

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



## Rassegna Stampa del 13.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

# quotidiano **sanità.it**

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

## Intervista a Zuccatelli: “Nelle Regioni in deficit politica faccia un passo indietro. Ora i tecnici”



**"Come si può pensare che chi ha determinato il disavanzo guidi il risanamento? In situazioni di crisi grave c'è bisogno della presenza di tecnici che assumano piena responsabilità. Come è stato fatto con Monti per il Governo del Paese". Ecco come la pensa il neo presidente dell'Agenas**

**11 FEB -**

Medico, 67 anni, "presidente per regolamento". Così si definisce **Giuseppe Zuccatelli**, nominato presidente "facente funzione" dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), in quanto membro più anziano del Consiglio di amministrazione, per sostituire alla presidenza Renato Balduzzi, ora ministro della Salute. Un incarico a scadenza, dunque, tanto più che il CdA dovrà essere rinnovato alla fine del prossimo mese di marzo, avendo una validità di cinque anni ed essendo in carica dal marzo 2007. Già confermato, invece, il direttore **Fulvio Moirano**, che proprio [l'altro ieri](#) ha visto accolta dalle Regioni la proposta del suo rinnovo da parte di Balduzzi.

Intanto, in questi primi mesi del governo Monti, l'Agenas è stata messa in discussione in diverse occasioni e proprio Zuccatelli ha dovuto difenderne la funzione, inviando a **Enrico Giovannini**, presidente della Commissione per il livellamento retributivo Italia-Europa, un documento che [presentiamo in anteprima](#) e che riassume i compiti dell'Agenzia e compie un sintetico confronto con realtà similari presenti in altri paesi europei, in particolare Austria, Francia, Germania, Spagna, Belgio, Paesi Bassi, Regno Unito e Svezia.

Nomina a tempo, ma idee molto chiare, quelle di Zuccatelli che, in questa intervista, affronta i nodi del sistema sanitario alle prese con la crisi economica. Dai tagli imposti dalle ultime manovre, alle difficoltà delle Regioni in disavanzo. È da qui iniziamo la nostra conversazione.

**Professor Zuccatelli, uno dei compiti più delicati dell'Agenas è quello di affiancare le Regioni sottoposte a Piani di rientro. Come stanno andando le cose?**

Bisogna distinguere tra le Regioni in Piano di rientro e quelle Commissariate. Tra queste ultime l'Agenas ha dato il suo contributo ad Abruzzo, Campania e Calabria, soprattutto per programmare interventi rivolti a ridurre l'inappropriatezza e ridefinire la rete ospedaliera. Mi sembra che questo contributo abbia funzionato e funzioni. La Regione Lazio invece, come anche il Molise, non ha mai chiesto di potersi avvalere di questo apporto.

**Lei stesso è stato, per circa un anno e mezzo, subcommissario in Campania. Che bilancio può fare di questa esperienza?**

L'esperienza è positiva, ma il problema è che bisognerebbe avere una maggiore possibilità di esercitare i poteri di sub commissario.

**Mi faccia capire meglio.**

Le persone che devono intervenire in una situazione di bilanci così disastrosi da essere commissariata non possono essere scelte ancora una volta dalla giunta regionale e quindi dalla politica. O il sub commissario partecipa insieme al commissario ad acta alla definizione del gruppo dirigente che deve sanare la situazione, oppure non si può fare molto. Il sub commissario deve avere strumenti adeguati: un pool operativo, risorse dedicate da poter utilizzare.

**C'è un lungo dibattito che riguarda la nomina dei Direttori Generali. Una posizione molto netta è stata espressa più volte da Enrico Rossi, oggi presidente della Toscana, che ha sempre rivendicato alla politica la responsabilità di nomina. La sua posizione mi sembra assai distante da questa.**

No, quando i conti sono in ordine io condivido pienamente la posizione di Rossi. Ma quando la situazione è di enorme deficit, tale da far intervenire lo Stato centrale per il commissariamento, mi sembra assurdo che le nomine siano fatte ancora dalla stessa giunta politica. In situazioni di crisi grave, c'è bisogno della presenza di tecnici che assumono funzioni di governo, in analogia con quello che sta facendo il Governo Monti a livello nazionale.

**Quindi lei è contrario anche alla nomina del presidente regionale come commissario ad acta?**

La legge costituzionale del 2001 non prevedeva di assegnare il compito del commissario ad acta al presidente regionale, questa regola è stata introdotta da una legge ordinaria. Ma se la giunta e il presidente hanno determinato il disavanzo, come si può pensare che siano loro a guidare il risanamento?

**Pensa che l'Agenas sarà coinvolta nella stesura del nuovo Patto per la Salute?**

Noi siamo a disposizione, tanto del ministero quanto delle Regioni. Crediamo di poter essere utili, con le nostre competenze. La grande partita però è quella delle risorse: nel 2012 si può ancora, con fatica, riuscire a tenere in piedi il Ssn, ma le risorse fissate per il 2013 e 2014 sono assolutamente insufficienti.

Per questo, come ripete sempre il ministro Balduzzi, bisogna insistere sul tema dell'appropriatezza, dotando di strumenti incisivi le organizzazioni sanitarie regionali.

**C'è chi dice che una maggiore appropriatezza potrebbe produrre risparmi tra 1,5 e 3 miliardi l'anno. Sono valutazioni attendibili?**

Sì, ma anche in questo caso si impatta con la politica. Se in un territorio si mantiene un ospedale, che non è mai stato tale, ma che risponde alla richiesta di un sindaco o di un assessore lo spreco è evidente. Con interventi forti in questo senso si possono ottenere quei tre miliardi di risparmi e forse anche qualcosa in più. D'altra parte in alcune Regioni si è già fatto. L'altro settore su cui intervenire è quello del personale.

In Italia vi è una produzione (e quindi un consumo) in eccesso di tutto: dai ricoveri, alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ai farmaci. Semplici analisi comparative tra le Regioni e dentro le Regioni (ma anche tra i medici di medicina generale ed i reparti di uno stesso ospedale) evidenziano con chiarezza grandi disomogeneità tra virtuosi e inappropriati. In tale ambito ricadono molte delle risorse che mancano.

Ci troviamo ad operare in un sistema in cui prevale l'autoreferenzialità. Il modo classico di esprimersi dei professionisti si sintetizza in: "ho sempre fatto così" e "nella mia esperienza ha funzionato"; sono frasi spesso portate a giustificazione di comportamenti inappropriati. Vanno promosse invece la revisione tra pari e la verifica esterna per togliere peso all'autoreferenzialità e stimolare l'analisi ed il confronto critici quali momenti di crescita professionale.

**Mi faccia un esempio di come si può risparmiare intervenendo sul personale sanitario.**

Quando sono stato operato di appendicectomia nel 1960 a seguirmi c'è stato un solo medico, che era insieme medico della mutua, specialista e chirurgo. Negli anni '70 la pleora medica ha portato ad un moltiplicarsi dei ruoli medici: medico di famiglia, medico della Continuità Assistenziale, specialista ambulatoriale, ospedaliero e universitario. E può succedere che su un singolo caso di appendicite intervengano tutti e cinque questi ruoli. E oltretutto con minori controlli, visto che negli anni '60 le mutue sospendevano i medici per iperprescrizione, mentre oggi questo non avviene quasi mai.

**Intervenire sul personale vuol dire licenziare?**

No, è sufficiente non coprire il turn over e utilizzare meglio il personale disponibile. Faccio ancora un esempio, relativo alla diagnostica per immagini. La digitalizzazione oggi permette di refertare anche a distanza: un piano nazionale di teleradiologia consentirebbe di recuperare un mare di risorse, visto che il 70% della radiologia tradizionale può essere fatta da un tecnico di radiologia senza la presenza del medico. E concentrando i radiologi in pochi centri. Ovviamente i professionisti sono contrari, ma siamo davanti a scelte che non si possono più rinviare.

**Insomma, gli ostacoli ad una razionalizzazione del sistema sanitario, a suo parere, sono la politica e i professionisti?**

Siamo arrivati all'osso e quando si arriva lì, si sente dolore. Ma è necessario intervenire se si vuole salvaguardare il servizio sanitario pubblico e universalista e per questo ci vuole un patto con i professionisti. Le Regioni e il ministero della Salute devono chiamarli a un tavolo e dire: "Signori, le chiacchiere stanno a zero. Perché oggi il rischio è perdere il servizio sanitario pubblico".

Un primo passo positivo, a mio parere, è la sospensione della cosiddetta intramoenia allargata. Occorre far rientrare in ospedale i medici ospedalieri evitando situazioni ambigue. O dentro o fuori. L'ospedale deve favorire la libera professione intramoenia nei modi leciti ed etici che le normative consentono.

Abbiamo poco tempo, la partita ormai è troppo seria per consentire il "buonismo".

FederLab Italia

## Calabria. Arrivano 53 milioni di euro "extra fondo" per qualità servizi sanitari

**I fondi da Roma. Si tratta, spiega una nota della Giunta, di "un finanziamento che non rientra nel fondo sanitario regionale, poiché sono risorse finanziarie aggiuntive a destinazione vincolata per consentire alla Regione di sviluppare importanti attività che incrementino la qualità del Ssr".**

**13 FEB** - Il ministero dell'Economia e delle Finanze ha deciso di erogare alla Regione Calabria 53.500.000 euro per l'attuazione di Progetti attinenti agli "Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. A renderlo noto è un comunicato della Giunta regionale, spiegando che "si tratta di un finanziamento che non rientra nel fondo sanitario regionale poiché sono risorse finanziarie aggiuntive a destinazione vincolata per consentire alla Regione di sviluppare, nel campo della sanità, importanti attività che incrementino la qualità del Servizio Sanitario Regionale".

"Questo importante riconoscimento – si legge ancora nella nota della Giunta calabrese - giunge al termine di un'intensa attività ed una forte integrazione tra il Dipartimento Tutela della Salute dell'ente e le Aziende sanitarie a cui si è chiesto di istituire una Task Force per implementare le azioni previste dagli Obiettivi di Psn al fine di dare continuità, per il prossimo biennio, ai progetti che dovranno trasformarsi in Attività istituzionali".

I fondi serviranno in particolare a "rispondere positivamente ai bisogni di salute di malati affetti da Alzheimer o da Sla, attivare nella nostra Regione un qualificato trasporto neonatale e materno, favorire il parto naturale e senza dolore, potenziare ulteriormente la donazione del cordone ombelicale che ha raggiunto già un buon risultato di donazioni, potenziare gli hospices per malati terminali e la rete delle cure palliative, assistere a domicilio, restituendoli alle loro famiglie, pazienti cronici in stato di minima coscienza o in stato vegetativo e contrastare concretamente l'osteoporosi".

I fondi, spiega ancora la nota della Giunta, "sono stati erogati secondo un criterio stabilito, il 30% a seguito della rendicontazione da parte del Dipartimento Tutela della Salute delle attività avviate nell'anno precedente, il 70% della somma per consolidare nell'anno in corso le stesse iniziative o avviarne di nuove".

Queste, nel dettaglio, le linee progettuali finanziate: le cure primarie, la non autosufficienza, la promozione di modelli organizzativi assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità, le cure palliative e la terapia del dolore, gli interventi per biobanche di materiale umano, la sanità penitenziaria ed ancora l'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano, la tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita, la salute mentale ed il piano nazionale della prevenzione.



ASL NAPOLI 1

## **Dimezzato il debito corrente Deficit 2011 ridotto del 55%**

REDAZIONE IL DENARO –

È stato dimezzato il debito corrente dell'Asl Napoli 1. A comunicarlo il commissario straordinario dell'azienda sanitaria, Maurizio Scoppa che auspica il pareggio di bilancio entro fine anno. Il deficit del 2011 è sceso a 298 milioni di euro, circa il 55 per cento in meno dei 460 milioni del 2010. “Un risultato – dice Scoppa – ottenuto senza fare tagli alla spesa sanitaria, ma eliminando gli sprechi, riducendo le spese inutili, senza incidere sulla qualità”. Nel dettaglio, spiega Scoppa, sono stati ridotto del 10 per cento gli sprechi sull'acquisto di beni e del 5 per cento dei servizi, ridotti di circa il 20 per cento i costi del personale e di quasi il 50 per cento le spese derivanti dai pignoramenti. Inoltre -continua- grazie alla riorganizzazione degli uffici, pagamenti stanziati e fermi in tesoreria sono stati corrisposti ai creditori. Resta invece la spada di Damocle del debito consolidato, in origine di 1 miliardo e 300 mila euro e, dice Scoppa, ora sceso sotto il miliardo.



## **Sanità, nomine in vista. In bilico Paolo Manduni**

REDAZIONE IL DENARO -

Si profilano grandi manovre. all'orizzonte, sul fronte della nomine della Sanità in Terra di Lavoro. Qui le notizie dell'ultimora darebbero per imminente un clamoroso valzer di poltrone con un passaggio di consegne tra il manager dell'azienda sanitaria Paolo Manduni (al quale la giunta regionale intenderebbe revocare il mandato) e Franco Bottino, attuale vertice dell'azienda ospedaliera San Sebastiano che prenderebbe il suo posto. A pesare sulla decisione dell'Esecutivo di palazzo Santa Lucia ci sarebbero le iniziative assunte da Menduni (manager vicino al sindaco di Roma Gianni Alemanno) In particolare la nomina di Gaetano Danzi alla direzione sanitaria contro il parere contrario della politica locale e regionale e con Menduni che invece rivendica autonomia di scelta.

USCITI DALL'UNIVERSITÀ, PIÙ DELL'80% LAVORA ENTRO UN ANNO

# In sanità è facile trovare un posto

## Medici, infermieri e fisioterapisti

**PAOLO RUSSO**

Scacciare lo spettro della disoccupazione giovanile si può. Basta imboccare il viale dell'Università e dirigersi verso le facoltà sanitarie perché una volta usciti da lì nell'arco di un anno trova lavoro oltre l'80% di medici, infermieri, fisioterapisti e degli altri professionisti della salute. I dati sono dell'Osservatorio delle professioni sanitarie del ministero dell'Istruzione. Tra gli altri laureati gli occupati a un anno dal titolo di studio non superano il 36%. E che quella del dottore e dell'infermiere siano tra le professioni più appetibili del futuro lo conferma anche la recente indagine del magazine statunitense «24/7 Wall Street», che ha stilato la top ten dei lavori meglio retribuiti da qui al 2018 nei Paesi sviluppati. Dopo aver analizzato 750 categorie lavorative il primato se lo sono aggiudicato gli infermieri professionali, seguiti da commercialisti, analisti di gestione, ingegneri software, medici, analisti programmatori e di mercato, ingegneri civili, igienisti dentali, consulenti e promotori finanziari.

In Italia tra le 22 professioni sanitarie non mediche i primi a trovare lavoro a un anno dalla laurea sono gli infermieri (93%) mentre a livello regionale le professioni sanitarie sfiorano la piena occupazione in Piemonte. Lavoro assicurato nel 98,6% dei casi a tre anni dalla laurea anche per i dottori, che pur rientrati in Università per specializzarsi vengono comunque retribuiti.

Ma con i continui blocchi delle assunzioni imposti dalla

riduzione del deficit il posto sicuro nella Asl o nell'ospedale resta un miraggio per molti. Un'altra indagine condotta dall'Ordine dei medici di

Roma dice che solo il 35,4% dei giovani medici approda nel paradiso del contratto a tempo indeterminato, mentre quasi tutti gli altri devono barcamenarsi con contratti a progetto o da co.co.co. Una realtà che ha spinto molti giovani a reinventare la propria professione, ad esempio puntando sull'associazionismo medico per offrire cure low cost o anche per supportare Asl e ospedali nella fasi di carenza di personale.

Con la nuova Legge di stabilità anche per i professionisti della salute è scoccato un «big bang» con la possibilità di aprire anche in Italia uno «Studio spa». Ovvero società tra professionisti diversi che si avvalgono di un socio di capitale di minoranza. Con la riforma cadono anche le tariffe minime: come dire che il prezzo lo farà il mercato con la contrattazione tra il cliente e il professionista. Tutte novità che impongono a medici e infermieri di diventare anche un po' imprenditori di loro stessi. Un bisogno captato dall'Università, come mostra l'apertura delle iscrizioni al Master in «Imprenditorialità in Sanità» promosso dall'Università Campus Bio-Medico di Roma, in collaborazione con Aiop Lazio.

«Il futuro della sanità - spiega il co-direttore scientifico del corso e direttore del Policlinico universitario Campus Bio-Medico, Gianluca Oricchio - sarà sempre meno centrato sull'ospedale e sempre più sul territorio dove ci sarà maggiore bisogno di medici, infermieri, fisioterapisti e ostetriche, co-

me mostra il ritorno ai parti domiciliari. I nuovi bisogni di salute, sempre più orientati verso la cronicità, stanno re-ingegnerizzando il sistema sanitario, imponendo a quanti vi lavorano di acquisire anche capacità manageriali». Il mercato della salute insomma promette lavoro. Purché alla scienza si affianchi il marketing.

### 93

per cento

La quota di coloro che hanno trovato impiego un anno dopo aver completato gli studi da infermieri

### 35

per cento

Trovare un lavoro non significa trovarlo anche fisso: ecco la quota dei medici che conquistano un contratto a tempo indeterminato

### 36

per cento

È la bassa quota di coloro che hanno seguito altri indirizzi di studio e lavorano un anno dopo la laurea



**PrimaDaNoi.it**

Il primo quotidiano on line per l'Abruzzo - Direttore Alessandro Biancardi

## **Il sub commissario Baraldi apre ai sindacati sulle modifiche all'accreditamento**

### **Si lavora per modificare la legge regionale 32**

**Accreditamento a rischio per le cliniche che non hanno firmato i contratti**

**Le Case di cura private firmano i contratti con la Regione: arrivano 140 mln di budget annuo**

ABRUZZO. La neve non ferma il sub commissario Giovanna Baraldi e la sua consulente emiliana che stanno lavorando per la modifica della legge 32 sull'accreditamento.

Ma qualcosa si muove anche per la definizione operativa dell'accordo raggiunto con i sindacati il 3 agosto scorso sullo sviluppo delle cure territoriali, sulla politica del personale e sulle liste d'attesa che continuano ad assillare i cittadini-utenti ed i vari manager come una specie di maledizione biblica.

Il lavoro più capillare e più difficile è quello sulla legge 32 (peraltro già prorogata) che prevedeva il rispetto di molti requisiti per ottenere l'accreditamento sanitario. Questa legge, elaborata ed approvata nel 2007 sotto l'assessore Bernardo Mazzocca, viene considerata troppo "avanzata" rispetto alle normali condizioni di attività degli ospedali pubblici e delle cliniche, per cui si va verso un ammorbidimento delle prescrizioni. Anche se rimane valido lo slogan di quegli anni e cioè "far diventare ospedali gli ospedali italiani." Proprio la difficoltà di applicare questa legge e l'uso disinvolto che se ne è fatto, **hanno spinto il sub commissario a muoversi con l'aiuto di un consulente esterno e con l'appoggio dei sindacati e di Confindustria Pescara.**

Infatti sono state denunciate difformità di applicazione da parte di Asl più rigide o meno rigide (il senatore Alfonso Mascitelli, Idv, recentemente ha scritto che questa legge "viene applicata per alcuni e interpretata per altri") tanto da creare malumori tra gli imprenditori della sanità privata, ma anche difficoltà di applicazione in quasi tutti gli ospedali pubblici che in molti casi – se l'applicazione della 32 fosse rigida – dovrebbero chiudere. Di qui l'incontro che c'è stato nei giorni scorsi su iniziativa di Confindustria Pescara per saggiare le reazioni sindacali rispetto alle future proposte di modifica che vanno nel senso di una semplificazione delle procedure di autorizzazione e di accreditamento. Un incontro che è servito ad approfondire le prime indicazioni secondo le quali le strutture che hanno i requisiti di legge dovranno presentare un crono programma di adeguamento alla legge 32. Se entro tre anni l'adeguamento non ci sarà, decade l'accreditamento definitivo. A latere è previsto anche l'insediamento di una commissione con le rappresentanze sindacali per definire quanto personale deve essere impiegato per paziente, quali saranno le tariffe, come avverrà la compartecipazione alla spesa, cioè i nuovi tickets, e quali saranno le esenzioni.

Più che una modifica, il tutto sembra uno snellimento, necessario peraltro, ma poco innovativo. Di positivo c'è il coinvolgimento dei sindacati, secondo il nuovo stile del sub commissario che finalmente si muove nella direzione di gestire il consenso. Il che servirà ad evitare lo sconcerto e le polemiche che accoglievano gli improvvisi, inaspettati e monocratici decreti commissariali ultimativi, che in effetti un'applicazione rigida all'Abruzzo delle indicazioni dell'Agenzia sanitaria nazionale. Di questa apertura ai sindacati è anche conferma la lettera con cui il sub commissario Baraldi ha convocato per martedì 14 e 21 quattro incontri congiunti con le Asl e con le organizzazioni sindacali. Il prossimo martedì sarà la volta delle Asl di Pescara e L'Aquila, il martedì successivo sono state convocate Chieti e Teramo. Si parlerà -come detto- di cure territoriali, di personale e di liste d'attesa.

FederLab Italia

di Renato Brunetta

■ Quello dei ritardi di pagamento è un vizio che viene da lontano. Non bisogna pensare che sia solo lo Stato quel Leviatano che porta sul lastrico miriadi di piccole imprese. Anche le grandi imprese monopolistiche sono artefici a loro volta dell'indebitamento delle piccole aziende, perché impongono tempi di pagamento spesso insopportabili.

Nel caso in cui è lo Stato, invece, debitore nei confronti delle imprese, il gioco è viziato non solo da una perversa convenienza reciproca (il «patto implicito» per cui lo Stato ti pago più tardi e io impresa ti fatturo di più), ma anche da una perversione strutturale tutta italiana per la quale i debiti contratti non possono essere esplicitamente contabilizzati, pena l'emergere di un maggior debito pubblico. In altre parole? Cassa apparentemente in ordine e competenze gonfiate. Infatti i debiti contratti, allorché esigibili, entrano nella competenza dello Stato, ma poiché ai fini della contabilità del debito pubblico quello che conta è la cassa, questi debiti è come se non esistessero. Così facendo lo Stato espone una situazione del debito più rosea di quella che in realtà è. Un'ipocrisia che però non sfugge ai mercati che conoscono perfettamente il trucco.

# Ecco come salvare le imprese strangolate dai ritardi dello Stato

*Il modello tedesco: più efficienza e trasparenza per risolvere il nodo dei mancati pagamenti della pubblica amministrazione*

Un gioco di prestigio che non ha spettatori divertiti, ma solo piccole imprese strangolate.

Un intervento tempestivo è cosa prioritaria. Sulla scia di quanto fatto dal governo Berlusconi (articolo 13 della Legge di stabilità che prevede l'obbligo di certificazione dei debiti da parte dell'ente locale per consentire alle aziende di poter scontare il debito in banca con maggiore facilità) e dall'Unione europea (Direttiva comunitaria 2001/7/UE che obbliga tutti, Stato e imprese, a pagamenti puntuali), il governo

**PIÙ PUNTUALITÀ**  
**Monti deve fare di più:**  
**l'Italia si adegui**  
**ai tempi stabiliti dall'Ue**

Monti è già intervenuto, ma si deve fare di più. 15,7 miliardi di euro previsti dall'articolo 35 del Decreto Liberalizzazioni non sono sufficienti, anche se il voto favorevole della Camera di giovedì 2 febbraio, all'emendamento all'articolo 14 della Legge comunitaria, che delega il governo ad adottare entro sei mesi uno o più decreti legislativi volti a recepire la direttiva comunitaria prima del 2013, rappresenta un passaggio fondamentale.

Ma come fare, quindi, a far sì che la trasparenza dello Stato non intacchi ulteriormente il debito pubblico? Una risposta ci viene offerta dal modello tedesco. La loro Cassa Depositi e Prestiti (*Kreditanstalt fuer Wiederaufbau*), nata insieme al Piano Marshall per la ricostruzione delle economie europee, è uno dei meccanismi più efficienti della loro economia. La Germania non include nel suo debito pubblico le passività del KfW, posseduto all'80% dallo Stato e per il restante 20% dai Länder: grazie alla partecipazione statale questa banca, secondo Moody's, Standard & Poor's e Fitch, gode dello stesso rating (triplo A) riconosciuto alla Repubblica federale tedesca. Ma qual è l'escamotage? Il Trattato di Maastricht prevede che anche le passività di tali enti vengano inserite nel conto

**IN GERMANIA**

**Le passività della Cassa depositi e prestiti non toccano il debito pubblico**

del debito pubblico di ogni Stato, e se così fosse il debito pubblico tedesco salirebbe di 17 punti percentuali. La domanda sorge spontanea: come si nasconde il 17% del debito? La risposta è una: Esa95 (*European System of National and Regional Accounts*), con il quale l'Eurostat ha definito i criteri statistici di valutazione legalmente vincolanti per l'Unione europea. Tale atto, che integra i criteri di Maastricht, permette di escludere dalla contabilità del debito le passività di quegli enti che si finanziano con pubbliche garanzie, ma che coprono il 50,1% dei propri costi con ricavi di mercato e non con versamenti pubblici, tasse e contributi.

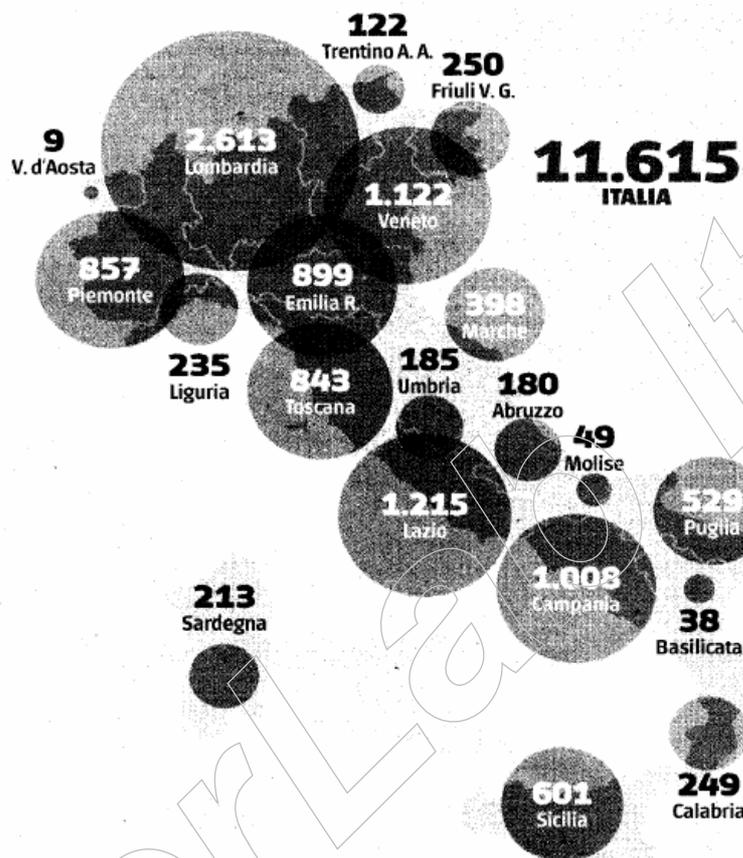
Delle due l'una: affinché la contabilità del debito pubblico segua parametri omogenei a livello comunitario, la Germania potrebbe ricalcolare il suo debito seguendo i parametri standard previsti da Maastricht, oppure l'Italia, imitando il modello tedesco, deconsolidare dal suo debito pubblico i finanziamenti agli enti locali della Cdp e il credito delle Pmi verso la Pubblica amministrazione.

In fondo non appare così difficile. Basta solo efficienza, più emeglio di quanto non si sia fatto finora. Trasparenza, buonsenso, e un pizzico di tecnica alla tedesca potrebbe risolvere una volta per tutte il problema.

## RADIOGRAFIA DI UN SISTEMA IN CRISI

### I FALLIMENTI

#### LE IMPRESE FALLITE IN ITALIA NEL 2011



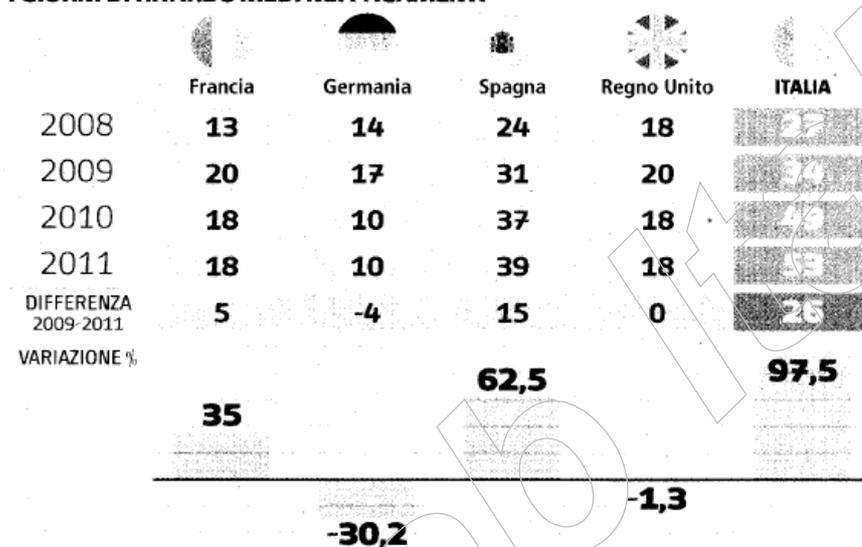
#### LE IMPRESE FALLITE PER I RITARDI NEI PAGAMENTI



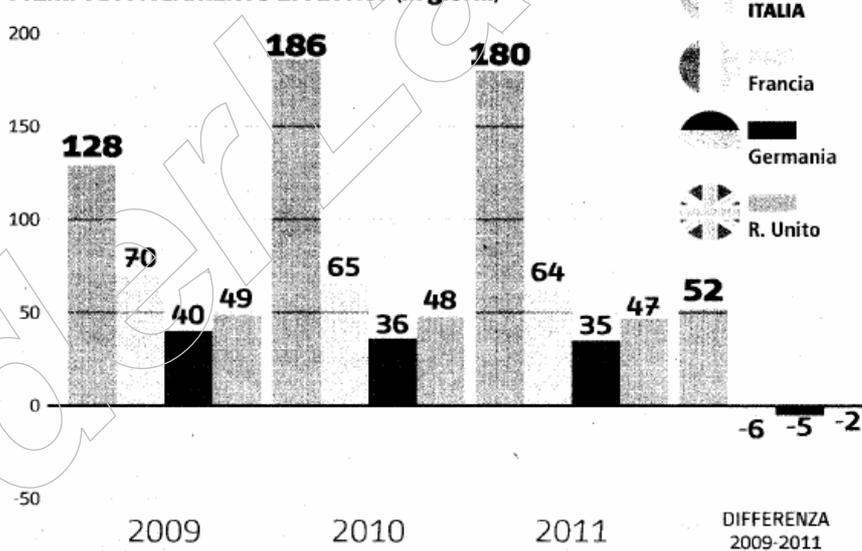
FONTE: Ufficio Studi Cgia di Mestre su dati Intrum Justitia e Cerved

## IL CONFRONTO CON L'EUROPA

### I GIORNI DI RITARDO MEDI NEI PAGAMENTI



### I TEMPI DI PAGAMENTO EFFETTIVI (in giorni)


CONTRIBUITI