



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**STRATEGIE**

## La trasparenza crea risparmi

**A**mmettere l'errore è il primo passo per capirne le cause scatenanti e porre riparo. E in più, fa risparmiare. L'insegnamento - riferito nel dossier Ania - arriva dal sistema sanitario dell'università americana del Michigan (Umhs) che nel 2002 adottò una nuova policy in materia di medical malpractice supe-

rando l'approccio del "nega e difenditi".

Il metodo di una franca ammissione di colpa, quando necessario, sembra aver funzionato: nel periodo 2001-2007 gli ospedali che fanno capo all'università di Michigan hanno registrato una riduzione del contenzioso tra il 27 e il 65%, i tempi di gestione delle richieste di

risarcimento sono stati tagliati in media da 20 a 8 mesi e le riserve assicurative si sono ridotte di due terzi, con probabili ulteriori vantaggi anche per i pazienti.

# Sanità, Caldoro incalza: «Sblocco del turn over»

■ Appello disperato del governatore a Renzi: «Una norma stupida, così rischiamo di spendere ancora di più per il personale»

**Napoli.** Il blocco del turn over nel comparto sanitario? E una norma stupida che non ci permette di avere forze nuove e che paradossalmente ci fa spendere più risorse, ribadisce il governatore della Campania che, ancora una volta, chiede: Devono darci lo sblocco del turn over. Il personale si lamenta per il blocco del turn over? Mi lamento io insieme al personale - ha spiegato a margine della visita al nuovo pronto soccorso dell'ospedale di Nola (Napoli) inaugurato lo scorso 24 luglio - questa è una battaglia comune che facciamo insieme ai cittadini campani, ai pazienti, a tutti gli operatori, medici. Sono in prima fila insieme a loro contro il Governo. O meglio - sottolinea - io non faccio mai battaglie contro però quando si fa una cosa stupida è bene correggerla. Noi oggi con il blocco del personale spendiamo più soldi di quelli per l'inserimento di tanti giovani medici, del personale infermieristico, sanitario,

amministrativo. Lo ripeto come incoraggiamento, per quello che possiamo fare noi utilizzeremo tutte le deroghe - aggiunge - quasi mille posti di lavoro nella sanità, se riusciremo ad essere veloci e non abbiamo intoppi dal Governo. Speriamo di poter fare l'immissione in ruolo nel mese di gennaio di tutta la parte delle deroghe che spettavano alla Regione Campania e che anche quelle ci sono state bloccate. Dobbiamo lavorare in senso positivo - conclude - quando parlo del Governo non do in particolare una responsabilità a questo Governo, la responsabilità è antica. Però è bene che quelli che ci sono affrontino il problema in maniera più intelligente.

Quella della sanità è una delle ultime sfide prima della fine del mandato.

Ieri è stato in visita all'ospedale di Nola per l'inaugurazione del nuovo pronto soccorso, ma l'emergenza sanitaria in Regione continua. Da tempo altri ospedali dell'Asl Napoli



LA VISITA  
Ieri Caldoro ha visitato il nuovo pronto soccorso di Nola

3 Sud attendono risposte.

A chi gli fa presente dell'emergenza infarti e del fatto che non c'è l'emodinamica, il governatore ha spiegato che la riorganizzazione è prevista. Si dovranno dare risposte in merito all'emergenza cardiologica, su questo la rete sarà

organizzata in maniera efficiente - ha aggiunto - come sapete ci sono degli standard che sono previsti in termini di qualità dell'offerta sanitaria, perché a volte avere le stesse cose dappertutto non ha un senso. Questo diventa un centro forte.

## REGIONE



### Maratona in consiglio per la legge di stabilità

Il Consiglio Regionale della Campania, presieduto da Pietro Foglia, si riunirà oggi, dalle ore 11,00 alle 19,00, mercoledì 30 luglio dalle ore 11,00 alle 15,00 e giovedì 31 luglio dalle ore 11,00 ad oltranza. Nel primo giorno di lavoro, il Consiglio esaminerà: Deliberazioni concernenti lo status di più Consiglieri Regionali; il seguito delle Proposte di legge abbinata sulla Organizzazione del sistema turistico in Campania e Definizione dei compiti e delle funzioni dell'Agenzia regionale Campana per la difesa del suolo. Di seguito, le proposte di legge Riconoscimento e costituzione dei distretti rurali, dei distretti agroalimentari di qualità e dei distretti di filiera, Norme per l'attuazione del piano energetico ambientale regionale in Campania, Disciplina dei percorsi della ceramica in Campania e modifiche alla Legge Regionale 10 marzo 2014 n.11, il Regolamento Riforma del trasporto pubblico locale e sistemi di mobilità della Regione Campania.

**I dati** La provincia capoluogo ultima in Italia. In regione, per gli importi, sta peggio Benevento: 690 euro al mese

# Pensioni, la riforma penalizza la Campania

## Solo il 7,6% degli assegni «risiede» a Napoli

CASERTA — Ultima per l'incidenza delle pensioni di vecchiaia sul totale della popolazione residente: 4,8%. Diciassettesima per quanto concerne la percentuale di pensioni di invalidità sulla popolazione residente: 6,1%. E' una provincia di Napoli a due facce quella che emerge dalla mappa pubblicata ieri dal *Sole 24 Ore*. L'indagine fotografa la situazione italiana quale si è determinata all'indomani della riforma Fornero del 2012, quella che ha determinato la scomparsa della pensione di anzianità, ha esteso il metodo contributivo nel calcolo dell'assegno ed ha avviato l'equiparazione tra uomini e donne relativamente all'età pensionabile.

I dati, dunque. Il primo, interessante, riguarda l'incidenza percentuale delle pensioni totali, quindi di anzianità, di vecchiaia e di invalidità, sulla popolazione residente. La graduatoria mette in fila le 105 province italiane. Tutte quelle campane occupano la seconda parte della classifica. Benevento è al settantottesimo posto, con il 12,9% ed un importo medio dell'assegno pari a 690,5 euro. La provincia di Avellino è ottantacinquesima: 11,8% di pensioni rispetto al totale degli abitanti ed un assegno medio di 708 euro. La provincia di Salerno è novantaduesima: 10,6% le pensioni. Assegno più sostenuto che nell'Avellinese e nel Beneventano: 820,3 euro. I territori del Casertano sono al centoduesimo posto: 8,7% le pensioni rispetto al totale dei residenti.

### LA CLASSIFICA

L'incidenza% delle pensioni totali sulla popolazione residente

	Province	su pop.	euro mese
1	Biella	26,8	1.095,3
2	Ancona	24,4	807,2
3	Ferrara	24,3	1.005,4
4	Vercelli	23,9	1.051,4
5	Novara	22,7	1.172,6
6	Asti	22,3	985,4
	Alessandria	22,3	1.058,3
	Ravenna	22,3	1.046,7
9	Trieste	21,8	1.129,8
	Lecco	21,8	1.157,7
78	Benevento	12,9	690,5
85	Avellino	11,8	708,0
92	Salerno	10,6	820,3
102	Caserta	8,7	859,3
105	Napoli	7,6	1.090,2

Fonte: Il Sole 24 Ore

COMPUTIME

Importo medio: 859,3 euro. Napoli e provincia fanalini di coda nazionali: 7,6% l'incidenza delle pensioni sul totale dei residenti. Media dell'emolumento: 1.090,2 euro. Un'altra graduatoria del dossier focalizza l'attenzione esclusivamente sulle pensioni di vecchiaia. Sono quelle che si percepiscono al compimento dell'età pensionabile, come corrispettivo dei contributi versanti nel corso della vita lavorativa. La provincia di Napoli, si diceva, è ultima col 4,8% sulla popolazione residente. Importo medio: 741,9 euro. Benevento ed Avellino sono al sessantacinquesimo posto. Salerno è ottantacinquesima. Caserta novantanovesima.

Il *Sole 24 Ore* mette poi in fila le province italiane in base alla percentuale di pensioni di anzianità sul totale della popolazione residente. Sono pensioni, queste, abolite dalla Fornero. Ne aveva diritto anche chi non avesse raggiunto l'età prevista per la quiescenza, purché avesse un numero di anni di contribuzione più elevato. Napoli è penultima, col 2,3%. Importo medio: 1716,2 euro ogni trenta giorni. Caserta è a quota 103. Salerno si classifica novantottesima. Avellino è al novantaquattresimo posto. Prima delle campane è Benevento, all'ottantatreesimo posto. Numeri e cifre fotografano, dunque, il disastro occupazione in Campania: elevata percentuale di senza lavoro ed un sommerso diffuso, nel quale il mancato versamento dei contributi - quindi l'impossibilità di accedere alla pensione per chi abbia lavorato - sono fenomeni tutt'altro che marginali. Non è un caso, allora, che l'unica classifica nella quale le province campane risultano tutte nella prima metà della graduatoria, secondo *Il Sole 24 Ore*, sia quella delle pensioni di invalidità: Benevento è settima, Napoli diciassettesima, Avellino ventunesima, Salerno quarantunesima, Caserta cinquantottesima. Come hanno appurato numerose inchieste della magistratura negli ultimi anni, in mancanza di un lavoro vero e tutelato, in tanti hanno appreso quello di fingersi ciechi e paralitici.

**Fabrizio Geremica**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## BREVI

***Il ministro della salute Beatrice Lorenzin** ha firmato il decreto di nomina del nuovo Consiglio superiore di sanità. Ai sensi dell'articolo 27 del decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014 i componenti non di diritto sono passati da 40 a 30, quindi ridotti del 25%. Molte le novità che contraddistinguono il nuovo Ccs. Innanzitutto vi è una massiccia presenza femminile: sui 30 membri di nomina del ministro 14 sono donne. Nel precedente Consiglio le donne erano 3 su 40 membri, vale a dire il 7,5%, adesso sfiorano il 50%. Rispetto al precedente Consiglio il 60% dei componenti è di nuova nomina.*

*Dopo due anni di attesa, del regolamento ministeriale non c'è traccia. È l'ora del fai-da-te*

## Assicurazione medica nel caos Il 15/8 scatta l'obbligo. Compagnie in fuga dal settore

### La fotografia del settore

I premi per gli ospedali	288 milioni, in diminuzione del 4,3%
I premi per i medici	543 milioni, in crescita +3,6%
La medicina difensiva	10/13 miliardi annui, l'11% della spesa sanitaria
I sinistri denunciati nel 2012	31.200, -0.8% rispetto all'anno precedente

DI **BENEDETTA PACELLI**

**L'**assicurazione dei medici nel caos. A partire dal 15 agosto, infatti, tutti i camici bianchi saranno obbligati per legge a dotarsi di una copertura assicurativa, ma lo dovranno fare senza alcun riferimento normativo. Secondo quanto appreso da *ItaliaOggi* da ambienti vicini al ministero, sembra ormai certo che per Ferragosto non arriverà quel regolamento ad hoc, atteso da anni dai medici, che avrebbe dovuto agevolare la copertura assicurativa per le specialità a rischio, circoscrivere le responsabilità dei camici bianchi e limitare i costi dei risarcimenti. Il risultato? La protezione assicurativa dal rischio di un contenzioso per presunta malpractice in un parto continuerà, per ora, a costare oltre 10 mila euro l'anno a un ginecologo, con un massimale di 500 mila euro. Tariffa simile per un chirurgo generale o un ortopedico che abbia appena concluso la specializzazione o ancor più dopo 20 anni di esperienza alle spalle. E per molti camici bianchi il costo diventerà così insostenibile da pensare alla cessione dell'attività. E saranno proprio i liberi professionisti a trovarsi in maggiore difficoltà visto che i colleghi del settore pubblico non solo sono esonerati dall'obbligo ma possono almeno usufruire della copertura della propria Asl o dal modello di autoassicurazione messo in campo recentemente dalle regioni. Dunque, a partire dal 15 agosto tutti i

camici bianchi sono obbligati a stipulare l'assicurazione, senza alcuna proroga (sarebbe la terza) sottostando a quelle regole da Far West che ormai sono diventate prassi: premi alle stelle e polizze elevatissime. Con un'ulteriore complicazione, come si legge nel dossier dell'Ania «Malpractice, il grande caos»: l'abbandono del mercato da parte delle compagnie italiane, in fuga non solo per la continua crescita di risarcimenti, ma anche per la progressiva impossibilità di valutare il rischio da coprire. E quindi se trovare una compagnia disposta ad assicurare sarà complicato, scovarne una che assicuri a prezzi vantaggiosi praticamente impossibile.

**L'autoassicurazione.** Le assicurazioni italiane assicurano sempre meno i rischi di malpractice degli ospedali italiani e quindi nella sanità, dice l'Associazione nazionale tra le imprese assicuratrici, «è l'ora del fai da te». La maggior parte delle regioni, infatti, gestisce in autoassicurazione i rischi di rc causati dal personale sanitario. E l'intervento di un assicuratore è richiesto solo per gestire i sinistri più gravi, normalmente da 250-500 mila euro in su. Non è un caso, infatti, che per la prima volta si assista a un decremento dei premi nelle coperture di ospedali e strutture sanitarie (288 milioni nel 2012, -4,3%), ma a un incremento di quelle sottoscritte direttamente dai singoli professionisti (255 milioni, +14%). Un

dato in totale controtendenza considerando che nel 2012, il 72,3% delle aziende sanitarie risultava coperto con una polizza. Ma al crescere dei premi assicurativi infatti le regioni si sono organizzate gestendo direttamente la copertura dei propri dipendenti con fondi ad hoc. Questo, dice ancora l'Ania, «spiega il ritiro delle imprese assicuratrici da un mercato dove soltanto pochi operatori esteri, sono rimasti in attività». Con maggiori difficoltà per i professionisti.

**I numeri delle polizze.** La stima dei premi per il 2012 è stata pari a 543 milioni di euro, di cui il 53% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante dai professionisti. Rispetto all'anno precedente i premi sono stati incrementati del 3,6%, essenzialmente con l'aumento di oltre il 14% del volume premi relativi alle polizze dei professionisti. Il tasso annuo di crescita del periodo 2002-12 è cresciuto di oltre il 10% sempre per i professionisti. A questo si aggiunge un altro dato: le denunce di sinistri relativi alla rc professionale per il 60% dei casi non dà seguito a un risarcimento.

## Personale, la carica dei 716mila

Oltre ai dipendenti Ssn, la Salute censisce anche privati e convenzionati: in tutto 716mila operatori. (Servizio a pag. 10)

Censimento del ministero della Salute di tutti gli operatori - I medici sono 244mila

# Col Ssn lavorano in 716mila

Dipendenti 665mila - Privati, convenzionati e accreditati oltre 51mila

**A**ccanto ai 109mila medici già censiti e analizzati assieme a tutto il personale dipendente del Ssn dal Conto annuale 2012 ce ne sono altri 134.685 che lavorano in convenzione (7.718 pediatri, 46.061 Mmg, 11.921 guardie mediche, 15.609 specialisti ambulatoriali), 4.564 medici di istituti e centri di riabilitazione pubblici, 7.072 medici a tempo determinato, 7.536 medici universitari, 10.205 medici che lavorano in strutture equiparate al pubblico, 21.656 medici delle case di cura convenzionate e 2.345 medici delle case di cura non convenzionate.

A illustrare le forze degli organici del Ssn, non solo "dirette", ma anche "indirette" è il rapporto sul «personale del sistema sanitario italiano 2011» del ministero della Salute.

Sotto la lente ovviamente non sono solo i medici, ma anche le professioni non mediche: infermieri, personale con funzioni riabilitative, tecnici sanitari, personale di vigilanza e ispezione. In tutto, l'assistenza sanitaria italiana può contare su 243.855 medici, 332.857 unità di personale infermieristico, 49.555 unità di personale con funzioni riabilitative, 45.285 unità di personale tecnico-sanitario e 10.894 unità di personale con funzioni di vigilanza e ispezione che operano nei vari livelli di assistenza: medicina primaria, riabilitazione, ospedaliera, ambulatoriale.

Il personale totale che opera in tutte le strutture sanitarie è pari a 715.992 unità di cui 665.031 a tempo indeterminato, 34.125 unità con rapporto di lavoro flessibile e 16.836 personale universitario.

Il rapporto tra personale con rapporto di lavoro flessibile e personale a tempo indeterminato risulta pari a 13,9% nel comparto dirigenti del ruolo tecnico, a 15,5% nei profili del ruolo professionale, a 6% nei profili del ruolo tecnico, a 4,1% nel personale con funzioni riabilitative,

a 6,5% per i medici, a 4,1% per il personale infermieristico e solo all'1,9% per i veterinari.

I medici a tempo indeterminato a fine 2011 erano 109.170 cioè 1,84 medici per mille abitanti. E operavano nell'area funzionale dei servizi con 30.367 unità, di cui il 68% nelle specialità di anestesia e rianimazione, radiodiagnostica, igiene e medicina preventiva; nell'area di chirurgia con 25.435 unità di cui il 64% nelle specialità di chirurgia generale, ginecologia e ostetricia, ortopedia e traumatologia; nell'area di medicina con 42.210 unità di cui il 54% in medicina interna, cardiologia, psichiatria e pediatria.

L'età media dei medici del Ssn è pari a 50,3 anni e si rileva una crescente femminilizzazione della professione con una maggiore presenza di donne nelle classi più giovani. Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe di età compresa tra 50 e 59 anni sia la più numerosa e come a quella di età compresa tra 30 e 34 anni corrisponda, invece, la percentuale minore.

La quota di donne medico sul totale è superiore a quella degli uomini nelle fasce di età inferiori ai 40 anni. Inoltre, il 30% dei medici di famiglia e il 64% tra i pediatri di libera scelta è di sesso femminile. Dall'analisi della distribuzione per aree geografiche emerge che i medici che operano nelle strutture pubbliche ed equiparate al pubblico (133.983 unità) sono presenti al Nord con una percentuale di oltre il 43%, al Centro di circa 22%, al Sud e isole rispettivamente 22% e 13 per cento.

I geriatri presenti nelle strutture del Ssn erano nel 2011 pari a 1.422 unità, 0,12 per 1.000 residenti over 65, mentre la medicina interna è presente con un numero di medici pari a 0,63 per 1.000 abitanti ultra 65-enni.

Nell'area funzionale di chirurgia c'erano 0,14 chirurghi generali e

dell'apparato digerente ogni 1.000 residenti adulti (età superiore o uguale a 18 anni).

Nell'area chirurgica di ostetricia e ginecologia c'erano 0,26 medici ginecologi/ostetrici ogni 1.000 donne in età compresa tra 14 e 64 anni.

Gli specialisti convenzionati sono invece 15.609 con 17.338.044 ore remunerate. Per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta le percentuali si attestano a oltre il 43% al Nord, 21% al Centro, 24,2% al Sud e 12,3% nelle Isole.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, ci sono 276.862 unità, di cui 260.092 infermieri, 6.594 infermieri pediatrici e 10.176 ostetriche. Il rapporto rispetto ai residenti è di 4,46 per mille che sale a 4,77 se consideriamo anche gli ospedali equiparati al pubblico; la media nazionale del rapporto tra il personale infermieristico e quello medico è pari a 2,43.

Nell'area della riabilitazione ci sono 20.378 unità, di cui il 63% fisioterapisti, 18% educatori professionali e 12% logopedisti. L'età media è pari a 46,7 anni con anzianità di servizio di 17 anni. Il rapporto tra personale dell'area di riabilitazione e popolazione residente è 0,32; con riferimento anche all'equiparato pubblico è pari a 0,36 per mille abitanti.

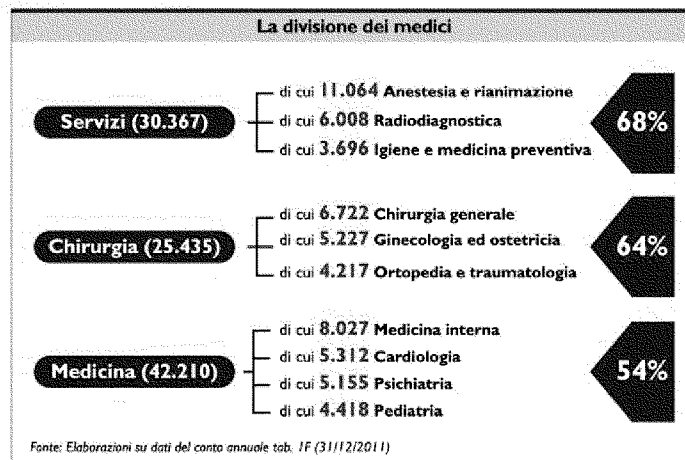
Il personale dell'area diagnostica costituito in maggior numero da tecnici di laboratorio e di radiologia medica è in tutto di 34.547 unità, quello dell'area assistenziale ammonta a 2.251 unità e quello dell'area della prevenzione ammonta a 11.043 unità con il 67% di tecnici della prevenzione. L'età media del personale dell'area tecnica è di 45,9 anni e l'anzianità di servizio pari a

17,5 anni di servizio.

Il rapporto con la popolazione residente oscilla tra 0,59 e 0,64 per mille abitanti a seconda che ci si riferisca o meno anche alle strutture equiparate al pubblico. L'età media del personale dell'area della prevenzione (personale addetto alla vigilanza e all'ispezione) è di 48,9 anni ed il rapporto sulla popolazione residente è pari a 0,19 ogni 1.000 abitanti.

**Red.San.**

Tutto il personale pubblico e privato					
Tipologia di lavoro	Medici	Personale			
		Infermieristico	Funzioni riabilitative	Tecnico sanitario	Vigilanza e ispezione
A tempo indeterminato	109.170	273.267	20.260	35.185	10.230
A tempo determinato	7.072	9.588	1.046	1.300	315
Universitari	7.536	2.800	76	1.114	6
Strutture equiparate al pubblico	10.205	20.182	2.423	3.601	181
Case di cura convenzionate	21.656	25.477	5.498	3.851	154
Case di cura non convenzionate	2.345	1.543	88	234	8
Ria ex art. 26	4.564	--	20.134	--	--
Pediatri di libera scelta	7.716	--	--	--	--
Mmg	46.061	--	--	--	--
Guardia medica	11.921	--	--	--	--
Specialisti ambulatoriali	15.609	--	--	--	--
<b>Totale</b>	<b>243.855</b>	<b>332.857</b>	<b>49.525</b>	<b>45.285</b>	<b>10.894</b>



**Dove lavorano i dipendenti del Ssn**

Professioni	Ao	%	Aou	%	Ircs pubblico	%	Asl (con osp. gestione diretta)	%	Totale
Medici	24.824	22,7	10.510	9,6	3.710	3,4	70.126	64,2	109.170
Veterinari	--	0,0	1	0,0	5	0,1	5.180	99,9	5.186
Odontoiatri	32	20,8	3	1,9	15	9,7	104	67,5	154
Farmacisti	411	15,7	200	7,6	81	3,1	1.932	73,6	2.624
Biologi	955	23,8	569	14,2	486	12,1	2.004	49,9	4.014
Chimici	48	12,6	29	7,6	20	5,3	283	74,5	380
Fisici	153	27,8	114	20,7	71	12,9	213	38,7	551
Psicologi	339	5,9	59	1,0	47	0,8	5.345	92,3	5.790
Dir. professioni sanitarie	68	18,6	38	10,4	20	5,5	240	65,6	366
Pers. infermieristico	64.584	23,6	30.078	11,0	9.019	3,3	169.586	62,1	273.267
Pers. tecnico sanitario	9.145	26,0	4.789	13,6	1.747	5	19.504	55,4	35.185
Pers. vigilanza e ispezione	256	2,5	85	0,8	37	0,4	9.852	96,3	10.230
Pers. Funz. riabilitative	3.845	19,0	952	4,7	301	1,5	15.162	74,8	20.260
Profilo ruolo professionale	76	20,7	38	10,4	22	6,0	231	62,9	367
Dir. ruolo professionale	222	17,9	114	9,2	53	4,3	850	68,6	1.239
Profilo ruolo tecnico	27.078	22,7	13.716	11,5	4.125	3,5	74.197	62,3	119.116
Dir. ruolo tecnico	78	7,5	52	5,0	48	4,6	860	82,9	1.038
Profilo ruolo amministrativo	12.854	17,8	5.785	8,0	2.355	3,3	51.234	70,9	72.228
Dir. ruolo amministrativo	473	18,0	205	7,8	103	3,9	1.852	70,3	2.633
Altro personale	171	13,9	73	5,9	55	4,5	934	75,8	1.233
<b>Totale</b>	<b>145.612</b>	<b>21,9</b>	<b>67.410</b>	<b>10,1</b>	<b>22.320</b>	<b>3,4</b>	<b>429.689</b>	<b>64,6</b>	<b>665.031</b>

**Debiti Pa: pronti 800 milioni per i debiti del Ssn**

Un decreto del Mef assegna le risorse al fondo per i pagamenti in sanità del 2014. (Servizio a pag. 11)

Un decreto del Mef assegna le risorse al fondo per i pagamenti in sanità del 2014

# Debiti Pa, pronti 800 milioni

**Richieste delle Regioni entro il 31 luglio - Riparto entro l'11 agosto**

**R**isorse in arrivo per pagare i debiti sanitari (e non) della Pa. Un decreto del Mef, pubblicato sul sito della Ragioneria dello Stato, stabilisce infatti la dotazione delle tre sezioni del «Fondo per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili» e le istruzioni per l'uso (criteri, tempi e modalità).

Alla sezione che assicura «la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti del Servizio sanitario nazionale» viene attribuita una dote di 800 milioni di euro.

Per le altre due sezioni del Fondo - «Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti locali» e «Sezione per assicurare la liquidità alle Regioni e alle Province autonome per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili diversi da quelli finanziari e sanitari» - le dotazioni ammontano rispettivamente a 3 e 2,2 miliardi.

Il provvedimento - decreto del Mef del 15 luglio 2014, n. 59700 - è stato varato ai sensi dell'articolo 32, comma 2, del decreto-legge 24 aprile 2014,

n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

Il decreto stabilisce infatti il riparto dell'incremento complessivo di 6.000 milioni di euro della dotazione per il 2014 del «Fondo per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili» di cui al comma 10 dell'articolo 1 del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35.

Tali risorse servono per la concessione di anticipazioni di liquidità in favore degli enti territoriali, per il pagamento dei debiti certi, liquidi ed esigibili maturati alla data del 31 dicembre 2013.

Per accedere alle anticipazioni che riguardano i debiti degli enti del Ssn, le Regioni interessate dovranno trasmettere al Mef, entro il 31 luglio 2014, un'apposita richiesta congiunta del Presidente e del responsabile finanziario.

L'anticipazione da concedere a ciascuna Regione sarà stabilita con decreto del Mef entro l'11 agosto. Entro e non oltre il 6 agosto 2014, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e

Bolzano può individuare modalità di riparto diverse dal criterio proporzionale seguito dall'Economia.

**Il punto sui pagamenti.** Nel biennio 2013-2014 i decreti legge 35/2013 e 102/2013 e infine la Legge di Stabilità per il 2014 hanno stanziato complessivamente 47,5 miliardi di euro per smaltire i debiti arretrati delle pubbliche amministrazioni. Del totale delle risorse stanziati, il 91% è già stato ripartito tra le amministrazioni debentrici (43,2 miliardi), il 63% è stato materialmente erogato alle amministrazioni che ne hanno fatto richiesta (30,1 miliardi), e più della metà è stato effettivamente pagato ai creditori: 26,1 miliardi pari al 55% delle risorse stanziati e all'87% delle risorse erogate. Inoltre è cominciata la fase di attuazione del recente decreto legge 66/2014, che assegna 9,3 miliardi di risorse aggiuntive.

In sanità, nonostante l'apprezzabile tentativo di trovare soluzioni efficaci, Assobiomedica rileva un rallentamento. «Dopo alcuni mesi di lieve miglioramento - sottolinea una nota - a giugno i tempi di pagamento delle strutture sanitarie,

per le aziende dei dispositivi medici, sono peggiorati in quasi tutte le Regioni e con molta probabilità nei prossimi mesi non vi sarà una sostanziale diminuzione dei giorni di ritardo. Si registra infatti uno scoperio nazionale che ancora ammonta a più di 3 miliardi e 600 milioni di euro, con un ritardo medio di 204 giorni. Dati questi che non fanno sperare per il prossimo futuro in un saldo delle fatture a 60 giorni, come previsto dalla legge». Il problema è alla base del sistema dei pagamenti: «Purtroppo le anticipazioni di liquidità - conclude Assobiomedica - si configurano come prestiti onerosi che lo Stato concede alle Regioni e ciò potrebbe disincentivare i governatori a richiederle, perché andrebbero poi a pesare sui bilanci regionali futuri».

**Rosanna Magnano**

**Il punto del Mef sui pagamenti sanitari**

Regione	Stato di attuazione DI 35		Stato di attuazione DI 102 (I tranche)		Stato di attuazione DI 102 (II tranche)	
	Importo erogato dallo Stato alla Regione	Importo pagato ai creditori	Importo erogato dallo Stato alla Regione	Importo pagato ai creditori	Importo erogato dallo Stato alla Regione	Importo pagato ai creditori
Abruzzo	174.009.000	174.009.000	--	--	--	--
Basilicata	--	--	--	--	--	--
Pa Bolzano	--	--	--	--	--	--
Calabria	89.750.000	83.050.000	--	--	--	--
Campania	531.970.000	531.970.000	425.576.000	425.576.000	993.000.000	400.000.000
Emilia Romagna	447.980.000	447.980.000	358.384.000	358.384.000	140.000.000	140.000.000
Friuli V.G.	--	--	--	--	--	--
Lazio	832.052.000	832.052.000	665.641.600	665.641.600	1.686.457.095	1.100.000.000
Liguria	81.833.000	81.833.000	65.466.400	65.466.400	40.000.000	32.000.000
Lombardia	--	--	--	--	--	--
Marche	--	--	--	--	--	--
Molise	44.285.000	44.285.000	--	--	--	--
Piemonte	803.724.000	803.724.000	642.979.200	642.979.200	--	--
Puglia	185.975.000	185.975.000	148.780.000	148.780.000	--	--
Sardegna	--	--	--	--	--	--
Sicilia	--	--	--	--	--	--
Toscana	230.753.000	230.753.000	184.602.400	184.602.400	--	--
Pa Trento	--	--	--	--	--	--
Umbria	17.222.000	17.222.000	--	--	12.226.632	12.000.000
Valle d'Aosta	--	--	--	--	--	--
Veneto	777.231.000	777.231.000	--	--	--	810.249.000
<b>Totale</b>	<b>4.216.784.000</b>	<b>4.210.084.000</b>	<b>2.491.429.600</b>	<b>2.491.429.600</b>	<b>2.871.683.727</b>	<b>2.494.249.000</b>
Dati in euro						





**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



---

**Maddaloni-Marcianise**

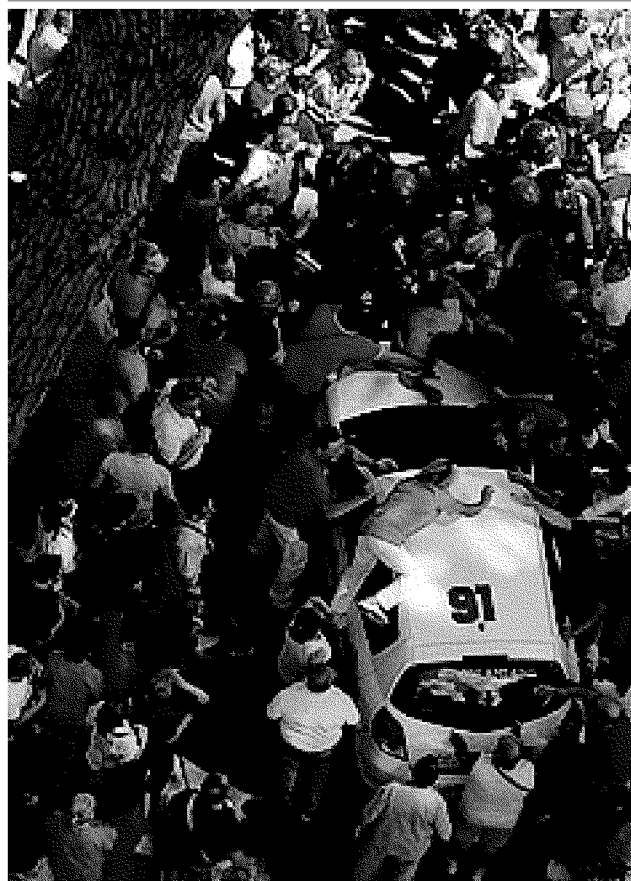
---

**«Ospedali riuniti» dal 12 settembre**

Riassetto dei plessi ospedalieri di Maddaloni e Marcianise. Dopo tante polemiche, c'è una data. Il 12 settembre, l'atto aziendale dell'Asl Caserta, che di fatto (come annunciato da

Carmine Antropoli), unisce i due plessi in una struttura unica articolata capace di ben 250 posti letto, dovrebbe essere accolto dalla Regione. Insomma, il riordino complementare dovrebbe arrivare con

la ripresa dopo la contrazione dei servizi a cavallo di ferragosto. L'annuncio del «Comitato pro Ospedale» oggi dovrebbe trovare conferma nelle comunicazioni del sindaco De Lucia.

**Protesta****Manager  
del Cardarelli  
«sequestrato»  
in auto**

È sfuggito ad un vero e proprio assalto rifugiandosi nell'auto di un vigilante. Per più di 40 minuti, Ciro Verdoliva, manager del Cardarelli, è stato assediato da un centinaio di dipendenti della ditta di pulizie al termine di una riunione nella quale si discuteva dell'affidamento del servizio alla Romeo Servizi. Il direttore dell'ufficio tecnico del Cardarelli è riuscito a salvarsi solo grazie all'intervento delle forze dell'ordine.

## DIRITTO ALLA SALUTE

### I sindaci e il direttore dell'ospedale Capilupi incontrano il comitato cittadino "Nati a Capri"

Il comitato cittadino "Nati a Capri" incontra oggi i sindaci sulla sanità



**CAPRI.** Problematiche sanitarie e ospedaliere sull'isola di Capri, incontro in Comune. Il comitato cittadino "Nati a Capri", di recente costituzione, è stato invitato a partecipare ad un incontro con le due amministrazioni comunali di Capri e Anacapri. Il summit si terrà oggi alle ore 12,30 nelle sale della Città di Capri, alla presenza dei due sindaci isolani, dei delegati alla sanità e del direttore sanitario dell'ospedale Capilupi Pippo Papaccioli. «Scopo del meeting - hanno riferito i promotori del comitato civico - è verificare quanto è stato fatto fino ad oggi dalle due amministrazioni per tutelare il diritto alla salute dei cittadini e scongiurare la chiusura del reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale Capilupi, che, ad oggi, rappresenta l'unica garanzia per le partorienti isolane. E sarà altresì obiettivo del comitato civico comprendere le reali difficoltà in cui versa l'ospedale Capilupi, il quadro della riorganizzazione, l'offerta sanitaria ed i discussi tagli che sono e saranno effettuati nell'immediato futuro». Il comitato "Nati a Capri", inoltre, ha annunciato che chiederà anche un incontro con il personale medico in servizio all'ospedale Capilupi per capire quale siano le problematiche che vive chi lavora in un presidio piccolo come quello caprese. In previsione c'è anche l'organizzazione di una pubblica assemblea durante la quale «saranno informati i cittadini su quanto sta accadendo e saranno discusse le linee guida per la battaglia a tutela della salute di tutti i cittadini, in primis di mamme e neonati, alla quale saranno invitati anche gli amministratori comunali».

**GIUSEPPE CATUOGNO**

# OSPEDALE CAPILUPI oggi giornata decisiva per conoscere il futuro

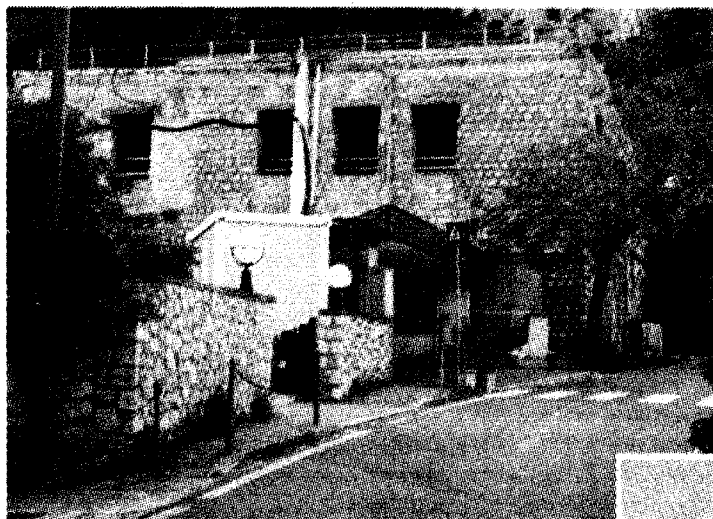
*Il comitato civico "Nati per Capri" si riunirà stamani, alle 12.30, alla presenza dei due sindaci isolani, dei delegati alla sanità e del direttore sanitario Giuseppe Papaccioli*

DI **ANTONELLO DE NICOLA**

**CAPRI.** In attesa della preannunciata convocazione di un consiglio intercomunale sull'argomento, il comitato civico "Nati per Capri" si riunirà stamani, alle 12.30, alla presenza dei due sindaci isolani, dei delegati alla Sanità e del direttore sanitario Giuseppe Papaccioli. Obiettivo dei promotori, verificare pubblicamente quanto è stato fatto fino ad oggi dalle due amministrazioni per tutelare il diritto alla salute dei cittadini e scongiurare la chiusura del reparto di Ostetricia e Ginecologia del Capilupi che, ad oggi, rappresenta l'unica garanzia per le partorienti isolane.

Intanto, continua alacremente anche l'intensa attività svolta dal sindaco di Capri Gianni De Martino per sollecitare il direttore generale dell'Asl Napoli 1 Ernesto Esposito e ricevere garanzie concrete, e non solo verbali, sulla riorganizzazione della struttura sanitaria isolana.

Sabato scorso, nel municipio di Capri, si è tenuto un vertice tra il primo cittadino, il consulente alla Sanità Paolo Falco ed il di-



● **L'ospedale Capilupi a Capri**

rettore sanitario Papaccioli.

In quella occasione, il direttore sanitario del Capilupi ha confermato ancora una volta – come già dichiarato la settimana scorsa sulle pagine del nostro giornale – che il problema Ginecologia, che ha spaventato ed esasperato la popolazione isolana, di fatto non esiste. A suo dire, infatti, è garantita l'assistenza h 24 grazie alla presenza in turno di un ginecologo, un anestesista, un pediatra ed un'ostetrica e, in caso di ne-

cessità di taglio cesareo, di uno o due chirurghi di guardia. Quindi, Papaccioli ha rassicurato il sindaco, comunicando di aver appena attivato un ambulatorio di ecografia e di diagnostica senologica, ed anticipando anche l'imminente apertura di un ambulatorio di ortopedia. Sembra, dunque, che la nuova amministrazione abbia messo a

segno un primo risultato, ottenendo ampie garanzie dal direttore sanitario del Capilupi. Tuttavia, il piano operativo di Gianni De Martino non si ferma qui. Sempre nella giornata di sabato, l'amministrazione di Capri ha incassato anche il sostegno di Sara Caropreso, rappresentante dell'ARSAN – Agenzia regionale sanitaria della Campania, che si è resa disponibile a seguire la vicenda del Capilupi e ad informare sullo stato dell'arte il presidente dell'ente Angelo Montemaro.

Restano aperte, però, altre tematiche delicate sul tavolo del primo cittadino: il funzionamento sporadico della TAC; la mancanza di un servizio di radiologia

h 24; l'assenza di alcuni servizi importanti, tra cui un ambulatorio di endoscopia digestiva, per altro presente ad Ischia e Procida; il ripristino di altri ambulatori momentaneamente sospesi.

● **Giuseppe Papaccioli direttore del Capilupi**



Intanto, il comitato civico "Nati a Capri" ha annunciato l'intenzione di chiedere anche un incontro con il personale medico in servizio all'ospedale Capilupi, in modo da capire quali siano le problematiche reali del piccolo presidio sanitario caprese.

**NOLA** Ospedale, Cardiologia in affanno: qui troppi morti per infarto

## Sos sanità, contestato Caldoro



●— Caldoro all'ospedale di Nola

Nuova tegola sull'ospedale Santa Maria della Pietà di Nola. Il reparto potrebbe essere unito a quello di Battipaglia

## Centro trasfusionale a rischio accorpamento

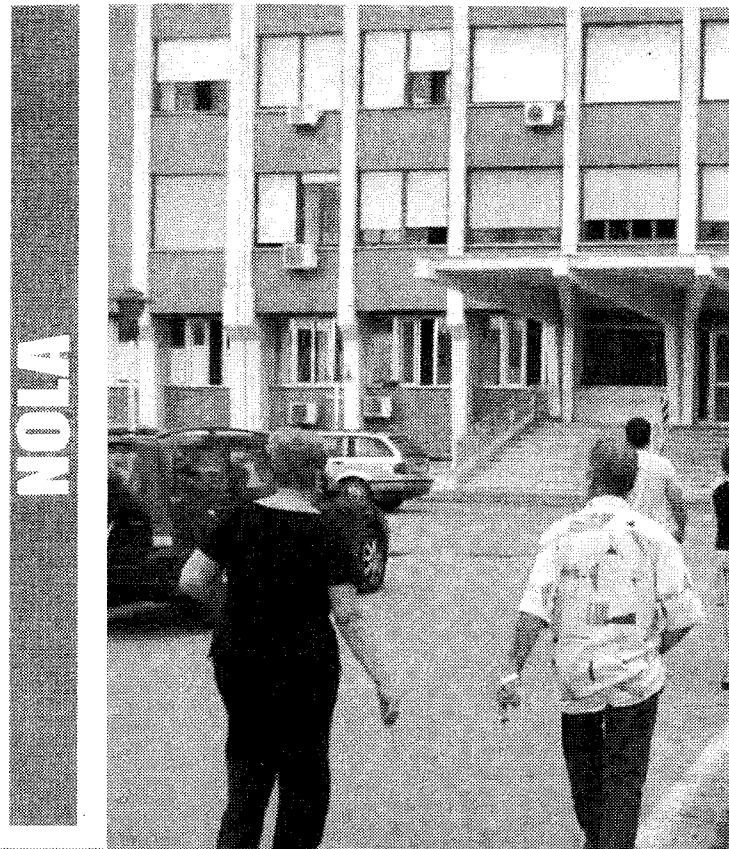
Allarme di medici e infermieri. L'ipotesi: area trasferita nei locali della Radiologia

di Antonio D'Ascoli

**NOLA** – Il centro trasfusionale a rischio trasferimento. L'ipotesi gira da tempo insieme alla preoccupazione di perdere un altro importante elemento di riferimento per i servizi sanitari del territorio. Il centro potrebbe essere accorpato in una logica di ottimizzazione e riduzione dei costi a quello di Battipaglia, secondo un preciso piano della Regione. Il tutto però aumenterebbe le distanze e con esse la tempestività per il Santa Maria della Pietà di ricevere, in caso di urgenza le sacche ematiche in tempi ristretti. Un altro scotto che l'area nolana pagherebbe all'accorpamento delle aziende sanitarie che in questi primi anni ha visto uno sbilanciamento, secondo molti addetti ai lavori, a sfavore del territorio. Sulla vicenda i riflettori sono da tempo accesi. Operatori, associazioni, e la stessa amministrazione comunale guidata dal sindaco **Geremia Biancardi** stanno facendo sentire la propria voce affinché il Centro resti a Nola. Del resto, a quanto pare gli spazi per la banca del sangue potrebbero essere ricavati all'interno dello stesso nosocomio bruniato al posto della Radiologia che verrà allocata nel nuovo pronto soccorso. Sulla questione lo stesso governatore della Campania **Stefano Caldoro**, in visita al ieri mattina al presidio nolano, ha dichiarato che si studierà una soluzione adeguata. Ma il problema dell'ospedale di Nola non è solo di natura infrastrutturale ma anche legata al personale. Sul problema dello sblocco del turn over è tornato lo stesso direttore generale dell'azienda sanitaria, **Maurizio D'Amora** (nella foto) in occasione dell'inaugurazione del nuovo pronto soccorso. "Questa è una richiesta che giro alla parte politica – afferma D'Amora – tutto quello che si fa oggi è solo frutto dell'abnegazione di quanti sono in servizio, tenuto conto che dal 2006 ad oggi è andato in pensione la metà del personale". Una possibilità che potrebbe aprirsi nei prossimi mesi, visto che il piano di rientro portato avanti in questi dall'ente di Palazzo Santa Lucia, ha portato in linea di galleggiamento i conti della sanità. Uno sforzo apprezzato anche dai tavoli nazionali che permetterà alla Campania di sbloccare

la vicenda legata al personale. Ancora Caldoro ha annunciato, sempre nel corso della visita di ieri di voler attivare le procedure, a partire dal primo gennaio del prossimo anno, per la mobilità. Se quest'ultima non sarà sufficiente a coprire i posti vacanti si procederà al concorso per assumere quelle unità necessarie per mettere in condizione le strutture sanitarie della regione di poter ritornare su una linea di efficienza. Un percorso che naturalmente gioverà anche all'ospedale di Nola, visto che si parla di circa mille posti per tutta la Campania. Nei prossimi mesi si attende la reale attivazione del nuovo Pronto soccorso ed il completamento dei lavori presso le nuove sale operatorie e la rianimazione. In questi due ultimi casi a mancare sono solo gli arredi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Riflessioni****Tagli alla sanità  
i politici chirurgici****Guido Panico**

**N**el Salernitano sono state chiuse diverse strutture sanitarie periferiche, provocando non pochi disagi, talvolta anche gravi. Inevitabile la protesta dei cittadini e dei sindaci, che ha investito in maniera dura il direttore generale dell'Asl accusato da tutti di avere colpito il proprio paesello, come se non avesse applicato tabelle e indicazioni della Regione, dunque dei politici. Infatti, è a questi ultimi che occorre rivolgersi, pregandoli di non recitare il ruolo di difensori degli oppressi. Per prima Mara Carfagna, con il suo invito a non lasciare inascoltate le richieste provenienti dai territori, tanto da snaturare la pur meritoria opera di taglio degli sprechi del presidente Caldoro.

**I tagli della sanità  
e i politici chirurgici****Guido Panico**

Da qui la richiesta di un tavolo, l'ennesimo, di trattative e confronti tra l'istituzione centrale e quelle periferiche. Le fa eco la consigliera regionale d'opposizione, Anna Petrone, che accusa l'amministrazione di via Santa Lucia di essersi dimostrata chiusa al confronto con le realtà locali, invocando un consiglio regionale dedicato esclusivamente alla questione sanità. Insomma, parliamone. Non è il caso di evocare il passato con il suo accumulo di privilegi e di prebende distribuiti dalla politica, attribuendogli ogni responsabilità. Lo si deve, però, tenere in mente. Può essere utile provare ad osservare da molto vicino tutti i nodi dell'intricata matassa della sanità pubblica che non si può, certo, sciogliere con colpi di forbice. C'è solo un modo per ridare vigore al nostro welfare: rimodularlo in base ai bisogni reali dei singoli cittadini.

Ciò vale anche la per sanità, la più grande diligenza con denaro pubblico, assalita nel corso dell'ultimo mezzo secolo dai peones della politica. Come spostare risorse verso i bisogni reali, tagliando gli sprechi, è facile a dirsi, anche perché la spesa pubblica dedicata alla salute in Italia non è, per niente, più alta di quella dei più avanzati paesi del vecchio continente.

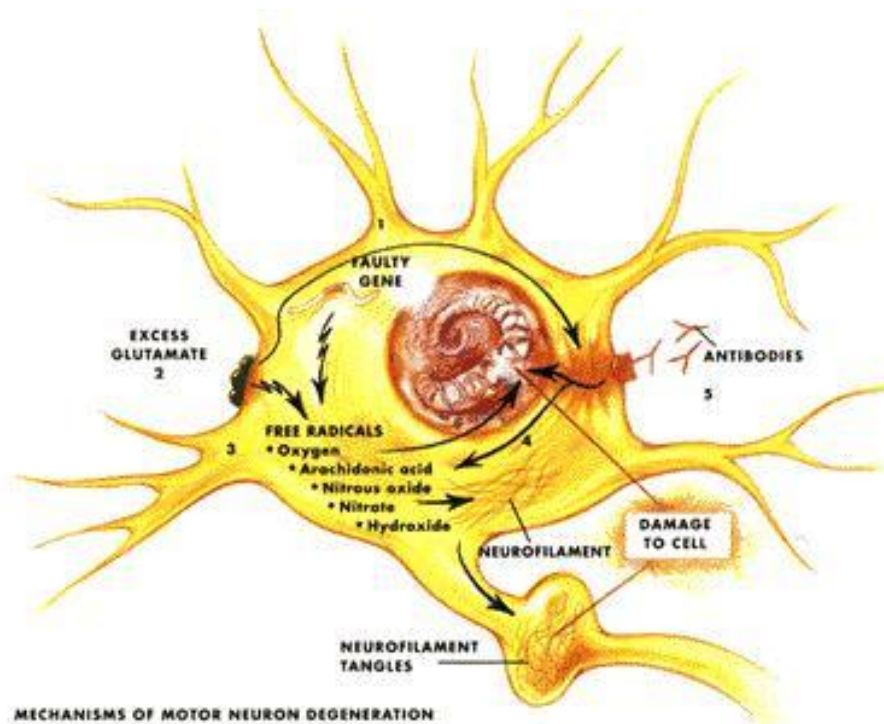
La storia, ripetute mille volte, delle ingiustificabili differenze, da una regione all'altra, del costo delle siringhe, la conosciamo tutti. Non è che una delle tante lamentele, seguite da facili proposte di correzione, sul servizio sanitario. In fondo, si potrebbe invocare buon senso e buona volontà per rimediare ai guasti del sistema. Purtroppo non è sufficiente. Troppi gli interessi, spesso micragnosi, che hanno incrostato il meccanismo della macchina pubblica anche in questo settore fino a farla girare prevalentemente su se stessa e con scarsa produttività sociale. Succede, così, che in Campania, terra di medici, che provano a inventarsi i pazienti, e di affollati laboratori di analisi a go-go, il sistema scricchioli seriamen-

te. A pensarci con un minimo di freddezza, alla regione Campania, in fondo, non restava altro che tentare di tagliare e di trasferire risorse. Un'operazione rischiosa che ha, inevitabilmente, prodotto ferite nel corpo sociale. Occorrono, infatti, per restare in argomento, le più raffinate tecniche chirurgiche, che taglino l'indispensabile, informandone i cittadini, ma senza chiederne il parere. Per fortuna, il tempo della tirannide della rete non è ancora venuto. I nostri politici se la sentono di muoversi lungo lo strettissimo sentiero che permette di rafforzare in ogni angolo della regione le strutture della medicina pubblica, a scapito, ovviamente, di qualcuno? Al di là del sentiero, infatti, ci sono consolidati gruppi di interesse, che non sempre corrispondono a quelli dei ras e dei baroni della medicina. Nelle praterie che sono al di là del sentiero, pascolano tantissimi elettori affetti da bulimia sanitaria, che spesso sono in grado di pagare le conseguenze della loro nevrosi di tasca propria, senza cioè sottrarre risorse ai malati veri e a chi non ha disponibilità economica.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



CAMPAGNE » LA GIORNATA MONDIALE DELLA SALUTE PER PREVENIRE LA PRESSIONE ALTA

## Con la pressione si alza il rischio di malattie cardiovascolari

**L'**Organizzazione Mondiale della Sanità (in inglese World Health Organization), agenzia specializzata dell'Onu, celebra il 7 aprile la Giornata mondiale della salute, giorno in cui ricorre l'anniversario della fondazione dell'ente, avvenuta nel 1948.

L'evento è rivolto ogni anno alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica su un tema di interesse prioritario per la salute mondiale. La pressione alta, detta anche ipertensione o ipertensione arteriosa, è al centro della Giornata mondiale della salute 2013.

La pressione alta è responsabile dell'aumento del rischio di attacchi cardiaci, ictus e insufficienza renale. Se non mantenuta costantemente sotto controllo, l'ipertensione può anche causare cecità, irregolarità del battito cardiaco e insufficienza cardiaca.

Il rischio di queste complicazioni è maggiore in presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare come il diabete.

Dati statistici a livello mondiale rivelano che un adulto su tre soffre di pressione alta. La percentuale aumenta con l'età, passando da una persona su dieci tra i venti e i trent'anni, a cinque su dieci nei cinquantenni. L'incidenza della condizione patologica è maggiore in alcuni paesi poveri dell'Africa, con oltre il 40% degli adulti interessati in molti paesi africani.

Tuttavia, l'ipertensione è prevenibile e curabile. Grazie a questo in alcuni paesi sviluppati si è ottenuta una riduzione della mortalità per malattie cardiache. L'alta pressione sanguigna può essere prevenuta, innanzitutto, mantenendo comportamenti sani: riducendo l'assunzione di sale, osser-

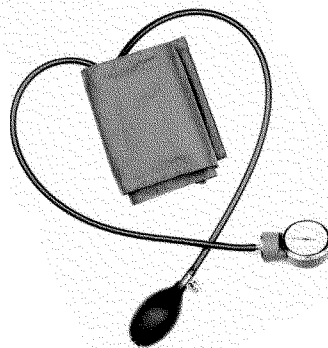
vando una dieta alimentare equilibrata, evitando il consumo di alcol e l'uso di tabacco, praticando una regolare attività fisica, mantenendo il giusto peso corporeo.

La campagna promossa dalla Giornata mondiale della salute è volta ad aumentare la consapevolezza delle cause e delle conseguenze della pressione alta, a fornire informa-

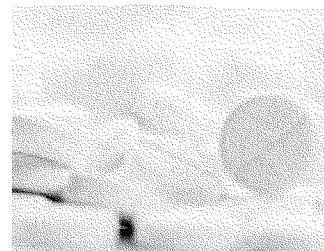
zioni su come prevenire la pressione alta e complicanze correlate, a incoraggiare gli adulti a sottoporsi a controlli e seguire i consigli di operatori sanitari, a promuovere comportamenti di prevenzione, a garantire a tutti gli individui la misurazione della pressione arteriosa e a stimolare le autorità a creare ambienti favorevoli a condurre comportamenti sani.

### I valori di massima e minima

■ La pressione arteriosa è la pressione esercitata dal sangue sulla parete delle arterie e si distingue in pressione massima o sistolica e pressione minima o diastolica. Gli esperti ritengono che il rischio cardiovascolare aumenta al punto di giustificare un intervento terapeutico in presenza di valori di pressione pari o superiori a 140 mm Hg per quanto riguarda la pressione sistolica e pari o superiori a 90 mm Hg per quanto riguarda la pressione diastolica.



### I farmaci per ridurre l'ipertensione



■ La cura dell'ipertensione arteriosa, al fine di ridurre i valori pressori e il rischio correlato di malattie cardiovascolari, comporta l'adozione di provvedimenti igienico-dietetici, quali l'aumento dell'attività fisica, la riduzione del peso corporeo e la riduzione del consumo di sale. La riduzione della pressione è ottenuta anche attraverso la somministrazione di farmaci antiipertensivi. I principali sono i betabloccanti, gli alfabloccanti e gli antiadrenergici centrali, che riducono a vari livelli la risposta circolatoria agli stimoli del sistema nervoso simpatico, i diuretici, i calcioantagonisti, che bloccano l'entrata di calcio nelle cellule muscolari delle arteriole e riducono l'eccessiva costrizione arteriolare, i bloccanti del sistema renina-angiotensina, un meccanismo ormonale che regola la pressione arteriosa.