



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# Debiti della Pa, metà dei Comuni viaggia a rilento

## In nove Regioni saldo fatture incompleto: da smaltire il 15% delle risorse già erogate

Valeria Uva

A distanza di un anno l'operazione sblocca-debiti è esattamente a metà strada. E si trova ora ad affrontare alcuni dei suoi ostacoli più difficili. Il prossimo 9 aprile infatti compirà un anno il primo strumento straordinario con cui il Governo (allora c'era Monti) ha deciso di aggredire l'enorme stock di debiti arretrati accumulati dalle pubbliche amministrazioni. In questi dodici mesi sono state assegnate più della metà delle risorse messe a disposizione: 27 miliardi sui 47 totali per il 2013-2014 (si veda l'aggiornamento sul Sole 24 Ore del 29 marzo). Da erogare ne restano ancora 20, che secondo le stime dello stesso Mef potrebbero essere messi a disposizione entro giugno. Decisamente alta anche la percentuale dei pagamenti: 23,5 miliardi, il 94% delle somme realmente girate alle amministrazioni è ora nelle tasche di imprese in attesa da anni (ricordiamo che i debiti saldabili sono solo quelli fino al 31 dicembre 2012).

La macchina organizzativa dunque sta funzionando e ha consentito di immettere nel sistema in pochi mesi un'iniezione di liquidità straordinaria. In più a breve - stima il Mef - sono in arrivo altre due tranches: la prima da 6,3 miliardi per i debiti sanitari delle Regioni, l'altra da 7,2 per quelli extra sanità. Ma restano alcune pesanti criticità da risolvere.

### Le Regioni

Ci sono, per esempio, due miliardi "prenotati" da tre Regioni (Sicilia, Calabria e Campania) e non ancora erogati. E per una Campania che sta completando la definizione del piano di rientro e si avvia così a sbloccare il miliardo prenotato, c'è ancora la Sicilia con la stessa cifra bloccata (si veda Il Sole 24 Ore del 18 marzo). A bocca asciutta anche i fornitori della Regione Calabria, dopo la marcia indietro della Regione su 149 milioni di prestito Cdp (an-

cora prima delle dimissioni del governatore Scopelliti).

### I Comuni

Un'altra criticità riguarda invece la spesa dei 5.504 Comuni che hanno ottenuto i fondi: secondo i dati forniti dal ministero dell'Economia in esclusiva al Sole 24 Ore, in ben 12 regioni su 20 i Comuni sono indietro con i pagamenti e si attestano su una soglia inferiore al 90% delle risorse ottenute (si veda la tabella a fianco). Anche eliminando i casi estremi delle regioni autonome di Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Provincia di Bolzano inchiodate poco sopra lo zero (ma qui il problema potrebbe essere di rendicontazione), restano comunque nove realtà territoriali in affanno. Dal Lazio fermo al 76% alla Calabria (al 71%): la media di smaltimento è dell'85 per cento.

Poi c'è chi invece isoldi in cas-

sa li avrebbe, ma non riesce a spenderli. Un esempio lo ha offerto il decreto che ha ripartito gli ultimi 500 milioni di allentamento del patto di stabilità tra gli enti locali. Le richieste hanno superato i tre miliardi di euro, di cui 2,244 dalle Regioni, che in base ai criteri indicati dalla norma sono rimaste del tutto a bocca asciutta. La "domanda" di pagamenti in evasa resta alta, per via appunto dei vincoli del Patto. Lo sanno bene i costruttori dell'Ance che hanno stimato come per i lavori pubblici l'80% degli arretrati sbloccati sia frutto dell'allentamento del patto di stabilità e solo il restante 20% delle anticipazioni della Cdp.

Sullo sfondo resta poi il problema del censimento dello stock complessivo di arretrati: è fallito il tentativo di censirli con la registrazione delle fatture nella piattaforma di certificazione del credito. E l'unica stima ufficiale resta quella dei 90 miliardi di Bankitalia. All'appello continuano a mancare, per esempio, i debiti fuori bilancio, comprese le spese per lavori pubblici che essendo investimenti in conto capitale emergono solo se e quando vengono pagate con la "cassa". Un problema che neanche il Ddl Renzi che promette di chiudere l'intera partita aumentando il ricorso a Cdp risolve: «Occorre intervenire sul patto di stabilità e superare la distinzione contabile tra competenza e cassa» sollecita il presidente Ance, Paolo Buzzetti che lancia l'allarme: «I ritardi nei pagamenti stanno aumentando in questo inizio 2014: siamo tornati a una media di sette mesi di attesa».

A distanza di un anno, poi, c'è ancora uno zoccolo duro di debiti non scalfito: il 13% nelle Pmi, secondo i dati della ricerca di Fondazione impresa sulle realtà con meno di 20 addetti. Significa che l'impresa sta aspettando nella migliore delle ipotesi da 15 mesi, in teoria anche da più anni.

### FATTURE DELLA PA IN RITARDO

Le cause dei pagamenti a rilento nei lavori pubblici. In %

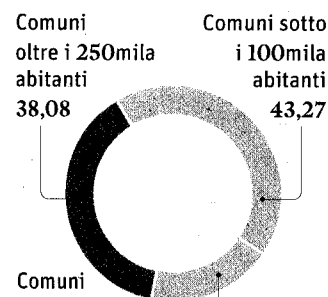


Blocco del Patto di stabilità interno 80

Fonte: Ance

### I DEBITI EMERSI

Richieste dei Comuni sul totale per fasce demografiche. In %



Comuni tra 100mila e 250mila abitanti 18,65

### ATTUALITÀ

#### 115 giorni

**Pagamenti per le Pmi**  
Nel secondo semestre 2013, secondo un'indagine di Fondazione Impresa, una Pmi ha atteso in media 115 giorni (cinque in meno del primo semestre) per vedersi saldata una fattura da un ente pubblico

#### 13%

**Imprese in attesa dal 2012**  
Resta ancora un quota di Pmi pari al 13% in attesa di pagamenti relativi a crediti datati 2012, sempre secondo l'analisi di Fondazione Impresa

#### 19%

**Più ritardi al Centro**  
Quasi due piccole e medie imprese su dieci di quelle in attesa di pagamenti dalla pubblica amministrazione si trova nel Centro Italia

## I primi dodici mesi

### IN AFFANNO

Ripartizione territoriale dei pagamenti dei 5.504 Comuni interessati

Regione	Totale risorse disponibili	Totale pagamenti	Tasso di utilizzo risorse
Piemonte	543.654.423	520.555.709	95,8
Valle d'Aosta	11.376.000	-	0,0
Lombardia	575.695.474	545.565.399	94,8
Trentino A. A.	47.034.000	34.000	0,1
Veneto	302.681.181	288.792.552	95,4
Friuli V. G.	51.522.000	-	0,0
Liguria	90.427.518	85.485.015	94,5
Emilia Romagna	317.111.444	306.632.046	96,7
Toscana	417.558.548	399.110.226	95,6
Umbria	111.928.647	104.115.261	93,0
Marche	78.474.071	73.044.703	93,1
Lazio	676.750.050	516.310.897	76,3
Abruzzo	141.531.148	124.291.149	87,8
Molise	45.486.854	36.856.627	81,0
Campania	1.569.868.900	1.369.803.825	87,3
Puglia	290.967.782	249.580.412	85,8
Basilicata	104.219.682	88.729.912	85,1
Calabria	680.900.946	488.736.504	71,8
Sicilia	621.651.611	498.065.427	80,1
Sardegna	77.640.067	62.214.670	80,1
<b>Totale</b>	<b>6.756.480.346</b>	<b>5.757.924.334</b>	<b>85,2</b>

Fonte: ministero dell'Economia e delle finanze

Corsa contro il tempo per imprese ed enti: il 6 giugno scatta l'obbligo di dematerializzare

## Fatture elettroniche alla p.a., tutto è pronto in ordine sparso

DI SIBILLA DI PALMA  
E DUILIO LUI

**È** partito il conto alla rovescia in vista dell'obbligo di fatturazione elettronica nei rapporti con la Pubblica amministrazione, che entrerà in vigore dal 6 giugno, coinvolgendo circa 2 milioni di fornitori. Da quella data, le amministrazioni centrali e periferiche non potranno più accettare fatture emesse o trasmesse secondo la modalità cartacea. Inoltre, se il documento non risponderà a tutti i criteri fissati per legge, non si potrà procedere al pagamento, neppure parziale. In ballo c'è la gestione efficiente di 600 miliardi di fogli all'anno, appartenenti a un migliaio di tipologie, che ogni anno richiedono 10 mila ore di lavoro in attività a limitato (o nullo) valore aggiunto.

Un primo giro d'orizzonte tra gli addetti ai lavori segnala che la scadenza dovrebbe essere rispettata (il che non è scontato nel nostro paese), anche se tra le imprese non c'è ancora una consapevolezza piena di quello che cambierà nel mercato. Del resto, attualmente solo il 2% dei fornitori della p.a. (su un totale di due milioni) è in grado di interagire sul canale MePa.

Mentre la p.a. è chiamata ad adeguarsi adottando il cosiddetto «Codice Ufficio», l'identificativo del destinatario di fatturazione che i fornitori devono inserire nel tracciato della fattura elettronica. Ora, dunque, è il momento di accelerare in vista di una rivoluzione che a regime potrà portare a risparmi fino a 60 miliardi di euro, dando così un contributo importante agli sforzi di riduzione della spesa pubblica.

**Obbligo esteso per step.** La spinta alla diffusione della fatturazione è partita anni fa dal fronte europeo, nella convinzione che questo possa aumentare l'efficienza del mercato e contrastare l'evasione fiscale. La Direttiva Iva 2010/45 è stata recepita in Italia il 1° gennaio 2013 e nell'occasione è stata fissata la data del 6 giugno 2014 come avvio dell'obbligo di fatturazione elettronica

verso quasi tutte le Pubbliche amministrazioni centrali e per gli enti periferici emanazione delle stesse: è il caso, quindi, dei ministeri, così come degli enti nazionali di previdenza e assistenza sociale, delle agenzie fiscali e degli istituti di istruzione statale. Tutte le altre p.a., come regioni, province, comuni, gestori di servizi di pubblica utilità, dovrebbero partire il 6 giugno 2015.

Nel corso degli ultimi due anni sono arrivate altre norme a definire il quadro di applicazione della fatturazione elettronica fino al decreto (dpcm 3 dicembre 2013) indicante le «Regole tecniche in materia di sistema di conservazione» pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 59 del 12 marzo scorso.

L'intero processo gira intorno al Sistema di interscambio (Sdi) gestito dall'Agenzia delle entrate, una sorta di postino virtuale che «prende» le fatture e le «trasferisce» alla p.a. I fornitori inviano allo Sdi le fatture secondo il formato elettronico strutturato imposto dalle regole tecniche del decreto attuativo; questo verifica che non ci siano errori sul formato utilizzato (per esempio che siano presenti i codici obbligatori e che sia rispettata la struttura del documento, *si veda altro servizio nelle pagine*) e «instra-da» la fattura alla p.a. destinataria, avvalendosi del codice Ipa, indice delle pubbliche amministrazioni, che censisce tutti gli uffici pubblici preposti a ricevere (gestire, protocollare, validare, autorizzare) le fatture.

**Risparmi fino a 60 miliardi.** Secondo uno studio condotto dall'Osservatorio fatturazione elettronica e dematerializzazione del Politecnico di Milano, nel processo saranno coinvolti complessivamente 21.200 enti della pubblica amministrazione, oltre a tutti i soggetti che entreranno in relazione con queste realtà. I risparmi saranno notevoli dal punto di

vista delle tempistiche (dalla protocollazione al recupero documento per riconciliazione all'approvazione e registrazione della fattura), dell'eliminazione dei costi di gestione e archiviazione (dall'acquisto dei materiali all'archivio cartaceo). A regime questo dovrebbe consentire alla p.a. di risparmiare intorno ai 17 miliardi di euro all'anno. Per rendere meglio l'idea, si tratta di oltre due punti di pil e di una somma pari alla metà dei risparmi indicati dal commissario alla spending review, **Carlo Cottarelli**. Se poi si considerano anche i risparmi potenziali grazie all'aumento di produttività nella p.a. e i benefici per i fornitori e l'effetto volano per il processo di digitalizzazione già in corso tra le imprese si può arrivare fino a 60 miliardi di euro.

**La p.a. è pronta, i fornitori forse.** Con **Paolo Catti**, responsabile della ricerca dell'Osservatorio fatturazione elettronica e dematerializzazione del Politecnico di Milano, abbiamo provato a fare il punto della situazione a due mesi dalla scadenza. Quanto alla p.a. secondo l'esperto, alla scadenza del 6 giugno sarà pronta ad accogliere la nuova disciplina: «Il Sistema di interscambio esiste e sono state effettuate alcune sperimentazioni. Ora spetta ai fornitori dotarsi delle soluzioni necessarie per inviare e poi conservare in elettronico le fatture che invieranno alla p.a.». Quanto a questi ultimi, secondo Catti, «alcuni hanno rimandato il tema, altri lo hanno delegato ai loro fornitori di soluzioni per la gestione del ciclo attivo (Erp, partner Edi, fornitori di Extranet, commercialisti e così via)». Pertanto le maggiori criticità potrebbero arrivare da questo fronte.

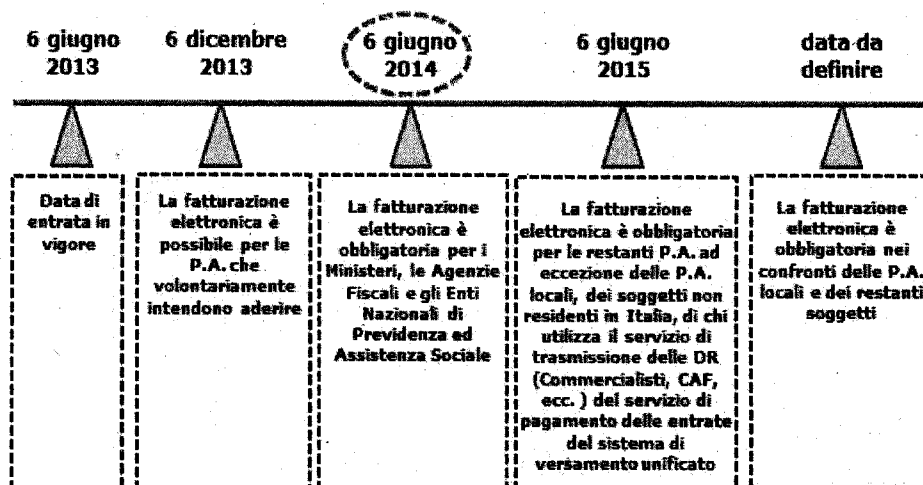
Che il sistema entri in funzione tra due mesi, secondo gli addetti ai lavori, non è in discussione. Se è certo che si partirà, non è detto che tutto

funzioni da subito però. «Le p.a. devono essere pronte a prendere "in pancia" i dati strutturali delle fatture elettroniche in arrivo, integrandole nei sistemi ed evitando attività non a valore aggiunto come il data entry», sottolinea Catti.

«Una volta inserita a sistema, la fattura dovrebbe poi appoggiarsi anche a un processo di workflow approvativo informatizzato che consente a chi la deve approvare, di farlo anche in mobilità. Fare tutto questo implica attenzione agli aspetti della digitalizzazione dei processi». Su questo fronte, sottolinea l'esperto, non sono esclusi rallentamenti in fase applicativa, che rischiano di far disperdere una quota importante dei benefici attesi. «Questo percorso di cambiamento deve essere cavalcato con consapevolezza per superare la fase transitoria iniziale, che sicuramente porterà con sé un po' di scompiglio e qualche forma di scoraggiamento», aggiunge Catti. «Ma lo scenario che la digitalizzazione offre in prospettiva merita qualche sforzo: si potrebbe banalmente dire che occorre che qualcosa cambi davvero per far sì che si possa cambiare davvero qualcosa».

© Riproduzione riservata

## Le tempistiche di implementazione del Decreto



## Colpo di spugna sulla burocrazia lenta

L'impiego diffuso della fatturazione elettronica porterà a ridurre una delle criticità che contraddistinguono il nostro paese come i tempi prolungati nei pagamenti della pubblica amministrazione. L'utilizzo di workflow (ossia il flusso di lavoro) approvativi digitali promette di abbattere la burocrazia (a cominciare dalla necessità di far firmare i documenti per presa visione, con questi ultimi che restano sulle scrivanie dei dirigenti per settimane o mesi). Se poi verrà approvato il sistema di certificazione dei crediti vantati dai fornitori verso la p.a. secondo il modello di cui si discute in queste set-

timane, cioè con la possibilità di scontare in banca i crediti, con incasso immediato, il problema sarà superato alla radice.

Benefici sono attesi anche sul fronte del contrasto all'evasione fiscale, anche se non direttamente. La tracciabilità delle fatture nei rapporti tra fornitori e p.a. renderà più agevole ricostruire gli acquisti fatti dai primi presso i loro fornitori. Inoltre, la conservazione elettronica semplifica e snellisce le attività di verifica (sia lato impresa sia lato verificatori), per cui si potrebbe assistere a controlli migliori e forse anche a qualche controllo preventivo in più.

E-government. Situazione caotica a poco più di due mesi dal debutto

# La fattura elettronica e il baco dei «codici»

di **Antonello Cherchi**

**M**ancano due mesi al debutto della fatturazione elettronica come strumento di pagamento tra privati e pubbliche amministrazioni, ma ciò che sta accadendo con la messa a punto del nuovo sistema non lascia spazio all'ottimismo. Sull'assegnazione dei codici univoci, passaggio fondamentale perché le nuove fatture possano essere smistate dal sistema di interscambio, le amministrazioni sono in ritardo e l'intervento sostitutivo effettuato dall'Agenzia per l'Italia digitale rischia di ingenerare confusione.

Andiamo per ordine. Secondo la legge 244/2007 con l'introduzione della fattura elettronica le amministrazioni e gli enti pubblici potranno accettare solo i documenti online. Le fatture tradizionali non avranno più alcun valore e, dunque, non potranno più dare seguito ad alcun pagamento. I tempi di questa novità sono stati stabiliti dal decreto 55/2013, che ha fissato il 6 giugno 2014 come scadenza per l'adozione della fattura elettronica da parte delle amministrazioni centrali,

concedendo un ulteriore anno (6 giugno 2015) a tutte le altre amministrazioni, ad eccezione degli enti locali, per i quali sarà un provvedimento ad hoc a fissare la data del debutto.

Sempre il decreto 55 ha stabilito che entro il 6 marzo tutte le amministrazioni interessate individuassero al loro interno gli uffici ai quali indirizzare, a partire dal 6 giugno, le fatture elettroniche e comunicassero tale operazione all'Ipa (l'Indice delle pubbliche amministrazioni), il quale avrebbe poi provveduto in automatico a generare tanti codici univoci quanti sono gli uffici segnalati dalle amministrazioni. Una volta assegnato il codice univoco, le singole amministrazioni avrebbero dovuto comunicarlo ai fornitori. Il codice univoco è una stringa alfanumerica che deve essere riportata nella fattura elettronica e che permette al sistema di interscambio, che deve gestire il flusso dei documenti, di indirizzare ogni fattura verso l'ufficio giusto.

La scadenza del 6 marzo è, però, trascorsa praticamente inosservata. Se nel panorama delle oltre 20 mila

amministrazioni interessate dal nuovo sistema ci si limita a quelle coinvolte dall'appuntamento del 6 giugno, quelle che a oggi possono dirsi in regola sono - stando almeno ai dati caricati in Ipa - circa 90 su oltre 1.500 e hanno indicato complessivamente poco più di mille uffici per la fattura elettronica.

Visto il ritardo, nei giorni scorsi l'Agenzia per l'Italia digitale si è sostituita alle strutture inadempienti e ha istituito circa 19 mila uffici virtuali della fattura elettronica presso altrettante amministrazioni. Ha poi comunicato quegli uffici all'Ipa, che ha generato altrettanti codici univoci. Il problema, però, è che questo lavoro lo avrebbero dovuto fare le singole amministrazioni. E soprattutto, le amministrazioni che hanno agito nei tempi e hanno già provveduto a individuare gli uffici per la fattura elettronica, ciascuno con un proprio codice univoco, ora si vedono, a loro insaputa, assegnati altri codici univoci per via dell'iniziativa dell'Agenzia digitale.

Il tempo stringe e il caos avanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Assistenza** Solo cinque Regioni hanno recepito le Linee di indirizzo

# Serve una legge nazionale per le persone autistiche

Psichiatria

Una condizione che coinvolge l'ambito sociale e quello comunicativo

Ancora oggi non è facile ottenere diagnosi tempestive

**U**na legge nazionale che permetta finalmente una regolamentazione uniforme dei diritti delle persone con autismo, disturbo cronico dello sviluppo del sistema nervoso centrale, causa di una disabilità che coinvolge l'ambito sociale, comunicativo e comportamentale.

In occasione della VII Giornata Mondiale della consapevolezza dell'autismo, il 2 aprile prossimo, è questa la richiesta pressante avanzata da quanti sono affetti da di-

sturbi dello spettro autistico - e dai loro familiari - che ancora oggi incontrano difficoltà nell'ottenere una diagnosi tempestiva, nell'accedere a terapie mirate e che devono confrontarsi con un tessuto sociale poco adatto alle loro esigenze.

Sono ormai 6 le proposte di legge depositate in Parlamento (4 al Senato e 2 alla Camera) che chiedono l'adozione delle Linee guida (21 del 2011) sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali sull'autismo (approvate in Conferenza Stato - Regioni il 22 novembre 2012), con l'introduzione di Lea (Livelli essenziali di assistenza) anche per questi disturbi.

In base agli ultimi dati della Federazione Nazionale delle Associazioni a Tutela delle Persone con Autismo e Sindrome di Asperger (Fantasia) solo cinque Regioni hanno deliberato il recepimento delle Linee di indirizzo: l'Emilia Romagna, la Lombardia, il Veneto, l'Umbria e la Puglia.

«Ma anche in queste regioni l'esito non è soddisfacente — spie-

ga Liana Baroni, presidente dell'Associazione Nazionale Genitori Soggetti Autistici (Angsa) —. La Lombardia è stata l'unica a stanziare dei fondi, ma poi tutto si è bloccato»

Insomma, c'è ancora molta strada davanti. «Sappiamo che il ministro della Salute sta incalzando le regioni inadempienti — dice Giovanni Marino, presidente della Federazione nazionale Fantasia —. Come associazioni stiamo lavorando affinché l'adozione delle Linee di indirizzo non sia un mero atto notarile, ma sia tradotta in termini di organizzazione dei servizi sanitari del territorio».

Anche perché, come spiega Lucio Moderato, psicologo direttore dei Servizi diurni territoriali della Fondazione Sacra Famiglia e direttore scientifico della Fondazione Oltre il Labirinto: «La sfida del terzo millennio è fare in modo che l'autismo non produca una grande disabilità, in diverse aree di sviluppo. Perché non è tanto l'autismo che impedisce una vita di inclusione e normale, ma è la disabilità da esso prodotta ad impedirlo, disabilità che è funzione dell'educazione, dell'apprendimento e dell'abilitazione».

**Ruggiero Corcella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Giornata mondiale e monumenti blu

Il 2 aprile, VII Giornata Mondiale della consapevolezza dell'autismo (nella foto, la locandina), convegno nazionale della rete di volontariato, all'ospedale Bambino Gesù di Roma (ore 9.30, auditorium San Paolo). Durante la Giornata, in molte città d'Italia e del mondo, un monumento sarà illuminato di blu e i cittadini più sensibili indosseranno un nastrino o metteranno una lampada blu alla finestra per 'Light it up blue!', iniziativa ideata tre anni fa da Autism Speaks, associazione europea per promuovere la ricerca



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



Le questioni della salute

# «Moscati, si va verso lo sblocco del turn over»

D'Ercole, amministratore Soresa: ad aprile alla Regione l'ok del Ministero dell'Economia

«Nel prossimo mese di aprile, il Ministero per l'Economia assicurerà alla Regione lo sblocco dell'ulteriore 50% relativo alle vacanze del 2013 e una parte consistente delle risorse sarà dirottata all'Azienda ospedaliera "Moscati" per lo sblocco del turn over. Cercheremo di evitare che questo ulteriore sblocco sia destinato interamente a Napoli». L'importante e attesa notizia che contribuirà a favorire un ulteriore rilancio della struttura ospedaliera di primo livello - «che non sarà mai declassata» - arriva da Franco D'Ercole, ex assessore regionale e oggi amministratore delegato della Soresa, la società regionale per la Sanità, costituita - spiega - «per la realizzazione di azioni strategiche finalizzate alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale».

D'Ercole illustra i passi in avanti realizzati in quest'ambito a margine dell'ultima puntata di «Tutti in Piazza», la trasmissione di approfondimento politico e di attualità in onda su «Media 3» - al canale 608 del digitale terrestre - e condotta da Michele De Leo. «Ho già parlato con il commissario Cinque. - spiega D'Ercole - Se dobbiamo rimpinguare le vacanze, lo dobbiamo fare nei plessi ospedalieri, come il "Moscati", dove il turn over ha inciso in maniera molto più pesante. Per questo l'azienda avellinese avrà il maggior numero di posti da coprire».

## La difesa

«Non so quali siano le accuse a Florio per le quali non ci siano risposte»

Palazzo Santa Lucia - questi ospedali napoletani hanno sofferto in misura molto minore delle strutture nostrane perché la pianta organica era sovradimensionata anche se, in questa fase, pure i plessi partenopei sono in sofferenza». Per questo, dice, «faremo in modo che l'azienda Napoli I e il "Cardarelli" siano potenziati in maniera diversificata: con questa nuova tranche cercheremo di dare impulso al personale soprattutto al Moscati».

La sanità regionale potrà, dunque, rifiutare dopo che «il Ministero dell'Economia avrà già garantito, al tavolo Massicci, lo sblocco parziale relativamente alle vacanze 2012 alla Campania, per il quale il "Moscati" ha potuto dare il via alle procedure per l'assunzione di 7 medici». Questa volta, l'azienda avellinese «potrà vedersi assicurare un numero maggiore di posti da mettere a concorso». Un incremento di personale che riguarderà anche il sistema infermieristico, per il quale «il "Moscati" non ha patito grandi conseguenze: è stato autorizzato, direttamente dal sottoscritto, a fare gare per acquisire servizi sanitari». «Negli ultimi anni - spiega D'Ercole - l'intera Regione e la provincia di Avellino hanno fatto grandi sacrifici. Ma, in tre anni, sono stati sistemati i conti della Sanità: ora siamo in una gestione di pareg-

gio con un debito pregresso che stiamo tentando di estinguere nel tempo».

Non manca, poi, un riferimento all'Asl di Avellino guidata da Sergio Florio. «Non so - aggiunge - quali siano le accuse che si fanno al direttore per le quali non ci siano risposte. Le ultime riguardano l'assistenza domiciliare, per la quale si stanno ripristinando i livelli assicurati in precedenza che, però, erano parzialmente alterati da presenze non dovute: si è passati dalle troppe alle troppo poche. Ma, se approfittiamo del sistema di assistenza, finiamo per penalizzare chi dell'assistenza ha bisogno realmente». Proprio a Florio sarebbe arrivata la sollecitazione dell'assessore regionale Fulvio Martusciello per convocare un tavolo sulla situazione irpina e gli effetti del turn over.

li. sa.

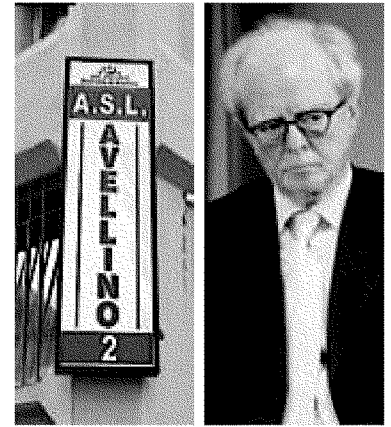


**I personaggi** Sergio Florio; Giuseppe Rosato; sopra, Franco D'Ercole; a lato, l'interno dell'ospedale «Moscati»; sotto, il tavolo dei relatori al convegno di Mirabella Eclano

# SCONTRO SULLA SANITÀ

NUOVA RIUNIONE DEI SINDACI

## L'Irpinia lo sfiducia Ma il direttore Asl vuole la proroga



Il manager scade a ottobre (quando terminerà il commissariamento...)

**CHRISTIAN MASIELLO**

Avellino

Il suo mandato scadrà tra pochi mesi, salvo un commissariamento ministeriale per ora non ancora escluso (per Avellino, ma anche per altre sedi dell'Asl in Campania). Ma Sergio Florio appare ben deciso a restare al suo posto anche dopo la conclusione della lunga fase commissariale regionale collegata al Piano di rientro dal debito sanitario. Il Direttore generale dell'Asl di

**Alla Regione si media  
Si teme dal ministero  
il commissariamento  
dell'Azienda Sanitaria**

Avellino spera in un raffreddamento del conflitto scatenato in Irpinia dalle politiche portate avanti dall'Asl in questi anni sotto l'egida regionale, grazie alle opportunità che il nuovo corso ministeriale offrirà di qui a poche settimane. Entro Pasqua, come è ampiamente stato spiegato nelle commissioni e attraverso gli organi di informazione dal ministro, il via libera al Patto della Salute porterà alla ridefinizione dei costi standard e allo sblocco delle programmazioni territoriali. Quella potrebbe essere l'occasione per mediare nel rapporto tra Azienda sanitaria, sindacato e amministrazioni locali, correggendo la programmazione per il 2014 in

modo da garantire alcune risposte (diminuzione della ospedalizzazione e rilancio della assistenza domiciliare, revisione dei piani di accreditamento, modifiche all'assetto dell'emergenza-urgenza, che oggi ingolfa il Moscati di Avellino, anche e soprattutto nei territori extra-provinciali prossimi al Capoluogo irpino, come il nolano). Approfittando di questo contesto più favorevole, il manager punterebbe così a restare almeno fino alla fine della legislatura regionale, assicurando la continuità territoriale al futuro assessore alla Sanità, quello che dovrà essere nominato dal governatore Stefano Caldoro (sempre che a fine anno sia revocato il com-

missariamento). Florio potrebbe così proporsi come traghettatore verso la realizzazione di quel progetto di fusione tra Irpinia e Sannio che da tempo ha anticipato ai sindaci, durante gli incontri territoriali tra il 2012 e il 2013. **LA TRINCEA.** Tra Florio e questa ipotesi di riconferma l'ostacolo principale è il clima di forte ostilità che sul territorio circonda l'azienda sanitaria di via degli Imbimbo. I dossier prodotti contro l'Asl di Avellino finiti sul tavolo del procuratore della Repubblica e su quello del ministro della Salute, le manifestazioni di protesta che ormai da mesi coinvolgono i pazienti, accanto a medici, lavoratori del settore, sindacati

e rappresentanti istituzionali, non aiutano una riconferma, sia pure per un anno, anche alla luce della bufera che investe la sanità privata e accreditata dal 2 gennaio, dopo l'ufficializzazione (il 30 dicembre 2013) delle relazioni sugli accreditamenti, oggi materia per la giustizia amministrativa. Nei prossimi giorni il governatore Stefano Caldoro, nella sua funzione di Commissario ad acta per il piano di rientro, convocherà i sindaci a Napoli per un'audizione allargata ai sub-commissari. Si dovranno esaminare il dossier irpino, gli atti prodotti dal sindacato in questi mesi, quindi la richiesta di rimozione di Sergio Florio.

# Bevere: basta con i piani di rientro, ora rispondere ai bisogni delle realtà

## Il confronto

Il direttore della Programmazione:  
«L'Irpinia può avere ottimismo»  
Colao: qui puntare sulla ricerca

**Edoardo Sirignano**

«La Sanità campana e l'Irpinia possono guardare positivamente all'avvenire. Le notizie che arrivano dal governo sono positive». Ad affermarlo è Francesco Bevere, direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute, che in occasione di un convegno sulla tiroide organizzato dalla casa di cura «Villa Maria» tenutosi presso il teatrino comunale di Mirabella Eclano, spiega come dal punto di vista degli eccessi la Regione è in vantaggio rispetto ad altre realtà del Mezzogiorno. «La Campania sta documentando un miglioramento cospicuo del controllo e dei bilanci regionali. - dice - Rispetto ad altre realtà, si effettuano meno sprechi. Tale fenomeno avviene anche nelle aree interne».

Secondo Bevere, originario di Ariano Irpino,



in provincia il problema principale riguarda i servizi essenziali: «C'è un aspetto che richiede maggiore attenzione da parte della struttura commissariale. In Irpinia, come in altre zone del Mezzogiorno, bisogna lavorare sui livelli essenziali di assistenza». Rispetto al caso del «Moscati» e al riordino del personale, il consigliere del governo Renzi replica: «In provincia esiste un problema di blocco dei turn over e di risorse che escono dal sistema, senza essere reintegrate. I piani di rientro hanno una logica troppo rigida. Con il piano nazionale della Salute, proveremo a cambiare la metodologia e a valutare con altri indicatori i bisogni delle singole realtà. Il governo farà la sua parte, senza lavarsi le mani».

Anna Maria Colao, tra i dieci ricercatori al mondo più noti nel campo dell'endocrinologia, sottolinea come ci sia bisogno di maggiori risorse per la ricerca: «La discussione è ampia. I fondi attuali in Italia per quest'attività sono inferiori rispetto ad altri Paesi europei. Gli scienziati italiani sono tra i migliori al mondo nel campo delle patologie sia della tiroide che di altri organi. C'è bisogno, però, di una maggiore coesione tra chi si occupa dei vari ambiti. Nel Mezzogiorno tendiamo ad essere individualisti».

Colao non esclude un grande progetto per l'Irpinia: «In provincia esistono diversi centri di sperimentazione, tra cui Biogem, punto di eccellenza e sede di importanti laboratori. Le strutture, quindi, sono già presenti sul territorio. L'obiettivo reale è quello di metterle in rete con il mondo dell'Università. Soltanto così l'Irpinia può fare un reale balzo di qualità».

Rispetto alla tiroide, la ricercatrice, invece, rimarca la diffusione delle patologie legate alla stessa, mentre ribadisce come diminuisca il numero di casi mortali: «Tutti i dati dimostrano che c'è un aumento dell'incidenza del cancro, però, poiché si diagnostica in fase molto precoce e perchè ha una varietà di cellule prive di malignità, rispetto ad altri carcinomi è più facile combatterlo».

All'incontro, moderato da Marcello Masi, direttore del Tg2, grazie all'intervento di numerosi specialisti e di tanti camici bianchi si è cercato anche di fare un quadro generale rispetto alla sanità in Irpinia. Al confronto hanno partecipato Antonio D'Avanzo, presidente dell'Ordine dei Medici di Avellino, Mario Ferrante, direttore sanitario dell'Asl di Avellino, e Armando Pirone, direttore del distretto di Mirabella Eclano. «Questo convegno - spiega Domenico Covotta, presidente del consiglio di amministrazione di "Villa Maria" e promotore dell'iniziativa - si propone da timolo per far restare le giovani menti in Irpinia. Non vogliamo altri cervelli in fuga. Il centro di Ariano e il Crom sono i punti su cui costruire uno sviluppo diverso rispetto al passato, basato principalmente su ricerca e formazione».

**L'assistenza di base****E oggi scadono le esenzioni dal ticket: tutti in fila per il rinnovo annuale**

Oggi, 31 marzo scadono le principali esenzioni per reddito. E sono stati in tanti a fare pressione sul proprio medico di fiducia per ottenere impropriamente le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche prima dello scadere del mese. Un medico massimalista, vale a dire con 1500 assistiti, che opera in un quartiere popolare della città ha tra il 40-50 per cento dei suoi pazienti esenti dal ticket. Mentre nei quartieri residenziali la percentuale scende al 25-30%». È bene sottolineare che oggi non scadranno le esenzioni per invalidità civile, quelle con accompagnamento. E non scadranno quelle per patologie oncologiche, diabetiche, cardiopatiche broncopneumopatiche. In ogni caso, molti medici di base di Benevento e provincia hanno già ricevuto dal Sisac (la struttura interregionale della sanità convenzionata) gli elenchi aggiornati degli aventi diritto. Vanno invece ripetute le iscrizioni nei registri dell'Asl per quei pazienti che nel frattempo abbiano perso fonti di reddito. Per tutti gli altri titolari di esenzione ticket, prima di fare la fila all'Asl, meglio consultare il proprio medico di base. Infatti i medici di medicina generale sapranno fornire indicazioni ai loro assistiti avviando in automatico le procedure per il rinnovo delle esenzioni. Nel caso in cui gli elenchi aggiornati non fossero stati per tempo comunicati, allora toccherà agli interessati recarsi agli sportelli dell'Asl o dei distretti sanitari di appartenenza per regolare la loro posizione.



**I problemi della sanità**

# «Ospedale, chiamare al tavolo anche l'Asl»

**Il Consiglio vota l'odg. Del Gaudio: serve un coinvolgimento globale sui servizi sanitari****Lia Peluso**

Dal consiglio comunale, ieri pomeriggio, giungono indicazioni precise al sindaco di Caserta, Pio Del Gaudio, di come procedere rispetto alle carenze nell'offerta sanitaria al cittadino dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano. Maggior controllo sull'ente ospedale che, come hanno sottolineato tutti i consiglieri che sono intervenuti, deve puntare alla tutela del paziente, ma fare anche di più come afferma Antonio Ciontoli, dell'Udc: «Credo che noi dobbiamo mettere intorno al tavolo anche i vertici dell'Asl. Ci vuole un tavolo più complessivo - ha aggiunto Ciontoli - per fare una valutazione sul servizio offerto anche coinvolgendo i medici di famiglia. Bisogna fare qualche cosa in più per andare verso la tutela del paziente. Siamo da più di un mese sui giornali con le inefficienze dell'ospedale ed ognuno ha detto la sua rispetto a questo tema e non è arrivata nessuna smentita dall'ospedale. Le telefonate all'amico di turno quando si va in ospedale non sono più plausibili». A mettere d'accordo maggioranza ed opposizione è stato l'odg - avente ad oggetto tutte le criticità dell'ospedale di Caserta dalla carenza di personale, blocco del turnover e conseguente deficit di alcuni reparti - che hanno votato all'unanimità con piccoli emendamenti che non hanno stravolto l'impianto dell'odg. A presentare gli emendamenti sono stati: Lorenzo Gentile (Nuovo Psi), Edgardo Ursomando (indipendente), Maria Valentino (Speranza per Caserta). «Credo che noi oggi (ieri, ndr) abbiamo fatto - commenta Del Gaudio - un'ottima attività sulla sanità ed indipendentemente dalla mancanza del numero legale (il riferimento è alla chiusura dei lavori del Consiglio di lunedì senza deliberare perché è mancato il numero legale, ndr) credo che tutti i consiglieri abbiano fatto un buon lavoro. Sono d'accordo con tutti gli interventi che avete fatto ma credo che bisogna fare molto di più in quel rapporto con l'Asl, con la sanità della Campania ed anche con le cliniche private. Il nostro è un discorso interessante che



**L'idea**  
Il sindaco immagina di aprire uno sportello comunale al Sant'Anna

abbiamo iniziato e dobbiamo portare a termine. E' giusto che il Consiglio ragioni di come si spenderanno le risorse nella sanità. Ritengo però che serva uno sportello del Comune presso l'ospedale, ne abbiamo ragionato con i direttori sanitari e non è possibile istituirlo, ma vorrei che fosse inserita questa proposta nell'odg. L'atto aziendale, quando arriverà alla mia attenzione, non avrò problemi a portarlo in Consiglio oppure in commissione prima di validarlo».

Per Antonio De Crescenzo, di Caserta Più, in Consiglio c'è stato «un clima di ritrovata coesione intorno ad un tema così importante». Francesco Apperti, di Speranza per Caserta, rimarca: «Volevo rilanciare da questi banchi le accuse lanciate dal segretario provinciale della Cisl, Giovanni Letizia, che ci accusava di scarsa sensibilità (il riferimento è sempre al Consiglio di lunedì, ndr), forse il signor Letizia non ha seguito l'evoluzione del Consiglio. Allo stesso tempo mi dispiace notare che quando dovevamo votare i trecento appartamenti eravamo al completo ed anche oggi non riusciamo ad andare oltre i numeri sufficienti per avviare i lavori». Ma ad un certo punto, in consiglio comunale, si è parlato molto del «partito» degli imprenditori tra battute e ghigni ma a controbattere punto per punto il comunicato stampa che è stato diffuso dai promotori del partito è stato il consigliere di Fli, Luigi Cobianchi ed ha risposto alle affermazioni del contenuto del comunicato, affermando: «Sappia la città che ci opporremo ad ogni tentativo di speculazione».



## «Ho coniugato le esigenze dei tagli con il miglioramento dei servizi»

### L'intervista

Scade il mandato di Sarnelli ma si profila una proroga  
Replica all'accusa dei sindacati

**Claudio Coluzzi**

«Lunedì il mio mandato di commissario scade e al momento non ho ricevuto alcuna comunicazione. Non è mio costume fare previsioni per cui sono in attesa delle decisioni che verranno prese».

Per Paolo Sarnelli, dirigente del settore veterinaria della Regione Campania, è logico però presumere una proroga. Il suo incarico di commissario all'Azienda ospedaliera di Caserta è legato all'espletamento del bando per la nomina di un direttore generale. Il bando non si è concluso per cui resterà, anche se non si sa per quanto.

**Si chiude in ogni caso per lei una fase, quindi è tempo di bilanci...**

«In quaranta giorni di lavoro devo dire che molte cose sono state messe in campo, alcune a dire il vero già avviate in precedenza e che recano la mia firma. Altre a cui ho dato impulso e, probabilmente, saranno sviluppate in seguito».

**L'altro giorno la Cisl di Caserta è stata durissima sullo stato della sanità e anche sulle sue iniziative. Ha detto che bisogna smetterla con le vecchie logiche spartitorie...**

«Sono d'accordo con la Cisl ma è esattamente quello che ho fatto. Ossia avviare iniziative nell'interesse di un miglioramento dei servizi e di una razionalizzazione delle risorse. Quindi, almeno la parte delle logiche spartitorie, non



L'ospedale Scaduto il mandato per il commissario torna l'incertezza

penso fosse diretta a me». **Ma la Cisl ha lamentato una mancanza di confronto con i sindacati sulle decisioni assunte, questo è diretto a lei...**

«Su questo punto bisogna intendersi. In questi pochi mesi ho ascoltato le voci di tutti, comprese le associazioni e sindacati e anche in singoli sindacalisti. Certo non siamo stati tutti i giorni a discutere su cosa fare e non fare. Non ne avrei avuto il tempo. Sulla scorta anche dei suggerimenti che sono giunti dai sindacati e delle associazioni ho preso le mie decisioni che non pretendo possano piacere a tutti. Ma ribadisco che sono state prese esclusivamente nell'interesse dell'azienda e sono andate proprio in direzione di quell'inversione di tendenza che i sindacati auspicano».



»

### Le analisi

I laboratori sono in rete per cui gli esami vengono distribuiti e i prelievi fatti in sede

### Facciamo alcuni esempi concreti?

«Ho usato un criterio diverso per le gare che riguardano le forniture. Ad esempio dei farmaci e dei presidi sanitari. Ora si paga solo quello che effettivamente si usa e le aziende che riforniscono hanno l'obbligo di tenere a disposizione quanto viene richiesto dai vari reparti. Ciò ha fatto in modo che non ci fossero più carenze di farmaci e presidi e che si ottenesse un discreto risparmio. In sostanza ora è tutto informatizzato. I reparti indicano su un database le necessità e i fornitori mettono a disposizione i materiali e i farmaci richiesti. Alla fine si paga solo ciò che si usa. Niente più scorte di magazzino pagate e lasciate lì fino a divenire inutilizzabili».

### E i nodi della carenza di personale e degli eccessivi carichi su alcune strutture?

«La collaborazione tra Ospedale e Asl sta dando i primi frutti. Ad esempio ora c'è una rete dei laboratori per cui le analisi vengono effettuate laddove ci sono le competenze specifiche per quel tipo di esame e i prelievi vengono invece fatti sul territorio. D'intesa con l'Asl abbiamo anche migliorato il coordinamento dei medici di base e della guardia medica con le strutture ospedaliere. Per cui funzionano meglio i filtri per i casi meno gravi che prima intasavano soprattutto l'ospedale di Caserta».

### Cosa lascia in eredità al suo successore o a se stesso se il suo incarico verrà prorogato?

«Ci sono interventi di riorganizzazione strutturale che richiedono più tempo. Ma sono stati avviati e soprattutto c'è una fotografia precisa delle esigenze, costruita con assidui confronti in ambito di collegio di direzione. Ossia tutti i capi dipartimento hanno contribuito, dopo aver raccolto indicazioni dai responsabili dei servizi, a fornire una mappa degli miglioramenti da apportare. In base alle priorità e con i fondi disponibili c'è ancora un grande lavoro da fare in tal senso».

**ARZANO**

Nuova protesta dei cittadini: migliaia le cartelle emesse da Equitalia su mandato dell'Asl

## *Esenzioni mediche, ancora accertamenti*

**ARZANO (Giuseppe Bianco)** - Cartelle 'pazze' all'Asl Na 2 Nord, anche ieri cittadini in rivolta. Uffici lenti e utenti esasperati. Caos, polemiche e nuove file interminabili nelle sedi periferiche per documentare le lamentele degli inviperiti cittadini. Contestata l'emissione di cartelle di accertamento da parte di Equitalia che, se non giustificate, documentate o pagate nei tempi debiti, potrebbero essere messe a ruolo con tutte le conseguenze del caso e la successiva denuncia all'autorità giudiziaria per truffa. Si va dai pochi spiccioli, per prestazioni diagnostiche e visite specialistiche, fino a sfiorare i mille euro poiché, in alcuni casi, spalmati su più anni. Sarebbero infatti circa 35 mila, le cartelle emesse da Equitalia

su mandato dell'Asl. Nel mirino l'interpretazione dei codici di esenzione che i medici di base avrebbero dovuto documentare e accertare nei confronti dei loro pazienti al momento dell'emissione di ricette mediche per le prestazioni sanitarie. Sarebbero migliaia, dunque, gli accertamenti emessi negli ultimi mesi nei confronti di cittadini che a vario titolo hanno usufruito del servizio sanitario nazionale e che secondo l'Asl e i riscontri effettuati, non ne avrebbero avuto titolo alcuno. Al momento sarebbero circa 2 mila e 800, quelle notificate ai cittadini del distretto sanitario di Arzano e Casavatore, mentre 5 mila e 300 circa, quelle emesse nei confronti dei cittadini di Casoria e rientranti nel proprio distretto di

appartenenza. La Asl Na 2 nord, la terza azienda sanitaria più grande d'Italia, finì già nel mirino della dirigenza aziendale per le richieste sospette di rimborsi per milioni di euro riferiti a prestazioni cliniche non dovute, gonfiate o palesemente anomale: oltre un centinaio di medici di base e decine di centri diagnostici privati dell'Asl Napoli 2 Nord finirono nel mirino dell'azienda sanitaria, che si estende sui trentadue comuni dell'hinterland nord di Napoli tra i quali Pozzuoli, Giugliano, Acerra, Casoria, Arzano, Casavatore, Arzano e Frattamaggiore per una popolazione di un milione di abitanti. Si andava dai paptest, esami esclusivamente femminili, prescritti a pazienti maschi, agli esami clinici caratteristici

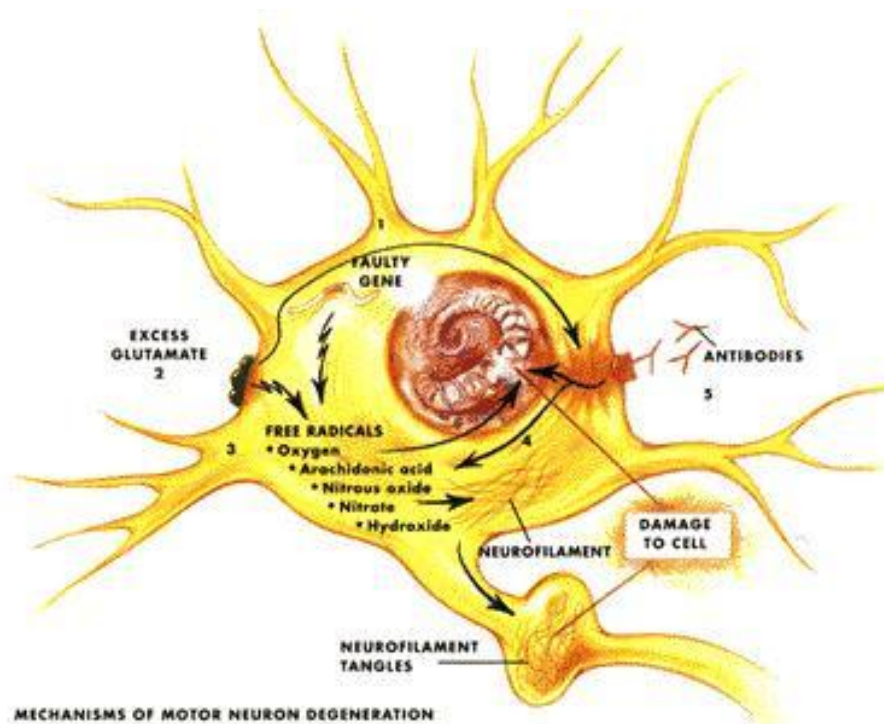
dell'età senile, come i marker tumorali della prostata, prescritti a giovani sotto i trent'anni. Ma anche analisi Pt e Ptt (tempo di protrombina), solitamente richieste prima di un intervento chirurgico o in caso di alcune e ben determinate malattie del sangue, che venivano invece prescritte dai medici di base con la generica diagnosi di "stato di ansia" del paziente. Prestazioni da rimborsare ovviamente con soldi pubblici. Casi sospetti, venuti fuori dal lavoro dalla task-force varata proprio dall'azienda sanitaria. I controlli interni hanno funzionato, è la missione è chiara: lotta agli sprechi e miglioramento degli standard di qualità delle prestazioni erogate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



Prevenzione I coaguli che si formano per il disordine del flusso nelle camere cardiache possono finire nel cervello

## Armi efficaci limitano il rischio di ictus

### Ablazione e nuovi farmaci contro la temibile complicanza della fibrillazione

#### La minaccia

I battiti irregolari e accelerati favoriscono la formazione di trombi

#### Vantaggi e limiti

Ora ci sono anticoagulanti validi, meno problematici, ma molto costosi

Sono quasi un milione gli italiani che soffrono di *fibrillazione atriale*, l'aritmia più diffusa in assoluto: il rischio di ammalarsi nel corso della vita è del 25% a partire dai 40 anni e cresce con l'età. I battiti irregolari e accelerati dovuti alla fibrillazione rallentano il flusso di sangue nelle cavità cardiache, favorendo la formazione di coaguli. «Questi poi si frammentano ed escono nel flusso sanguigno, dove possono andare a occludere i vasi. Nel 50% dei casi finiscono nel cervello, dove possono provocare da piccole ischemie transitorie fino a ictus fatali» spiega Gianluca Botto, presidente Aiac. Si stima che circa 1 caso di ictus su 3 sia dovuto a fibrillazione atriale. Ogni anno sono circa 500 mila i ricoveri correlati alla malattia, per un costo pari a poco meno di tre miliardi di euro.

È necessario quindi curare bene i pazienti, per risolvere l'aritmia e prevenirne le conseguenze: se ne è parlato nei giorni scorsi a Firenze al congresso «Conoscere e curare il cuore». «Oggi come farmaci antiaritmici si usano soprattutto *dronedarone* e *propafenone* — spiega Francesco Prati, presidente del congresso e cardiologo del San Giovanni Addolorata di Roma —. Per risolvere la fibrillazione è possibile ricorrere all'ablazione transcateretere, a cui non si dovrebbe però guardare come "ultima spiaggia" dopo anni di convivenza con la malattia: se ci si sottopone alla procedura senza aspettare che il cuore sia troppo danneggiato la probabilità che l'aritmia non si ripresenti più è alta, a patto di affidarsi a mani esperte».

«L'ablazione è l'unico metodo curativo e non palliativo, per questo ha sollevato molte aspettative — spiega Riccardo Cappato, direttore del Centro di Aritmologia Clinica del Policlinico San Donato di Milano —.

In caso di *fibrillazione atriale parossistica*, la forma più semplice in cui le crisi aritmiche si spengono da sole, la guarigione completa dopo 1-2 procedure è possibile in circa il 60-75% dei pazienti: in questi casi l'aritmia parte spesso dalle vene polmonari e basta "isolarle" dall'atrio per risolvere quasi sempre il problema. Contro le fibrillazioni atriali permanenti o persistenti, invece, non abbiamo dati che dimostrino un'efficacia altrettanto certa: sono aritmie più complesse, che originano da un maggior numero di aree cardiache, la possibilità di un'ablazione con risultati stabili nel tempo perciò diminuisce e dipende molto dall'esperienza di chi opera, che deve calibrare attentamente il danno provocato al tessuto cardiaco. Detto questo, per molti pazienti l'ablazione cambia la vita, liberandoli dalla necessità dei farmaci e riducendo i fastidi: in alcuni casi è possibile che serva più di un intervento e i malati ne devono essere informati per non nutrire false speranze, ma le possibilità di guarigione sono buone».

Fin quando non si è eliminata la fibrillazione atriale con un'ablazione, però, occorre seguire una terapia anticoagulante per evitare la formazione dei trombi che potrebbero provocare gli ictus. «I farmaci classici sono gli antagonisti della vitamina K (come *dicumarolo* e *warfarin*, ndr), efficaci ma "difficili" da usare perché danno molte interazioni con altri medicinali e diversi cibi; inoltre la loro concentrazione in circolo non è stabile — spiega Botto —. Chi è in trattamento deve fare esami del sangue ogni 2-3 settimane, per "aggiustare" i dosaggi e controllare lo stato di coagulazione: un eccesso di effetto infatti può aumentare il rischio di emorragie. Tutti questi disagi possono essere superati con i nuovi anticoagulanti

orali (*apixaban*, *dabigatran* e *rivaroxaban*, ndr), in grado di ridurre molto il rischio di ictus e allo stesso tempo anche il pericolo di emorragie, "tagliate" di due terzi rispetto ai vecchi prodotti. Inoltre, questi farmaci danno pochissime interazioni con alimenti e altri medicinali, e restano nel sangue in concentrazioni stabili, liberando dall'obbligo di controlli regolari. Il neo è il costo, circa cento volte più alto; gli studi di economia sanitaria hanno mostrato che la spesa sarebbe ampiamente ripagata dai risparmi connessi alla riduzione di ictus, emorragie ed esami e sarebbe perciò da considerare in un'ottica di investimento». Per il momento, stando ai dati diffusi di recente dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, i pazienti in cura con i nuovi medicinali sono il 6-8% di chi avrebbe l'indicazione a usarli. Secondo i cardiologi dell'Anmco non è colpa dei criteri di prescrivibilità adottati dalle Regioni, oggi omogenei: il problema è il "percorso a ostacoli" per la prescrizione, che prevede di compilare un piano terapeutico molto approfondito e scorgia tanti perché richiede parecchio tempo, merce rara negli ospedali. «Va anche precisato che alcune cautele possono essere comprensibili, perché conosciamo meglio i vecchi prodotti e abbiamo invece meno indicazioni certe su come si debbano maneggiare i medicinali nuovi in situazioni cliniche comuni, ad esempio quando si deve controllare lo stato di coagulazione prima di una cardioversione elettrica. Dobbiamo perciò costruirci un po' di esperienza; detto questo, pare evidente e inevitabile che questi farmaci soppiantano gli altri, in futuro» conclude Prati.

### CUORE NORMALE

Il **nodo seno-atriale** genera impulsi elettrici, provocando la contrazione degli atri e il pompaggio del sangue attraverso le valvole cardiache



L'impulso elettrico arriva al **nodo atrioventricolare** e rallenta per un attimo per consentire ai ventricoli di riempirsi di sangue

Il **fascio atrioventricolare** veicola gli impulsi dal nodo atrioventricolare ai ventricoli, facendoli contrarre (e quindi pompare il sangue nella circolazione)

### FIBRILLAZIONE ATRIALE

I segnali elettrici vengono generati in modo anomalo, provocando il tremore o fibrillazione della parete degli atri

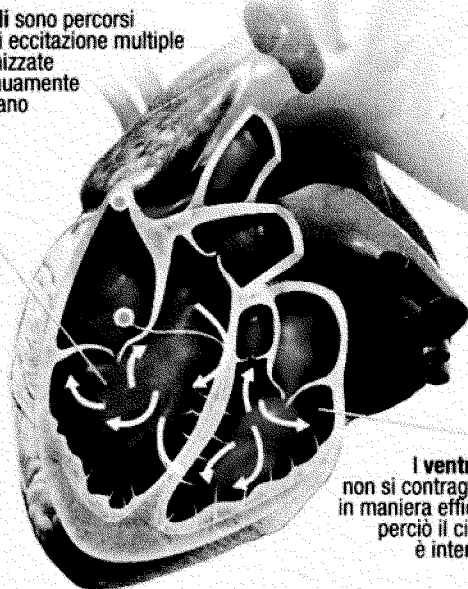


Gli **atri** non funzionano in modo efficiente e non pompano tutto il loro sangue nei ventricoli. Si verificano ristagni di sangue negli atri

Le **aritmie atriali** originano nelle due camere superiori del cuore e sono ad esempio il **flutter atriale** o la **fibrillazione atriale**. Le più semplici (es. **flutter** o **fibrillazione parossistica**) possono guarire con l'**ablazione transcateretere**, in una percentuale di casi che va dal **60 al 90%**. La fibrillazione atriale permanente e la persistente hanno invece percentuali di guarigione un po' inferiori

### FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE

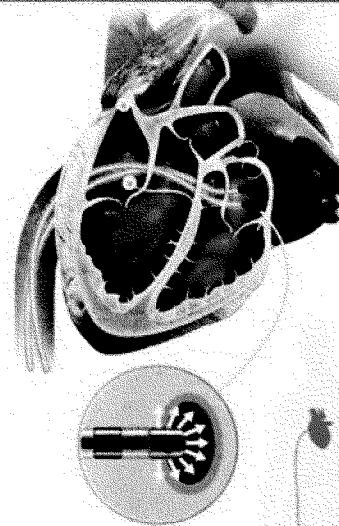
I **ventricoli** sono percorsi da onde di eccitazione multiple e disorganizzate che continuamente si modificano



I **ventricoli** non si contraggono in maniera efficace, perciò il circolo è interrotto

Le **aritmie ventricolari** originano nelle camere inferiori del cuore e sono in genere più pericolose per la vita del paziente, perché se l'accelerazione del battito è eccessiva si può andare in **fibrillazione ventricolare**, anticamera della morte improvvisa. Più difficili da trattare, guariscono con l'**ablazione** in circa il **70%** dei casi, ma l'esito dipende molto dall'esperienza del centro che esegue la procedura

### L'ABLAZIONE



Risalendo da una **vena dell'inguine** si arriva alle cavità cardiache dove con un **elettrocateretere** si bruciano i punti di origine dei battiti anomali

**Miniaturizzazione** Apparecchio sotto la cute per modulare le cure

# L'elettrocardiografo permanente fa la diagnosi e controlla

**A** prima vista la diagnosi di aritmie può sembrare banale: basta "sentire" che il cuore è "ballerino". Ma non è così, come spiega il presidente Aiac, Gianluca Botto: «Riconoscere un'aritmia è semplice se la intercettiamo con un elettrocardiogramma, ma non sempre ci si riesce, anche perché molte non danno sintomi. Così, tocca andarle a cercare nei pazienti ad alto rischio, ad esempio in chi soffre di cardiopatie, malattie respiratorie o metaboliche, diabete, ipertensione o nei fumatori, attraverso un monitoraggio prolungato. Quello classico, l'Holter, prevede di indossare uno strumento: oggi si può fare anche per un mese, ma pochi lo sopportano tanto a lungo. Per di più, anche con un'osservazione di trenta giorni la probabilità di trovare una fibrillazione atriale in pazienti che ne sono affetti ma non hanno sintomi evidenti è del 40%: significa che 6 casi su 10 sfuggono comunque. Un'alternativa possono essere sistemi di monitoraggio impiantabili: indubbiamente utili, per il momento sono tuttavia da utilizzare in pazienti selezionati, perché non potremmo permetterci il costo di screening su larga scala». Fino a qualche tempo fa questi strumenti erano gran-

di all'incirca come una chiavetta Usb, oggi invece ne esistono di minuscoli, cilindretti molto sottili, lunghi appena 2,5 centimetri: al Monzino si sono iniziati a impiantare da metà febbraio e la speranza è che, grazie alla miniaturizzazione, il bacino di utenti possa allargarsi presto. «L'apparecchio viene inserito sotto la cute, vicino al cuore, attraverso una speciale siringa: bastano meno di dieci minuti per la procedura — spiega Claudio Tondo, coordinatore dell'area aritmologia al Monzino —. Essendo così piccolo, lo strumento non si sente e non si vede, ma può registrare fedelmente il battito anche per due o tre anni, riuscendo a correlare sintomo e aritmia. Può essere perciò utile in chi riferisce disturbi sporadici o per i pazienti in cui l'elettrocardiogramma risulta sempre normale nonostante il cardiopalmo, ma anche in soggetti sottoposti ad ablazione per la fibrillazione atriale: a volte restano aritmie di cui non ci si accorge e che il sistema rileva, indicando l'opportunità di non sospendere le cure per non esporre a rischi il paziente. Una volta accertata la diagnosi, l'apparecchio può essere tolto facilmente; il costo è di circa 2.300-2.500 euro, contro i circa 2.000 dei modelli precedenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Pacemaker d'avanguardia

## La capsula che stimola il cuore troppo lento

Se il ritmo del cuore è troppo lento (bradicardia) a volte è necessario impiantare un pacemaker, per ristabilire il "passo" giusto. Oggi anche in Italia a questo scopo è arrivato uno strumento piccolo e innovativo, che funziona senza dover introdurre cateteri cardiaci permanenti. «È una piccola capsula che viene inserita nel cuore con un intervento semplice e breve — spiega Maurizio Lunati, dell'ospedale Niguarda di Milano, uno dei cinque ospedali italiani dove il nuovo pacemaker è stato già impiantato (gli altri sono il Monzino di Milano, le Molinette di Torino, gli Spedali Civili di Brescia e Villa Maria Cecilia a Cotignola, RA, ndr) —. Per il momento è in grado di stimolare soltanto il ventricolo, per cui è adatto a pazienti con blocchi di pochi secondi, in cui esiste un ritmo spontaneo intrinseco e basta una piccola "spinta" per riprendere: circa il 10-15% dei casi».

**Scienza** Il lavoro di un team di ricercatori italiani su nuclei familiari con diversi membri affetti dalla malattia

## LA SCOPERTA DEL GENE CHE PUÒ SVELARCI I SEGRETI DELLA SLA

di EDOARDO BONCINELLI

È stato individuato un gene cruciale nell'insorgenza della Sla, la sclerosi laterale amiotrofica, una tremenda malattia neurodegenerativa che costituisce uno dei peggiori spauracchi dei nostri tempi. È stato individuato da un consorzio di ricerca dove spiccano molti centri di ricerca italiani. È stato individuato con un poderoso sforzo investigativo che rappresenta anche una garanzia di affidabilità della scoperta stessa.

È stato confrontato «a tappeto» il genoma di persone sane e persone geneticamente affette, un'impresa nemmeno lontanamente pensabile prima del 2000 e della decodificazione del genoma umano. Si resta increduli davanti a un tale ritrovamento, ma anche pieni di speranza per analoghe «spedizioni» a caccia di altri geni colpevoli di tremende malattie. Il gene si chiama Matrin3, localizzato sul cromosoma 5 e attivo in un ruolo piuttosto insolito. Codifica infatti una proteina adibita al trasporto dell'informazione genetica portata dall'Rna messaggero dal nucleo della cellula alle fabbriche intracellulari delle proteine, cioè i ribosomi. Quando Matrin3 è difettoso, questo trasporto non avviene più in modo corretto e si intralcia tutto il delicato equilibrio della produzione di proteine cellulari, con conseguente «intasamento» e avvelenamento della cellula. Appare ormai sempre più chiaro, infatti, che la Sla sia causata da un accumulo di proteine anomale nel neurone motorio, quello che regola il movimento, ma bisogna definire in che modo que-

### La malattia

## Sclerosi laterale

**ff** *La sclerosi laterale amiotrofica — conosciuta anche come «morbo di Lou Gehrig» o «malattia di Charcot» — è una malattia neurodegenerativa progressiva che colpisce in modo selettivo i motoneuroni, sia quelli «centrali» (le cellule nervose cerebrali) che quelli «periferici» (del tronco encefalico e del midollo spinale) che permettono i movimenti della muscolatura volontaria. La Sla ha un'incidenza di 2-3 casi ogni 100 mila persone all'anno*

### Passi avanti

È stato compiuto un passo in avanti ma non è la soluzione per le forme di sclerosi sporadiche, più frequenti

### Nuove frontiere

Sono studi che non erano immaginabili prima del 2000 e della decodificazione del genoma umano

sto avviene per trovare bersagli adeguati per una terapia efficace.

Occorre dire che questo è un gigantesco passo avanti, ma non è ancora la soluzione del problema. Esistono infatti almeno due forme della patologia, una genetica — ed è quella che è stata analizzata — e una sporadica. Per poter trattare la forma sporadica, di gran lunga più frequente, occorre trovare tutti i meccanismi implicati — e magari aggredirli — ma la scoperta aiuta a capire di che cosa si sta parlando.

Vale la pena di osservare come l'approccio è stato di tipo molto avanzato, come abbiamo detto, ma di tipo nuovo e quasi inusitato è stato anche il meccanismo cellulare danneggiato in questo caso. Doppia novità quindi, e doppia soddisfazione. Comincia l'era dei meccanismi cellulari scoperti solo di recente e quasi sconosciuti anche solo cinque anni fa. Se è veramente così, il futuro si fa sempre più interessante e promettente.

La ricerca, che comparirà sulla copertina della rivista *Nature Neuroscience*, è stata condotta dai ricercatori del consorzio Italsgen, coordinati da Adriano Chiò dell'ospedale Le Molinette e dell'Università di Torino e di Mario Sabatelli dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, in collaborazione con Bryan Traynor dell'Nih di Bethesda che ha eseguito le analisi genetiche. La ricerca è stata finanziata per la parte italiana da AriSLA - Fondazione Italiana di ricerca per la Sla nell'ambito del progetto Sardinians, dalla Fondazione Vialli e Mauro per la Ricerca e lo Sport Onlus, dalla Federazione Italiana Giuoco Calcio, dal ministero della Salute e dalla Comunità europea nell'ambito del 7° Programma Quadro. Soldi spesi bene, insomma. Per oggi e per domani.

## Difesa contro l'Alzheimer

Il magnesio è attualmente molto studiato anche in rapporto a malattie diverse dell'osteoporosi, tra cui le malattie cardiovascolari, il diabete e l'Alzheimer. In uno studio, pubblicato su *Stroke*, i ricercatori hanno osservato che all'aumentare dei consumi di magnesio con la dieta si riduceva il rischio di ictus. In una meta-analisi, on line sull'*European Journal of Clinical Nutrition*, a maggiori consumi di magnesio corrispondevano minori livelli di proteina C reattiva, uno dei marcatori dell'infiammazione. E secondo gli autori, i potenziali benefici degli apporti di magnesio nei confronti delle malattie croniche potrebbero essere almeno in parte da attribuire a questa azione anti-infiammatoria. «Bisogna poi ricordare — dice Jeanette Maier, professore di patologia generale all'Università di Milano — che il magnesio contribuisce a difenderci dai radicali liberi e anche per questo equilibrare l'apporto del minerale aiuta a prevenire, o ritardare, malattie croniche: dal diabete all'aterosclerosi, dall'Alzheimer all'osteoporosi».

---

a cura di  
**Carla Favaro**  
nutrionista

**Prevenzione** Contro l'osteoporosi cibi integrali e vegetali

# Ossa meno fragili se il magnesio abbonda nella dieta

### A tavola

Tutti i «pilastri»  
che rendono  
più saldo  
il nostro  
scheletro

**Q**uando si parla di prevenzione dell'osteoporosi si pensa subito al calcio e alla vitamina D. In realtà molti altri componenti della dieta si stanno rivelando sempre più importanti per la protezione delle ossa e uno dei più importanti è il magnesio.

Lo conferma un recente studio condotto dal *Norwegian Institute of Public Health*, pubblicato sulla rivista scientifica *Bone*. I ricercatori, considerando la grande variabilità dell'incidenza di fratture del femore da una regione all'altra del loro Paese, hanno voluto verificare se ci fosse una relazione fra la frequenza di questi traumi (più di 19 mila fratture nei sette anni di osservazione su circa 700 mila adulti) e il contenuto di calcio e magnesio dell'acqua potabile.

A contenuti maggiori di magnesio nell'acqua è risultato corrispondere un minor rischio di fratture del femore sia negli uomini che nelle donne, mentre non si è osservata la stessa cosa per il calcio. Un elevato livello di urbanizzazione è risultato invece associato con un aumentato rischio di frattura del femore, indipendentemente dal calcio e dal magnesio.

«Il magnesio — ricorda Jeanette Maier, professore di patologia

generale all'Università di Milano — è cruciale per molte funzioni cellulari ed è quindi è essenziale per il corretto funzionamento dei nostri tessuti. Nei Paesi industrializzati, però, l'apporto di questo minerale con la dieta è carente: le dosi raccomandate dall'americano *National Institute of Health*, che sono di 320 mg nella donna e 420 mg nell'uomo al giorno».


«L'Italia in particolare — sottolinea l'esperta — è tra i Paesi europei con minor assunzione di magnesio. Infatti, per quanto questo minerale sia presente in gran quantità soprattutto nei vegetali, la nostra dieta ne è generalmente povera a causa della raffinazione dei cibi, dei cereali in particolare. Anche alcuni farmaci, tra cui i diuretici, e malattie croniche intestinali o renali possono far perdere questo minerale».

«La maggior parte del magnesio nel nostro corpo — prosegue Maier — è depositata nell'osso, dalla cui superficie viene però "mobilizzato" in caso di deficit: così l'osso diventa più fragile. Da anni all'Università di Milano studiamo che cosa accade nelle cellule ossee quando il magnesio è scarso e siamo riusciti a spiegare i complessi meccanismi che correlano il deficit di magnesio all'osteoporosi, come abbiamo recentemente riassunto in una revisione della letteratura scientifica su *Nutrients*. Ben vengano, quindi, gli alimenti integrali e, in generale, i vegetali freschi, ricca fonte di magnesio. E ricordiamo che un individuo sano non corre il rischio di accumulare magnesio (troppo magnesio fa male all'osso): i reni eliminano l'eccesso».

C. F.

### A confronto

Alcune fra le principali fonti di magnesio  
(i valori si riferiscono all'alimento crudo, al netto degli scarti)



Alimenti	Milligrammi per etto	Milligrammi a porzione	Calorie a porzione
• Mandorle	264	79 (g 30)	181
• Fagioli borlotti secchi	163	81 (g 50)	139
• Riso integrale	143	114 (g 80)	270
• Cioccolato fondente	91	27 (g 30)	154
• Spinaci	60	120 (g 200)	62
• Carciofi	45	90 (g 200)	44

**A tavola**

# Le ricette per battere il cancro ortaggi, tanta frutta e pesce

**L'oncologo Gridelli: 100 piatti per contrastare la malattia****Carciofi ripieni**

Ovviamente solo di pane prezzemolo e gambi  
Fibre, antiossidanti e sostanze che aiutano il lavoro del fegato

**Spaghetti aglio e olio**

Il tubero è un potente alleato della salute  
Bene con l'extravergine e aggiungendo anche il peperoncino

**Coniglio all'ischitana**

Le carni bianche possono andare bene  
Con aglio, olio e il pomodoro ci sono gli elementi salutari

**Sarde a beccafico**

La famosa ricetta palermitana rientra nelle preparazioni giuste  
Il pesce azzurro regala grassi preziosi all'uomo

**Luciano Pignataro**

Cesare Gridelli, direttore del Dipartimento di Onco-ematologia a Moscati di Avellino, è un esempio di scienziato umanista. Presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica, è uno dei massimi esperti mondiali della lotta al cancro: al tempo stesso cura le sue passioni, la musica e la cucina, cercando con successo di inserirle in ospedale.

Nasce da qui un prontuario di cento ricette, la prefazione è di Antonello Colonna, edita da Pensiero Scientifico Editore (15 euro) presentate la settimana scorsa ufficialmente proprio al Moscati. Stupisce vedere come tante ricette sono in realtà già di uso comune nelle cucine del Sud dove da sempre abbondano ortaggi, verdure, frutta, con l'inserimento del pesce azzurro. La carne bianca fa capolino anche in alcuni piatti famosi, come il coniglio all'Ischitana.

«Non si tratta di usare il cibo come una medicina, ma di mangiare

per evitare di ammalarsi e di prendere le medicine» dice Gridelli. Il cancro, si sa, ha anche una radice genetica contro la quale c'è ben poco da fare se non sperare nel miglioramento costante della ricerca medica e scientifica che ha comunque fatto passi da gigante.

Ma ormai la scienza è giunta a conclusioni molto chiare su altre cause di degenerazione delle cellule: l'aria che respiriamo (dunque il fumo) e il cibo che ingeriamo. Le carni rosse, gli alimenti con coloranti, grassi saturi, grassi idrogenati e le cotture come quella alla brace aumentano decisamente i rischi.

La cottura lenta, sottovuoto o al vapore, invece, è decisamente consigliabile. Aglio e cipolle sono grandi alleati della salute anche se non sono visti di buon occhio per l'alito, tutti i cibi con fibre vanno assunti regolarmente per motivi dietetici e di funzionalità degli organi. Sicuramente uno dei motivi dell'aumento di tumori c'è l'uso diffuso di mangiare farine raffinate ogni giorno. Ci sono poi alimenti come i cavoli, i broccoli, i carciofi, i pomodori, la frutta a bacca rossa, che sono potenti alleati contro i radicali liberi. Il libro di Gridelli però insegna soprattutto che il gusto con una dieta sana non si perde, anzi, si migliora.

**Veronesi**

Almeno un giorno a digiuno

La dieta consigliata da Umberto veronesi prevede almeno un giorno di digiuno per far riposare gli organi e depurarsi. Il suo libro, che insegna come affrontare questa pratica è stato un best seller. Veronesi è un convinto vegetariano: la carne, anche quella bianca, deve essere bandita dalle diete per poter vivere meglio e ridurre in tal modo i rischi di ammalarsi di cancro.

## **Tutto inizia in gravidanza**

### **Svelata**

### **la causa dell'autismo**

È nel grembo materno che l'autismo fa la sua prima comparsa. A causa di un difetto nello sviluppo della corteccia cerebrale, che avviene prima della nascita. È la scoperta fatta da un team di ricercatori dell'Università della California e dell'Allen Institute di Seattle. Gli scienziati americani hanno analizzato post-mortem i tessuti cerebrali di 22 bambini, fra i 2 e i 15 anni, alcuni dei quali erano affetti da autismo. Si sono concentrati sulla corteccia del cervello e sui marker genetici, vere e proprie firme dello sviluppo cerebrale. Nel 90% dei bambini autistici sono stati riscontrati difetti nella crescita del cervello, prevalentemente in quelle regioni coinvolte nella comunicazione, nelle emozioni e nel linguaggio. Questi cambiamenti avvengono nel grembo materno. Ma il cervello, grazie alla sua plasticità, potrebbe essere in grado di compensare questi difetti, se l'autismo fosse individuato in tempo.