

I GINECOLOGI SIGO**«Adesso si tagliano i piccoli punti nascita»**

DI NICOLA SURICO *

Il Ssn è stato una grande conquista degli anni 70, che va difesa e salvaguardata come ha recentemente ricordato il presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano**. Purtroppo negli ultimi anni nella Sanità pubblica e privata abbiamo assistito a un sempre maggiore numero di episodi di grave inefficienza, corruzione, sprechi e clientelismo. La dimostrazione più palese è l'aumento del disavanzo totale in Sanità che nel 2011 ammonta a 1,7 miliardi di euro. La spesa sanitaria pubblica sostenuta lo scorso anno è stata di 112,889 miliardi, pari a un valore medio pro capite di 1.862 euro. L'incremento è stato dell'1,4% rispetto al 2010.

Di fronte a questi numeri e alla luce della disastrosa situazione economica finanziaria nazionale e internazionale è fondamentale ottimizzare e razionalizzare tutte le risorse a nostra disposizione. La sfida sarà riuscire a fornire alla cittadinanza servizi efficienti al minor costo possibile.

Uno dei principali problemi della nostra Sanità è l'eccessivo numero di ospedali di piccole e medie dimensioni. La Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) ha accolto con favore la decisione presa dal Governo Monti di effettuare una revisione della spesa sanitaria. Già nei mesi scorsi, come società scientifica, avevamo rivolto un appello alle istituzioni affinché portassero avanti con maggiore determinazione la riforma sui punti nascita. L'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 prevede la soppressione di tutti quei reparti materno-infantili che effettuano meno di 500 parti l'anno. Purtroppo dopo due anni dobbiamo constatare che gran parte di quelle decisioni è rimasta sulla carta.

Oggi in Italia quasi l'8% dei parti ha luogo in piccoli ospedali che accolgono meno di 500 parti annui, troppo pochi per poter garantire la sicurezza delle

nostre pazienti. Circa il 67% delle nascite avviene in strutture con almeno 1.000 parti annui. Dovremmo aumentare questa percentuale almeno fino al 90%. Le criticità sono evidenti: il parto per via chirurgica è spesso usato per compensare le carenze di punti nascita non adeguati. Il tasso dei cesarei nel nostro Paese, pari al 38%, è il più alto d'Europa ed è il chiaro segno di problemi organizzativi.

In base all'articolo 15, comma 13 del decreto sulla spending review i posti letto ospedalieri italiani diminuiranno di almeno 7.389 unità. Ridurre il numero di letti non significa fornire meno servizi alla collettività. Per la ginecologia, tagli di spesa mirati e la chiusura di piccoli e inefficienti reparti aumenterebbero la sicurezza delle madri e dei nati, ci sarebbe un notevole risparmio della spesa pubblica e si aprirebbero nuove possibilità di impiego per i ginecologi nelle strutture più grandi, dove aumenterebbe il numero delle nascite. Solo così le donne in Italia potranno partorire in reparti sicuri in cui lavora personale esperto e competente. Non solo, l'accorpamento degli organici potrebbe rappresentare una soluzione al problema della cronica carenza di specialisti in ginecologia.

Non è quindi una questione di accanimento contro i piccoli presidi dei tanti paesini che popolano l'Italia. Si tratta di mettere in moto un circolo virtuoso che assumerebbe un grande valore considerando il delicato momento di crisi

che stiamo vivendo. Per fare un esempio, nella Regione dove lavoro da tanti anni, il Piemonte, saranno circa 800 i posti letto eliminati. La riprogrammazione complessiva è la conseguenza della riduzione degli standard da 3,82 a 3,7 dei posti letto per 1.000 abitanti. Si tratta di un buon punto di partenza per la riorganizzazione di un sistema sanitario regionale che nei mesi scorsi corri-



va il serio rischio di essere commissariato.

Non va però dimenticato come al nostro Ssn destiniamo una quota di risorse inferiore rispetto a quelle di altri Paesi. Secondo i dati più recenti la spesa sanitaria pubblica italiana è cresciuta solo dell'1,6% l'anno, a fronte del 4% osservato nel complesso degli Stati Ocse. In Italia sono presenti strutture sanitarie d'avanguardia riconosciute in tutto il mondo per la qualità dell'assisten-

za fornita e per l'ottimo livello di ricerca svolta. È quindi necessario che le istituzioni continuino a investire in queste eccellenze invece che disperdere risorse in piccoli ospedali. Bisogna infine mettere in atto un processo di informazione alle donne gravide in modo che si rendano conto che non è una penalizzazione non avere l'ospedale sotto casa, perché percorrere 30 km per scegliere il punto nascita più sicuro è un elemento di maggiore garanzia.

Un altro capitolo importante riguarda le donne straniere che partoriscono nelle nostre strutture sanitarie. Secondo l'ultimo censimento Istat, in Italia risiedono 59.433.744 persone, circa 15 mila in meno rispetto all'anno precedente. La riduzione dei concepimenti è da attribuire soprattutto alla diminuzione dei nati da genitori italiani e di quelli da coppie miste. I bambini messi al mondo da coppie straniere sono aumentati, anche se in misura più contenuta rispetto agli anni precedenti, e ammontano a 79 mila (il 14,5% del totale). Se a questi si sommano anche i figli di coppie miste si ottengono 106 mila nati da almeno un genitore straniero (il 19,4% del totale delle nascite). Le immigrate in Italia sono generalmente giovani in gran parte in buona salute, ma all'arrivo nel nostro Paese il loro stato può peggiorare in considerazione di condizioni socio-economiche svantaggiate, a causa dello sradicamento culturale e di uno scarso livello di integrazione e di accesso ai

servizi socio-sanitari. Sono quindi persone particolarmente vulnerabili e un dato su tutti lo dimostra: le straniere sono responsabili di un terzo delle interruzioni volontarie di gravidanza effettuate nel nostro Paese. La Sigo è consapevole dell'importanza di farsi carico di questa emergenza e ha attivato, da anni, politiche volte a migliorare l'accesso ai servizi e a facilitare una pianificazione familiare consapevole.

Per contrastare il ricorso all'aborto e assicurare la migliore assistenza alle pazienti di origine straniera è indispensabile riorganizzare i servizi e garantire nei reparti di ginecologia la presenza di professionisti adeguatamente formati e di mediatori culturali. Riteniamo però fondamentale anche coinvolgere le seconde generazioni di stranieri. Un figlio può essere un ottimo "mediatore culturale" nei confronti dei propri genitori. I minorenni stranieri nati nel nostro Paese sono oltre 500.000. Come ha sottolineato Napolitano nel suo discorso di fine anno, si tratta di cittadini italiani a tutti gli effetti. Le problematiche di accesso ai servizi socio-sanitari sono dovute in gran parte alla carenza d'informazioni e di collegamenti con le strutture sanitarie, alle difficoltà di rapporto con gli operatori, a ostacoli burocratici, alla mancanza di comunicazione tra il Ssn e le associazioni di volontariato, alla carenza di personale. Tutto ciò porta a una non corretta comunicazione medico-paziente. Per questo è fondamentale utilizzare vari approcci: nei nostri ambulatori, nella formazione dei ginecologi di domani, in collaborazione con le istituzioni, con un'informazione diffusa sui media (Internet e la tv in primo luogo). La Sigo ha scelto di puntare sui nuovi italiani: è questa la via più efficace da seguire.

* **Presidente Sigo**

» La questione femminile Dopo l'intervento di Giavazzi e Alesina un decalogo curato da Bankitalia, Fondazione Bellisario, Valore D e alcune esperte

Sgravi e congedi, è l'agenda delle donne per le donne

Gli interventi sul lavoro in azienda e in famiglia

MILANO - Detassazioni per le attività di cura. Incentivi fiscali. Congedi di paternità obbligatori «significativi» (tre mesi?). Servizi per l'infanzia, le disabilità e la vecchiaia. Quote di genere a tutti i livelli della società. Un'organizzazione del lavoro meno rigida. Interventi sulla scuola e sui media per abbattere gli stereotipi. Tempo pieno nelle scuole, e non solo fino alle elementari. Modalità di selezione «neutre» per assunzioni e percorsi di carriera. Il tribunale delle donne.

Pur con qualche distinguo tecnico, si può sintetizzare in questi dieci punti l'agenda delle donne per aumentare il lavoro femminile. Un ventaglio di proposte che arrivano da centri studi come quello della Banca d'Italia; da associazioni come Fondazione Bellisario, Valore D, Progetto Donne e Futuro; da esperte come Chiara Saraceno, Paola Profeta e Susanna Stefani. E che coinvolgono sia la parte pubblica che le aziende. Perché per cambiare la cultura - dicono gli studi di Bankitalia coordinati da Magda Bianco - occorre agire su una combinazione di fattori. Nella discussione politica, però, per adesso, non se ne vede traccia.

Welfare. Non che qualcosa non si sia mosso in questi ultimi anni, «ma il cambiamento è lento e aggravato dalla crisi», dice Linda Laura Sabbadini, direttore dipartimento statistiche sociali dell'Istat. Per questo, nonostante il grande dibattito degli ultimi anni, continuiamo ad avere quella che ieri sulla prima pagina del *Corriere della Sera*, gli economisti Alberto Alesina e Francesco Giavazzi, hanno ricordato essere «una perdita colossale per la nostra economia». Perché se le ragazze che escono brillantemente dalle scuole trovano poi solo posti precari; e quando entrano stabilmente

nel mondo del lavoro devono affrontare una corsa a ostacoli per non riuscire ad avere gli stessi stipendi e le stesse possibilità di carriera degli uomini, finisce che al primo figlio, o di fronte ai genitori anziani da accudire, restano a casa. «È un vero e proprio spreco - dice Chiara Saraceno, sociologa tra le più note - Le giovani oggi si presentano tutte sul mercato del lavoro e hanno aspettative che vanno sistematicamente deluse». Per questo bisogna capire su quali leve agire.

Ruoli. «La mancata condivisione del lavoro di cura all'interno delle coppie e la carenza di servizi pubblici sono alla base della compressione del tempo che le donne dedicano al lavoro retribuito e provocano sotto-occupazione, precarietà e percorsi di lavoro più frastagliati - spiega Sabbadini -. Le donne, attraverso il loro lavoro gratuito di cura, hanno salvato il Paese ma questa catena di solidarietà sta entrando in crisi e la generazione più colpita è, e sarà, quella delle nonne cinquantasestantenni, che lavoreranno sempre più a lungo per l'innalzamento dell'età pensionabile e allo stesso tempo devono accudire i nipoti e i genitori sempre più anziani e spesso non autosufficienti. È un ruolo che non potranno reggere da sole. Bisogna ridare alla cura la centralità che merita in ambito pubblico».

Fisco. Quando si parla di donne e lavoro, i grandi temi sono tre: il primo è entrare nel mondo del lavoro, il secondo «conciliarlo» con la famiglia, il terzo fare carriera. Per far fronte soprattutto al primo, ieri Alesina e Giavazzi hanno proposto di detassare il lavoro femminile. Una proposta che viene accolta per esempio da Alessandra Perrazzelli, presidente di Valore D, «anche se - dice - non può essere la madre di

tutte le misure». Anche Paola Profeta, esperta di sistemi di Welfare dell'Università Bocconi, è favorevole a un intervento fiscale, ma soprattutto per detassare i costi della conciliazione: «Oggi il conflitto è tra quanto una donna guadagna lavorando fuori casa e ciò che spende per la cura», dice. La stessa linea di Saraceno.

Il tema in più con cui fare i conti in questo momento è quello di dove trovare le risorse: «Realisticamente parlando, questo è un anno in cui l'obiettivo è uscire dalla crisi», dice Susanna Stefani, esperta di governance societaria che a lungo si è spesa per l'introduzione delle quote di genere. «Bisognerebbe capire quali tra le tre coalizioni principali è disposto a spendersi per questo». Saraceno dice che il problema c'è, «ma questo non deve penalizzare le donne rispetto agli uomini. Soprattutto non si può continuare a pensare che welfare e istruzione siano solo una spesa: sono un investimento in risorse umane, nelle nuove generazioni».

Quote. Introdotte nel luglio 2011 ma vincolanti a partire dall'agosto 2012 le quote di genere sono il segno più importante di qualcosa che si è mosso e molto ci si attende dalla loro introduzione. Bisognerà prestare attenzione soprattutto alle società pubbliche dove il controllo sull'attuazione (e su un'attuazione buona) sarà più difficile. Da più parti si chiede che siano estese a tutta la società, a partire dalla politica.

Maria Silvia Sacchi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

52

per cento, la quota di donne italiane attive nel mercato del lavoro secondo l'Ocse nel 2011: in Spagna era il 69%, in Francia il 66%, in Germania il 72%

80

minuti, il maggior lavoro delle donne, tra mercato e impegni casalinghi, rispetto agli uomini: l'impegno in casa delle donne è di 6,7 ore. Per gli uomini è di 3 ore

L'intervento

«L'Italia non sta utilizzando al meglio una parte importante del suo capitale umano, le donne. È una perdita colossale



per la nostra economia», hanno scritto sul «Corriere» Alberto Alesina e Francesco Giavazzi. La partecipazione alla forza lavoro delle donne in Italia è tra le più basse dei Paesi Ocse e la più bassa in Europa. Nel 2011 solo 52 donne italiane su 100, fra i 15 e i 64 anni, lavoravano o cercavano attivamente un lavoro. In Spagna erano 69, in Francia 66, in Germania 72, in Svezia 77. Solo in Messico e Turchia erano meno che in Italia.



**VELENI
IN FABBRICA**

**I dati della Regione
mentre la Procura
contesta l'omicidio
colposo pluriaggravato**

L'amianto fa paura: altri 9mila a rischio

Allerta in Friuli-Venezia Giulia. Il caso Trieste

DA TRIESTE FRANCESCO DAL MAS

Otto morti di mesotelioma pleurico. Collaudatori, saldatori, manutentori, anche un impiegato tecnico. La prima vittima risale al 2004. Una tragedia che rivive nella memoria delle famiglie e dei compagni di lavoro. Nelle stesse ore in cui la Regione conferma che sono ben novemila gli esposti all'amianto in Friuli-Venezia Giulia, la Procura di Trieste rende noto che l'inchiesta sugli 8 decessi è chiusa e che ha notificato gli avvisi di conclusione indagini a 4 ex dirigenti della ex Grandi Motori accusati di omicidio colposo pluriaggravato e cooperazione colposa. La Procura ha passato al setaccio circa trent'anni di esposizioni, dal 1971 al 2000, periodo durante il quale non

nate patologie, prima i carcinomi e poi il mesotelioma». Dalla Costa mette anche in evidenza come il fascicolo rappresenti un primo caso in cui sia riusciti a circoscrivere le responsabilità. Una ricerca difficile perché a Trieste sono state diverse le fonti a rischio.

I quattro indagati, ai quali se ne potrebbero aggiungere altri, sono il direttore generale della Grandi Motori negli anni dal 1970 al 1977, il presidente e amministratore delegato dal 1977 al 1984, il direttore generale e amministratore delegato di Fincantieri (Divisione grandi motori) dal 1984 al 1992 e un membro del consiglio di amministrazione di Fincantieri dal 1984 al 1994. Quanto all'azienda è più volte passata di mano: dal 1966 al 1972 era di Fiat-Iri, dal 1972 al 1982 di Grandi Motori Trieste (dal 1975 totalmente trasferita all'Iri), dal 1984 al 1998 di Fincantieri, dal 2000 della multinazio-

nale finlandese Wartsila.

Nella regione sono quelle di Trieste e dell'Isontino le aree dove la popolazione è più colpita da malattie correlate all'asbesto. Là dove operano i cantieri marittimi. Come è emerso ieri dai lavori in Commissione regionale, il Registro degli esposti cita oltre novemila casi. Ma c'è di peggio: l'area più contaminata, perché senza controlli e utilizzata dalla popolazione per liberarsi di ogni ingombro, è il greto del Cellina Meduna, mentre l'unica discarica per i rifiuti da amianto, quella di Porcia, dove ne sono state 60mila tonnellate, rischia la chiusura nel 2014. E la Germania, unica alternativa regionale per lo smaltimento, già un anno fa contingenti le importazioni di rifiuti. Secondo l'Agenzia per l'ambiente, poi, nel periodo 2006-2007 c'erano circa 2 milioni di metri quadrati di coperture di eternit nelle aree più urbanizzate.

**Conclusa l'inchiesta sugli 8
morti di mesotelioma
pleurico alla Grandi motori
Sotto accusa 4 ex dirigenti**

si sarebbero adottate le misure necessarie per l'eliminazione dell'amianto e per dotare gli ambienti di lavoro di adeguati impianti per l'aspirazione. Conferma il procuratore Michele Dalla Costa: «Agli indagati abbiamo contestato l'inosservanza di tutte le norme di sicurezza che prevedevano innanzitutto che i lavoratori fossero informati dei rischi cui andavano incontro. Lavoravano in ambienti dove entravano a contatto con sostanze non isolate». Non portavano neppure la mascherina di protezione, avrebbe accertato l'inchiesta. Per Dalla Costa, inoltre, non regge la giustificazione del «tutti facevano così» ovvero: nessuno sapeva che l'amianto fosse pericoloso. «Una affermazione che non regge - spiega il procuratore - perché a partire dagli anni 60-65 è pacifica la pericolosità dell'amianto e la sua influenza su determi-



LA NUOVA SOCIETÀ

«TUTTO IN REGOLA»

«Una volta si usava l'amianto, o materiali che lo contenessero, ora sono anni e anni che sono stati banditi». Lo ha confermato il presidente di Wartsila Italia, Sergio Razeto, commentando la chiusura delle indagini della Procura di Trieste che hanno riguardato il periodo precedente all'insediamento della multinazionale finlandese nello stabilimento della ex Grandi Motori. Razeto ha inoltre riferito di non ricordare «grossi eventi» di bonifica da amianto, dopo l'insediamento. «Sono state eliminate delle guarnizioni, ma non avevamo un ambiente così inquinato», ha precisato. Wartsila produce e fornisce impianti completi sia nel settore marino che in quello industriale per la generazione di energia. Lo stabilimento di Trieste si estende su un'area di 550mila metri quadrati, di cui 155mila coperti. Oltre 1.500 professionisti lavorano tra le sedi di Trieste, Milano, Genova, Napoli, Taranto. Nei primi nove mesi del 2012 il gruppo ha registrato ricavi netti per un miliardo di euro (+28%) e un risultato operativo di 122 milioni (+23%).

Sequestrato nel Tarantino un condominio all'asbesto

DA TARANTO

Un complesso residenziale di circa 3 ettari è stato sequestrato e il proprietario denunciato dagli agenti del commissariato di Manduria, in provincia di Taranto. Il sequestro è scattato durante controlli sul fenomeno delle discariche illegali, condotti in collaborazione con la polizia provinciale, la Asl e la polizia municipale della cittadina messapica. Durante le ispezioni dei giorni scorsi del complesso Le Ginestre, in contrada Marina, è stata riscontrata la presenza di 30 bungalow in completo stato d'abbandono di cui 14 erano coperti da pannelli d'amianto. Inoltre nel prosieguo dell'ispezione sono stati ritrovati vari cumuli di rifiuti speciali ed in particolare materiale di risulta di lavorazioni edili. Dopo quanto accertato l'intera area è stata sequestrata ed il proprietario, un 72enne di origini piemontesi e residente a San Pietro in Bevagna, è stato deferito all'autorità giudiziaria per violazione delle norme in materia di rifiuti speciali e per aver gestito all'interno della sua proprietà una discarica non autorizzata di rifiuti speciali.

La sostanza e i rischi per l'uomo

CHE COS'È L'AMIANTO

Fa parte di un gruppo di **minerali fibrosi**, **non combustibili**, composti da silicato di calcio e di magnesio

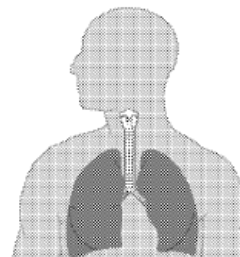
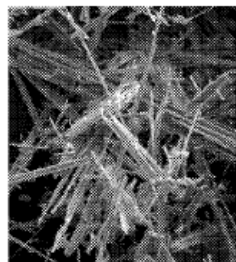
IMPIEGHI

Più di **3.000 i prodotti** contenenti amianto

- Tramezzi
- Tetti (**Eternit**)
- Condutture di acqua potabile
- Intercapedini e stucchi
- Mastici e sigillanti
- Pasticche dei freni
- Corde e tessuti

LEGGI

In Italia, dal 1992, ne sono **proibite** estrazione, importazione e lavorazione



PERCHÉ È PERICOLOSO

Fibre resistenti e piccolissime

DIAMETRO
meno di **mezzo millesimo di mm**

LUNGHEZZA
2-5 millesimi di mm

Inalate con facilità, si depositano nei polmoni danneggiandone i tessuti

MALATTIE CHE PROVOCA

Asbestosi

I tessuti del polmone formano cicatrici fibrose che rallentano la respirazione

Mesotelioma pleurico

Tumore che colpisce i polmoni

ANSA-CENTIMETRI



IL NUOVO ALLARME Salute e tecnologia

I cellulari come le sigarette: «Mettete un avviso sui rischi»

*Proposta di legge Usa: sui telefonini un bollino di «pericolo radiazioni»
L'Accademia dei pediatri lo vuole soprattutto per proteggere i bambini*

Francesca Angeli

Roma I pediatri Usa chiedono di esporre sui cellulari un avviso di rischio radiazioni. Apposite etichette che mettano in guardia su una possibile connessione con una maggiore frequenza nell'insorgenza di tumori. Identiche in sostanza a quelle apposte sui pacchetti di sigarette. A lanciare l'allarme, teso soprattutto a tutelare i più piccoli è l'autorevole Aap, American academy of pediatricians, che raccoglie oltre 60 mila pediatri. La Aap infatti ha deciso di sostenere «The cell phone right to know Act», una proposta di legge del deputato democratico dell'Ohio, Dennis Kucinich, che prevede l'esposizione di etichette che illustrino i rischi per la salute derivanti dall'uso del cellulare. Non solo. Si chiede anche di impostare un programma di ricerca sui rischi per la salute e l'aggiornamento dei limiti del tasso di assorbimento di onde elettromagnetiche fissati dall'Agenzia per la protezione dell'ambiente.

Il presidente dell'Aap, Thomas McInerny spiega perché un bambino corra molti più rischi rispetto ad un adulto se usa in modo eccessivo il cellulare. «Sosteniamo la richiesta di esaminare con cura gli effetti delle onde elettromagnetiche sulla popolazione più vulnerabile

come sono appunto i bambini e le donne incinta - ha spiegato McInerny - I bambini risentono di più dell'esposizione ad agenti ambientali come le radiazioni del cellulare. Hanno una diversa densità ossea per cui assorbono maggiori quantità di onde elettromagnetiche rispetto agli adulti».

La diretta connessione tra l'aumento del rischio di contrarre patologie mortali come il cancro e un uso frequente del cellulare non ha ancora avuto riscontri sufficienti. Occorre ricordare però che lo scorso anno l'Organizzazione mondiale della sanità ha deciso un cambio di rotta rispetto ai campi elettromagnetici a radiofrequenza cambiando la classificazione rispetto al rischio cancro. Da «non classificabile» a «forse cancerogeno», che significa che le prove non sono sufficienti per dichiarare quell'agente come probabilmente cancerogeno.

L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, Iarc, ha riconosciuto che chi usa il telefono cellulare «può» avere

un maggiore rischio di contrarre il glioma, un cancro del cervello, e il neurinoma acustico. Tra gli studi e i documenti portati a sostegno della richiesta di etichette di avviso sul cellulare da parte dell'Aap è stata inserita anche la sentenza emanata dalla Corte di cassazione italiana che ha ritenuto legittima la richiesta di risarcimento da parte di un manager bresciano, riconoscendo il legame tra l'esposizione alle radiazioni del cellulare, usato per ore ed ore tutti i giorni, e il tumore al cervello che lo aveva colpito. Altri studi hanno evidenziato un legame con l'infertilità maschile. Gli uomini che tengono il cellulare nella tasca dei pantaloni o nella cintura hanno una percentuale più bassa dell'11 per cento di spermatozoi «attivi». E in tutti gli studi condotti emerge una connessione tra l'esposizione alle radiofrequenze del cellulare ed una variazione nella qualità degli spermatozoi.

Per non rinunciare al cellulare e comunque ridurre i rischi bastano alcuni semplici accorgimenti. Il primo e il più ovvio è quello di usare sempre l'auricolare o in alternativa il viva voce. Non tenere mai il cellulare attaccato al proprio corpo neppure quando lo si usa, quindi non in tasca. Evitare una chiamata se invece basta mandare un sms. Meglio telefonare quando c'è un buon segnale perché le ricerche hanno dimostrato che l'esposizione alle radiazioni aumenta quando il segnale è debole. Infine ovviamente limitare al massimo l'uso del cellulare da parte dei bambini e dei teenager.

LA «PROVA» GIUDIZIARIA
Gli studi citano la sentenza italiana sul risarcimento al manager malato di cancro

I CONSIGLI



Utilizzare le cuffie o il viva voce, con o senza fili

meglio comunque togliere le cuffie dall'orecchio quando non si parla



Tenere il telefonino staccato dall'orecchio e dal corpo mentre si parla

è sufficiente anche una di stanza breve per ridurre le radiazioni assorbite



Più messaggi e meno telefonate

il cellulare emette meno radiazioni e soprattutto sono lontane dalla testa



Se possibile, effettuare chiamate quando il segnale è forte
c'è minore esposizione alle radiazioni



Limitare l'uso del telefonino da parte dei bambini

il loro cervello può assorbire fino al doppio delle radiazioni rispetto a quello di un adulto

Evitare di schermare le radiazioni

copertine e cover riducono la qualità della connessione e portano, alla fine, a maggiori radiazioni



L'Authority Ue assolve il dolcificante per bibite e merendine

L'aspartame non mette in pericolo la salute

DI ETTORE BIANCHI

L'aspartame non è un elemento pericoloso per la salute. Il parere viene dall'Autorità europea per la sicurezza alimentare (Efsa), che ha pubblicato la versione preliminare della valutazione richiesta da Bruxelles.

Si tratta di una questione nodale, perché l'aspartame è molto impiegato nell'industria agroalimentare come additivo dolcificante. Negli ultimi anni sono stati effettuati diversi studi, che denunciavano il pericolo di cancro per i consumatori di questa sostanza. Tre, in particolare, sono stati condotti tra il 2006 e il 2010 in Italia dall'Istituto Ramazzini di Bologna, in prima linea nella prevenzione e nella cura delle patologie tumorali. Ora, però, l'Authority europea sostiene che i metodi di indagine rendevano poco credibili i risultati. In particolare, alcuni tumori non erano stati diagnosticati correttamente. Inoltre, come era stato evidenziato dall'Agenzia americana per la protezione ambientale, alcuni degli effetti rilevati dalla ricerca italiana potevano essere dovuti a un'infezione di animali. Ancora, per l'autorità Ue, ulteriori indagini, effettuate su altre specie animali, non hanno fotografato alcun rischio.

L'Efsa ha concluso che i dati non giustificano il ritiro di questa sostanza, che è

presente in una notevole quantità di bevande, merendine e quant'altro. Non è neppure necessario modificare la dose quotidiana ammessa, attualmente pari a 40 milligrammi per ogni chilo di peso corporeo.

Da anni su susseguono forti polemiche sull'aspartame. Sospetti di errori, o addirittura di imbrogli, negli studi condotti dal settore industriale negli anni 1970 si sono accompagnati a quelli riguardanti le indagini in base alle quali l'utilizzo del dolcificante venne per la prima volta autorizzato negli Stati Uniti.

Lo studio italiano non era l'unico a paventare pericoli per la salute.

In Danimarca una ricerca condotta su 90 mila donne incinte ha mostrato un incremento notevole (rispettivamente del 78% e del 29%) del rischio di parto prematuro per le donne che consumavano più di quattro bevande, gassate e non gassate, contenenti edulcoranti.

La stessa Efsa, però, cita un altro studio realizzato in Norvegia l'anno scorso, che suggerisce un'associazione molto più debole tra questi elementi. L'agenzia europea, comunque, ammette un pericolo per le donne incinte colpite da fenilchetonuria, una malattia rara che consiste nell'incapacità di distruggere la fenilalanina derivante dall'aspartame.



L'aspartame è utilizzato come dolcificante in molte bibite

Pisana Duro giudizio dei magistrati contabili sulla gestione. Soldi occultati, poca trasparenza

Corte dei Conti, scure sulla Regione

Il Tar: voto per 50 consiglieri. Meloni: forse candidata contro Storace

Soldi occultati dentro a voci di Bilancio, scarsa trasparenza, l'elenco delle consulenze, alcune non riportate nel rendiconto dei tecnici: la Corte dei Conti, in 250 pagine di relazione, fa a pezzi la Regione Lazio. Molti degli appunti sono sulla gestione Polverini, dal marzo 2010 ad oggi, ma ce n'è anche per il centrosinistra. Il disavanzo, nel 2011, è cresciuto:

da 9,7 a 9,93 miliardi di euro secondo le cifre ufficiali, ma per la Corte siamo ad oltre 11,6. E i fondi ai gruppi politici? Nel 2011, l'anno dell'aumento a pioggia che porterà allo scandalo Fiorito-Maruccio, quella voce «sparisce» in mezzo ad altre 13, col «parere favorevole del Comitato di

controllo», organismo presieduto da Carlo Pozzo del Pd.

Sul capitolo elezioni, il Tar ha deciso: si voterà per eleggere 50 consiglieri. I Verdi annunciano ricorso. Prime grane per Storace: la Meloni pensa alla sua candidatura.

A PAGINA 3
Capponi e Menicucci

» **La relazione** Preso in esame l'esercizio finanziario 2010/11

Soldi occultati, consulenze La Corte dei Conti e il disavanzo da 11 miliardi



Gli esterni

All'ex sottosegretario Carlo Malinconico una consulenza da 50.000 euro

La Corte dei conti bocchia la Regione. L'ultimo rapporto, relativo «all'esercizio finanziario 2010 con proiezioni all'esercizio 2011» è una requisitoria di 250 pagine, pubblicata on line.

Attenzione alle date: Polverini diventa presidente nel marzo 2010. E il giudizio è molto severo: per lei, ma anche — in parte — per il centrosinistra che l'ha preceduta.

Il disavanzo che cresce

Il Lazio, dal 2010 al 2011 (con Polverini governatrice), è sempre più «in rosso». Secondo la Regione il disavanzo, in un anno, passa da «9,77 miliardi» a «9,93 miliardi». In realtà la cifra, secondo la Corte dei Conti, è molto più alta: «Il dato sullo stock di perenzione dei residui passivi non è condivisibile». Riccalcolandolo, si arriva a «11,65 miliardi di euro». Forse in questo caso il Collegio dei revisori dei conti non avrebbe potuto fare molto, ma comunque non si sono corsi pericoli: la Regione, nonostante ciò che impone la legge, «ad oggi» ne è priva.

I soldi ai gruppi «occultati»

Nel 2011, l'anno in cui aumentano a dismisura i soldi ai gruppi del

consiglio, la voce dei finanziamenti politici viene «accorpata» con altre tredici (tra cui spese di rappresentanza, cancelleria, postali e telefoniche), facendola così sparire in mezzo ad altre. La Corte la definisce «un'anomalia contabile». E spiega: «La formulazione rende impossibili qualsiasi controllo e supera i limiti del legittimo esercizio dell'autonomia contabile».



Secondo i magistrati tutto questo viene fatto «con il parere favorevole del Comitato di controllo contabile»: il presidente è Carlo Pozzo del Pd, poi Roberto Buonasorte (La Destra), Giovanni Colagrossi (Idv), Pino Palmieri (Lista Polverini) e Francesco Pasquali, ex Fli, oggi candidato governatore col movimento di Tremonti.

Più consulenze per tutti

Dalla nota del marzo 2012 del Dipartimento Istituzionale e territorio si rileva che: «Risultano pagate nell'anno 2010 tre consulenze esterne per complessivi 120 mila euro a favore dell'Agenzia Lazio Lavoro, preposta proprio al supporto tecnico consulenziale». Solo un caso, che però fa capire la mole di incarichi esterni. Il 2010, a cavallo tra centrosinistra e centrodestra, non fa eccezione e anzi «nella documentazione inviata alla Corte dei Conti emergono omissioni e/o errori di rilievo». È il caso di Carlo Malinconico, ex sottosegretario del governo Monti, che riceve un incarico da «50 mila più Iva» conferitogli dall'ex assessore ai Lavori Pubblici Bruno Astorre (Pd): eppure il suo incarico «non è presente nella nota dell'11 luglio 2012 del segretario generale della giunta».

L'elenco è lungo: si va, per citarne alcuni, da Ofelia Palombo, presa da Mario Abbruzzese (Pdl), a Cecilia Rosica che collabora con Isabella Rauti (Pdl), fino a Andrea Pizzicari di Raffaele D'Ambrosio (Udc) e Caterina Leone per Claudio Bucci (Idv). Ma, visto che il rendiconto è lacunoso, «è ipotizzabile che l'amministrazione non abbia contezza diretta degli incarichi affidati, dei nominativi, della somma impegnata, con la conseguente impossibilità di effettuare un reale monitoraggio della spesa sostenuta».

Il Bilancio ai raggi x

La gestione dei conti finisce sotto accusa. C'è, secondo la Corte, un uso eccessivo delle variazioni di bilancio: «La ridondante casistica estende l'ambito di applicazione delle variazioni oltre i confini della ragionevolezza e ne impedisce un proficuo controllo anche da parte dell'amministrazione». Non solo. Nell'assestamento 2010 (primo atto della giunta Polverini) finisce di tutto: «Partecipazioni societarie, agenzie ed enti pubblici, disposizioni in materia di sport, travalicando i limiti di legge». E il Documento di programmazione? Inesistente. L'ultimo «è del 2008, relativo al triennio 2009-2011: i successivi non risultano essere stati adottati».

Alessandro Capponi
Ernesto Menicucci

Arriva il picco dell'influenza "Il pericolo è l'abuso di antibiotici"

Pochi italiani si sono vaccinati. Colpa di un deficit di oltre 5 milioni di dosi



DANIELE BANI

Puntuale come ogni anno si ripresenta l'influenza: ancora poche settimane e il virus raggiungerà il fatidico picco. L'Istituto Superiore di Sanità prevede che in quel periodo gli italiani costretti a letto saranno saliti ancora, tra i 4 e i 6 milioni, l'8% della popolazione. Nulla di allarmistico, sarà un'influenza di media entità. Ma attenzione alle cure «fai da te», come l'assunzione indiscriminata e senza regole degli antibiotici, una cattiva abitudine purtroppo ancora ampiamente diffusa e inutile nella battaglia contro il virus.

Come spiega Matteo Moro, infettivologo dell'Ospedale San Raffaele di Milano, «quando si parla di influenza, è doverosa una premessa: la malattia c'è tutto l'anno e il virus non sparisce mai. Il numero dei casi, però, è dipendente dal clima. Più le temperature sono rigide e più aumenta la possibilità di contrarla». Nei mesi freddi, infatti, le mucose, quelle delle prime vie aeree, sono più ricettive verso il virus. Non solo, le basse temperature, oltre ad accentuare la vicinanza tra le persone, fanno in modo che l'aria degli ambienti chiusi venga cambiata meno frequentemente che d'estate. «Ecco spiegato - continua il medico - perché febbraio rappresenta un mese "ideale"».

Chi si è vaccinato per tempo dovrebbe essere al sicuro. Purtroppo, però, non tutti sono riusciti a farlo. A inizio ottobre 2012 il ministero della Salute aveva disposto lo stop alla commercializzazione del vac-

cino anti-influenzale. Blocco rimosso un paio di settimane più tardi, ma che ha causato, proprio nel momento di massimo bisogno, un deficit di 5,3 milioni di dosi. «Per questa ragione - spiega Claudio Cricelli, presidente della Simg, la Società italiana di medicina generale - molte persone non si sono potute vaccinare o lo hanno fatto in ritardo. Non si è trattato di una disaffezione a questo tipo di profilassi, ma di una difficoltà ad accedervi. Il vaccino, infatti, rimane la via migliore per evitare di contrarre il virus: con il ritorno a scuola dopo le feste abbiamo rilevato che i bambini che non si sono vaccinati sono i più colpiti dall'influenza».

Quando accade, le regole sono sempre le stesse (anche se spesso trascurate). Se le più semplici - come lo stare a riposo e assumere, in alcuni casi, farmaci per alleviare i sintomi - sono ormai un dato di fatto, diversa è la situazione per l'utilizzo a sproposito degli antibiotici. «Purtroppo - continua Cricelli - la convinzione che siano necessari per guarire è ancora ben radicata. Gli antibiotici, in realtà, non servono a curare l'influenza e non sono efficaci. La loro funzione è andare ad attaccare i microrganismi e non i virus». Utilizzandoli, quindi, l'errore è duplice: da un lato si debilita ulteriormente l'organismo già provato dalla sindrome influenzale e, dall'altro, l'uso non controllato porta alla genesi del fenomeno della resistenza.

«Gli antibiotici sono armi straordinarie nelle infezioni batteriche. Utilizzandoli a sproposito, spesso perché presenti nel cassetto dei medicinali dall'anno precedente, rischiamo di far perdere loro d'efficacia. I dati indicano che soprattutto le giovani generazioni si sono mostrate sensibili al problema. Rimane però an-

cora molto da fare per sradicare questa cattiva abitudine nel resto della popolazione».

Ma nemmeno gli operatori sanitari sono immuni da critiche, quando si parla di influenza. Ed è questo il caso dei vaccini. Il punto è davvero delicato: «La vaccinazione per questa categoria di persone, principalmente medici ed infermieri, dovrebbe essere una prassi consolidata come avviene negli Usa», spiega Moro. In caso di rifiuto si rischia il licenziamento, come è accaduto, lo scorso novembre, a otto infermieri della University Health Goshen Hospital di Goshen. E tuttavia i dati italiani rivelano una situazione diversa: i camici bianchi si vaccinano poco.

Eppure le ragioni per farlo sono molteplici. La principale riguarda il rischio per i pazienti: il personale sanitario può fungere da mezzo di propagazione del virus tra i malati. In secondo luogo, prestando un servizio di continuità assistenziale, con troppi medici ammalati il sistema rischia di andare in crisi. Ecco perché - conclude Moro - un medico dovrebbe sempre vaccinarsi».

Ma, mentre si monitora l'influenza del momento, c'è già chi si sta preoccupando di quella che verrà. Ogni anno, infatti, l'Organizzazione mondiale della Sanità, nel mese di febbraio, si riunisce per aggiornare la composizione del vaccino che verrà somministrato per l'epidemia dell'anno successivo. Ciò significa che in questo inizio di 2013, in base ai dati pervenuti dai centri che controllano il virus in tutto il mondo, verranno date le indicazioni per il vaccino da produrre nella stagione 2013-2014.

La lotta al virus non finisce mai.



Il caso Rinviato a giudizio il medico dei vip. Le sue pillole a De Sica e Ela Weber

La favola (finita) della dieta facile

di GIULIO DE SANTIS

Da Ela Weber a Christian De Sica, una folla di vip, convinti di essere sovrappeso, ha sfilato per anni davanti alla sua porta per dimagrire. E lui, Antonio Favella, noto endocrinologo adesso finito sotto processo, li ha contraccambiati della fiducia, consegnandogli una pillola «magica». Peccato che fosse vietata dalla legge. Ieri il medico è stato rinviato a giudizio con l'accusa di falso e violazione della legge sugli stupefacenti.

CONTINUA A PAGINA 5

Le cure dimagranti a base di Fendimetrazina

Farmaco «fuorilegge», medico dei vip alla sbarra

SEGUE DALLA PRIMA

La pillola per dimagrire, a base di Fendimetrazina, non avrebbe mai dovuto essere prescritta poiché, all'epoca dei fatti, nel 2009, era ritenuta pericolosa per le persone non obese. A stabilirlo una lunga querelle amministrativa tra i produttori e il ministero della Salute, conclusasi nell'agosto del 2011 con il divieto assoluto di commercializzarla.

Fino al giorno prima, in ogni modo, il medico poteva prescriverla ma soltanto a determinate condizioni. E così per aggirare il divieto, in

quegli anni l'endocrinologo è ricorso a un trucco. Nelle ricette, secondo la procura, avrebbe alterato il peso e l'altezza dei pazienti per ottenere un indice di massa corporea superiore a quella reale, così da permettere la prescrizione del farmaco. In alcuni casi le pillole sono state mandate a clienti residenti a Bangkok. In ogni modo la maggioranza degli episodi è circoscritta a Roma.

Il gup Giacomo Ebner ha disposto il processo pure per altre sette persone per ricettazione. Tra gli imputati i gestori di due farmacie romane: il titolare di «Europea» in via della Croce, Vincenzo Crimi, e

la proprietaria di «Villa Ferraioli» ad Albano, Maria Pia Marconi. Oltre all'attore e alla presentatrice, nella vicenda è coinvolta anche la sorella di Carlo Verdone, una delle prime a sfilare davanti al pubblico ministero Giovanni Bombardieri per raccontare come il medico abbia aggirato il divieto di prescrizione. Il farmaco ora è vietato. A dare man forte alla decisione del ministero della Salute ci sono tre morti a causa della Fendimetrazina nel corso di dieci anni, a partire dal 2003.

Giulio De Santis

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Processo ai farmacisti

Il gup ha rinviato a giudizio anche i titolari delle farmacie «Europea» in via della Croce e «Villa Ferraioli» di Albano



In cura

Ela Weber e Christian De Sica sono tra coloro che si sono avvalsi delle cure del dottor Antonio Favella

Influenza, crolla la vaccinazione Oltre un milione di iniezioni in meno

MILANO. Vaccini ritirati o in ritardo: il risultato è che un milione e mezzo di italiani in meno si è vaccinato contro l'influenza stagionale. A rivelarlo è Fabrizio Pregliasco, ricercatore del dipartimento di scienze biomediche dell'Università di Milano. Per effetto dei ritardi e dei ritiri di lotti di vaccini risultati difformi verificatisi all'inizio della Campagna di vaccinazione, rileva l'esperto, molte persone non hanno fatto profilassi. Nella scorsa stagione, il totale delle persone vaccinate ha raggiunto circa i 12-13 milioni. Secondo il segretario della Federazione generale dei medici di famiglia (Fimmg), Giacomo Milillo, la stima del numero dei non vaccinati rispetto alla scorsa stagione sarebbe però ancora maggiore, sfiorando il 40%. Il minore ricorso alla vaccinazione, sottolinea Pregliasco, «potrebbe determinare un aumento di circa 150-200mila casi di influenza rispetto al totale della scorsa stagione, con un numero percentuale di decessi pari ad una decina in più, considerando che la percentuale media di riferimento è di 10 casi mortali per complicanze da influenza su 100mila casi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità

4 PRIMO PIANO

Sanità

15-21 gennaio 2013



LEGGE DI STABILITÀ 2013/ Gli effetti diretti e indiretti delle norme su aziende e professionisti

Intramoenia a spazi bloccati

Vietati acquisti e affitti di immobili: unica possibilità restano gli studi in rete

Puzzle di norme nella legge di stabilità 2013 che, oltre ai più macroscopici aspetti finanziari, contiene novità che interferiscono su leggi appena approvate. Come nel caso del decreto che ridisegna l'intramoenia prevedendo la possibilità di acquisto o locazione degli spazi per Asl e ospedali, "disarmato" dalla norma della stabilità che vieta proprio acquisti di immobili e locazioni.

Le norme economiche. Nella legge di stabilità 2013 (Legge 228/2012, Gu n. 302 del 29 dicembre) assumono particolare importanza per la Sanità i commi da 132 a 135. Con questi interventi si

La norma non tocca le inidoneità parziali

provvede ad aumentare le percentuali di riduzione del costo di acquisto di beni e servizi, esclusi i farmaci, dal 5 al 10% nonché di quello dei dispositivi fino al 4,4% a regime nel 2014. Si tagliano poi 600 milioni nel 2013 e 1.000 nel 2014 al Fsn, ma il saldo sarà ben peggiore. Va infatti considerato che l'aumento dell'Iva dal 21 al 22% a far data dal 1° luglio prossimo porterà un aggravio di centinaia di migliaia di euro per ciascuna azienda sanitaria; e per fortuna non è stato confermato il passaggio dell'Iva dal 4% al 10% per

le prestazioni socio-sanitarie rese da cooperative e loro consorzi. Inoltre alcuni commi - apparentemente inoffensivi - produrranno ulteriori maggiori costi a carico delle aziende sanitarie: la mobilità sanitaria internazionale (comma 82) e l'assistenza sanitaria indiretta (comma 84) passano alle aziende. I finanziamenti che all'ultimo momento hanno trovato allocazione nel maxitemendamento non mutano il quadro complessivo negativo perché si tratta di risorse destinate a

progetti specifici (Sla, Lilt ecc.) ovvero di elargizioni settoriali di dubbia equità (policlinici non statali, Gaslini e Bambino Gesù).

Le inesattezze sui fannulloni. Una norma sul personale che peraltro riguarda il solo Ssn e che scatenerà sicure polemiche e contenzioso è il comma 88 con il quale viene stabilita una verifica straordinaria da effettuarsi nei confronti del personale sanitario dichiarato inidoneo alla mansione specifica. Le finalità della norma sono evidenti, come è evidente e noto a tutti il diffuso problema dell'abuso delle cosiddette "prescrizioni". Ma il vero problema è costituito non dalle inidoneità complete, bensì dalle limitazioni che vengono

imposte al pieno utilizzo di un medico o di un infermiere (esonerato dai turni o dalle notti, sollevamento pesi, allergie ecc.) che sono la reale e maggiormente diffusa difficoltà per l'erogazione dell'assistenza. In altri termini, la legge doveva intervenire più sull'articolo 41, comma 6, che sull'articolo 42 del decreto 81/2008. La norma, invece, non tocca le inidoneità parziali ed è comunque molto problematica perché è anzitutto una dichiarazione di sfiducia totale per la figura del medico competente e per i collegi medico-legali delle Asl.

È talmente prevenuto il Legislatore che la verifica straordinaria viene affidata all'Inps. Inoltre la stessa porterà dei problemi applicativi perché la locuzione «personale sanitario» non è corretta: o si dice «personale del ruolo sanitario» oppure si generano equivoci che sarebbe preferibile evitare. Già in occasione della conversione del decreto Balduzzi ho avuto modo di segnalare come con la formula scelta si porrà senz'altro la questione degli Oss. Tra l'altro non vedo perché dalla verifica dovrebbero restare esclusi gli ausiliari i quali - come sanno gli addetti ai lavori - costituiscono un problema nel problema. Infine il percorso e le modalità della verifica sono contorte (decreto del ministro, competenza del-

l'Inps e possibile utilizzo di medici Asl) e di ingiustificata lunghezza (dodici mesi).

Puzzle per il pubblico impiego. Abbiamo poi una serie di interventi disarticolati su tutto il pubblico impiego, comprese ovviamente le aziende sanitarie.

Le norme sono disseminate in tutto il lunghissimo articolo 1 e trattano argomenti molto eterogenei. Anzitutto i commi 98-101 sugli interventi governativi dovuti alla sentenza della Corte costituzionale 223/2012 che aveva annullato l'articolo 12, comma 10, della legge 122/2010. Tutto torna come prima e per i dipendenti pubblici non si estende il Tfr ma resta il Tfs che, per la Sanità, è denominato «indennità premio di servizio». Il comma 98 sostituisce in buona sostanza i contenuti del decreto legge 185, non convertito.

Blocco di acquisti di immobili e affitti: e l'intramoenia? Il comma 138 tratta di riduzioni di spese per le pubbliche amministrazioni. Nel 2013 nessuna amministrazione potrà acquistare immobili né stipulare contratti di locazione, mentre nel 2014 il divieto verrà derogato soltanto quando siano comprovate la «indispensabilità e indilazionabilità». Poiché le aziende sanitarie sono espressamente ricomprese nell'intervento, la norma confligge con le previsioni del decreto Balduzzi che prevedono la possi-

bilità di acquisire spazi esterni per lo svolgimento dell'Alpi. A meno che questo comma non venga inteso, con un po' di malizia, come una insperata semplificazione per pervenire - senza particolari giustificazioni - direttamente allo studio privato in rete, che nelle intenzioni del Legislatore rappresenta l'ultima, residuale possibilità per lo svolgimento della libera professione.

Mobili, arredi e auto blu. Novità assoluta è la misura fissata dal comma 141 sul taglio dell'80% della spesa media 2010-2011 per mobili e arredi. Il successivo comma 143 torna sulle auto di servizio stabilendo fino a tutto il 2014 il divieto di acquisto. Per fortuna il comma 144 chiarisce che ambedue le disposizioni non si applicano nel caso di acquisti «per i servizi sociali e sanitari svolti per garantire i livelli essenziali di assistenza». Con il comma 146 sono in pratica vietati gli incarichi di consulenza informatica, salvo «casi eccezionali adeguatamente motivati».

Assunzioni, congedi e precari nel caos. Il comma 147 interviene ancora una volta - è la quinta nel giro di pochi anni - sull'art. 7, comma 6, del decreto 165/2001, cioè sul grimaldello

con il quale tutte le pubbliche amministrazioni aggirano il blocco delle assunzioni. Contratti libero-professionali e co.co.co. non sono più rinnovabili e la proroga è consentita - è l'ennesimo caso - «in via eccezionale». Tutte le misure potrebbero in teoria essere aggirate e vanificate proprio perché concetti come «eccezionalità» o «adeguata motivazione» sono tanto generici quanto soggettivi e non basta certo il richiamo alla responsabilità erariale o disciplinare del dirigente per assicurare il rispetto della norma.

Saltando centinaia di commi arriviamo al 339 con il quale si rinvia alla contrattazione

Assunzioni, blocchi sempre aggirabili

collettiva la definizione delle modalità di fruizione dei congedi parentali a ore. L'emendamento non può non far ricordare l'omologa norma della legge 133/2008 che prescriveva per tutti i dipendenti pubblici la fruizione oraria di «tutti» i permessi e non solo di quelli parentali. È inutile dire che della norma del 2008 si è persa ogni traccia. Il rinvio alla «contrattazione collettiva di settore» suona beffardo per i dipendenti pubblici e induce a pensare che il presentatore dell'emendamento ignori che fino al 2015 sono annullati i con-

GESTIONE

Per le Asl sterilizzazione delle plusvalenze

Con l'articolo 1, comma 473 della legge di stabilità 2013 vengono riaperti i termini per l'affrancamento di terreni e di partecipazioni, confermando la normativa contenuta nella Finanziaria del 2003 (legge 24 dicembre 2002, n. 282, articolo 2, comma 2).

La norma era stata varata, la prima volta, con la Finanziaria 2002 (articolo 7, comma 1) e con numerosi provvedimenti i termini erano stati prorogati più volte.

L'affrancamento dei terreni. La norma consentirà anche agli enti non commerciali, ivi comprese le aziende del Ssn, l'affrancamento (vale a dire la sterilizzazione fiscale) delle eventuali plusvalenze maturate, sui terreni edificabili e sui terreni agricoli, posseduti alla data del 1° gennaio 2013, che non rientrano fra i beni utilizzati nella sfera commerciale.

L'affrancamento si potrà realizzare, con il pagamento, entro il 1° luglio 2013, di un'imposta sostitutiva del 4% sul valore di mercato al 1° gennaio 2013, desunto da una perizia giurata redatta, entro lo stesso termine, da iscritti agli albi degli ingegneri, degli architetti, dei geometri, dei dottori agronomi, degli agrotecnici, dei periti agrari, dei periti industriali edili e dei periti camerali.

L'importo sarà rateizzabile in due o tre esercizi; sull'importo delle rate successive alla prima sono dovuti gli interessi nella misura del 3 per cento annuo, da versarsi contestualmente.

Le modalità per usufruire di questa possibilità (illustrate dall'agenzia delle Entrate con la circolare del 4 agosto 2004, n. 35/E, con riferimento alla proroga di cui alla Finanziaria 2004), particolarmente interessante qualora un'azienda sia proprietaria di aree per le quali sia stata prevista la vendita in un futuro più o meno lontano, sono le stesse previste nei provvedimenti precedenti.

L'operazione è possibile, come già detto, anche per i terreni agricoli, ma poiché le plusvalenze conseguite dalla loro vendita hanno, per gli enti non commerciali, rilevanza fiscale solo per quelli acquistati da non più di cinque anni, l'interesse per questa fattispecie si può considerare limitato.

La tassazione ordinaria. Come noto le plusvalenze realizzate dalla vendita di aree fabbricabili sono tassabili agli effetti dell'Ires, anche per gli enti non commerciali, ai sensi dell'articolo 68 del Tuir, come è stato confermato da una risoluzione dell'agenzia delle Entrate (n. 135 del 25 settembre 2001), emanata con riferimento specifico a un'azienda sanitaria locale; tale risoluzione, oltre a confermare che la vendita di un'area fabbricabile, in precedenza non utilizzata per lo svolgimento di attività commerciali, non rientra nel campo di applicazione dell'Iva per mancanza del requisito soggettivo, tocca anche il problema dell'imposizione

sul reddito, precisando che i «proventi» derivanti dalla cessione non costituiscono componenti positivi del reddito di impresa, ma sono da ricomprendersi fra i redditi diversi previsti dal Tuir.

Anziché di proventi si dovrebbe parlare di plusvalenze, che comunque sono proprio quelle regolamentate dall'articolo 68 citato; niente viene però precisato, nella risoluzione, a proposito del valore iniziale da assumere per il calcolo della plusvalenza tassabile, nel caso di una vendita di un terreno per il quale non sia stato fatto alcun affrancamento; il valore al momento della costituzione dell'azienda sanitaria non risulta dagli atti di trasferimento del patrimonio immobiliare alle aziende del Ssn, avvenuti con decreti regionali, per cui dovrebbero essere definiti criteri specifici; chi scrive consiglia, in questa eventualità, una perizia giurata per attestare il valore corrente al momento del trasferimento stesso, non potendo certamente risalire ai valori correnti al momento delle donazioni a favore degli enti soppressi, in genere risalenti a epoche remote.

Questa soluzione, che comporterebbe una tassazione sull'importo della plusvalenza (13,75 per cento in base all'aliquota ridotta a carico delle aziende del Ssn, riconosciuta però dall'amministrazione finanziaria solo alle aziende ospedaliere), si pone in alternativa all'affrancamento (4% dell'intero valore), per cui di volta in volta, nella prospettiva di una vendita, si dovrebbe valutare la convenienza, tenendo con-

to che mentre la prima è soggetta ad accertamenti da parte dell'amministrazione finanziaria, la seconda comporta certezza nella tassazione, in caso di vendita, fino al valore risultante dalla perizia.

Le aziende sanitarie territoriali dovrebbero però considerare che, a parere dell'Amministrazione finanziaria, la tassazione ordinaria dovrebbe avvenire con l'aliquota del 27%, per cui il vantaggio dell'affrancamento sarebbe indubitabile.

Aspetti contabili. La norma non ha effetti civilistici: non si tratta infatti di una rivalutazione, ma solo di una «rideterminazione dei valori iniziali» ai soli fini fiscali, per cui i valori iscritti in bilancio non dovranno essere aggiornati.

Per quanto riguarda la contabilizzazione degli oneri relativi all'affrancamento, è da ritenere corretto imputare sia l'imposta sostitutiva, sia il costo della perizia, a incremento del valore del cespite; il pagamento dell'onere fiscale mira infatti a ridurre il carico fiscale nel caso della futura vendita, per cui il principio della correlazione fra costi e ricavi comporta la «sospensione» del costo dell'imposta sostitutiva, rinviandolo al momento del conseguimento della plusvalenza, vale a dire al momento della vendita.

Nel caso di pagamento rateale, poiché l'impegno verso l'Erario è definitivo, anche l'importo delle rate scadenti

negli esercizi successivi dovrebbe essere contabilizzato nello stesso modo, nell'esercizio 2013, accreditando l'Erario stesso; gli interessi dovuti in questo caso dovranno invece essere contabilizzati per competenza, con calcolo del rateo passivo alla fine dell'esercizio.

Reiterazione dell'operazione. Si può prospettare anche il problema della convenienza di un ulteriore affrancamento alla data del 1° gennaio 2013, nel caso che nel frattempo il valore del terreno sia notevolmente aumentato, anche nel caso che sia stata effettuata un'analoga operazione in precedenza.

In questo caso, come previsto dall'articolo 7, comma 2, del decreto legge 70/2011, è consentito detrarre l'imposta sostitutiva già versata nelle precedenti rivalutazioni.

Carichi fiscali ridotti nelle vendite

Partecipazioni. La riapertura dei termini riguarda anche l'affrancamento delle partecipazioni, che riteniamo comunque non sia di interesse delle aziende sanitarie in quanto corrispondono, qualora esistenti, a obiettivi strategici, per cui sarà molto difficile che siano destinate alla vendita; l'imposta sostitutiva, in questo caso, è del 4% per le partecipazioni qualificate, 2% per quelle non qualificate.

Mentre nel caso dei terreni, la perizia deve precedere l'eventuale vendita, nel caso di cessione di partecipazioni può essere anche successiva.

Roberto Caselli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



tratti collettivi del pubblico impiego, per cui si potrebbe presumere un'applicazione differenziata (pubblico/privato) dell'importante disposizione. Da ultimo il comma 400 stabilisce che i contratti del personale precario possono essere prorogati fino al 31 luglio prossimo. La disposizione è assunta nelle more della armonizzazione della legge Fornero al pubblico impiego. La previsione della proroga è solo una possibilità perché in concreto ogni amministrazione - e quindi ogni azienda sanitaria - dovrà valutare attentamente la compatibilità della proroga con due norme di carattere finanziario: l'articolo 2, comma 71, della legge 191/2008 (che blocca le spese del personale al valore del 2004 diminuito dell'1,4%) e il successivo articolo 9, comma 28, della legge 122/2010 (che impone per

il lavoro flessibile un taglio del 50% rispetto allo speso nel 2009). Un'altra criticità riguarda l'oggetto della proroga che contempla soltanto i contratti di «lavoro subordinato a tempo determinato».

Niente da fare per partite Iva, co.co.co., lavoratori in somministrazione ecc. che rappresentavano il «vero» precariato e continueranno a esserlo. È nota la risonanza che ha acquisito nelle ultime settimane la questione dei precari, concentrati soprattutto nella scuola e nella Sanità e l'emendamento costituisce una risposta di tipo congiunturale di esclusiva portata giuridica che non supera tuttavia i rigorosissimi vincoli finanziari di cui si diceva sopra.

Per le aziende sanitarie il comma è però francamente incomprensibile alla luce della de-

roga per il personale sanitario inserita in sede di conversione del decreto Balduzzi con la quale si è ritenuto di far fronte alla ineludibile necessità di garantire la continuità dell'assistenza. Il successivo comma 401 apporta una modifica strutturale al decreto 165 introducendo una riserva fino al 40% dei posti nei concorsi pubblici. Viene altresì disposta una valorizzazione mediante un «apposito punteggio» dell'esperienza maturata con co.co.co. presso la stessa amministrazione.

L'emotività che ha segnato l'approccio alla questione dei precari ha però confuso non poco gli estensori della norma. A parte che a una situazione congiunturale è stata data una soluzione strutturale, si rilevano due criticità di non poco conto. La prima riguarda il cumulo delle riserve. Il decreto Brunetta aveva già fissato una riserva fino al 50% dei posti per il personale interno in possesso dei titoli. Il cumulo tra le due riserve potrebbe portare alla paradossale conseguenza di lasciare ai candidati «normali» un posto ogni 10 mesi a concorso. La seconda concerne la circostanza che le modalità per definire l'apposito punteggio saranno contenute in un Dpcm che, con una apodittica affermazione della norma stessa, costituisce «principio generale a cui devono conformarsi tut-

te le pubbliche amministrazioni». Orbene, in tema di regolamentazione dei concorsi nel Ssn, la Corte costituzionale ha già avuto modo di esprimersi con chiarezza nel senso che lo Stato deve limitarsi a dettare i principi generali, mentre la normativa di dettaglio è competenza delle Regioni (sentenza n. 380 del 14 dicembre 2004). Andrebbe quindi tutto bene se il comma 401 avesse espresso un «principio generale» quale quello di un riconoscimento in termini di punteggio riservando la definizione con Dpcm di modalità e criteri ai soli concorsi nelle amministrazioni centrali; ma così non è stato e non si è neanche ritenuto di prevedere che il decreto fosse adottato previa intesa in sede di Conferenza permanente, come tante volte è già avvenuto. È inevitabile presumere che la questione finirà alla Corte costituzionale. Dunque il Legislatore ha affrontato le criticità del fenomeno del precariato ricorrendo a due strumenti, equamente differenziati: una riserva di posti nei concorsi (per il tempo determinato) e una valorizzazione nei titoli (per i co.co.co.), ignorando però del tutto la situazione dei contratti d'opera e dei lavoratori somministrati.

Stefano Simonetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FISCO

Slalom tra Iva e detrazioni

Stretta sugli sconti, non sulle aliquote agevolate

Novità fiscali ad ampio raggio con la legge di stabilità 228/2012. Il provvedimento licenziato la vigilia di Natale, infatti, non contiene disposizioni tributarie di specifico interesse per il settore sanitario, ma una pluralità di interventi assai frammentati che, trasversalmente, possono comunque interessare anche gli operatori del comparto. Vediamo i principali.

Le modifiche nel campo delle imposte dirette. Tra le novità principali si segnala, anzitutto, quella avente a oggetto le detrazioni Irpef per i figli a carico. La legge modifica l'articolo 12, comma 1, lettera c), del Tuir stabilendo che a partire da quest'anno:

- la detrazione per ciascun figlio a carico passa dagli attuali 800 euro a 950 euro;
- la detrazione sale da 900 euro a 1.220 euro per ciascun figlio di età inferiore a tre anni;
- l'incremento per ogni figlio a carico portatore di handicap passa dagli attuali 220 euro a 400 euro.

Sono state prorogate fino alla fine del 2014 le misure per l'incremento di produttività del lavoro, essendo state stanziati nuove risorse per la detassazione della produttività, appunto finalizzate a incentivare la competitività e la redditività delle aziende.

Novità non positive sul trattamento fiscale delle autovetture aziendali, che costituiscono come è noto una voce di costo rilevante

per le imprese farmaceutiche. Ma le nuove disposizioni si applicheranno anche ai professionisti e, quindi, potenzialmente interessano anche i medici con partita Iva.

La legge di stabilità, infatti, ha introdotto un ulteriore giro di vite alla deducibilità dei costi e delle spese delle autovetture. In particolare, per le auto aziendali la percentuale di deducibilità (che era stata portata dalla cosiddetta «Legge Fornero» dal 40% al 27,5%) è stata ridotta al 20% per cento. Resta invece fissata al 70% la deducibilità delle spese delle auto assegnate ai dipendenti in uso promiscuo per la maggior parte del periodo d'imposta.

Per quanto riguarda l'Irap, il futuro potrebbe riservare la tanto attesa chiarezza per l'esclusione dei medici professionisti privi di autonomia organizzativa. Il provvedimento rinvia a un decreto ministeriale la determinazione dell'ammontare massimo dei beni strumentali che i contribuenti in possesso di partita Iva potranno possedere anche in locazione, a partire dal prossimo anno e sempre che non si avvalgano del lavoro di dipendenti o lavoratori assimilati, senza essere soggetti al famigerato tributo regionale.

Sempre sul fronte Irap, per coloro che continuano a essere soggetti passivi del tributo, da segnalare anche il rinvio al 2014 dell'incremento delle deduzioni forfeta-

rie a valere sulle retribuzioni dei dipendenti assunti a tempo indeterminato.

Aliquote Iva. Al di là delle nuove regole di fatturazione e registrazione, sulle quali si è già data evidenza su queste stesse pagine nei numeri precedenti, un tema particolarmente scottante è quello delle aliquote Iva. Contrariamente a quanto inizialmente previsto dalla prima stesura del provvedimento, il programmato aumento a partire dal 1° luglio di quest'anno interesserà la sola aliquota ordinaria, che quindi passerà dall'attuale 21% al 22 per cento. L'incremento potrà comunque essere evitato se entro il prossimo 30 giugno entreranno in vigore provvedimenti per il riordino della spesa sociale e la riduzione dell'indebitamento netto. Resta invariata, invece, l'aliquota agevolata del 10%, applicabile alla cessione di medicinali pronti per uso umano o veterinario.

Val la pena sottolineare che l'aumento dell'aliquota ordinaria produrrà effetti negativi anche per le imprese e i professionisti del settore sanitario che operano in totale o parziale esenzione dall'imposta. Evidentemente, infatti, tali soggetti subiranno l'incremento dell'imposta indetraibile sull'acquisto di beni e servizi.

Immutata anche, per il momento, l'aliquota ulteriormente ridotta del 4% prevista per le prestazioni rese dalle cooperative sociali.

È stato introdotto, infatti, il nuovo numero 127-undevicies) della tabella A, parte III, allegata al Dpr 633/1972, per una serie di prestazioni, se rese da cooperative sociali o da loro consorzi nei confronti di soggetti «svantaggiati» (anziani e inabili adulti, tossicodipendenti, malati di Aids, handicappati psicosofici, minori anche coinvolti in fenomeni di disadattamento o devianza, persone migranti, senza fissa dimora, richiedenti asilo, persona detenute, donne vittime di tratta a scopo sessuale e lavorativo) «in esecuzione di contratti di appalto e di convenzioni in generale».

Si tratta delle prestazioni di carattere sanitario e socio-sanitario, che ai sensi dell'attuale articolo 10 del Dpr 633/1972 possono essere svolte dalle cooperative sociali in regime di esenzione da Iva o in regime di imponibilità con la ricordata aliquota del 4%, a scelta dell'impresa, per effetto dell'articolo 1, comma 331, della legge 296/2006. Quest'ultima disposizione è stata adesso abrogata e, come si diceva, introdotto il nuovo numero 127-undevicies) della tabella A, parte III, allegata al Dpr 633/1972. Tuttavia, la novità troverà applicazione «alle operazioni effettuate sulla base di contratti stipulati dopo il 31 dicembre 2013».

Alberto Santi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PREVIDENZA

La ricongiunzione non è più «onerosa»

Anche le ultime disposizioni di legge del governo Monti intervengono su alcuni importanti condizioni del sistema previdenziale. Sono «luci e ombre» che si proiettano su una realtà sistematicamente modificata da leggi e decreti che pongono in grande difficoltà coloro che aspirano ad andare in pensione. Intanto, ricordiamo che, dal 1° gennaio 2013 tra le principali modifiche alle pensioni contenute già nella riforma di fine 2011 la novità, forse più importante, è l'adeguamento dell'età pensionabile alla speranza di vita e questo comporta un aumento dell'età necessaria per andare in pensione.

Dal 2013 i lavoratori potranno decidere se continuare a lavorare fino a 70 anni e 3 mesi, ovvero 4 anni in più rispetto alla precedente soglia. Soglia che aumenterà gradualmente addirittura a 75 anni e 3 mesi nel 2065, almeno secondo le stime del rapporto della Ragioneria generale dello Stato che si basano sulle statistiche della speranza di vita futura dell'Istat. Da gennaio 2013 le soglie minime per andare in pensione sono di 66 anni e 3 mesi per dipendenti pubblici e privati e autonomi, mentre le dipendenti private potranno andare in pensione a 62 anni e tre mesi. Dal 2018 in poi invece la soglia minima sarà aumentata a 66 anni e 7 mesi senza distinzioni tra lavoratori. Le nuove soglie per ottenere la pensione di anzianità sono invece per gli uomini di 42 anni e 5 mesi e per le donne 41 anni e 5 mesi.

La legge Fornero prevedeva, comunque, anche una clausola, ulteriormente vessatoria, di salvaguardia, secondo la quale per tutti, uomini e donne, del settore pubblico e del privato, l'età della pensione di vecchiaia non potrà comunque essere inferiore a 67 anni dal 2021, anche qualora questo traguardo non sia raggiunto tramite gli adeguamenti alla speranza di vita.

Novità riguardavano anche chi ha iniziato a lavorare dopo il 1995, e quindi rientrando integralmente nel sistema di calcolo previdenziale contributivo, in questo caso la riforma Fornero prevede la concessione della pensione di anzianità anticipata a 63 anni e 3 mesi. Ma anche sul versante degli importi pensionistici si avrà una forte restrizione. Assegni nettamente più contenuti sono previsti nella quota calcolata con il metodo contributivo, per effetto dei nuovi coefficienti di trasformazione, che rispetto a quelli in vigore fino a dicembre scorso determinano, per chi va in pensione a 65 anni, una revisione al ribasso di circa il 3%, poiché si applicano su tutte le annualità soggette al calcolo contributivo.

E veniamo alla norme previste dalla legge n. 228, in Gazzetta

Ufficiale n. 302 del 29 dicembre 2012. Per l'anno 2014 la rivalutazione dei trattamenti pensionistici, la cosiddetta «perequazione automatica», cioè l'incremento del trattamento pensionistico correlato all'inflazione, non sarà riconosciuta alle pensioni d'importo superiore a sei volte il trattamento minimo mensile dell'Inps (circa 3.000 euro lordi). Tuttavia, entro il 30 settembre 2013 il Governo, sulla base dei dati forniti dall'Inps, provvederà a una verifica finanziaria, e qualora l'esito di tale monitoraggio riveli la disponibilità di risorse sarà disposto il riconoscimento alla rivalutazione. Finalmente viene abolita la ricongiunzione onerosa, prevista dal 2010, per coloro che volessero cumulare i contributi Inpdap, effettuati quali dipendenti pubblici, all'Inps qualora siano transitati a un rapporto di lavoro privato. La norma introdotta nella legge di stabilità consente non un completo ritorno al passato, come sarebbe stato più giusto, ma l'introduzione di una vera e propria «totalizzazione retributiva».

In pratica se un dipendente ha versato i propri contributi sia all'Inpdap che all'Inps, potrà far valere, senza oneri, il cumulo dei due periodi al fine del raggiungimento dei criteri idonei al diritto alla maturazione della pensione, e ciascun fondo procederà a calcolare la quota di trattamento spettante di pensione con il sistema di calcolo retributivo. Ma - ed è questo l'inghippo che sottende alla modifica introdotta dal Governo per attenuare il grave vulnus introdotto dalla legge 122/2010 - il calcolo finale della pensione non sarà lo stesso di quello che si otterrebbe con la ricongiunzione onerosa, ancora possibile, perché ciascun ente calcolerà la pensione sulla base delle rispettive retribuzioni di riferimento. Il che vuol dire che anziché ottenere una pensione basata unicamente sulla media degli stipendi degli ultimi anni, si otterrà una parte del trattamento legato all'importo degli stipendi, avuti anche molti anni addietro, e relativi al rapporto previdenziale e d'impiego prima del passaggio ad altro rapporto di lavoro e quindi all'iscrizione a diverso ente previdenziale. Infine un elemento di novità, per alcuni versi importante, è rappresentato dalla possibilità di cumulare i periodi assicurativi non coincidenti al fine del conseguimento di un'unica pensione anche per gli iscritti alla gestione separata dell'Inps (co.co.co.) non già titolari di pensione.

Claudio Testuzza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pensione basata sui diversi compensi



Il ministro annuncia a fine anno l'aggiornamento su malattie rare, cronicità, ludopatie ed epidurale

I Lea che nessuno conosce

Nessuna traccia dei testi inviati all'Economia - Mancano i tempi tecnici

Blitz di fine anno del ministro della Salute Renato Balduzzi: il 30 dicembre 2012 annuncia di aver approvato l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e di aver trasmesso al ministero dell'Economia il testo per il concerto. Si tratta dell'adempimento dell'articolo 5, comma 1, della legge 189/2012 (quella che ha convertito il decreto Balduzzi) in cui si prevede che i Lea debbano essere aggiornati con Dpcm entro il 31 dicembre 2012 almeno per quel che riguarda malattie rare, cronicità, ludopatie ed epidurale per il parto indolore.

Ma del testo non c'è traccia. Non ce l'hanno le Regioni che dovrebbero esaminarlo per l'intesa, non ce l'hanno i tecnici e le associazioni interessate dalle nuove previsioni, non ce l'hanno le strutture di monitoraggio e controllo del Ssn. E l'arrivo all'Economia dovrebbe anche essere avvenuto in ordine sparso, non con testo unitario, con una serie di documenti divisi, così come furono trasmessi quelli del 2008 mai approvati, ma successivamente scorporati in vari provvedimenti a partire dall'aumento da 43 a 108 per i Drg a rischio di inappropriatazza.

L'iter poi avrebbe dovuto concludersi e non essere avviato entro il 2012, prevedendo una proposta del ministro della Salute di concerto con l'Economia, l'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, il parere delle competenti Commissioni parlamentari, tutto entro fine anno: il 31 dicembre doveva essere emanato il Dpcm di approvazione.

Si tratta tuttavia di un termine non perentorio e quindi la procedura potrebbe proseguire anche oltre il limite. Ma ciò potrà difficilmente avvenire e quindi quelli della Salute sembrano destinati a restare - come li ha definiti il presidente della Commissione d'inchiesta sul Ssn, Antonio Palagiano - Lea "virtuali".

L'iter prevede l'espressione del parere parlamentare ma senza un termine preciso (e comunque dovrebbe arrivare, secondo le indicazioni dello stesso ministero della Salute, prima dell'esame in Stato-Regioni).

I contenuti della proposta del ministero della Salute

Inuovi Lea approvati il 30 dicembre 2012 dal ministro della Salute sono «una risposta concreta a molte persone e a molte famiglie che soffrono. Anche nelle difficoltà economiche il nostro Servizio sanitario nazionale si dimostra capace di dare risposte concrete», secondo quanto dichiarato dallo stesso Balduzzi.

La priorità di aggiornamento, secondo quanto stabilito dalla legge 189/2012 è alla disciplina di esenzione per le patologie croniche e rare e alle prestazioni di prevenzione e cura della ludopatia e all'epidurale.

Per la formulazione della proposta di aggiornamento è stata creata una rete di referenti regionali, «anche per valutare e tenere in conto l'esigenza di non creare disagi al cittadino e di non rendere difficoltose le procedure amministrative», spiega il comunicato di annuncio del ministero.

Per alcune patologie di particolare complessità sono stati creati specifici gruppi di lavoro che hanno approfondito le problematiche relative alla malattia diabetica, alle malattie dell'apparato respiratorio, alle malattie reumatologiche, nefrologiche e gastroenterologiche, con il coinvolgimento di numerosi specialisti ed esperti.

Malattie rare e croniche. Oltre a 110 nuove malattie rare (l'elenco oggi in uso è ancora quello del Lea 2001 che ha previsto l'istituzione della rete nazionale delle malattie rare con una lista di 583 patologie coperte che salirebbero, quindi, a oltre 700) entrano nei Lea 5 patologie croniche:

- le broncopneumopatie croniche ostruttive (Bpco) al II stadio (moderato), III stadio (grave), e IV stadio (molto grave), comunemente conosciute come enfisema polmonare e broncopneumopatia cronica;

- le osteomieliti croniche, cioè malattie croniche infiammatorie delle ossa;
- le patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/min);
- il rene policistico autosomico dominante;
- la sarcoidosi al II, III e IV stadio, cioè malattie che interessano più tessuti e organi con formazioni di granulomi e che comportano problemi polmonari, cutanei e oculari.

Nei Lea entra anche la Sindrome da Talidomide.

Ludopatia. L'articolo 5 della legge 189/2012 prevede l'inserimento nei Lea delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione della ludopatia. In attuazione della norma, il provvedimento della Salute include le persone affette da questo tipo di dipendenza tra coloro cui sono rivolti i servizi territoriali per le dipendenze (Sert, Centri diurni ecc.) già attivi nelle Asl, e modifica la definizione del sotto-livello di assistenza, attualmente riportata nel Dpcm 29 novembre 2001 (i Lea, appunto) come «Attività riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool», riformulandola come «Assistenza socio-sanitaria alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso di sostanze». «Si afferma quindi - spiega il ministero - il principio che le persone con ludopatia hanno diritto ad

accedere al Ssn per ricevere le prestazioni di cui hanno bisogno, al pari dei soggetti con altre forme di dipendenze patologiche, senza che questo comporti ulteriori oneri dal momento che le Regioni non saranno tenute a istituire servizi ad hoc».

Specialistica ambulatoriale. Il provvedimento introduce anche misure per favorire l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale con una riduzione degli oneri a carico del Ssn per questo livello di assistenza. In particolare le Regioni dovranno attivare programmi di verifica sistematica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa della specialistica ambulatoriale, attraverso il controllo delle prestazioni prescritte ed erogate a pazienti con specifiche condizioni cliniche e, comunque, di almeno il 5% delle prestazioni prescritte, effettuando cioè un controllo sulle ricette. Per favorire lo svolgimento dei controlli, si prevede l'obbligo del medico prescrittore di indicare nella ricetta il quesito o il sospetto diagnostico che motiva la prescrizione, pena la inutilizzabilità della ricetta.

Si forniscono inoltre in un allegato, le «indicazioni prioritarie» per la prescrizione di prestazioni di diagnostica strumentale frequentemente prescritte per indicazioni inappropriate.

Epidurale. Viene prevista nei Lea la maggiore diffusione dell'analgia epidurale, prevedendo che le Regioni individuino nel proprio territorio le strutture che effettuano queste procedure e che sviluppino programmi ad hoc per diffondere ancora di più il loro utilizzo.

rendono infatti, a giudizio delle Regioni, di fatto insostenibile il governo della spesa sanitaria. Per questi motivi abbiamo detto e ripetiamo che ogni ulteriore iniziativa di politica sanitaria, si tratti di standard ospedalieri, di appropriatezza o di ridefinizione dei Lea, deve poggiare su un quadro certo di risorse e, quindi, sul risultato di questo confronto Governo-Regioni. Vanno allora evitate iniziative unilaterali e annunci oggettivamente non realizzabili, soprattutto in un settore delicato come la Sanità. Peraltro il lavoro sui livelli essenziali di assistenza deve ancora cominciare il suo iter nella Stato-Regioni e ha bisogno di una condivisione di sistema che conti sulla intesa con il ministero dell'Economia e con le Regioni.

La procedura prevista per l'approvazione dei nuovi Lea appare impraticabile quindi per mancanza di tempi tecnici. Solo ipotizzando che l'Economia dia subito (entro la settimana) la via libera, che il testo venga inviato alla Stato-Regioni, che questa lo inserisca all'ordine del giorno della prossima seduta (prevista per il 24 gennaio) e che poi si trovi l'unanimità nell'arco della stessa seduta, che, infine, le commissioni parlamentari competenti si esprimano anche a Camere sciolte, i nuovi Lea potrebbero vedere la luce.

Il Governo altrimenti non avrà il tempo di aspettare tutti i passaggi e i 30 giorni per poter esercitare eventualmente i poteri sostitutivi anche perché dal 24 febbraio non ci sarà più. Ed è da escludere l'ipotesi che un nuovo ministro possa riprendere tale quale il testo del suo predecessore: unico caso in cui questi Lea potrebbero essere ripescati - ma non prima di fine primavera, ben lontani quindi dalla scadenza del 31 dicembre 2012 - è una eventuale riconferma di Renato Balduzzi al ministero della Salute.

Un altro colpo - per ora - a vuoto quindi della "storia infinita" dell'aggiornamento dei Lea.

Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bianco e Silvestro al Senato

Amedeo Bianco, presidente FiomCeo e Annalisa Silvestro, presidente dei Collegi Ispavi, sono candidati Pd per il Senato alle elezioni del 24 febbraio, entrambi al 4° posto nelle liste, in Sicilia il primo, in Lombardia la seconda. «È il riconoscimento di ruolo e rappresentatività - ha commentato Bianco - nei confronti delle istituzioni ordinarie e della tutela del diritto alla salute». Candidati Pd anche Nerina Dirindin, professoressa di Scienza delle finanze a Torino, ex assessore alla Sanità della Sardegna e direttore della Programmazione con Rosy Bindi (8° posto in Piemonte) e Ignazio Marino, già senatore Pd, candidato per il Senato al 1° posto in Piemonte e al 4° nel Lazio.

Nella lista Monti, invece, sarà candidato come capolista probabilmente alla Camera in Piemonte 2 il ministro Renato Balduzzi e sempre in Piemonte nella lista del premier alla Camera anche Giovanni Monchiero, ex presidente Fiaso.

ACCORDO STATO-REGIONI

Cure ai migranti, le linee per le Regioni

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 20 dicembre 2012 ha definito un Accordo sul documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane". Non ci sono novità normative, si tratta di linee guida per una corretta applicazione a livello regionale delle normative vigenti.

Un provvedimento motivato dal fatto che sul territorio nazionale è stata riscontrata una difformità di risposta in tema di accesso alle cure da parte della popolazione immigrata. In una nota il ministro della Salute, Renato Balduzzi

spiega che «si è reso necessario realizzare iniziative più efficaci per garantire una maggiore uniformità, nelle Regioni e nelle Province autonome, dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui Livelli essenziali di assistenza». Secondo Balduzzi «si sono dovute raccogliere in un unico strumento operativo le disposizioni normative nazionali e regionali relative all'assistenza sanitaria agli immigrati, anche al fine di semplificare la corretta circolazione delle informazioni tra gli operatori sanitari».

Di fatto le Regioni sono gli enti di programmazione cui spetta la compe-

tenza legislativa in termini di tutela della salute, ma, compito dello Stato è quello di garantire l'equità nell'attuazione di questo diritto sancito dalla Costituzione, svolgendo un ruolo di garante della realizzazione di risposte efficaci ai bisogni di salute di tutti i gruppi di popolazione, particolarmente di quelli vulnerabili, attraverso un costante confronto con le Regioni.

L'accordo prevede l'iscrizione obbligatoria al Ssn dei minori stranieri, anche in assenza del permesso di soggiorno. Per le donne extracomunitarie in stato di gravidanza, il permesso di soggiorno e l'assistenza sanitaria vanno garantiti fino al compimento dei sei

mesi del bambino. Non c'è stato alcun prolungamento fino a un anno, come erroneamente comunicato dalle prime note stampa circolate immediatamente dopo l'accordo. Iscrizione obbligatoria al Ssn anche per gli stranieri regolarizzati e in fase di rilascio del primo permesso di soggiorno.

Garantite agli Stp (Straniero temporaneamente presente) le cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti; previsti anche il rilascio preventivo del codice Stp per facilitare l'accesso alle cure e l'equiparazione dei livelli assistenziali e orga-

nizzativi del codice Stp al codice Eni (Europeo non iscritto).

Il ministero della Salute, nel recente riparto dei fondi destinati ai cosiddetti obiettivi di piano ha previsto una cifra vincolata di 30 milioni di euro per la tutela della salute degli stranieri extracomunitari privi di permesso di soggiorno.

«Questo Accordo - sottolinea la Società italiana di medicina per le migrazioni (Simm) - è uno strumento prezioso per l'azione di advocacy perché nessuno sia escluso dai percorsi assistenziali in un'ottica di equità e giustizia sociale».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA