi previsti al capitolo dei beni e servizi con misure alternative a quelle previste dal decreto.

Riduzione stipendi personale Pa

Dal primo maggio 2014 al 31 dicembre 2014 le retribuzioni per i lavoratori dipendenti o autonomi del Ssn subiranno riduzioni articolate in fasce a partire dal tetto di 239mila euro, equivalente alla retribuzione del primo presidente della Corte di Cassazione ridotto del 23%, che rappresenterà la retribuzione massima per i Direttori generali di strutture con oltre 4 strutture dirigenziali. I restanti tagli saranno percentualmente differenziati come segue:

- dirigenti di prima fascia (primari) e Dg con meno di 4 strutture dirigenziali: riduzione del 13 per cento
- dirigenti di seconda fascia (pure medici e altre figure dirigenziali anche non mediche e non sanitarie): riduzione del 37 per cento

Debiti Pa

Per il 2014 il Fondo per assicurare la liquidità per i pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili del Ssn è incrementato di 770 milioni di euro. Le Regioni che non hanno ancora chiesto le anticipazioni per il pagamento dei debiti sanitari cumulati fino ad aprile 2013 dovranno presentare domanda di accesso al Fondo entro 15 giorni dalla data di conversione del Dl. Pena la procedura di diffida e commissariamento. Stesso percorso per chi, avendo ottenuto le anticipazioni, non risolve il problema dei ritardi di pagamento

I disavanzi 2007-2013 senza manovre locali (milioni)

Regioni	2007	2009	2011	2013	Totale 2007-2013
Abruzzo	-138,44	-43,36	36,77	0,34	-230,57
Basilicata	-19,87	-25,12	-48,55	-6,09	-166,49
Bolzano	-261,51	-185,60	-222,96	-184,10	-1.598,31
Calabria	-277,06	-249,03	-110,43	-30,62	-1.120,67
Campania	-862,18	-773,85	-245,48	11,76	-3.305,07
Emilia R.	-91,20	-118,36	-104,58	1,66	-537,21
Friuli V.G.	-44,45	-67,89	-69,33	-42,94	-409,51
Lazio	-1.696,48	-1.419,45	-774,94	-609,89	-7.799,68
Liguria	-102,29	-120,46	-142,97	-91,35	-707,93
Lombardia	0,04	12,71	13,84	10,26	-4,87
Marche	15,88	12,79	21,19	32,14	135,21
Molise	-69,22	-76,25	-37,62	-51,30	-432,58
Piemonte	-170,75	-387,52	-274,64	-41,87	-1.766,40

Regioni	2007	2009	2011	2013	Totale 2007-2013
Puglia	-265,74	-350,33	-108,35	-49,57	-1.322,46
Sardegna	-115,44	-225,68	-344,24	-379,11	-1.924,29
Sicilia	-641,45	-207,75	-12,84	24,97	-1.184,69
Toscana	42,79	-163,97	-113,38	3,11	-356,17
Trento	-150,42	-202,23	-224,25	-218,19	-1.414,59
Umbria	11,46	8,38	9,16	29,87	73,24
Valle d'Aosta	-56,63	-38,44	-47,30	-53,00	-363,91
Veneto	-134,67	-103,01	114,96	7,58	-258,17
Totale	-5.028	-4.724	-2.686	-1.636	-24.695,13
Regioni in piano di rientro	-3.625,50	-2.866,80	-1.527,52	-746,17	-15.544,34
Regioni non in piano di rientro	-1.402,13	-1.857,63	-1.158,42	-890,13	-9.150,79

Le cifre con fondino rosa sono relative agli anni in cui la Regione è stata in piano di rientro

La spesa privata delle famiglie per la salute (euro e percentuale sul totale della spesa privata)						
	2007		2012		Differenza	
	Euro	% su spesa delle famiglie	Euro	% su spesa delle famiglie	Euro	% su spesa delle famiglie
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA						
Nord	123,02	4,4	104,92	3,8	-18,11	-0,60
Centro	91,40	3,6	90,40	3,6	-1,01	-
Mezzogiorno	70,88	3,6	62,70	3,4	-8,19	-0,20
Italia	99,20	4,0	87,08	3,6	-12,12	-0,40
TIPOLOGIA FAMILIARE						
Persona sola <35 anni	40,82	2,1	40,05	2,1	-0,78	-
Persona sola 35-64 anni	62,43	3,2	52,21	2,6	-10,22	-0,60
Persona sola >= 65 anni	71,87	5,3	72,33	4,7	0,47	-0,60
Coppia senza figli con P.r. (*) <35 anni	85,62	3,1	93,80	3,7	8,17	0,60
Coppia senza figli con P.r. 35-64 anni	117,83	4,1	97,56	3,6	-20,27	-0,50
Coppia senza figli con P.r. >= 65 anni	123,06	5,7	127,04	5,3	3,98	-0,40
Coppia con 1 figlio	115,32	3,9	99,47	3,5	-15,85	-0,40
Coppia con 2 figli	121,14	3,8	99,76	3,3	-21,39	-0,50
Coppia con 3 o più figli	105,24	3,3	84,98	2,8	-20,26	-0,50
Monogenitore	102,30	4,1	87,25	3,7	-15,05	-0,40
Altra tipologia	99,04	3,6	88,91	3,4	-10,13	-0,20
Totale	99,20	4,0	87,08	3,6	-12,12	-0,40
POSIZIONE NELLA PROFESSIONE						
Imprenditori e liberi professionisti	112,34	3,1	97,69	2,8	-14,65	-0,30
Lavoratori in proprio	99,96	3,4	75,84	2,9	-24,13	-0,50
Dirigenti e impiegati	100,06	3,3	94,50	3,2	-5,56	-0,10
Operai e assimilati	91,80	3,7	72,20	3,1	-19,60	-0,60
Ritirati dal lavoro	109,25	5,2	101,90	4,7	-7,36	-0,50
Altri in condizione non professionale	74,70	4,1	62,12	3,4	-12,58	-0,70
Totale	99,20	4,0	87,08	3,6	-12,12	-0,40

(*) P.r. = persona di riferimento

GLI ULTIMI DATI DELLA GUARDIA DI FINANZA

Nel 2013 un miliardo tra danni e raggiri

Danni erariali accertati per oltre un miliardo nel solo 2013, truffe a carico del Servizio sanitario per un totale di 23 milioni, di cui 953.853 soltanto per ticket sanitari. E il 2014 (si veda tabella) non sembra presentare grandi margini di miglioramento.

Gli ultimi dati messi a punto dall'Ufficio Tutela mercati della Guardia di Finanza inquadrano due grandi comparti: il primo legato alle truffe perpetrate a carico del Ssn, il secondo relativo all'accertamento di danni erariali connessi alla gestione delle risorse pubbliche destinate a tale comparto.

Le truffe. False autocertificazioni per ottenere l'esenzione dal ticket, ritocchi estetici fatti passare per gravi patologie, day hospital al posto di interventi ambulatoriali, iperprescrizione di farmaci, e ancora «fraudolento frazionamento dei periodi di degenza che superano il limite massimo di durata del ricovero rimborsato dal Ssn. Queste le fattispecie citate dalle Fiamme Gialle, che chiamano in causa tanto i cittadini quanto le aziende del Ssn e i camici bianchi. Come quei medici di base, per citare un'altra voce della lunga casistica elencata dalla Gdf, che hanno ottenuto maggiori rimborsi con la complicità di funzionari sanitari mediante l'inserimento nell'elenco dei pazienti di persone emigrate o morte. Infine, nella lista figurano i «finti ricoveri eseguiti in regime d'emergenza da case di cura private che, sulla base del Piano sanitario regionale, non risultavano abilitate per l'emergenza sanitaria».

I danni erariali. Il focus della Guardia di finanza in questo caso è sulla «disapplicazione dei precetti contenuti nella normativa di settore, in materia di contenimento della spesa sanitaria, realizzata attraverso il mancato rispetto del tetto di spesa complessivo che ha determinato un ingente disavanzo nel bilancio delle aziende sanitarie o il mancato rispetto della normativa di settore». Nel 2013 sono 177 gli interventi eseguiti nel 2013 e oltre un miliardo, come detto, i danni accertati. Mentre a gennaio e febbraio di quest'anno gli interventi erano già 32, con danni per 150,2 milioni.

I dati di sintesi		
Spesa sanitaria	2013	gen.-feb. 2014
Totale frode (€)	23.042.395	5.164.237
<i>di cui:</i>	2013	gen.-feb. 2014
ticket sanitari		
Totale frode (€)	953.853	112.920
Danni erariali in materia di spesa sanitaria	2013	gen.-feb. 2014
Interventi (n.)	177	32
Soggetti verbalizzati (n.)	742	104
Danni erariali accertati (€)	1.005.457.008	150.206.315

OSSERVASALUTE 2013/ Nel 2011-2012 sono in 12 quelle con disavanzi elevati

Province in rosso al setaccio

Tutto in regola solo in 5 Regioni - Esempi virtuosi anche al Sud

Nel 2002-2004 ben 52 Province registravano deficit elevati. Nel 2011-2012 si sono ridotte a 12: Rovigo, Venezia, Massa Carrara, Roma, Rieti, Napoli, Campobasso, Taranto, Brindisi, Cosenza, Ogliastro, Medio Campidano. E Osservasalute per la prima volta analizza l'andamento della spesa su base provinciale (come la somma di tutte le Asl dislocate in ciascuna Provincia).

Dal 2010 in poi in tutte le Regioni si registrano cali di incidenza della spesa sanitaria sul Pil. Anche se resta la differenza Nord-Sud con valori superiori all'8% nelle Regioni meridionali (maggiore della media nazionale) e meno del 7,5% in quelle settentrionali. L'incidenza minima è in Lombardia e la massima in Campania con un divario che si riduce leggermente negli anni passando da 5,36 nel 2010 a 4,84 nel 2012.

E con il calo di spesa migliorano i bilanci di Asl e ospedali: dal 2002 al 2012, appunto, si sono ridotti di molto gli aggregati provinciali con deficit molto elevati (superiori al 5% dei proventi, limite questo fissato nel Patto per la salute 2010-2012 oltre il quale devo-

no scattare interventi di contenimento) e quelli con forti deficit non sono concentrati geograficamente in territori circoscritti: al massimo ce sono due per Regione (in Veneto, Lazio, Puglia e Sardegna), mentre nel 2002-2004 sette Regioni (Lazio e Campania in cima alla classifica negativa con il pieno di Province in forte rosso, Marche, Abruzzo, Molise, Sicilia e Sardegna dove le perdite erano elevate, ma con combinazioni differenziate di produzione interna ed esterna), registravano perdite elevate praticamente in tutte le Province.

Nel 2011-2012, niente più Regioni «uniformemente caratterizzate da perdite elevate», spiega il rapporto, ma «Regioni uniformemente caratterizzate da risultati positivi o nulli» (Lombardia, Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Marche) o da perdite contenute (Piemonte, Valle d'Aosta, Bolzano, Liguria, Emilia-Romagna, Basilicata). E ancora Regioni (undici in tutto) in cui un solo aggregato provinciale ha perdite elevate. Altrettanto, undici Regioni nel 2011-2012 hanno almeno un aggregato provinciale in equilibrio economico. Di que-

ste, 5 sono centro-meridionali (Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia rispettivamente a Frosinone, L'Aquila, Pescara e Teramo, Avellino, Vibo Valentia, Agrigento e Ragusa). In generale, però, il valore mediano negativo in questo periodo calcolato da Osservasalute è dell'1%, contro il 5% del periodo 2002-2004, quando gli aggregati provinciali in equilibrio erano solo 45, tutti con un limitato (inferiore alla media cioè) ricorso alla produzione esterna. Ed erano tutti al Centro-Nord.

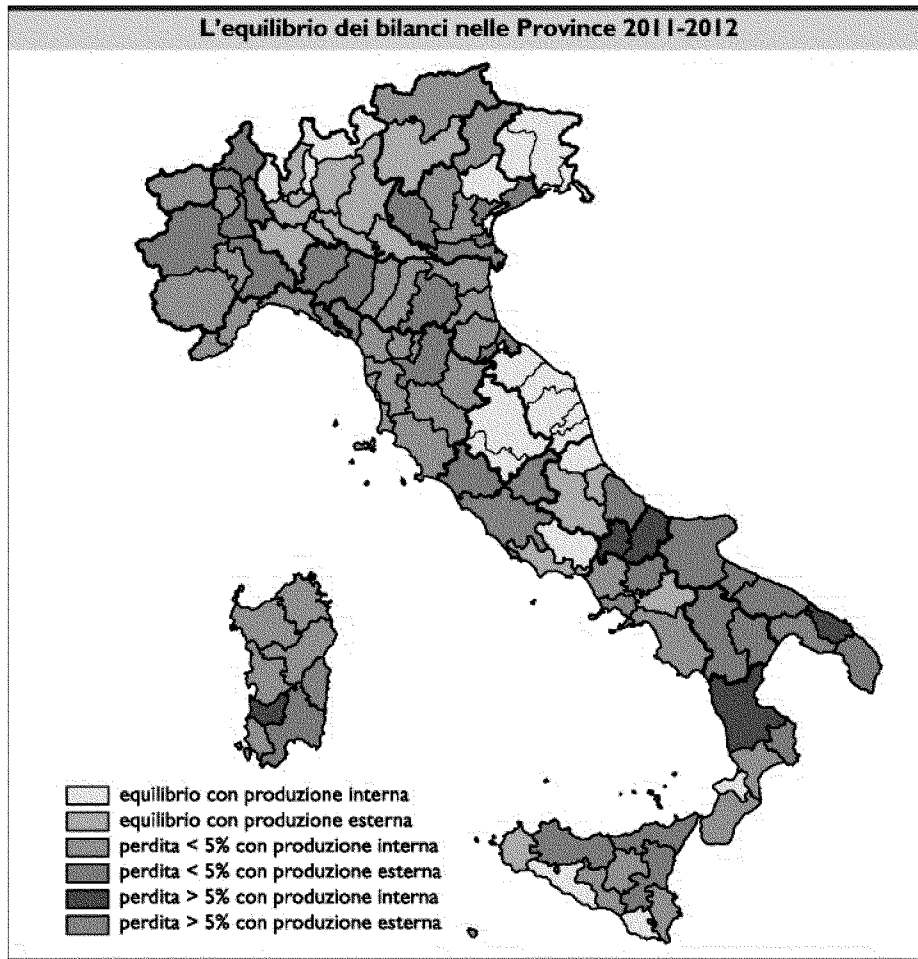
Tra queste due fasce di anni poi le cose sono andate via via migliorando con le Province con risultati economici positivi o nulli passate dalle 4 del 2002-2004 (nessuna al Centro-Sud) a 18 nel 2005-2007 (ancora nessuna al Centro-Sud), 23 nel 2008-2010 (con 4 stavolta al Centro-Sud) e infine 30 nel 2011-2012 (di cui 10 nel Centro-Sud).

Sempre sul versante positivo del miglioramento di spesa negli stessi periodi sono aumentate anche le Province con perdite contenute entro il 5% (rispettivamente 47, 38, 49 e 61, di cui 11, 8, 14 e 25 nelle Regioni centro-meridionali).

L'esame contabile presenta-

to nel rapporto dice infine che il finanziamento pro capite dal fondo sanitario regionale è più basso per le aziende con bilancio in deficit (nel biennio 2011-2012 è in media tra 1.647 euro e 1.752 euro pro capite per le aziende in avanzo di bilancio, mentre per quelle in deficit tra i 1.551 e i 1.672), così come la loro capacità di trovare finanziamenti aggiuntivi (tra 48 e 51 euro pro capite per le aziende con bilanci in attivo e tra 39 e 43 per quelle in deficit).

I risultati positivi degli ultimi anni nei bilanci, ammonisce infine Osservasalute «non devono, però, far dimenticare che il contenimento della spesa dovrebbe incidere su situazioni di inefficienza e inappropriata, quindi salvaguardare gli attuali livelli di servizio. Tuttavia, in molti casi, risparmio e razionalizzazione sono stati perseguiti tramite tagli lineari sul finanziamento, nella speranza di indurre le aziende a "fare lo stesso con meno", senza introdurre le opportune innovazioni di prodotto (il mix di servizi offerti) e di processo (le modalità di produzione ed erogazione dei servizi)».



L'INDAGINE SULL'UTILIZZO DEL WEB 2.0 DA PARTE DI ASL E AZIENDE OSPEDALIERE

Gli Internet-sauri che presidiano il Ssn

La sanità 2.0 stenta a decollare: secondo il Rapporto Osservasalute 2013, Asl e ospedali usano poco i canali web per incontrare il cittadino-utente e restano ancora "internet-sauri", soprattutto al Sud. Facebook, Twitter o Youtube sono sconosciuti ai più: appena il 34% delle Asl in Italia utilizza almeno un canale web 2.0 per comunicare con il cittadino. Si sale al 44% per Aziende ospedaliere e Ireccs.

Per quanto riguarda le Asl, esiste una notevole eterogeneità regionale con una maggiore propensione da parte delle aziende del Nord. Nel Nord-Est è l'Emilia-Romagna a registrare il dato più convincente (73% delle Asl utilizza almeno un canale web 2.0 per la comunicazione col cittadino) che, sommato a quelli di Veneto (19%) e Friuli Venezia Giulia (17%), contribuisce al raggiungimento dei valori più elevati per macroarea. Per il Nord-Ovest importante è il dato di Lombardia (47%), Piemonte (23%) e Liguria (20%). Per quanto riguarda il Centro, oltre alle Marche, positivo è il valore dell'Umbria e del Lazio (rispettivamente, 50% e 42% delle Asl), mentre al di sotto del valore nazionale si colloca la Toscana (25%).

Per quanto riguarda il Sud e le Isole si osservano le migliori performance in Abruzzo (50%), Campania (43%) e Sicilia (33%), mentre l'utilizzo dei canali web 2.0 per la comunicazione con il cittadino risulta del tutto assente in Molise, Basilicata, Calabria e Pa di Trento.

Il canale più utilizzato risulta Youtube: in Italia, difatti, in questo settore è utilizzato in 49 Asl su 143 staccando di gran lunga altri social network come Twitter (22 su 143) e Facebook (20 su 143).

I dati su Ao, Ireccs e Pu sono migliori rispetto alle Asl. I massimi valori relativi all'utilizzo di almeno un canale web 2.0 vengono registrati in Umbria e Molise, dove l'unica struttura valutata ha un suo canale web 2.0. Nel Nord-Est è l'Emilia-Romagna a registrare il dato più convincente (83%) che, sommato a quelli di Veneto (40%) e Friuli Venezia Giulia (20%), contribuisce al raggiungimento dei valori più elevati per macroarea. Per il Nord-Ovest di grande rilievo è il dato della Lombardia (41%) che, presentando di gran lunga il numero più elevato di strutture di ricovero (54) in rapporto al territorio, mostra un dato di assoluto rilievo.

Per quanto riguarda il Centro, oltre all'Umbria (il 100%), positivo è il valore del Lazio (63%) e della Toscana (50%), mentre al di sotto del valore nazionale troviamo le Marche (33%). Per quanto riguarda il Sud e le Isole si osservano le migliori performance in Molise (100%), Puglia (57%) e Basilicata (50%).



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Indagine Asl Proseguono gli interrogatori in Procura

I contratti nel mirino degli inquirenti

**Ascoltato come teste
uno dei dipendenti:
verifiche sulle gare**

Sul fronte delle indagini sullo scandalo che ha investito l'Asl ieri un nuovo interrogatorio. Ascoltato per oltre tre ore Camillo Toro dipendente Asl. I magistrati del pool che sta conducendo questa indagine, i sostituti procuratori Giovanni Tartaglia Polcini, Flavia Felaco (nella foto) e Nicoletta Giammarino hanno deciso di ascoltarlo presso la ex caserma Guidoni, dove hanno sede gli uffici della polizia giudiziaria. Locali in passato già utilizzati in alternativa a quelli della Procura della Repubblica nella sede in via De Caro. E ieri mattina Camillo Toro è stato ascoltato dai sostituti Giovanni Tartaglia Polcini e Flavia Felaco come persona informata sui fatti e fonoregistrato, il che ha reso più spedito l'interrogatorio.

Si è trattato per Camillo Toro di un interrogatorio bis perché il funzionario era stato già ascoltato a lungo nei giorni scorsi, unitamente a due sindaci del Foratore Zaccaria Spina e Mi-

chele Antonio Maffeo, chiamati a testimoniare come persone informate sui fatti del servizio 118 nell'alto Sannio dopo una serie di soppressioni e riorganizzazioni.

Camillo Toro fino al marzo dello scorso anno aveva prestato servizio presso l'ufficio legale dell'Asl ed ora nell'ambito della divisione degli affari generali, svolge le sue mansioni nella stipula dei contratti. Due settori al centro delle attuali indagini infatti come è noto si indaga tra l'altro proprio sugli incarichi conferiti ai legali e sui contratti che l'azienda sanitaria in questi anni ha sottoscritto con varie aziende.

Gli inquirenti, dopo la fase dell'acquisizione di una vasta documentazione, adesso concentrano l'attenzione su punti specifici. Da qui la necessità di sentire alcuni dipendenti alle varie strutture per far emergere quella che era l'attività dei vari settori e verificare la rispondenza alle normative vigenti. L'indagine, comunque, nel suo complesso per giungere a conclusioni definitive richiede tempi non brevi. Del resto i primi provvedimenti su richiesta della Procura e a firma del gip Flavio Cusani sono scattati il 27 dicembre.

Poi una serie di interrogatori fiume di indagati e l'acquisizione di registrazioni. Intervallati questi interrogatori ad altri con persone informate sui fatti. Il tutto con una serie di perquisizioni nelle varie sedi del'Asl da via Mascellaro a via Oderisio per acquisire documenti. Un imponente materiale che richiede appunto l'acquisizione di ulteriori elementi che dovrebbero venir fuori dai nuovi interrogatori.



Inquirenti

I pm Felaco e Tartaglia Polcini al lavoro per ascoltare i testimoni nell'inchiesta Asl

L'iniziativa

«Terra dei Fuochi, fondi europei per un laboratorio a cielo aperto»

La proposta di Nature: per i tumori ricerca come a Salonicco

Tullio De Simone

Terra dei Fuochi, da «eredità tossica a eredità scientifica». Come? Tutta l'area potrebbe diventare un laboratorio a cielo aperto sugli effetti dell'inquinamento sulla salute. La proposta è del professore Gennaro Ciliberto, direttore scientifico del Pascale, l'Istituto Nazionale per i Tumori di Napoli, e l'ha fatta sua la prestigiosa rivista scientifica americana *Nature* che oggi pubblica un editoriale (anticipato ieri sul sito del magazine) nel quale rivisita e ricostruisce le vicende che hanno portato alla scoperta delle discariche abusive situate tra Napoli e Caserta, ricordando i casi di tumore in aumento ma anche i potenziali fattori confondenti come il maggior tasso di fumatori della zona.

E proprio partendo dallo spunto scientifico del professore Ciliberto, *Nature* sottolinea che «questa idea è da prendere in considerazione» e che per questo «bisogna utilizzare i fondi europei per la ricerca destinati alla Campania», aggiungendo che «l'Ue ha destinato 6,9 miliardi di euro alla Campania solo nel periodo 2007-2013 mentre l'allocazione della prossima tranche è ancora da stabilire».

Tra l'altro, ha spiegato ancora la «Bibbia della scienza», esisteva il precedente di Salonicco, a nord della Grecia, dove proprio con i fondi europei è stato avviato un progetto per cercare tracce della combustione delle biomasse nel sangue e nelle urine degli abitanti, dopo che qui «i nuovi po-

stereconomici hanno iniziato a bruciare biomasse per riscaldare le case, contribuendo allo smog».

Dal canto suo, il direttore scientifico del Pascale, citato nell'articolo, ha spiegato che «la Campania potrebbe essere un perfetto campo di studi per un programma di ricerca e biomonitoraggio».

Rotto, dunque, il muro del silenzio e con le istituzioni che si stanno occupando dell'emergenza rifiuti in Campania, ora per esperti e addetti ai lavori si pone dunque, il problema di andare a verificare dal di dentro questa «scatola nera tossica» e di accertare il legame causa-effetto fra esposizione ai veleni, malattie e morti, come da molto tempo chiedono anche i biologi. Il professore Ciliberto è stato ancora esplicito: «Questi campi avvelenati potrebbero servire per un gigantesco esperimento di esposomica, la nuova scienza che punta a individuare biomarcatori-spia di una passata o presente esposizione ambientale a sostanze chimiche tossiche».

In altre parole «un progetto di ricerca dell'Ue abbina regolari analisi degli inquinanti atmosferici con analisi delle urine e del sangue di una quantità di persone, con l'obiettivo di determinare quantitativamente come la loro espressione genica, il metabolismo e il profilo proteico cambiano per effetto degli inquinanti entrati nell'organismo».

L'Italia però, in tempi di austerità, ha pochi soldi in cassa per la ricerca, viene osservato ancora da *Nature*, ma Ciliberto suggerisce: «Studi del genere sono programmi che dovrebbero essere sostenuti dai fondi strutturali

che la Commissione europea assegna alla Regione». E per *Nature* l'esperto «potrebbe avere ragione», aggiungendo che «la Commissione incoraggia esplicitamente il loro utilizzo per promuovere la ricerca e la capacità di sviluppo locali» e che «le assegnazioni della prossima tranche di fondi strutturali al nostro Paese, nel periodo 2014-2020, è ancora in discussione». Concludendo che se è vero che «ora i fuochi si sono spenti, le malattie rimangono e vanno studiate. E che se anche i dati finali non dovessero essere risolutivi, ne sarà valsa

comunque la pena». In piena sintonia con la proposta lanciata da *Nature* molti specialisti e scienziati. Fra questi l'oncologo Umberto Veronesi e il genetista napoletano Edoardo Boncinelli. Per quest'ultimo si tratta di «trasformare l'emergenza in un'opportunità per la scienza», mentre per Veronesi «la scienza epidemiologica è debole in Italia e in tutta Europa e va rafforzata per il suo enorme potenziale di tutela della salute», e quindi ben venga a suo dire «la razionalità della scienza come arma contro il panico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'esperto

«Nei campi avvelenati il via ad esperimenti per individuare biomarker spia negli individui più esposti»

L'allarme

Terra dei Fuochi o meglio ex «Campania felix». A sinistra il professore Gennaro Ciliberto



Il consenso

La prestigiosa rivista americana sposa l'idea del professore Ciliberto del Pascale





L'oncologo



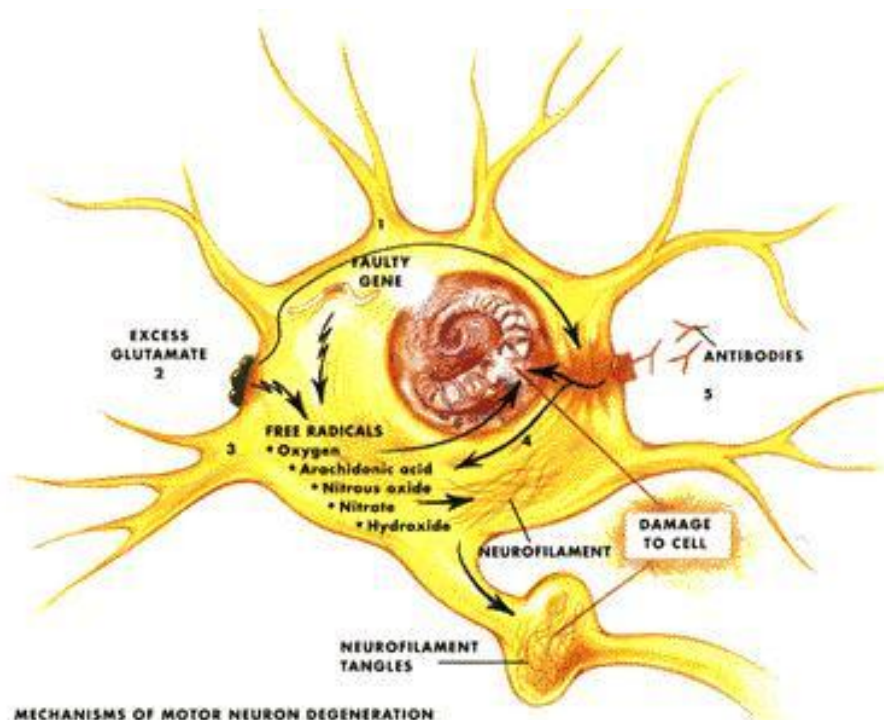
Antonio Giordano
«Il nostro appello
cinque anni fa»

Antonio Giordano, oncologo napoletano e direttore dello Sbarro Institute di Philadelphia, sottolinea che «fummo noi nel 2009, dalle pagine del Mattino, a definire la Campania come un grande laboratorio a cielo aperto di cancerogenesi ambientale dove le cavie erano gli stessi uomini e donne che vivevano in quel territorio. Lo abbiamo ripetuto più volte senza essere ascoltati e ora siamo contenti che il direttore scientifico del Pascale, Gennaro Ciliberto, abbia usato la stessa terminologia per descrivere il problema. Mi auguro - conclude Giordano - che, oltre a lui, altri colleghi si accorgano finalmente di questa gravissima emergenza che da 40 anni viene denunciata scientificamente, come evidenziato anche dal presidente Napolitano nella lettera da me ricevuta nei giorni scorsi».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Al Monaldi Impiantato defibrillatore compatibile con la risonanza

Impiantato, per la prima volta, un defibrillatore cardiaco totalmente compatibile con la risonanza magnetica generalizzata. L'intervento per l'applicazione del congegno (Evera Mri SureScan di Medtronic) è stato eseguito presso la Cardiologia del policlinico della Seconda Università, diretta da Maria Giovanna Russo.

Spiega Lucio Santangelo, autore dell'intervento: «Abbiamo impiantato questo innovativo strumento in un paziente di 38 anni ricoverato per cardiomiopatia aritmogena presso l'Unità dipartimentale di Giuseppe Pacileo. La novità importante è che il paziente, pur portatore di un dispositivo medico impiantabile, potrà sottoporsi se necessario all'esame di risonanza magnetica in tutte le parti del corpo».

«Il dispositivo - sottolinea il manager dell'Azienda dei Colli, Antonio Giordano - è stato impiantato in contemporanea con 70 centri d'eccellenza nazionali e da maggio sarà disponibile in tutta Italia. Il Monaldi continua a dare, grazie alle straordinarie risorse professionali esistenti, un contributo di primissimo piano nella ricerca medica avanzata».

«Circa il 63% dei pazienti con defibrillatore cardiaco - aggiunge Maria Giovanna Russo - dovrà sottoporsi, entro 10 anni dall'impianto, a un'indagine di risonanza magnetica, esame clinico diventato ormai fondamentale per la corretta diagnosi di molte patologie. Rispetto ai precedenti defibrillatori, la nuova tecnologia consente al paziente di accedere alle indagini di risonanza magnetica e, pertanto, di scoprire eventuali condizioni patologiche potenzialmente letali».

L'intervento
L'innovativo strumento introdotto nel corpo di un uomo cardiopatico di 38 anni

Il nuovo prodotto mantiene la stessa durata di batteria - fino a 11 anni - dei dispositivi precedenti, e riesce a distinguere le alterazioni del ritmo cardiaco pericolose da quelle innocue, pari a circa il 20% del totale, con le conseguenti possibilità di evitare interventi non necessari per il paziente ed allo stesso tempo di ridurre la spesa. Il sistema comprende anche il nuovo monitor esterno di telemedicina MyCareLink che, posizionato a casa del paziente, trasmette i dati diagnostici direttamente all'ospedale, utilizzando la tecnologia cellulare per la telefonia mobile globale. «Tutta l'attività cardiaca del paziente sarà quindi registrata per i prossimi anni senza che questi se ne accorga, proprio come una perfetta microspia che, attraverso il monitor esterno di telemedicina, farà pervenire i dati diagnostici da casa in ospedale», conclude Santangelo.

m.i.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La struttura L'ingresso principale dell'ospedale Monaldi

Infarto, cure più efficaci e nuovi test

Le ultime ricerche sulla terapia dell'infarto e gli esami per vedere le placche aterosclerotiche da vicino



Le malattie cardiovascolari sono ancora oggi un problema enorme in Italia: ogni anno oltre 200mila persone muoiono per una di queste patologie, che uccidono più dei tumori. Le prospettive di diagnosi e cura più innovative sono state al centro dell'ultimo convegno "Conoscere e curare il cuore" a Firenze: dal palloncino che rilasciando un farmaco nel trombo che occlude la coronaria risolve più efficacemente l'infarto alle nuove tecniche di diagnostica per immagini, che consentono di vedere molto da vicino le placche aterosclerotiche per capire meglio come evolveranno.

Infarto

A Firenze sono stati discussi i risultati dello studio Cocktail II, per il quale pazienti con infarto sono stati suddivisi a ricevere due diversi trattamenti mirati a eliminare il coagulo responsabile dell'occlusione della coronaria: in un caso il trombo veniva aspirato attraverso un catetere, nella cosiddetta trombectomia; nell'altro si portava un palloncino poroso a livello del trombo per rilasciare proprio dove serve un farmaco in grado di "scioglierlo". Quattro anni fa una prima ricerca sull'argomento aveva mostrato che la somministrazione locale del trombolitico era molto più efficace nel ridurre l'entità del trombo rispetto allo stesso farmaco dato per via generale; lo studio Cocktail ha ora verificato che questo approccio migliora la circolazione sanguigna nelle arterie cardiache con vantaggi che aiutano a ridurre gli eventi avversi, dagli infarti successivi alla mortalità entro un anno dall'intervento. «Usare un metodo per la somministrazione locale del farmaco aumenta il flusso sanguigno nelle coronarie colpite dall'infarto, migliorando la prognosi dei pazienti – spiega Francesco Prati, presidente del centro per la Lotta contro l'Infarto –. Lo studio per la prima volta ha confrontato questo approccio alla trombectomia, rivelando la superiorità del palloncino poroso carico di farmaco rispetto all'aspirazione: si tratta perciò di una tecnica che può essere associata all'angioplastica per ridurre il trombo prima di applicare uno stent, ottimizzando gli esiti dell'intervento».

Placche

Le novità però non finiscono qui: una ricerca francese discussa durante il congresso ha mostrato per la prima volta come si comportano le placche aterosclerotiche che provocano gli infarti. I “restringimenti” delle coronarie responsabili dell’infarto nei pazienti partecipanti sono stati trattati con la semplice aspirazione del trombo, lasciando dov’era la placca aterosclerotica sottostante; quindi, gli autori hanno guardato la placca con la tomografia ottica a coerenza di fase (OTC) scoprendo che in alcuni casi questa si era ulcerata e una sua parte si era “rotta” nel lume del vaso, in altri era stata erosa. Non solo, andando ad analizzare nuovamente la placca mesi dopo l’infarto se ne sono potuti osservare i cambiamenti: quando si era rotta per ulcerazione restava un “cratere” praticamente identico anche a distanza di mesi, nelle lesioni prodotte per erosione invece restavano più “strati” nella placca. «La possibilità di osservare in grande dettaglio i segni dei vecchi eventi cardiovascolari è molto preziosa perché può fornirci utili informazioni – osserva Prati –. Ricostruire il comportamento delle placche nel tempo ci aiuta a capire infatti quali sono quelle più a rischio di provocare nuovi eventi cardiovascolari e quali invece non destano preoccupazione, personalizzando ancora di più le terapie». Gli studi sono agli inizi e servirà ancora tempo per capire con precisione le implicazioni cliniche delle diverse tipologie di placca ma grazie alle nuove tecniche di diagnostica per immagini, sempre più sofisticate, la strada verso una migliore comprensione e cura dell’infarto pare tracciata.

Giornata Mondiale Meningite. La prevenzione e il supporto dei pazienti. Focus sulla vaccinazione

Ogni anno la malattia colpisce oltre 1 milione e 200 mila persone al mondo e 1000 persone in Italia. Soprattutto nelle forme più severe, può causare morte o disabilità nel giro di poche ore. Durante la sesta Giornata Mondiale della malattia, promossa dalla Confederazione delle Organizzazioni della Meningite, uno dei focus è “il valore della vaccinazione come priorità per prevenire la malattia”



Ricorre oggi, 24 aprile, il sesto *World Meningitis Day* (WMD), la Giornata Mondiale della Meningite, un evento promosso dalla Confederazione delle Organizzazioni della Meningite (Confederation of Meningitis Organisations – CoMO), che riunisce 43 Organizzazioni in 28 paesi del mondo, contro la malattia. L’obiettivo è diffondere le conoscenze su di essa, sottolineare l’importanza della vaccinazione e fornire supporto a chi ne affronta le conseguenze.

Una malattia che può colpire chiunque, dovunque e in qualsiasi momento, come sottolinea la Conferderazione CoMO: ogni anno essa colpisce oltre 1 milione e 200mila persone al mondo e 1000 italiani (dati riportati dal Comitato Nazionale contro la Meningite); la forma batterica è la più severa e diffusa al mondo, mietendo complessivamente 120 mila vittime all’anno. Anche in caso di diagnosi e trattamento rapidi, il 10% dei pazienti non sopravvive e fino al 20% o più subisce danni e disabilità permanenti. In generale, i più colpiti sono bambini e adolescenti.

Ciò che spaventa della meningite è che i sintomi sono simili a quelli dell’influenza, includendo anche febbre, vomito, mal di testa, torcicollo, sensibilità alla luce e sonnolenza, che possono comparire in ordine sparso - e alcuni di essi anche non manifestarsi. Tra le possibili conseguenze della malattia, sordità, danni cerebrali o setticemia quando si ha la perdita di un arto.

La meningite può essere prevenuta attraverso il vaccino, spiegano gli esperti della Confederazione CoMO. Da diversi anni vengono utilizzati alcuni vaccini contro le tre principali cause della malattia, (meningococco, pneumococco e da emofilo di tipo b - Hib), illustrano gli esperti: il vaccino Hib è stato ampiamente disponibile per diversi anni, rendendo molto vicina l’eliminazione di questa forma della malattia, mentre purtroppo non è avvenuto lo stesso per le forme batteriche causate da altri patogeni.

Le persone devono essere consapevoli delle caratteristiche della meningite, che può causare morte o disabilità nel giro di poche ore, e del fatto che alcune delle forme più gravi possono essere prevenute attraverso la vaccinazione, sottolinea CoMO. “Quello che molte persone non sanno è che l'introduzione dei vaccini contro lo pneumococco il meningococco vaccini e l'Hib non solo aiutano a prevenire la meningite ma una varietà di altre malattie, tra cui la polmonite, otite media (infezione dell'orecchio medio), setticemia ed epiglottide”. Il messaggio di CoMO, dunque, è rivolto agli individui singoli e alla società nel suo complesso, nell'obiettivo di “dire ai governi in tutto il mondo che devono rendere la prevenzione della meningite una priorità, disponibile per tutti”.

“Ciò che è molto importante consiste nel conoscere e riconoscere la meningite immediatamente, e mettere a fuoco l'importanza della vaccinazione e renderla una priorità per prevenire la malattia”, ha affermato la Professoressa **Lulu Bravo** al termine di un toccante video presentato dalla Confederazione delle Organizzazioni CoMO (qui il video https://www.youtube.com/watch?v=U1kR7Uh_-TM), durante il quale sei membri delle Organizzazioni condividono le loro personali esperienze della malattia.