



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





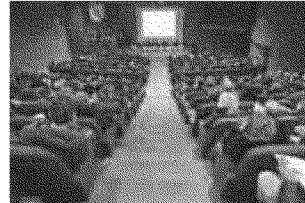
CRISI DEL COMPARTO RIABILITATIVO E SOCIO-SANITARIO CAMPANO

Dal sito istituzionale
del Presidente Governatore Caldoro

Una Campania per i cittadini

«Crediamo che il Sistema Sanitario Regionale ha assoluta necessità di essere monitorato secondo criteri di obiettività, finalizzati alla completa rilevazione dei dati degli ambiti di spesa, dell'efficienza delle strutture sanitarie e l'efficacia delle prestazioni rese. [...]

Inoltre, bisogna migliorare il rapporto con gli stakeholder, cioè con i portatori o gruppi di interesse: le associazioni, la stampa, il mondo delle professioni e quello imprenditoriale, il mondo accademico, il volontariato ed il non profit. Bisogna comprendere che la salute è un bene primario su cui tutti hanno diritto di esprimere il proprio pensiero, un settore delicato che dovrebbe essere retto da regole condivise o quantomeno comprese. [...] Continuare con una politica di tagli senza programmazione e senza strategia avrà come conseguenza il rischio che solo chi ha la possibilità economica potrà permettersi cure adeguate.»



Assemblea del Coordinamento Associazioni di Categoria - Napoli 6 febbraio 2015

Esimo Presidente Caldoro,

- Le abbiamo rappresentato le gravi criticità del Comparto;
- Le abbiamo proposto le nostre soluzioni;
- Abbiamo atteso invano le Sue risposte.

I centri di riabilitazione, i presidi ambulatoriali fkt, le residenze sanitarie assistenziali ed i centri diurni
NON POSSONO PIU' ATTENDERE ED ESIGONO RISPOSTE IMMEDIATE E RISOLUTIVE.



NON C'E' PIU' TEMPO!



Le Associazioni di Categoria Campane maggiormente rappresentative

AIOP Campania - ANFFAS - ANISAP - ANPRIC - ASPAT - CONFAP Sanità - CONFINDUSTRIA Sanità - FEDERLab Riab

APPUNTAMENTI IL 3, 10, 17 E 26 MARZO

Riabilitazione, quattro tavoli in Regione

NAPOLI. Il governatore Stefano Caldoro (*nella foto*) ha convocato le associazioni di categoria per l'esame delle problematiche relative alla riabilitazione. Martedì prossimo si parlerà dei tetti di spesa 2015; il 10 della riconversione per quantità di prestazioni in eccesso nei regimi residenziale e semiresidenziale; il 17 della compartecipazione alla spesa socio sanitaria; giovedì 26 delle tariffe riabilitative 2003-2014. Aias, Aiop, Anisap, Anpric, Aris, Aspat, Anfass, Confapi Sanità, Confindustria Sanità, Coordinamento Onlus Agidae-Aris-Foai-Giffas, Federlab, Fras, Nova Campania.



REGIONE

Sanità, quanto costano le cause

QUASI UN MILIARDO e 200 milioni di euro accantonati per contenziosi in Sanità, all'Asl Napoli 1 il record di controversie giudiziarie con una cifra di 154,5 mln oltre il 21 per cento dell'ammontare complessivo delle diciassette Aziende sanitarie, ospedaliere e istituti di ricerca della Campania. I dati del terzo trimestre del 2014 riaccendono l'allarme su un fenomeno che, no-

nostante il rigido piano di rientro portato avanti dal governo Caldoro, continua a rappresentare la vera mina vagante dell'intero sistema. La conferma giunge dall'attività di "due diligence" realizzata dal sub commissario Ettore Cinque su tutto il contenzioso esistente presso le Aziende Sanitarie e la Gestione Sanitaria Accentrata.

••• **pagina 10**

REGIONE. 1

Sanità, le cause costano 1,2 miliardi l'anno

ECCO I RISULTATI DELL'ATTIVITÀ DI "DUE DILIGENCE" REALIZZATA DAL SUB COMMISSARIO ETTORE CINQUE SUI CONTENZIOSI GIUDIZIARI DI ASL E OSPEDALI PALAZZO SANTA LUCIA METTE IN PISTA UN POOL PER IL MONITORAGGIO DELLO STATO DEI RISCHI DEL SISTEMA E LA RACCOLTA DEI NUMERI IN UN DATA BASE

DI FRANCESCO AVATI

QUASI UN MILIARDO e 200 milioni di euro accantonati per contenziosi in Sanità, all'Asl Napoli 1 il record di controversie giudiziarie.

I dati del terzo trimestre del 2014 riacendono l'allarme su un fenomeno che, nonostante il rigido piano di rientro portato avanti dal governo Caldoro, continua a rappresentare la vera mina vagante dell'intero sistema.

La conferma giunge dall'attività di "due diligence" realizzata dal sub commissario **Ettore Cinque** su tutto il contenzioso esistente presso le Aziende Sanitarie e presso la Gestione Sanitaria Accentrata.

Il fondo rischi

I numeri che si ricavano dallo studio effettuato sono preoccupanti. Al terzo trimestre 2014 il fondo rischi del

Sistema Sanitario Regionale consolidato, risultante dagli accantonamenti nei singoli bilanci, supera di gran lunga il miliardo, precisamente 1.127.949.000 di euro.

Di questi 181.699.000 euro in contenzioso riguardano la spesa e le tariffe, 77.629.000 euro il personale dipendente e convenzionato, 183.526.000 euro il ritardato o mancato pagamento, 685.095.000 euro gli altri rischi.

Male Napoli, ok il Sannio

Ancor più significativi sono i dati disaggregati per ente (vedi tabelle in pagina).

Sul totale di 726.533.918,87 euro relativo alle diciassette Aziende sanitarie, ospedaliere e istituti di ricerca della Campania l'Asl Napoli 1 è quella che porta in bilancio la cifra maggiore, 154.507.000,00 euro, oltre il 21% dell'ammontare complessivo. Seguono a debita distanza l'Asl di Caserta con 92.121.210,00 euro, l'Aou Federico II con 85.735.000 euro e l'Asl di Salerno con 81.021.263,70 euro.

Meno problemi giudiziari hanno le due Aziende sanitarie delle aree interne -

quella di Benevento è la più virtuosa con 18.884.005,00 - e soprattutto gli ospedali. Tra questi, sorprende che il Cardarelli apposti in bilancio una cifra più bassa rispetto a quella di realtà ospedaliere più piccole, "solo" 10.125.000 euro.

Non lascia invece stupiti il fatto che sia ancora una volta una struttura sannita a consegnare i dati del fondo rischi più contenuti (il Rummo con 3.081.000,00 euro).

L'organismo di monitoraggio

Sulla base di questi numeri, che si sommano ai 401.414.000,00 euro della Gestione Sanitaria Accentrata, il commissario **Stefano Caldoro** ha deciso di approvare un nuovo decreto, il 148 recentemente pubblicato sul Burc, per istituire "l'organismo regionale per il governo e monitoraggio dello stato dei rischi del Sistema Sanitario Regione".

Obiettivo è quello di tenere sotto controllo i conti, o meglio l'adeguatezza del fondo rischi rispetto "non solo alla stima delle diverse passività potenziali, ma anche al grado di esigibilità delle partite creditorie iscritte all'attivo".

Nasce il database del contenzioso

Con il supporto e la collaborazione dell'Advisor contabile, le attività del pool formato da dirigenti di alcune aziende e dell'assessorato saranno indirizzate alla "condivisione e adozione di specifici strumenti finalizzati all'analisi e monitoraggio dei contenziosi". Uno di questi è la "raccolta analitica dei dati del contenzioso" attraverso "la compilazione di un Data Base", a carico di tutte le Aziende, "opportuna-mente strutturato, in cui riportare il dettaglio delle informazioni per singolo contenzioso e delle relative movimentazioni del fondo rischi".

Il trattamento dei dati

L'aggregazione dei dati così reperiti sarà strutturata per tipologia di contenzioso e controparte. Terrà conto cioè che "il fondo rischi è relativo principalmente ai contenziosi tra gli Enti del Sistema sanitario



Ettore Cinque

regionale con le strutture private convenzionate e accreditate con il Ssr per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, con il personale dipendente e non dipendente per le

questioni giurislavoristiche, con gli altri soggetti pubblici o privati per le altre forme di contenzioso".

Gli altri compiti del pool

La squadra di monitoraggio avvierà un'analisi comparata dei comportamenti contabili tenuti dalle diverse Aziende nei confronti di specifiche fattispecie di contenzioso e un esame delle movimentazioni dei fondi rischi sulla base del rischio di soccombenza e della percentuale di copertura delle passività potenziali. Nel mirino anche "i contratti di assicurazione in essere presso le Aziende" e "la congruità del fondo rischi in relazione alla copertura assicurativa aziendale".

Quanto ai contenziosi, questi saranno esaminati "sotto vari punti di osservazione". Si valuterà per esempio la difficoltà di risoluzione, la tipologia di contenzioso, l'entità in termini di rischio di questi, l'incidenza del contenzioso sui fatti di gestione ordinaria. Lo studio mirerà anche a identificare "le tipologie di contenziosi da monitorare puntualmente e con maggiore frequenza" e a definire "misure specifiche per la risoluzione di casistiche particolari portate all'attenzione da parte dei referenti delle singole Aziende Sanitarie".

La costruzione di azioni comuni

Il tutto servirà alla definizione "a livello centrale di azioni comuni, programmi, procedure da adottare per la gestione di categorie omogenee di contenziosi, anche attraverso l'analisi congiunta di recuperabilità ed esigibilità di specifiche partite creditorie". A tal fine l'organismo potrà tenere contatti diretti con le Aziende Sanitarie del Sistema sanitario regionale, ed effettuare sopralluoghi presso le sedi aziendali. ●●●

Gli accantonamenti per il fondo rischi

FONDO RISCHI DEL SSR	EURO
Spesa e le tariffe	181.699.000
Personale dipendente e convenzionato	77.629.000
Ritardato o mancato pagamento	183.526.000
Altri rischi	685.095.000
TOTALE	1.127.949.000

La ripartizione per Asl e Ospedali (dati in euro)

Asl Avellino	51.755.000,00
Asl Benevento	18.884.005,00
Asl Caserta	92.121.210,00
Asl Napoli 1 Centro	154.507.000,00
Asl Napoli 2 Nord	39.807.700,94
Asl Napoli 3 Sud	71.788.000,00
Asl Salerno	81.021.263,70
A.O. Cardarelli	10.125.000,00
A.O. Santobono	17.495.000,00
A.O. dei Colli	25.479.000,00
A.O.U. Salerno	16.797.985,00
A.O. Avellino	17.419.000,00
A.O. Benevento	3.081.000,00
A.O. Caserta	12.128.000,00
A.O.U. Sun	19.519.000,00
A.O.U. Federico II	85.735.000,00
IRCCS Pascale	8.870.754,23
Totale AA.SS.	726.533.918,87
Gestione sanitaria accentrata	401.414.000,00
TOTALE Consolidato Sanità	1.127.947.918,87

Sul totale di 726,5 mln relativo alle diciassette Aziende sanitarie, ospedaliere e istituti di ricerca della Campania l'Asl Napoli 1 è quella che porta in bilancio la cifra maggiore, 154,5 mln, oltre il 21% del totale

Il nuovo organismo di monitoraggio

Antonio Postiglione, staff della Direzione Generale (avrà funzioni di coordinatore)

Giancarlo Favro Ghidelli, dirigente UOD Economico Finanziaria

Marianna Oliva, funzionario dell'Assessorato alla sanità

Alessia Cifaldi, funzionario dell'Assessorato alla Sanità

Eduardo Barone, dirigente UOD Sanità per l'Avvocatura Regionale

Monica Laiso, Gabinetto della Presidenza

Salvatore Guetta, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona

Guglielmo Manna, AORN Santobono

Germano Perito, AO dei Colli

Carlo Esposito, Asl Na3 Sud

Maria Fiocco, Asl Salerno

Genoveffa Vitale, Asl Na1 Centro

La partecipazione dei componenti all'organismo regionale sarà a titolo gratuito

Nando Santonastaso

La spending review? Provare a capire di cosa si parla, osservando i dati resi noti ieri dal servizio di politiche economiche e territoriali della Uil su finanza locale e risparmi negli enti pubblici, è tutt'altro che facile. Perché non solo si ha la conferma - come anticipato ieri - che il peso delle tasse locali è aumentato (siamo a quota 966 euro a testa, neonati compresi, 54 euro in più nel triennio 2012-2014: che non è affatto poco) e che il combinato disposto di tasse sulla casa, addizionali Irpef, bollo auto, tariffe sui rifiuti e sui servizi fino all'imposta sulla responsabilità civile ha permesso al fisco di incassare lo scorso anno ben 58,7 miliardi di euro (3,3 in più rispetto al 2013). Ma si ha anche la riprova che la spesa corrente di Regioni, Comuni, Provincie e Asl, alla quale concorrono le imposte locali e i trasferimenti dallo Stato, non è affatto diminuita. Tutt'altro: è passata, scrive la Uil a quota 225 miliardi di euro, con un incremento tra 2012 e 2014 di altri 9 miliardi. Colpa del costo del personale, come si sarebbe portati a credere? Il dossier del sindacato, coordinato dal segretario confederale Guglielmo Loy, dimostra


Le tariffe
In tre anni sono saliti gli importi di addizionali bollo auto Rc auto e tasse casa

il contrario: la spesa degli statali tra blocco dei turn over e mancato rinnovo dei contratti è diminuita. La sua incidenza sul totale della spesa corrente è scesa dal 28,1% al 25,4%. Il che, in termini monetari, vuol dire un «risparmio» di 3,7 mi-

liardi nel 2014 rispetto all'anno precedente, con punte record nelle Province (meno 27,1%) e valori significativi anche nei Comuni (meno 6,5%) e nella sanità (meno 4,8%).

Un dato omogeneo a tutta la Penisola? No, ci sono differenze importanti. Nella sanità ad esempio: la maggiore riduzione della spesa del personale di questo comparto si è realizzata in Campania, una delle Regioni costrette alla cura dimagrante per eccesso di deficit nella sanità e ora in grado di rivedere la luce, come più volte

Differenza della spesa del personale comparto sanità | Anni 2012-2014

	Diff. 2012/2013 valori assoluti	Diff. 2013/2014 valori assoluti	Diff. 2012/2014 valori assoluti	Diff. 2012/2013 in percentuale	Diff. 2013/2014 in percentuale	Diff. 2012/2014 in percentuale
 Piemonte	46.940.000	-139.684.000	-92.744.000	1,5	-4,5	-3,0
Valle d'Aosta	-843.000	860.000	17.000	-0,7	0,7	0,0
Lombardia	-86.209.000	-80.715.000	-166.924.000	-1,6	-1,5	-3,1
Liguria	-6.623.000	-7.486.000	-14.109.000	-0,6	-0,6	-1,2
Bolzano	-7.785.000	-4.598.000	-12.383.000	-1,3	-0,8	-2,1
Trento	3.155.000	-3.998.000	-843.000	0,7	-0,9	-0,2
Veneto	13.170.000	-49.949.000	-36.779.000	0,5	-1,7	-1,3
Friuli Venezia Giulia	-4.065.000	32.255.000	28.190.000	-0,4	3,2	2,8
Emilia Romagna	-12.632.000	-28.780.000	-41.412.000	-0,4	-0,9	-1,3
Toscana	-57.815.000	-4.682.000	-62.497.000	-2,2	-0,2	-2,3
Umbria	-33.332.000	-64.646.000	-97.978.000	-5,0	-10,2	-14,7
Marche	-29.392.000	-70.173.000	-99.565.000	-2,6	-6,5	-8,9
Lazio	-95.249.000	-151.603.000	-246.852.000	-3,2	-5,3	-8,3
Abruzzo	53.890.000	-19.920.000	33.970.000	6,7	-2,3	4,2
Molise	-6.075.000	4.060.000	-2.015.000	-2,8	1,9	-0,9
Campania	-432.336.000	-97.894.000	-530.280.000	-13,3	-3,5	-16,3
Puglia	-111.732.000	49.445.000	-62.287.000	-5,0	2,3	-2,8
Basilicata	-17.413.000	-3.683.000	-21.096.000	-4,4	-1,0	-5,3
Calabria	13.819.000	-165.650.000	-151.831.000	1,0	-12,3	-11,4
Sicilia	-149.819.000	-95.232.000	-245.051.000	-4,9	-3,3	-8,0
Sardegna	41.605.000	-34.306.000	7.299.000	3,5	-2,8	0,6
TOTALE	-878.791.000	-936.379.000	-1.815.170.000	-2,3	-2,5	-4,8

Fonte: Uil

centimetri

Il dossier

Sanità, spesa per il personale in Campania il picco dei tagli

Allarme Uil: siamo a -16%. Caldoro: conti risanati, ora le assunzioni

spiegato dal governatore Caldoro: un meno 16,3% che è quasi quattro volte la media nazionale (meno 4,8%) e che in valori assoluti viene calcolato dalla Uil (le cui valutazioni si basano sui dati Siope e sui bilanci degli enti locali) è di circa 530 milioni di euro. Dietro, ci sono l'Umbria (-14,7%) e la Calabria (-11,4%). Per il sindacato è la dimostrazione di quanto sia sbagliato imputare al personale l'eccesso di spesa (alias di sprechi) che dalla sanità agli altri settori del pubblico impiego viene fuori anche da questo dossier. «Le spese del personale sono passate - dice Loy - in tre anni dai mille euro medi pro capite (neonati com-

presi) ai 940 euro del 2014». Eppure la spesa corrente, come detto, pagata dai cittadini con imposte e tasse locali, continua a correre che è un (dis)piacere: l'addizionale Irpef regionale è aumentata lo scorso anno di 20 euro a testa (da 180 si è passati in media a 200 euro), il bollo auto è costato 101 euro in media con un incremento del 12,6%, e una percentuale più o meno analoga ha riguardato l'Rc auto.

E ancora: le tariffe dei rifiuti sono salite di altri 3 euro (da 126 a 129 euro) mentre le addizionali comunali Irpef in tre anni sono salite di altri 10 euro in media, da 61 a 71. Che c'entrano i lavoratori, dice sostanzialmente

la Uil? «Sul taglio della spesa corrente abbiamo fatto molto più di altre regioni - dice il governatore della Campania, Caldoro -. Abbiamo eliminato il colesterolo cattivo. Sulla sanità possiamo dire di avere svolto un grande lavoro. Adesso però bisogna passare alla fase degli investimenti. Sulle strutture e soprattutto con le assunzioni». Insomma, di risparmi e tagli non si può sopravvivere, specie dopo che la strada del risanamento dei conti - ancorché discussa dai sindacati, e proprio dalla Uil regionale in particolare - ha dimostrato di funzionare.

Il nocciolo resta però resta quello di sempre: ridurre il peso delle imposte locali senza far venir meno ulte-

riormente la qualità dei servizi pubblici che anche (ma non solo) a causa della crisi è andata diminuendo, specie nelle regioni meridionali. Basta rileggere i dati pubblicati di recente da Confcommercio: tra il 2011 e il 2014 «le tasse locali sono cresciute dai 28,7 miliardi del 1995 ai 104,7 miliardi del 2014, e in media ogni famiglia italiana spende 4.200 euro per tasse locali. Le tasse locali, in particolare, sono più che raddoppiate in 10 anni, visto che sono passate dal 2,9% del Pil al 6,5% e che incidono per il 14,8% sul totale dei tributi e contributi (erano al 6,9% nel 1995)». Una crescita dovuta come detto al taglio dei trasferimenti a cui non ha corrisposto un'analoga riduzione della pressione fiscale dal centro, che è anzi cresciuta passando dal 22,7% del Pil nel 1995 al 23,6% nel 2014. Con la conseguenza di aumentare la pressione fiscale complessiva: dal 42,2% del Pil nel 1995 al 43,8% nel 2014. Inutile quasi aggiungere che a pesare sono state soprattutto le tasse sugli immobili, più che raddoppiate negli ultimi tre anni: tra il 2011 e il 2014 gli italiani hanno pagato 31,88 miliardi di tasse sulle «case» (+115,4%). E la cifra, ha profetizzato Confcommercio, non è destinata a scendere nel 2015.

«Sui contribuenti italiani - denuncia lo studio dell'organizzazione guidata da Carlo Sangalli - pesa oggi il rischio di una ulteriore stangata fiscale da 72 miliardi di euro nel triennio 2016-2018, se dovessero scattare le

clausole di salvaguardia contenute nella legge di stabilità 2015, che potrebbero far aumentare, tra l'altro, anche le aliquote Iva, con pesanti conseguenze per tutti i cittadini consumatori».

Un'ipotesi, d'accordo, che però fa capire una volta di più che la questione fiscale va presa di petto e affrontata con il rigore e il buon senso che questi numeri impongono. Perché il livello di guardia è stato ormai superato: e non può bastare il venticello della ripresa a illudere che il carico fiscale non pesi più.

I conti

Nonostante la spending review continuano a crescere le uscite degli enti

SANITÀ: TROPPI 2,3 MILIARDI DI TAGLI



Il taglio di 2,352 miliardi di euro al Servizio sanitario nazionale per l'anno 2015 sancito da Governo e Regioni fa paura alle associazioni di pazienti e alle aziende del farmaco. «Con questa scelta purtroppo il Ssn dovrà contare per la farmaceutica su circa 220 milioni di euro in meno rispetto al 2014, che diventano 500 milioni in meno se si considera anche il taglio alle risorse per l'edilizia sanitaria. Il tutto verrà scaricato ancora una volta sui redditi delle famiglie» spiega Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato Cittadinanzattiva. Il risultato sarà, secondo l'associazione, quella di acuire i problemi delle persone: Livelli Essenziali di Assistenza sempre meno garantiti, taglio dei servizi e compressione di diritti e tutele. Protestano anche i medici dell'Anaa Assomed, insieme a Fp Cgil e Fp Cgil Medici: «Ai 31 miliardi di tagli dei Governi Berlusconi e Monti se ne aggiungono altri 2 con il Governo Renzi, altro che cambiare verso. Un atto di irresponsabilità».

Analisi dei costi

Diminuisce il personale ma la spesa aumenta

Il blocco del turnover del personale sanitario, utilizzato per contenere i costi, li ha fatti invece lievitare, almeno nell'area dell'emergenza territoriale 118. È quanto emerge dallo studio pilota realizzato dal Laboratorio della Fiaso, Federazione di Asl e Ospedali pubblici, in collaborazione con l'Università di Trento, che ha analizzato in questa prima fase i costi delle attività di soccorso con autoambulanze e autovetture in quattro Regioni campione — Lazio, Lombardia, Basilicata ed Emilia Romagna —, per un totale di oltre 20 milioni di potenziali utenti.

«In tempi di spending review, in cui si parla sempre più di riorganizzazioni e accorpamenti — spiega Francesco Ripa di Meana, presidente di Fiaso — abbiamo provato a individuare un costo standard di riferimento per unità di produzione che tenga conto della qualità del servizio, in modo da fare meglio con meno risorse».

I ricercatori hanno confrontato per la prima volta i diversi modelli organizzativi delle quattro Regioni (vedi box in alto) e poi analizzato e confrontato gli elementi comuni, calcolando i costi reali sostenuti per garantire i servizi di soccorso con autovettura e autoambulanza, comprese tutte le variabili che permettono al 118 di funzionare: dai mezzi di soccorso alle dotazioni tecnologiche e sanitarie, al personale di volta in volta a disposizione (medici, infermieri, autisti soccorritori).

Sono poi stati individuati tramite il supporto di un algoritmo i costi standard di riferimento per ciascuna «unità di produzione». Per esempio, è di 3,9 euro il costo orario individuato per l'ambulanza, 3 euro l'ora per l'auto medica, 2 euro per le dotazioni tecnologiche, 5,8 per i costi di struttura e 0,7 per il materiale sanitario.

La voce «personale», come prevedibile, è risultata la più onerosa: il costo standard è di

21,8 euro l'ora per un barelliere, 29,9 euro per un infermiere, 72,9 per un medico. Complessivamente incide per il 75-89% sui costi totali, anche a causa del blocco del turnover: aumentando l'anzianità media di servizio e obbligando a ricorrere a straordinari e turni aggiuntivi, crescono anche stipendi e indennità.

Lo studio ha preso in esame anche i possibili scostamenti dal costo standard. «Si spiegano con la particolarità di alcuni servizi — afferma Ripa di Meana —. C'è chi ha scelto di puntare sulla presenza fissa dell'infermiere, chi di impiegare volontari nelle unità mobili: anche per i servizi di emergenza ogni realtà locale ha un sistema peculiare». Le Regioni hanno da sempre Sistemi 118 diversi. Ci sono Regioni in cui il sistema di soccorso è organizzato su base provinciale, mentre altre, come Lazio e Lombardia, in cui è affidato ad Aziende regionali; in alcune c'è una presenza storica del volontariato per le unità mobili, in altre si usa soprattutto personale dipenden-

Riduzioni

Al blocco del turnover per il personale dipendente consegue l'aumento dell'anzianità media di servizio e il ricorso a straordinari e a turni aggiuntivi. Il risultato finale è che crescono anche stipendi e indennità

te. Dallo studio di Fiaso emerge che si risparmia, com'è ovvio, con l'impiego di volontari (formati per il primo soccorso), come pure fanno diminuire i costi sia le gare uniche aziendali per gli acquisti e la manutenzione sia l'utilizzo di centrali di acquisto a livello regionale e nazionale.

«La metodologia messa a punto dal gruppo di lavoro, composto da oltre quindici tra professionisti e ricercatori, può essere usata da altre Regioni o Aziende per calcolare i costi dei servizi e paragonarli con quelli individuati dalla ricerca — sottolinea Walter Locatelli, direttore generale dell'Asl di Milano e responsabile del laboratorio, come vicepresidente Fiaso —. Lo studio, quindi, offre uno strumento di confronto di esperienze, per risparmi reali senza dover intervenire con tagli lineari che minano la qualità del servizio». La ricerca continua con l'analisi delle centrali operative del 118 e del servizio di elisoccorso.

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per saperne di più
Il Manifesto presentato dalla Fed. it. med. emergenza-urgenza alla Commissione igiene e sanità del Senato
www.fimeuc.org

Confronto In ciascuna Regione un modello diverso

La Federazione italiana Asl e Ospedali pubblici, Fiaso, ha esaminato i modelli organizzativi dell'emergenza di quattro Regioni. In **Lombardia** c'è l'Azienda regionale emergenza-urgenza, Areu. «L'uso di volontari nelle unità mobili non solo contribuisce a un risparmio di 80 milioni di euro l'anno — dice Alberto Zoli, direttore generale Areu — ma assicura anche la presenza più capillare di unità mobili (350) per circa 10 milioni di abitanti». Nel **Lazio** c'è l'Azienda

regionale emergenza sanitaria, Ares. «Qui — dice la direttrice, Maria Paola Corradi — l'infermiere su ogni unità mobile comporta costi più elevati ma punta a un servizio di qualità». In **Basilicata** per l'emergenza preospedaliera c'è il Dipartimento interaziendale regionale emergenza sanitaria, Dires: usa ambulanze del servizio sanitario, senza volontari. «Nella centrale del 118 c'è anche la guardia medica di Potenza, coinvolta quando non serve un soccorso urgente» spiega il direttore di Dires, Libero Mileti. In **Emilia Romagna** il 118 ha tre centrali e convivono tre modelli organizzativi, con o senza volontari sui mezzi. «Per primi abbiamo avuto un sistema d'accreditamento del servizio emergenza, volontari compresi — dice Marco Vigna, dell'assessorato Politiche per la salute —. L'integrazione tra emergenza preospedaliera e ospedaliera favorisce percorsi assistenziali già prima dell'arrivo in ospedale».

M. G. F.

Sanità, assistenza sociale e istruzione dove vanno a lavorare le donne manager

A FORNIRE UNA FOTOGRAFIA DI QUELLE CHE SONO LE PROFESSIONI A FORTE PRESIDIO FEMMINILE È MANAGERITALIA. LA MINORE PRESENZA È NELL'IMMOBILIARE, NEL NOLEGGIO, NELL'INFORMATICA, NELLA RICERCA E NEI SERVIZI CON IL 18,5%, MENTRE NELLE ATTIVITÀ FINANZIARIE IL 13,3%

Stefania Pescarmona

Sanità, assistenza sociale e istruzione. Sono queste le principali attività che vedono una forte presenza femminile, con donne in prima fila nelle posizioni di manager. E questo, non solo nel settore pubblico, ma anche nel privato. A fornire una fotografia di quelle che sono le professioni a forte presidio femminile è Manageritalia che, parlando del solo settore privato, evidenzia un mondo in cui le donne rappresentano oltre il 40% del totale dei dirigenti sia nell'ambito della sanità e assistenza sociale sia nell'istruzione. Nettamente più distanziate le altre attività: nell'immobiliare noleggiate, informatica, ricerca e servizi alle imprese sono infatti il 18,5%, mentre nelle attività finanziarie il 13,3%. Simile tendenza, ma con percentuali ancora più elevate, si ritrova tra i quadri, dove le donne battono addirittura gli uomini (50,8%) nel comparto sanità e assistenza sociale. "Non c'è dubbio che ci siano settori più femminili, come sanità, assistenza sociale e istruzione, mentre l'industria e le costruzioni sono la maglia nera", dichiara Marisa Montegiove, coordinatrice gruppo Donne Manager di Manageritalia. Analizzando poi gli ultimi 5 anni, risulta che "dal 2009 al 2013 le donne dirigenti sono cresciute del 61% nella sanità privata e del 12,8% nelle attività finanziarie", prosegue Montegiove. Ma, a riprova dello slancio della femminilizzazione dei vertici, le donne sono aumentate anche nelle attività manifatturiere (+8,5%, contro il -8,1% degli uomini) e nella estrazione di minerali (+8,5%). "Un po' tutti si stanno accorgendo che in un mondo multiforme per competenze serve diversità", prosegue Montegiove, che però precisa che "la parità deve andare di pari passo con il merito".

Guido Carella, presidente Manageritalia, si sofferma poi sull'importanza della flessibilità. "In un mondo del lavoro sempre più complesso e privo di orari, luoghi e prassi standardizzate, la flessibilità - spiega - deve essere biunivoca, tra azienda e collaboratori, e integrare al meglio le esigenze del lavoro e della vita privata".

In ogni caso, oltre ai classici settori, le donne stanno avanzando anche nel mondo tecnologico e dell'ingegneria. "In dieci anni, le donne ingegnere sono aumentate del 65%, passando da quota 40 mila nel 2004, a centomila nel 2013 - spiega Ania Lopez, consigliere del Consiglio Nazionale degli Ingegneri (Cni) - Una crescita che si manifesta in duplice modo: ricoprendo un maggior numero di posizioni di rilievo sia all'interno delle società sia all'interno degli ordini professionali, dove le iscritte agli albi sono oggi il 13%".

Nel campo tecnologico, invece, un classico esempio è dato da Microsoft Italia, dove il leadership team è composto al 50% da donne e dove la società è andata oltre quelle che erano le etichette per alcuni ruoli. "Da noi, solo per fare un esempio, il Direttore public sector e il Direttore affari legali, ruoli che in passato erano ricoperti prevalentemente da uomini, sono ora affidati a donne", dichiara Pino Mercuri, direttore HR di Microsoft Italia, che poi aggiunge che, a fronte comunque di un di-

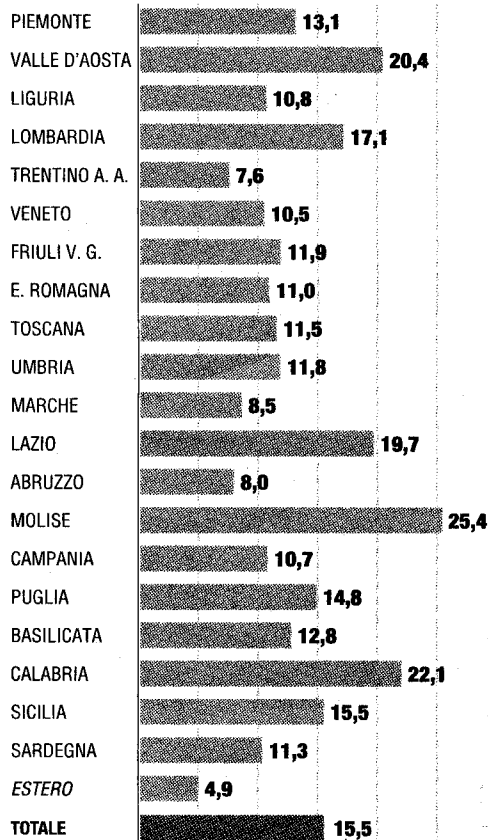
scorso basato sulla meritocrazia, la *gender diversity* viene monitorata sia nella fase di selezione, dove c'è sempre una donna in *shortlist*, sia nel caso di promozioni all'interno dell'azienda. "Certamente, siamo stati avvantaggiati dalla tecnologia, che ha aiutato le donne a esprimere tutto il loro potenziale, grazie anche allo *smart working* (lavoro flessibile, ndr) e a un sistema basato sulla meritocrazia, che ci permette di essere da anni, in Italia come all'estero, ai primi posti delle classifiche di *Great Place to Work*", conclude Mercuri.

"La meritocrazia è un elemento su cui non si transige", prosegue poi Cristina Spagna, managing director di Kilpatrick Executive Search, che interpellata sulle figure aziendali più ricoperte dalle donne manager ha risposto: "Da sempre, ai primi posti troviamo l'ambito amministrativo/contabile, anche se qualcosa si sta muovendo nel marketing, direzione umane e nel settore commerciale, soprattutto nel mondo farmaceutico e della ricerca e sviluppo". Stando ai dati di Manageritalia, nell'amministrazione, finanza e controllo lavorano il 18,3% delle donne dirigenti e il 16% delle donne quadro, comparto preceduto solo dall'area riguardante il general management, dove opera oggi il 26% delle donne dirigenti (in forte crescita dal 15% del 2008) e il 13,65% delle donne quadro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA -

LA DISTRIBUZIONE REGIONALE

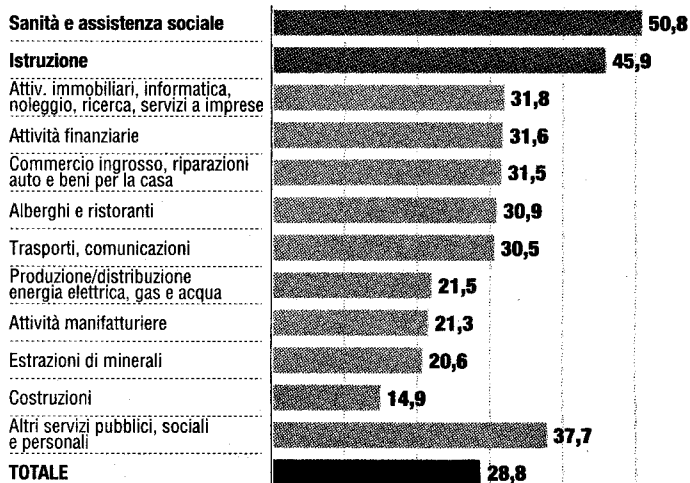
Dirigenti donne in % sul totale, dati 2013



Fonte: elaborazioni Manageritalia su dati Inps

I SETTORI DOVE LE DONNE PESANO DI PIÙ

In % sul totale, dati 2013



Fonte: elaborazioni Manageritalia su dati Inps

S. DI MEO

Lavori in corso per riorganizzare la rete dei servizi in tutta Italia

Riorganizzare la rete dell'emergenza-urgenza: dalle centrali operative 118, ai punti di primo intervento, fino ai diversi tipi di Pronto soccorso. È tra gli obiettivi del Regolamento sulla definizione degli standard ospedalieri (frutto dell'intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni lo scorso agosto), in via di pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.

Per le Centrali operative è previsto un bacino di utenza non inferiore a 600 mila abitanti (o almeno una per Regione); i Pronto soccorso saranno riorganizzati oltre che per bacini di utenza anche per volumi di attività (numero annuo di prestazioni), esiti delle cure e

competenze, con Dea-Dipartimenti di emergenza accettazione di primo e secondo livello, questi ultimi per patologie complesse e alte specialità: per esempio, centro trapianti, cardiocirurgia, centro ustioni.

«La rete dell'emergenza-urgenza è l'architrave, in quanto indirizza i pazienti, a seconda della gravità, verso gli ospedali sede dei Dea — commenta Francesco Enrichens, esperto per l'area dell'emergenza di Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali —. L'appropriatezza a livello organizzativo significa risparmio di risorse, che potrebbero essere reinvestite per migliorare altri aspetti critici dell'assistenza».

All'Agenas, dice il direttore generale Francesco Bevere, spetterà «un ruolo chiave nel promuovere azioni di miglioramento sia per la qualità e la sicurezza delle cure, sia per la revisione dei modelli organizzativi delle reti specialistiche, comprese quelle dell'emergenza-urgenza, neonatologiche e dei punti nascita. L'Agenzia coordinerà la revisione periodica delle soglie di volume e di esito delle attività cliniche, aggiornando periodicamente i dati (che saranno resi pubblici) sull'associazione tra quantità di casi trattati e qualità delle cure prestate».

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

【IL TERMOMETRO DELLA SALUTE】

Assistenza sanitaria territoriale Così la Regione riorganizza la rete

RIVOLUZIONE in tema di assistenza sanitaria. 250 Unità complesse di cure primarie 7 giorni su 7: è la riforma del sistema territoriale di cure presentata da **Stefano Caldoro**, presidente della Regione Campania. Medici di famiglia, della continuità assistenziale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali opereranno in queste strutture con ambulatorio infermieristico e altri servizi di primo livello. Entro 60 giorni saranno operative. Tre le tipologie di Unità complesse di cure primarie: a sede unica con una popolazione non superiore a 30 mila abitanti e con almeno 20 medici di Medicina generale; in rete con almeno 5 mila assistiti e 10 medici; sistema "hub and spoke" con meno di 15 mila assistiti e 15 medici. Per le Uccp saranno utilizzate strutture dismesse delle Asl e gli investimenti sono legati soprattutto al personale. Queste unità permetteranno di eliminare le attese ai pronto soccorso perché i codici bianchi e verdi potranno rivolgersi a queste strutture.

...

IL RAPPORTO medico-paziente per una relazione terapeutica: il meccanismo di transfert è stato al

centro dell'incontro svoltosi ieri nell'Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino, organizzato da **Alfonso Leo**, psicoanalista e dirigente medico dell'Unità Operativa di Neurologia dell'ospedale. "Si è dibattuto per secoli sull'amore, si è parlato dell'insegnamento come il riempire dei vasi e, in medicina, della scienza che insegna al paziente a raggiungere e preservare la propria salute. Ma tutte queste attività si svolgono sotto transfert. Parlare di transfert è parlare d'amore", spiega Leo.

...

APPROVATO con decreto del presidente della Regione Campania **Stefano Caldoro**, commissario di governo per la Sanità, l'elenco dei centri autorizzati a prescrivere il farmaco "Sovaldi" (sofosbuvir) per la cura dell'epatite cronica C. Le strutture sono complessivamente 25, di cui 3 ad Avellino, 1 a Benevento, 4 a Caserta, 12 a Napoli e 5 a Salerno. Il decreto attua la determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco, che ha determinato i termini di rimborsabilità del medicinale, soggetto a prescrizione medica limitativa.

Sanità, l'assistenza territoriale va in rete

LA RETE TERRITORIALE di assistenza sanitaria si riorganizza: 250 Unità complesse di cure primarie, aperte 24 ore al giorno, 7 giorni su 7. È la riforma del sistema territoriale di cure che già oggi parte in Campania.

Medici di famiglia, della continuità assistenziale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali sono le figure che opereranno all'interno di queste strutture che saranno dotate di un ambulatorio infermieristico e altri servizi di primo livello. Entro sessanta giorni le strutture saranno pienamente operative, con partenza immediata per la fase esecutiva.

Sono previste tre differenti tipologie di Unità complesse di cure primarie, Uccp: a sede unica (modello metropoli-

tano) con una popolazione non superiore a 30 mila abitanti e con almeno 20 medici di Medicina generale; in rete (modello rurale e montano, a bassa densità abitativa) con almeno 5 mila assistiti e 10 medici; sistema 'hub and spoke' (modello sub-urbano), con meno di 15 mila assistiti e 15 medici.

Per le Unità complesse di cure primarie saranno utilizzate strutture dismesse delle Asl e i principali investimenti sono legati soprattutto sul personale.

La nascita di queste unità permetterà di eliminare le attese ai pronto soccorso perché i pazienti 'meno gravi' (ossia codici bianchi e verdi) potranno rivolgersi a queste strutture.

Con il nuovo sistema di cure territoriali, sarà possibile

garantire la continuità dell'assistenza è una integrazione tra ospedale e territorio, la gestione integrata dei pazienti attraverso i percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici e l'integrazione tra sociale e sanitario.

Le Unità complesse di cura consentiranno, inoltre, di potenziare l'assistenza domiciliare e sarà possibile attivare gli Ospedali di Comunità che permetteranno di ricoverare i pazienti dimessi dagli ospedali, ma che non possono rientrare nelle loro famiglie per la difficoltà di avere la giusta assistenza.

"Una riforma strutturale, non un provvedimento singolo". Il presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro, parla così della riorganizzazione della rete delle cure primarie sul territorio, pre-

sentata oggi insieme con gli Ordini dei medici delle 5 province regionali. "Un presidio sanitario sul territorio - dice - e ci saranno degli effetti immediati sulle liste d'attesa e il rafforzamento delle cure domiciliari".

Soprattutto la riorganizzazione della rete delle cure primarie territoriali "non avverrà senza risorse". "Con un anno di anticipo la Regione Campania ha chiuso in ordine i propri bilanci relativi al piano di rientro - sottolinea - e quell'avanzo certificato lo utilizziamo per investire nel sistema sanitario".

"Il territorio è l'altra grande gamba fondamentale per la prevenzione, per fare buona sanità e dire al cittadino-paziente - sottolinea - che può rivolgersi a queste strutture quando non è necessario l'ospedale. Sappiamo che oltre il 60% di coloro che vanno in ospedale sono codici bianchi o verdi, possono fare riferimento a queste nuove strutture". La decisione di avviare la riforma della medicina di base "è stata discussa con gli attori che operano sul territorio".

Al momento i "protagonisti", come li definisce il governatore, "saranno i medici di famiglia", poi, "a regime, toccherà ai pediatri di libera scelta e gli specialisti". "Partiamo subito e siamo anche i primi che concludono questa grande riforma legata alla medicina di base. È una grande offerta sanitaria - conclude - con la quale il cittadino potrà avere servizi senza necessariamente recarsi in ospedale".





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Nomine sanità, commissioni in alto mare

La scelta dipenderà dalle alleanze politiche in vista delle regionali. Caldoro ora rischia lo spoils system

● Anna Liberatore

Le nomine dei vertici della sanità sono tra quelle più complicate e controverse su cui l'esecutivo Caldoro dovrà (o dovrebbe) decidere prima della scadenza del proprio mandato.

Tutto è ancora in alto mare. Le commissioni, ad esempio, sono state composte, ma gli incarichi non sono stati accettati formalmente da tutti. E' così per i tecnici che valuteranno i curricula degli aspiranti alla poltrona di direttore generale della Asl di Benevento. Qui, infatti, c'è stata una sostituzione, pubblicata sul Burc, un atto di designazione notificato, ma non ancora l'accettazione dell'incarico.

Il ruolo delle commissioni è cruciale: a loro toccherà scegliere, secondo i curricula e i punteggi di ciascun candidato, la cinquina tra

cui la giunta regionale pescherà il nome dei prossimi manager sanitari.

Tra i cinque entrerà di diritto, esclusivamente per la realtà di provenienza, il direttore generale uscente (a meno che non abbia ricevuto una valutazione negativa dalla regione sul triennio gestionale o abbiano raggiunto l'età pensionabile).

Sono otto i vertici da nominare in Campania.

Oltre alla Asl di Benevento e l'azienda ospedaliera Rummo, Caldoro dovrà riempire le caselle delle Asl di Napoli 2 e Napoli 3, Caserta, Avellino e quelle dell'istituto Pascale e del Cardarelli.

Mancano meno di 90 giorni dalla scadenza del mandato di Caldoro. Si vota, secondo le ultime indicazioni del Governo centrale, il prossimo 10 maggio.

Siamo all'interno del segmento dello spoils system. Significa che se Caldoro dovesse scegliere ora i nuovi dg, il prossimo governatore (qualora diverso da lui) potrebbe revocare gli incarichi e piazzare persone di propria fiducia. Anche se gli orientamenti, sul punto, non sono concordi.

Nel frattempo, dal 17 novembre scorso i poteri di guida delle aziende sanitarie sono detenuti (direttore facente funzione prima e commissario straordinario attualmente) da figure che hanno solo i poteri di ordinaria amministrazione.

**Avvicendamenti
I tecnici
che dovrebbero
designare la cinquina
tra cui pescare
i prossimi
direttori generali
non si sono ancora
incontrati**

