



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La riorganizzazione

Addio microstrutture, via agli accorpamenti dei laboratori

Il piano: aggregazione dei centri che effettuano ogni anno meno di 70mila prestazioni

L'unione fa la forza: per i piccoli laboratori di analisi della Campania la riorganizzazione della rete dei centri di analisi accreditati a portata di mano. In dirittura di arrivo il piano di riassetto avviato nel 2013. Cosa prevede il piano? Si parte dalle aggregazioni dei centri che effettuano meno di 70mila prestazioni annue, considerate una soglia minima di efficienza per garantire economie di scala e dunque reggere ai tagli delle tariffe stabilite negli ultimi anni. Ognuna di queste strutture è destinata a cambiare pelle ruotando attorno alle attività di un unico laboratorio centralizzato su cui saranno concentrate le tecnologie necessarie a garantire la qualità e il numero delle analisi, dalle più semplici come la glicemia, l'azotemia, alle più complicate e costose come quelle di genetica e biologia molecolare.

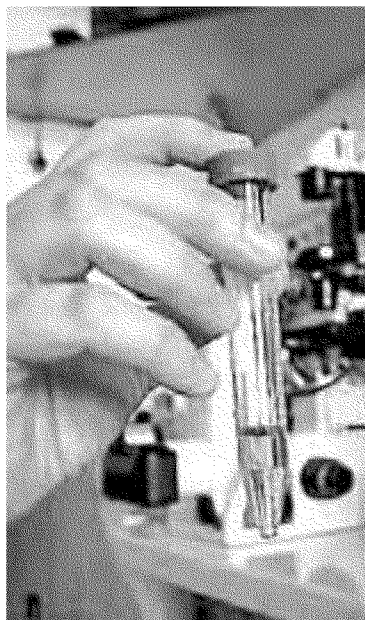
Un processo già concluso sul versante pubblico dei laboratori di Asl e ospedali. Allo stato attuale, stando a una nota inviata a fine anno dalla Regione a tutte le Asl, quello che manca sono i piani di attuazione della riforma in alcune Asl. In particolare a risultare inadempienti sono Avellino, Salerno e Napoli 1, mentre Caserta, Napoli 3, Napoli 2 e Benevento hanno già trasmesso, nei tempi previsti, i propri progetti di riorganizzazione a Palazzo Santa Lucia. Questo l'ultimo ostacolo per i laboratori territoriali che avrebbero dovuto concludere le aggregazioni entro il 31 dicembre del 2015. «La riorganizzazione della rete - avverte Pierpaolo Polizzi, presidente dell'associazione di categoria Aspat - procede in base alle linee guida nazionali secondo il modello cosiddetto Hub&Spoke. Ovvero tutti i piccoli laboratori che non effettua-

no almeno 70mila prestazioni annue devono aggregarsi con altri individuando un laboratorio centralizzato cui è deputata la fase analitica. I satelliti diventano centri prelievo ed effettuano la refertazione ovvero curano le fasi pre e post-analitica». L'obiettivo è abbattere i costi di esercizio e di personale implementando nuove tecnologie ad elevata automazione per migliorare la qualità ed abbattere i costi. A regime, ossia entro il 2017, la soglia minima di efficienza sarà ulteriormente innalzata a 200mila prestazioni annue (conteggiate tra quelle erogate in regime privato o per conto delle Asl). Attualmente, a fronte di circa 680 laboratori attivi in Campania circa 400 sono sotto la soglia delle 70mila prestazioni e quelle che raggiungono il livello di 200mila si contano sulle dita di una sola mano. «Le aggregazioni - aggiunge Polizzi - sono l'unico strumento per affrontare i tagli delle tariffe del 20 per cento previsti della legge Balduzzi che, aggiunti allo sconto del 18 per cento già praticato in Campania rispetto al vecchio tariffario Bindi, portano all'abbattimento del 38 per cento il budget per la laboratoristica in convenzione». Resta da sciogliere il rebus del tipo di aggregazione che sarà scelto dai laboratori. Nonostante l'ampia facoltà concessa dalla legge, la rete non è ancora definita.

Qui Federbiologi e FederAnisap propongono un modello chiamato «rete-contratto» che salvaguardi l'autonomia di ogni singolo laboratorio consentendogli di conservare la propria individualità non solo giuridica ma anche organizzativa e di personale lasciando ad ogni struttura la facoltà di effettuare anche la fase analitica. Un modello insostenibile secondo le altre associazioni di categoria avversato soprattutto dalla Federlab e dalla stessa Aspat. Un nodo non ancora sciolto e che ha già impegnato la Quinta commissione Sanità del Consiglio regionale guidata da Lello Topo e che spetterà al commissario Polimeni dirimere.

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli obiettivi

Abbattere parte dei costi di esercizio e di personale anche utilizzando le tecnologie

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 04 GENNAIO 2016

Campania. Asl Napoli 2 Nord, stop alle attività dei centri diabetologici

Stop, dal 1° gennaio del 2016, ai contratti di servizio tra l'Asl e una dozzina di centri territoriali specializzati nella cura del diabete. Nei giorni scorsi il provvedimento è stato esteso anche alle attività relative alla continuità assistenziale dei pazienti diabetici. I servizi di diagnosi e cura, a partire dalla prossima settimana, saranno dunque assicurati esclusivamente nelle strutture pubbliche.

Stop, dal 1° gennaio del 2016, ai contratti di servizio tra la Asl Napoli 2 nord e una dozzina di centri territoriali specializzati nella cura del diabete. La decisione è stata assunta, a ridosso di Natale, dal responsabile del servizio accreditamenti e controllo della spesa sanitaria della Asl. Nei giorni scorsi il provvedimento è stato esteso anche alle attività relative alla continuità assistenziale dei pazienti diabetici: ossia i controlli analitici, l'erogazione delle striscette per i rilievi della glicemia e la fornitura degli altri presidi per la somministrazione di insulina e l'autovalutazione dei pazienti. I servizi di diagnosi e cura, a partire dalla prossima settimana, saranno dunque assicurati esclusivamente nelle strutture pubbliche.

Sul piede di guerra ci sono le associazioni di categoria, segnatamente la Federlab e l'Aspat. Quest'ultima ha già fatto partire un atto di diffida legale a tutela dei pazienti dei cinque centri associati al sindacato di categoria. "L'attività di assistenza ai pazienti diabetici – avverte **Pierpaolo Polizzi**, presidente Aspat - va avanti da 10 anni, dal 2005 con contratti di servizio che prendono le mosse dalla mancanza di centri specialistici territoriali e dall'elevato numero di pazienti assistiti. Del resto tutti i direttori succedutisi nella guida della Asl hanno dovuto certificare questo inderogabile fabbisogno assistenziale ribadito anche in sede di contenzioso legale da sentenze del Tar cui le ultime amministrazioni si sono ispirate per prorogare il servizio".

Sul territorio di Pozzuoli, Giugliano, Monteruscello, e le isole di Ischia e Procida, sono stimati circa 25 mila persone affette da diabete su circa 500 mila pazienti in Campania. Qui sono assenti strutture accreditate ma insistono centri autorizzati e le liste di attesa sono impraticabili anche solo per la redazione del Piano terapeutico individuale annuale. "I contratti di servizio – aggiunge **Claudia Dello Iacovo**, della Federlab – sono sempre stati prorogati in attesa che si completasse l'iter degli accreditamenti definitivi, iter non ancora giunto in porto". L'interruzione del contratto viene giustificato dalla Asl con l'esigenza di procedere alla "riorganizzazione di tutta l'attività assistenziale di diabetologia presso i propri distretti sanitari e presidi ospedalieri" che, evidentemente, si intende potenziare. Ma intanto c'è il vuoto dell'assistenza: "Tale riorganizzazione – aggiunge Polizzi – non sembra un'operazione che possa essere completata nel giro di qualche mese né sono state spiegate le modalità e le tempistiche dell'assistenza che dovremmo pure poter indicare ai pazienti che abbiamo in carico e che non possiamo abbandonare a loro stessi".

Nella diffida si chiede alla Asl, di ritirare la nota dirigenziale del 16 dicembre scorso e di stabilire, almeno per il 2016 - fino al completamento del processo di accreditamento – la possibilità di continuare ad erogare l'assistenza ai pazienti diabetici residenti nel territorio. Ovvero rinnovare i contratti di servizio. L'atto stragiudiziale, che prelude ad una nuova spirale di contenzioso è stato notificato per Pec anche al commissario straordinario Antonio D'Amore e ai sub commissari Alberto Pironti (amministrativo) e Luigi De Paola (sanitario), in sella dallo scorso 9 novembre dopo un mese di interludio affidato dalla giunta

regionale al commissario Massimo Lacatena, dirigente dell'avvocatura regionale, a propria volta chiamato a vagliare l'operato dell'ex commissario Agnese Iovino poi dimissionaria.

Laboratori, rete ancora al palo

Intanto slitta al 2016 la riorganizzazione della rete campana dei laboratori di analisi: il riassetto avviato nel 2013 sarà dunque completato sotto l'egida del nuovo commissario ad acta per la Sanità **Joseph Polimeni**, atteso all'insediamento il 7 gennaio 2016. Sul filo di lana del termine ultimo (il 31 dicembre di quest'anno) fissato dalle norme, entro cui le strutture poste sotto la soglia minima di efficienza (70 mila prestazioni annue) avrebbero dovuto realizzare le aggregazioni funzionali, da Palazzo Santa Lucia giunge una nota di **Mario Vasco** (direttore generale dell'assessorato alla Sanità) che a fronte della mancata approvazione dei piani attuativi in alcune aziende sanitarie, sottolinea l'impossibilità dei singoli laboratori territoriali, di procedere alle aggregazioni entro il 31 dicembre del 2015.

“Un termine – precisa Vasco – che rimane condizionato al completamento della programmazione delle singole Asl”. Allo stato inadempienti sono Avellino, Salerno e Napoli 1, mentre Caserta, Napoli 3, Napoli 2 e Benevento hanno trasmesso nei tempi previsti i progetti di riorganizzazione.

Il riassetto della rete dei laboratori di analisi parte in Campania nel 2013 sulla scorta delle linee guida nazionali del 2009 e riguarda sia i laboratori pubblici sia i privati accreditati.

Indicazioni e criteri dettati alle Regioni per orientare la rete analitica secondo l'approccio cosiddetto Hub&Spoke. Ovvero tutti i piccoli laboratori che non effettuano almeno 70 mila prestazioni annue devono aggregarsi con altri individuando un laboratorio centralizzato cui è deputata la fase analitica per demandare ai satelliti le fasi pre e post-analitica (prelievi dei campioni biologici, lettura e consegna dei referti). Un processo già compiuto per il versante pubblico ma ancora in corso per l'ex convenzionato. Ogni singolo laboratorio, entro lo scorso ottobre, avrebbe dovuto manifestare l'intenzione di aggregarsi e anche come farlo per depositare i nuovi assetti giuridici entro il 31 dicembre prossimo.

I termini ora sono destinati a slittare fino ai primi mesi del 2016 in base alle indicazioni che darà Polimeni.

Ettore Mautone

Lotta agli sprechi: affidato al nucleo ispettivo la verifica dei dati della sanità. Un piano per evitare gli sfondamenti dei budget

De Luca dà i 7 giorni ai manager Asl

«Entro una settimana il dossier su liste d'attesa, fuga di pazienti e tetti di spesa»

Gerardo Ausiello

Sette giorni: è quanto hanno a disposizione manager e commissari delle aziende sanitarie e ospedaliere per portare a Santa Lucia dettagliate relazioni sull'emergenza liste d'attesa. La priorità indicata da De Luca durante la riunione con i manager è quella dei livelli essenziali di assistenza, sui quali la Campania è da tempo in coda alla classifica delle Regioni italiane. I numeri non lasciano spazio a dubbi: «700 giorni all'Asl Napoli 1 per una visita oculistica e 100 per una risonanza magnetica, all'ospedale di Caserta sei mesi per una cistoscopia, all'Asl di Caserta 72 giorni per una visita oculistica e all'Asl di Salerno due mesi per una visita ambulatoriale».



Liste d'attesa

Il governatore ha chiesto una relazione sui turni del personale e le tecnologie utilizzate



Costi

Da contenere la fuga dei pazienti: la mobilità passiva pesa per 300 milioni



Risorse umane

Dura da 10 anni il blocco del turn over: a livello nazionale la sfida per sostituire chi va in pensione



Controlli

Basta sforamenti al budget dei centri convenzionati: necessari i monitoraggi

Pressing di De Luca sui manager «Sanità, svolta entro fine mese»

Incontro a Santa Lucia: tra una settimana i dossier su Asl e ospedali

Gerardo Ausiello

Sette giorni. È il tempo che hanno a disposizione manager e commissari delle aziende sanitarie e ospedaliere per produrre dettagliate relazioni sull'emergenza liste d'attesa. Dovranno cioè spiegare perché si è arrivati a ritardi record come quelli che si registrano oggi in molte strutture sanitarie campane. Così, sulla base di dati certi, scatteranno le contromisure per tentare di arginare il drammatico fenomeno. Ecco il piano della Regione, illustrato ieri dal governatore Vincenzo De Luca ai responsabili di Asl e ospedali, che, accanto alle liste d'attesa, punta ad intervenire drasticamente su tetti di spesa e buchi in organico.

La priorità indicata dal presidente della giunta durante la riunione-fiume con i manager a Palazzo Santa Lucia è quella dei livelli essenziali di assistenza, sui quali la Campania è da tempo in coda alla classifica delle Regioni italiane. I numeri

non lasciano spazio a dubbi: «All'Asl Napoli 1 bisogna attendere 700 giorni per una visita oculistica e 100 per una risonanza magnetica, all'ospedale Moscati di Avellino 217 giorni per un controllo cardiologico e 282 per un'ecografia addominale, all'ospedale di Caserta sei mesi per una cistoscopia, all'Asl di Caserta 72 giorni per una visita oculistica e all'Asl di Salerno due mesi per una visita ambulatoriale», ha sottolineato qualche settimana fa

De Luca snocciolando, come un cronista, cifre allarmanti. Da qui il pressing su manager e commissari per avere in tempi rapidi un quadro dettagliato della situazione del personale, dei turni di medici e infermieri, delle tecnologie utilizzate nelle aziende. A quel punto si tireranno le somme e si deciderà sul da farsi. «Appropriatezza e controlli. Basta disorganizzazione, ognuno d'ora in poi si assumerà le proprie responsabilità», ha chiarito l'ex sindaco di Salerno invitando i direttori generali di Asl e ospedali a rimboccarsi subito le maniche. Altrimenti incorreranno in pesanti sanzioni, come la rimozione dall'incarico.

L'allungamento delle liste d'attesa è però legato a doppio filo anche alla carenza degli organici, determinata da un blocco del turn over che ormai da dieci anni impedisce alle aziende di sostituire il personale in uscita. Qui la battaglia si combatte a livello nazionale: la sfida di De Luca è riuscire ad ottenere ulteriori deroghe per poter assumere medici e infermieri nelle strutture che necessitano di forze fresche. È il caso, ad esempio, dell'Ospedale del Mare: il governatore ha assicurato che sarà operativo a metà 2016 ma non è ancora chiaro con quale personale visto che non è possibile effettuare nuove assunzioni né spostare medici e infermieri da altre strutture, che pure non riescono a coprire i turni. Proprio la miscela esplosiva determinata dal combinato disposto tra buchi in organico e allungamento delle liste d'attesa produce un'altra emergenza, ovvero la fuga dei pazienti dalla Campania. Stando agli esperti di Palazzo Santa Lucia, per la mobilità passiva la Regione spende ogni anno 300 milioni di euro. L'obiettivo è dunque diminuire progressivamente questi costi e recuperare risorse da investire nel settore. «Si può, in pochi anni - spiega De

Luca - abbattere fino al 90 per cento la migrazione sanitaria passiva mentre stiamo lavorando per aumentare nel contempo quella "attiva" puntando sulle eccellenze del mondo della sanità campana». Anche su questo fronte è stata chiesta una dettagliata relazione ai responsabili di Asl e ospedali.

L'altro nodo che De Luca intende sciogliere è quello dei tetti di spesa: si verifica puntualmente che il budget a disposizione dei centri convenzionati venga prosciugato diversi mesi prima della fine dell'anno (nel 2015 i fondi sono finiti addirittura tra giugno e luglio), con il risultato che i cittadini devono pagare esami ed analisi di tasca propria. Per De Luca «non deve più accadere». Come? Attraverso un meccanismo di controlli mirati nelle aziende, che saranno chiamate a relazionare mensilmente sulla spesa motivando le ragioni di eventuali sforamenti. Contestualmente il nucleo ispettivo della Regione, costituito con la legge che ha soppresso l'Arsan, verificherà autonomamente l'utilizzo delle risorse impegnate incrociando numeri e dati. Al centro della riunione di ieri a Palazzo Santa Lucia, a cui hanno partecipato anche il capo di gabinetto Sergio De Felice e il consigliere del governatore per la salute Enrico Coscioni, pure la delicata questione degli accreditamenti e dei contratti con le strutture private, molte delle quali svolgono

le proprie attività convenzionate senza un contratto, com'è accaduto nel 2015. «Una situazione inaccettabile, per tutti, e sulla quale si interverrà in maniera risolutiva»: d'ora in



avanti, infatti, «i contratti con le strutture private dovranno essere sottoscritti entro il mese di gennaio». Di tutto ciò De Luca e i suoi collaboratori discuteranno nelle prossime ore

con il neocommissario alla sanità della Campania, Joseph Polimeni, che arriverà all'ombra del Vesuvio tra lunedì e martedì. La sua difficile mission sarà coniugare l'attenzione ai conti, fondamentale per completare il percorso di risanamento che dovrà portare la Regione fuori dal piano di rientro alla fine dell'anno, con la necessità di rilanciare i servizi sanitari. In questo senso, ha annunciato Polimeni, ci sarà bisogno di mettere in campo gli investimenti adeguati con l'aiuto del governo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La mission
Attenzione ai conti e ai servizi: tra lunedì e martedì arriva Polimeni

Liste di attesa e contratti, De Luca convoca le Asl

L'incontro

Tra i nodi da sciogliere quello dell'assistenza diabetologica: stop a undici centri nella 2 Nord

Ettore Mautone

Liste di attesa, migrazione sanitaria e contratti con gli accreditati: il governatore Vincenzo De Luca chiama a raccolta stamani a Palazzo Santa Lucia, i commissari e i manager di Asl e ospedali per tracciare il punto sull'opera di riordino del sistema Salute in Campania. Nella folta pattuglia dei convocati c'è anche Antonio D'Amore, commissario della Asl Na 2 nord che ha già messo nero su bianco una relazione sul caso della Tac rotta all'ospedale di Pozzuoli e sulla vicenda tragica della morte di Gianluca Forestieri. Obiettivo dell'incontro è mettere a fuoco il lavoro convulso di questi ultimi mesi seguiti al riordino dei servizi per i nuovi turni dei medici, verificare l'offerta assistenziale e calibrare le azioni rispetto ai fabbisogni e alle carenze su cui stabilire i nuovi tetti di spesa e i contratti con il privato accreditato.

Tra i nodi da sciogliere c'è anche l'assistenza diabetologica proprio a Napoli 2 nord dove il commissario ha fatto scattare il semaforo rosso a 11 centri privati da anni con contratti di servizio ma privi di accreditamento, forti di una sentenza del Tar che certificava la legittimità del contratto in carenza di strutture pubbliche. Questione tutta da approfondire su cui si registra la levata di scudi delle associazioni di categoria e delle stesse associazioni di pazienti. Intanto all'orizzonte, in attesa che da aprile si parta con l'azzeramento degli attuali vertici e la nomina di nuovi direttori generali, c'è il commissariamento della Asl di Caserta dove il commissario Gaetano Danzi starebbe per lasciare.

Analisi del fabbisogno, rimodulazione dell'offerta dei servizi, riallocazione delle risorse i tre pilastri su cui si fonda l'azione di riforma del sistema Salute in Campania del governatore

De Luca. Ma dopo aver liquidato l'Arsan l'assessorato alla Sanità viaggia col freno tirato a causa della penuria di figure dirigenziali tecniche di supporto agli indirizzi politici. Tanto che in queste ore si pensa di riesumare quello che, tre anni orsono - nella prima stesura della riforma della macchina amministrativa regionale - era concepito come l'ufficio Speciale per la Salute, uno dei cinque previsti in supporto alla giunta (destinato appunto a sostituire l'Arsan) ma poi accantonato nella configurazione finale per fare posto al nucleo per la valutazione e la verifica degli investimenti pubblici che affianca gli altri quattro uffici speciali attivi: avvocatura regionale, federalismo, datore di lavoro e parchi e riserve.

Il gruppo di lavoro che affianca De Luca sulla Sanità sta vagliando, uno ad uno, i profili del personale dirigenziale finora impiegato all'Arsan. «Ci siamo presi un po' di giorni per valutare il personale che era in comando dalle Asl - avverte Enrico Coscioni, consigliere per la Sanità del presidente della Regione Vincenzo De Luca - intendiamo capire se si tratta di dirigenti che possono tornare utili in ragione di particolari esperienze e competenze. L'alternativa è assumere all'esterno le figure di cui siamo carenti. Dobbiamo mettere in piedi, in tempi brevi, un pool di competenze operative di alto profilo». Programmazione, ricerca e sviluppo, gestione economico-finanziaria, formazione dei medici di medicina generale, utilizzo e spesa dei fondi Ue i principali campi d'azione scoperti in accordo con la cabina di regia centrale dell'ufficio di gabinetto. «C'è bisogno - aggiunge Coscioni - di lavorare anche nel solco della continuità su ricerca e sviluppo per intercettare i fondi Ue, unica fonte certa di liquidità, da impiegare per fini assistenziali. Dobbiamo valorizzare e implementare tali competenze - conclude il cardiocirurgo dell'ospedale di Salerno - basta pensare che anche sul fronte dei controlli i rapporti trimestrali dei flussi informatici, da sempre raccolti e trasmessi in Regione dell'Arsan, non sono mai stati vagliati e nemmeno sfiorati dai manager e dai livelli dirigenziali o politico-istituzionali nonostante si tratti di atti fondamentali per le attività di programmazione».



L'ipotesi

Si pensa di riesumare il progetto di un Ufficio Speciale per la Salute

Con l'esaurimento anticipato delle prestazioni gratuite molti non hanno potuto permettersi farmaci ed esami. Ora c'è l'assalto agli studi medici

La vergogna dei tetti di spesa: pazienti per mesi senza cure

NAPOLI (mb) - La vergogna dei budget esauriti ad agosto non ha solo messo in luce l'incapacità di programmazione della Regione in un settore totalmente allo sbando. Ha anche costretto - e questo è ancora più grave - molte persone a non curarsi, perché impossibilitata a permettersi visite, esami e medicine. Con la conseguenza che, col nuovo anno - e con la ripartenza a pieno regime delle prestazioni - ci sarà l'assalto agli studi medici per avere le prescrizioni

e fare gli esami che non si sono potuti fare prima. Una situazione talmente al limite da essere inaccettabile. A lanciare l'allarme a nome dei medici di famiglia, **Corrado Calamaro** e **Luigi Sparano**, leader della Fimmg Napoli. "E' una vergogna alla quale i medici di famiglia sono stanchi di assistere inermi. Troppe volte negli ultimi tempi abbiamo assistito alla rinuncia alla cure da parte di cit-

tadini-pazienti che hanno dovuto scegliere tra pagare le bollette e una risonanza o una tac - aggiungono - Le notizie che ci arrivano dal territorio, dagli studi dei nostri associati ci preoccupano e ci fanno pensare che per colpa dell'esaurimento dei tetti di spesa ora stiamo per assistere ad un vero e proprio assalto, che avrà come conseguenza un enorme stress lavorativo per i medici di famiglia e peggio anco-

ra un pesante disservizio per i cittadini che saranno costretti a lunghissime attese nei nostri studi". Solo nel capoluogo di regione la Fimmg conta 1.200 associati, per un totale di più di 1.500 studi sul territorio. Questo significa un bacino d'utenza che è di circa 1 milione 400 mila cittadini. "Questi - aggiungono i leader dell'associazione - sono i numeri del più moderno dramma della sanità partenopea. Si pensi solo ai malati oncologici, che a Napoli e provincia in molti casi sono costretti a rimandare di mesi i controlli periodici. Ogni medico di famiglia ne conta a decine, uomini e donne che hanno posticipato al primo trimestre del 2016 gli esami che avrebbero dovuto fare nel quarto trimestre 2015. Una vergogna. Queste persone hanno fatto il conto alla rovescia non per brindare al nuovo anno ma ai nuovi budget. Perché finalmente potranno sapere se il tumore è in remissione o se invece è tornato". Queste le condizioni nelle quali i medici di famiglia sono costretti a lavorare ogni giorno, con un numero di prestazioni incredibile, 22 mila l'anno per ciascun medico. Numero impressionante, più di 85 prestazioni al giorno. Numeri per i quali negli studi dei medici di famiglia si creano poi le enormi file che tutti conoscono.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL VERTICE A PALAZZO SANTA LUCIA

Il presidente De Luca: un briefing per controllare la spesa
Il governatore incontra i dirigenti
delle aziende sanitarie e ospedaliere

NAPOLI (*giule*) - Un vertice sul delicato tema della sanità. Ieri il presidente della Regione **Vincenzo De Luca** (*nella foto*) ha incontrato nella sala della giunta a Palazzo Santa Lucia i vertici delle aziende sanitarie e ospedaliere della Campania. Un 'faccia a faccia' per affrontare alcune questioni in programma per il nuovo anno. All'ordine del giorno liste d'attesa, tetti di spesa, mobilità passiva e contratti con le strutture convenzionate. Nel corso dell'incontro sono state fissate scadenze e trasmesse precise disposizioni. Liste d'attesa. I responsabili delle strutture sanitarie regionali entro sette giorni, produrranno una dettagliata relazione su eventuali

“



Il presidente della Regione Vincenzo De Luca ieri ha incontrato i vertici delle Asl per fare il punto

”

criticità per poter affrontare e risolvere l'emergenza delle liste d'attesa. Personale, turni, tecnologie: punto per punto si avrà un quadro dettagliato della situazione di inizio anno e si interverrà per abbattere i tempi di attesa. *"Mensilmente Asl e Aziende dovranno relazionare sulla spesa motivando le ragioni di eventuali sforamenti del budget - spiega detto De Luca - contestualmente il Nucleo Ispettivo della Regione costituito con la soppressione dell'Arsan, verificherà autonomamente l'utilizzo delle risorse impegnate"*. La mobilità passiva, in parte collegata alla questione delle liste d'attesa, in Campania costa circa 300 milioni l'anno. L'obiettivo è diminuire progressivamente questi costi e recuperare risorse da investire nella sanità campana.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE CRITICITA' DEL SOCCORSO SANITARIO

Le ambulanze del servizio di soccorso del 118 restano bloccate negli ospedali, perché qui mancano le barelle e i medici devono attendere che la lettiga sia liberata per poter andare via. Passano anche ore prima che l'ambulanza possa ripartire

SANITÀ Vertice con i responsabili di Asl ed aziende ospedaliere: «Entro una settimana le relazioni su eventuali criticità, per fine mese ci sarà la svolta anche sui tetti di spesa»

De Luca: stop ai viaggi fuori regione e alle liste d'attesa

DI **MARIO PEPE**

NAPOLI. Sette giorni per produrre per fare chiarezza sulle liste d'attesa. È il termine perentorio fissato dal governatore Vincenzo De Luca nel summit a Palazzo Santa Lucia con i vertici di Asl e aziende ospedaliere. Sul tavolo anche altri argomenti: tetti di spesa, mobilità passiva e contratti con le strutture convenzionate.

LISTE D'ATTESA. È la questione cruciale. Più volte, fin dal momento dell'insediamento, lo "sceriffo" ha ribadito l'intenzione di porre fine a quella che ha definito "una vergogna", visti i tempi (fino a 270 giorni per una mammografia ndr) per usufruire di una prestazione sanitaria. Per avere un quadro più chiaro della situazione, i responsabili delle aziende, entro una settimana, dovranno fornire una dettagliata relazione su eventuali criticità per poter affrontare e risolvere l'emergenza delle liste d'attesa. Personale, tur-

ni, tecnologie: tutti elementi che saranno oggetto di attenta ricognizione. «Bisogna porre fine alla disorganizzazione» taglia corto il presidente della Regione, pronto anche a far cadere qualche testa, quella di chi, aveva chiarito già qualche giorno fa, «non fa il suo lavoro».

TETTI DI SPESA.

Altra problematica spinosa è quella dei riguardante le coperture finanziarie per le prestazioni sanitarie fino a dicembre, evitando quanto succes-

so nell'anno appena trascorso dove alcune Asl, vedi la Napoli 1, avevano esaurito il budget già a luglio. Per evitare ciò, ogni mese Asl e aziende ospedaliere dovranno relazionare sullo stato della spesa giustificando eventuali sforamenti. Parallelamente, il Nucleo ispettivo della Regione, che ha preso il posto della soppressa Arsan, procederà ad una verifica autonoma delle risorse impiegate.

I VIAGGI FUORI REGIONE.

Strettamente connesso al fenomeno delle liste d'attesa è quello della mobilità passiva, visto che in molti sono indotti a curarsi fuori dalla Campania. Un fenomeno migratorio che si traduce in un costo di 300 milioni per la Campania: anche su questo i vertici della aziende dovranno fornire una dettagliata relazione. L'obiettivo è quello di arginare questo andamento perché, secondo De Luca, «si può arrivare ad un abbattimento del 90 per cento della migrazione passiva valorizzando quella attiva attraverso la valorizzazione delle eccellenze regionali»

STRUTTURE PRIVATE. Entro il mese di gennaio, infine, ci sarà la sottoscrizione dei contratti con le strutture private convenzionate, visto che ci sono numerosi casi per le quali non risulta sottoscritto l'accordo. «Una situazione inaccettabile, per tutti, e sulla quale si interverrà in maniera risolutiva» recita una nota di Palazzo Santa

Lucia.

LE REAZIONI POLITICHE.

Il tutto mentre Carmine Mocerino, capogruppo di Caldoro Presidente, chiede «un consiglio regionale sulla questione sanità. Il Consiglio ha il dovere di fare una analisi della attualità e di indicare al presidente De Luca ed al neo commissario Polimeni le priorità. La situazione sta precipitando. La Campania non ha una governance credibile, perde risorse, è incapace di farsi sentire sullo sblocco del turn over. Viaggia alla giornata in un settore delicato come quello della sanità. Si sta vanificando il grande lavoro di risanamento e riorganizzazione avviato. La nostra è una preoccupazione che vuole costruire e non demolire. Ci auguriamo si avvii un riflessione seria».

Per il senatore di Ala, Vincenzo D'Anna, presidente di Federlab

Italia, e chiaro che «i tempi di intervento e gli obiettivi individuati al tavolo tecnico tra Asl e Regione sono congrui ed opportuni, ma necessitano di proposte concrete da elaborarsi anche di concerto con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, con l'ausilio dei tavoli tecnici di verifica e controllo della spesa già attivi presso ciascuna Asl. E ancora: «La mancanza di un'adeguata programmazione è alla base dei disservizi finora registrati e dell'anticipato esaurimento delle prestazioni. L'augurio è che non ci si affidi per l'ennesima volta agli stessi funzionari che in passato hanno puntualmente disatteso le corrette metodologie di programmazione».



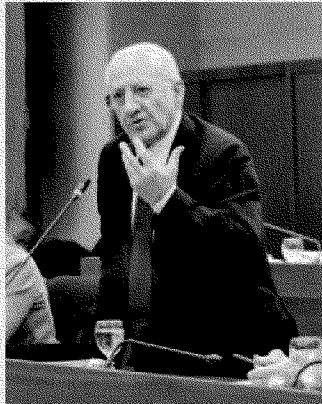
ISTITUITO CON LA LEGGE REGIONALE A DICEMBRE, DOVRÀ SUPPORTARE L'AZIONE DI REGIONE E COMMISSARIO DI GOVERNO PER LA SANITÀ

Controllo e monitoraggio dei servizi con l'Ufficio ispettivo

NAPOLI. Il monitoraggio attento dei tetti di spesa. È questo uno dei capisaldi dell'azione che la Regione Campania, di concerto con il commissario di governo per il settore sanitario, intende portare avanti nel 2016 e che sarà affrontato nell'incontro che dovrebbe esserci in questa settimana tra il governatore Vincenzo De Luca e il commissario Polimeni. E tutto questo per evitare che possano verificarsi, come spiegato più volte dal presidente Vincenzo De Luca, situazioni come dell'Asl Napoli 1 che già a luglio aveva raggiunto il limite

per le prestazioni e i cui utenti si sono poi ritrovati nella condizione di non poter più usufruire di esami in maniera gratuita. E per fare questo, è stata approvata una legge regionale, promulgata il 23 dicembre scorso, con la quale si istituisce l'Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario. Questo organismo esercita, in raccordo con le competenti strutture amministrative della Regione Campania, attività ispettiva su atti e fatti di gestione in materia sanitaria e socio-sanitaria attraverso verifiche e sopralluoghi nei confronti delle Aziende

del servizio sanitario regionale ed ospedaliere, degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici e privati, delle aziende universitarie ospedaliere, dell'Istituto Zooprofilattico e degli enti pubblici e privati accreditati che afferiscono al settore sanitario e socio-sanitario e delle farmacie pubbliche e private. Vengono accertati il regolare funzionamento delle strutture pubbliche e private, ospedaliere e ambulatoriali; la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai cittadini; l'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi resi.



● Vincenzo De Luca

Sanità, De Luca prepara la lista degli impegni per il commissario

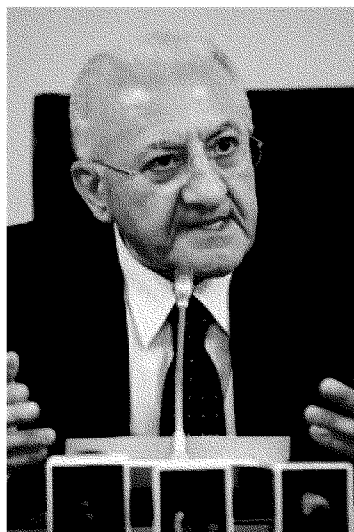
Forse già domani l'incontro con Polimeni: liste di attesa e tetti di spesa tra le questioni sul tavolo

DI **MARIO PEPE**

NAPOLI. Ufficialmente insediatisi l'altroieri, il commissario per governativo per la sanità campana Joseph Polimeni potrebbe incontrare già domani il presidente della Regione, Vincenzo De Luca. Sul tavolo, il numero uno di Palazzo Santa Lucia porterà diverse questioni da affrontare affinché per la Campania il 2016 possa essere l'anno dell'uscita dal commissariamento e quindi di chiusura del piano di rientro. Gli ostacoli da superare sono molteplici e lo stesso De Luca lo ha ribadito più volte nel corso delle ultime settimane.

LE QUESTIONI SUL TAPPETO. Due sono i problemi sui quali la Regione ha intenzione di lavorare in maniera serrata con Polimeni: la riduzione dei tempi delle liste di attesa e il problema dei tetti di spesa. Sul primo punto, De Luca ha ripetutamente denunciato come la Campania sia la maglia nera dell'Italia, con tempi di attesa per una visita che possono arrivare fino a 270 giorni per una mammografia o 70 per la visita oculistica ad un paziente affetto da diabete. Per quanto riguarda la seconda problematica, anche nella conferenza stampa di fine anno il governatore ha ribadito come sia una «vergogna» lasciare i cittadini senza assistenza perché a luglio alcune Asl (l'esempio più volte riportato è stato quello della Napoli ndr) raggiungono i tetti di spesa e quindi gli utenti si trovano costretti a pagare tutte le prestazioni. A tal proposito, comunque, nella legge che ha disposto la cancellazione dell'Arsan è stata prevista anche la creazione di una struttura ispettiva per il con-

trollo mensile della spesa. Sullo sfondo, resta sempre la questione della revisione dei criteri di riparto del fondo sanitario nazionale. Obiettivo di De Luca è anche quello di arginare il fenomeno della mobilità passiva che costa centinaia di milioni di euro alla Campania. Tra gli obiettivi c'è anche quello di rivedere il sistema delle forniture gestito da Soresa, oltre alla problema delle strutture convenzionate che sono senza contratto con le Asl. Entro due mesi, infine, il presidente della Regione ha assicurato che saranno nominati i direttori generali delle aziende sanitarie.



● Vincenzo De Luca e Joseph Polimeni

Giovedì 07 GENNAIO 2016

Campania. De Luca incontra i vertici di Asl e Aziende ospedaliere. Fissati obiettivi e scadenze

Al centro dell'incontro liste d'attesa, tetti di spesa, mobilità passiva e contratti con le strutture convenzionate. Basta disorganizzazione, ognuno d'ora in poi si assumerà le proprie responsabilità", ha sottolineato il governatore. Ai vari responsabili verranno richieste periodiche e dettagliate relazioni.

Il governatore Vincenzo De Luca ha incontrato, presso la sala Giunta di Palazzo Santa Lucia, i vertici delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Campania. All'ordine del giorno liste d'attesa, tetti di spesa, mobilità passiva e contratti con le strutture convenzionate. Nel corso dell'incontro sono state fissate scadenze e trasmesse precise disposizioni.

I responsabili delle strutture sanitarie regionali entro sette giorni, produrranno una dettagliata relazione su eventuali criticità per poter affrontare e risolvere l'emergenza delle **liste d'attesa**. Personale, turni, tecnologie: punto per punto si avrà un quadro dettagliato della situazione di inizio anno e si interverrà immediatamente per abbattere i tempi di attesa. "Appropriatezza e controlli. Basta disorganizzazione, ognuno d'ora in poi si assumerà le proprie responsabilità", ha sottolineato De Luca.

Per il governatore occorre garantire l'assistenza con copertura finanziaria fino a dicembre 2016. **Mai più dovrà verificarsi l'esaurimento, già alla fine dell'estate, delle risorse**, che andranno quindi gestite con questo obiettivo. Mensilmente Asl e Aziende dovranno relazionare sulla spesa motivando le ragioni di eventuali sforamenti. Contestualmente il Nucleo Ispettivo della Regione costituito con la soppressione dell'Arsan, verificherà autonomamente l'utilizzo delle risorse impegnate.

La **mobilità passiva**, in parte collegata alla questione delle liste d'attesa, in Campania costa circa 300 milioni l'anno. L'obiettivo è diminuire progressivamente questi costi e recuperare risorse da investire nella sanità campana. "Si può, in pochi anni – ha detto De Luca - abbattere fino al 90 per cento la migrazione sanitaria passiva e si sta lavorando per aumentare nel contempo quella "attiva" puntando sulle eccellenze del mondo della sanità campana". Anche su questo fronte, ai responsabili di Asl e Aziende, è stata chiesta una dettagliata relazione.

I contratti con le **strutture private** dovranno essere sottoscritti entro il mese di gennaio. Ancora oggi ci sono strutture che svolgono le proprie attività convenzionate senza contratto. Una situazione inaccettabile, per tutti, e sulla quale si interverrà in maniera risolutiva.

I medici di famiglia: «Ripristinati tetti di spesa, ci sarà un assalto ai nostri studi»



«Per più di due mesi moltissimi cittadini hanno rinunciato a curarsi, ora con il nuovo anno ci sarà un assalto ai nostri studi per avere le prescrizioni e fare gli esami che non si sono potuti fare prima. Napoli vive una situazione inaccettabile per qualsiasi altra città europea». • L'allarme che lanciano, a nome dei medici di famiglia, Corrado Calamaro e Luigi Sparano, leader della Fimmg Napoli. « • Una vergogna alla quale i medici di famiglia sono stanchi di assistere inermi. Troppe volte negli ultimi tempi abbiamo assistito alla rinuncia alla cure da parte di cittadini-pazienti che hanno dovuto scegliere tra pagare le bollette e una risonanza o una tac» aggiungono. «Le notizie che ci arrivano dal territorio, dagli studi dei nostri associati ci preoccupano e ci fanno pensare che per colpa dell'esaurimento dei tetti di spesa ora stiamo per assistere ad un vero e proprio assalto, che avrà come conseguenza un enorme stress lavorativo per i medici di famiglia e peggio ancora un pesante disservizio per i cittadini che saranno costretti a lunghissime attese nei nostri studi».

La Fimmg Napoli conta 1.200 associati, per un totale di più di 1.500 studi sul territorio. Questo significa un bacino d'utenza che è di circa 1 milione 400 mila cittadini. «Questi - aggiungono i leader della Fimmg Napoli - sono i numeri del più moderno dramma della sanità partenopea. Si pensi solo ai malati oncologici, che a Napoli e provincia in molti casi sono costretti a rimandare di mesi i controlli periodici. Ogni medico di famiglia ne conta a decine, uomini e donne che hanno posticipato al primo trimestre del 2016 gli esami che avrebbero dovuto fare nel quarto trimestre 2015. Una vergogna. Queste persone hanno fatto il conto alla rovescia non per brindare al nuovo anno ma ai nuovi budget. Perché finalmente potranno sapere se il tumore è in remissione o se invece è tornato».

Concludono i dirigenti della Fimmg: «Queste le condizioni nelle quali i medici di famiglia sono costretti a lavorare ogni giorno, con un numero di prestazioni incredibile, 22 mila l'anno per ciascun medico. Numero impressionante, più di 85 prestazioni al giorno. Numeri per i quali negli studi dei medici di famiglia si creano poi le enormi file che tutti conoscono» Lunedì 4 Gennaio 2016, 13:04 - Ultimo aggiornamento: 1 Gennaio, 01:00

E il governo fa scattare il taglia-leggi: via cinquanta norme ormai superate

LE MISURE

ROMA Ci sarà anche il cosiddetto "taglia-decreti" sul tavolo del Consiglio dei ministri che si riunisce domani a Palazzo Chigi. Un mini-testo di soli tre articoli che dispone la cancellazione di una cinquantina di norme contenute nelle leggi messe in atto dagli ultimi tre governi, disposizioni attuative superate e diventate d'intralcio al lavoro dei vari ministeri. Un'altra dozzina, invece, verrà semplicemente modificata, così da rendere più celere la messa a punto. Il decreto attuativo era stato approvato in prima battuta a fine novembre e dopo aver terminato l'iter parlamentare torna in Cdm per il via libera definitivo.

Il taglia-leggi nasce da una norma contenuta nella riforma della Pubblica amministrazione, il ddl Madia approvato ad agosto scorso dal Parlamento. L'articolo 21 ha assegnato al governo la delega per cancellare o modificare norme che prevedono provvedimenti

non legislativi di attuazione. Atti di tipo amministrativo, dunque, come i decreti ministeriali, che non impattano sui conti pubblici. L'arco di tempo su cui è stata esercitata la delega va dal 1° gennaio 2012, quando in carica c'era il Governo Monti, al 28 agosto scorso, data di entrata in vigore della riforma della Pa.

Al taglia-leggi seguiranno altri decreti previsti dal ddl Madia. La prossima settimana infatti è atteso a Palazzo Chigi un maxi-pacchetto di provvedimenti attuativi: le novità in arrivo riguardano il capitalismo municipale (società partecipate e servizi pubblici locali), la digitalizzazione degli uffici e

delle scuole, l'accorpamento della Forestale nell'Arma dei carabinieri e l'albo dei dirigenti sanitari.

IPALETTI

Tornando al taglia-decreti, il provvedimento si abbatte soprattutto sulle leggi di attuazione dei governi Monti e Letta, che per ovvie ragioni hanno accumulato una certa anzianità e che col passare del tempo sono state sorpassate. Nella sforbiciata rientra il decreto sulle accise delle sigarette: viene cancellata la previsione di un provvedimento annuale per l'aumento della tassazione sui tabacchi lavorati previsto da una legge del 2011. Soppressa anche la norma sulle smart cities (comunità intelligenti), in vista del prossimo decreto Pa sul digitale, e il regolamento per la sperimentazione del Sistri, il sistema di tracciabilità dei rifiuti prossimo all'entrata a regime. Eliminato anche il decreto del ministero delle Politiche agricole per la diminuzione dei consumi di gasolio in agricoltura (mai scritto) e la disposizione che

includeva le università statali nelle linee guida del Miur per la spending review sugli acquisti di beni e servizi. Salta anche il decreto sui biglietti elettronici per i trasporti locali. Così come il testo sulla "denuncia di inizio attività", totalmente superato con l'avvento della Segnalazione certificata (Scia). Tra le modifiche, invece, c'è quella sui contratti di programma degli aeroporti: il decreto del ministero dei Trasporti che consentirà l'avvio degli investimenti dovrà essere approvato entro 6 mesi dalla stipula di ciascun contratto. Ritocchi sono stati apportati alle norme sul permesso di soggiorno per motivi di studio, il Fondo ri-

**DOMANI IN CONSIGLIO
DEI MINISTRI
VIA LIBERA DEFINITIVO
AL PROVVEDIMENTO
CHE HA SUPERATO
L'ITER PARLAMENTARE**

**Marianna Madia, ministro
della Pubblica
amministrazione** (foto ANSA)



**L'INTERVENTO RIGUARDA
DISPOSIZIONI
ENTRATE IN VIGORE
DAL GENNAIO 2012
FINO ALLO SCORSO
28 AGOSTO**

sorse idriche e le bonifiche ambientali.

Il provvedimento contribuirà a ridurre il numero di decreti attuativi che pesano sull'esecutivo. Gli atti in attesa di essere scritti riferibili ai governi Monti-Letta si sono ridotti a 241 (a febbraio 2014, mese di insediamento del Governo Renzi, erano 889) con un tasso di attuazione che è passato dal 38 al 76,7 per cento. A questi numeri - comunque in costante diminuzione - si devono aggiungere i 613 decreti previsti da quando è in carica Renzi. Circa un quarto di questi sono stati attuati.

Sonia Ricci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SALTANO LE REGOLE
SULLE ACCISE
E IL REGOLAMENTO
SUL SISTEMA
DI TRACCIABILITÀ
DEI RIFIUTI**

L'attuazione della delega. Attesi una decina di testi attuativi, tra decreti e regolamenti, nel Consiglio dei ministri del 15 gennaio - Non ci saranno il testo unico del pubblico impiego e la riforma della dirigenza

In arrivo nuove semplificazioni e primi tagli

CONFERENZA DEI SERVIZI

Arriva un tetto di 60 giorni per la chiusura di un procedimento che coinvolge più soggetti pubblici. Le riunioni si faranno via web

AUTORIZZAZIONI VELOCI

È stato annunciato anche il regolamento che dimezza i tempi per licenze o nulla osta agli insediamenti produttivi più importanti

Davide Colombo

ROMA

■ Conferenze dei servizi che si svolgeranno via web per arrivare alla decisione finale entro 60 giorni. Dimezzamento dei tempi per concedere autorizzazioni, licenze, permessi o nulla osta per insediamenti produttivi rilevanti o ad elevato potenziale economico e occupazionale. E ancora. Il varo del nuovo quadro regolatorio delle Camere di commercio, che dovrà portare alla riduzione del numero dalle attuali 105 a non più di 60, con la possibilità di mantenere attivi enti camerali non accorpatisolo suterritori con una presenza minima di 75mila imprese. E poi i due attesi testi unici di riordino del complesso mondo delle società a partecipazione pubblica e dei servizi pubblici locali, che determineranno i primi tagli più importanti.

Venerdì 15 gennaio, se non interverranno nuovi cambiamenti dell'agenda, la legge delega di riorganizzazione delle Pa arriva al primo importante giro di boa. In Consiglio dei ministri dovrebbe arrivare una decina di provvedimenti attuativi (tra decreti legislativi e regolamenti), atti che quasi in tutti i casi dopo il primo esame dovranno poi passare al vaglio di Consiglio di Stato, Conferenza unificata e incassare i pareri delle commissioni parlamentari competenti prima di vedere la Gazzetta ufficiale.

In questo primo insieme di provvedimenti dovrebbe essere compreso anche il riordino delle Forze di polizia con l'assorbimento della Forestale in un altro corpo (probabilmente nell'arma dei Carabinieri) e il rafforzamento del coordinamento e dell'integrazione tra Corpo delle capitanerie di porto e Marina militare. E ci saranno pure i decreti delegati in materia di Carta della cittadinanza digitale e di

semplificazione della normativa anticorruzione e trasparenza varata qualche anno fa.

Che cosa non arriverà in Cdm il 15? Non ci sarà il decreto legislativo di semplificazione della Scia, con la prevista nuova individuazione dei procedimenti oggetto di segnalazione certificata di inizio attività o di silenzio assenso. E non ci saranno il nuovo Testo unico per il pubblico impiego, la riforma della dirigenza pubblica, il riordino delle procedure per i giudizi alla Corte dei conti e il riordino degli enti di ricerca. Non ci saranno, inoltre, i decreti per la riorganizzazione delle amministrazioni centrali sul territorio o per la riorganizzazione della Presidenza del consiglio, dei ministeri, delle Agenzie governative e degli enti pubblici non economici nazionali. Per questo secondo insieme di provvedimenti attuativi si prevedono istruttorie più lunghe, tenendo conto che l'ultima delega scade il 17 febbraio 2017.

Naturalmente la riforma Madia non scatta con questi decreti attuativi. Norme subito operative in materia di silenzio-assenso e autotutela sono in vigore da quattro mesi e, anzi, potrebbero essere già oggetto di un primo tagliando sull'efficacia. Ricordiamo di cosa si tratta. Il nuovo meccanismo per il silenzio assenso (non valido per i rapporti tra Pa e privati) sulle richieste di pareri e nulla osta di qualsiasi tipo (compreso il cosiddetto concerto sui decreti ministeriali) diventa la regola nel dialogo tra Pa (compresi i gestori di servizi pubblici). Con tempi certi e uguali per tutti: in pratica l'amministrazione invia la richiesta di parere all'altro ente pubblico; da quando viene ricevuta, scattano 30 giorni per rispondere. Un tempo che può essere interrotto una sola volta, per integrazioni e per un massimo di altri 30 giorni. Una volta trascorsa la scadenza senza risposte, il silenzio

viene appunto interpretato come un sì. Fanno eccezione le amministrazioni cosiddette sensibili (Beni culturali e Salute) e quelle di tutela ambientale, paesaggistica e culturale che hanno più tempo - 90 giorni - prima di vedere scattare il silenzio assenso (sempre solo tra Pa). L'altra disposizione subito operativa è quella sull'autotutela, ovvero la possibilità riconosciuta a ogni amministrazione pubblica di revocare un proprio atto se si scopre che è illegittimo. Ebbene, finora l'annullamento era possibile entro «un tempo ragionevole», indicazione normativa che generava molta incertezza e discrezionalità. Ora c'è un tempo certo, anche questo uguale per tutti: 18 mesi.

Sono questi i capitoli della riforma Madia che più interessano il mondo degli operatori economici. E che si completeranno da un lato con la nuova regulation sulla Conferenza dei servizi e, dall'altro, con il riordino delle partecipate, con le implicazioni in termini di possibili investimenti sulle privatizzazioni che potrebbero innescarsi. Nel Consiglio dei ministri di domani dovrebbe invece arrivare per il via libera definitivo un altro decreto legislativo previsto dalla riforma e che si muove su due versanti: da una parte cancella circa 40 norme contenute negli interventi anti-crisi messi in atto dagli ultimi tre Governi; dall'altra modifica una dozzina di disposizioni sempre riferite alle manovre degli Esecutivi Monti, Letta e Renzi. Un taglio che sfolta il stock di decreti attuativi in lista d'attesa. Si tratta di un provvedimento per il quale la delega prevedeva solo 90 giorni per il varo e che è stato messo a punto dai tecnici della ministra per la Riforma, Maria Elena Boschi: acquisti i pareri delle commissioni parlamentari ora potrà andare in Gazzetta con le eventuali integrazioni richieste.

L'agenda della riforma Madia



I NUOVI DECRETI

Nel Consiglio dei ministri del 15 gennaio è atteso un insieme di una decina di testi tra decreti legislativi e regolamenti. In arrivo, tra l'altro, la semplificazione del Codice per la Pa digitale, i testi uniti su partecipate e servizi pubblici locali, la nuova conferenza dei servizi e il riordino delle Camere di commercio



GLI ALTRI TESTI

Tempi più lunghi per il nuovo Testo unico del pubblico impiego (intanto parte la trattativa per il rinnovo del contratto su quattro nuovi comparti), la riforma della dirigenza pubblica e il riordino della Pa centrale sul territorio. Slitta anche la nuova semplificazione della Scia



GIÀ IN VIGORE

Norme subito operative in materia di silenzio-assenso e autotutela sono in vigore da quattro mesi. Il silenzio assenso sulle richieste di pareri e nullaosta di qualsiasi tipo diventa la regola nel dialogo tra Pa. Sull'autotutela (la possibilità per la Pa di revocare un proprio atto se si scopre che è illegittimo) ora c'è un tempo certo: 18 mesi



TAGLIA-LEGGI

Nel Consiglio dei ministri di domani dovrebbe arrivare per l'ok definitivo un altro decreto legislativo previsto dalla riforma Pa: da una parte si cancellano circa 40 norme contenute negli interventi anticrisi degli ultimi tre Governi; dall'altra si modificano una dozzina di disposizioni sempre riferite alle manovre degli Esecutivi Monti, Letta e Renzi

I tagli alla spesa. Per la «fase 3» si punta sull'estensione a tappeto del vincolo dei parametri omogenei di costo anche a livello locale e regionale. Altri risparmi dalla riforma Madia

Spending: si riparte da costi standard, acquisti Pa e immobili

Marco Rogari
ROMA

Centralizzazione degli acquisti della pubblica amministrazione. Costi standard per tutte le amministrazioni, comprese quelle territoriali. Razionalizzazione del patrimonio pubblico. E attuazione della riforma Pa. Sono queste le quattro coordinate su cui si sarà tracciata la rotta della «fase 3» della spending review per il 2017, che prenderà pian piano forma nei prossimi mesi. Il punto di partenza restano le misure già varate per il 2016 con l'ultima legge di Stabilità. Che ruotano essenzialmente attorno a tre interventi: acquisti centralizzati con il primo ciclo di attuazione del nuovo dispositivo semplificato con sole 34 stazioni appaltanti, tagli ai ministeri e contenimento del flusso di risorse destinato alle regioni. La Stabilità uscita dal Parlamento produce (dopo il restyling operato da Camera e Senato), ai fini dell'indebitamento netto della Pa, una riduzione complessiva delle uscite nel 2016 inferiore agli 8 miliardi «al lordo» delle misure che hanno comportato nuove spese.

Il confronto finale tra maggiori e minori uscite innescate dalla manovra si chiude, sempre ai fini dell'indebitamento netto della Pa, con una maggiore spesa limitata a 1,7 miliardi nel 2016, che assume poi il segno «meno» nel 2017 e nel 2018 con minori spese totali rispettivamente per poco più di 2

miliardi e quasi 4,4 miliardi. Dei quasi 8 miliardi di riduzione della spesa per quest'anno, nella versione al «lordo», non meno di 5 miliardi sono riconducibili direttamente al piano di spending review. E in questo caso un contributo decisivo arriva dai ministeri. Che, nel testo della Stabilità uscito dal Parlamento, hanno subito un giro di vite di oltre 3,5 miliardi tra spesa corrente e spesa in conto capitale (1,440 miliardi).

Per effetto degli interventi sulle varie tabelle della Stabilità e sui diversi fondi dai quali attinge il Governo per misure varie il dicastero più colpito risulta quello dell'Economia (taglio di oltre 2,3 miliardi nel 2016 su uscite correnti e in conto capitale), seguito da quello dell'Istruzione e ricerca (-318 milioni nel complesso) e della Difesa (-219 milioni). Proprio alla Difesa però andata una fetta delle risorse del pacchetto sicurezza-cultura da 2 miliardi inserito in extremis dal Governo nella manovra, con la contestuale rinuncia dell'anticipo al 2016 del taglio dell'Ires, facendo leva sulla flessibilità del deficit su cui Bruxelles si pronuncerà definitivamente in primavera.

Un altro dei cardini del capitolo della riduzione della spesa contenuto nella legge di Stabilità 2016 è il rafforzamento del meccanismo di centralizzazione degli acquisti Pa, imperniato sul metodo Consip. Un meccanismo attivato con il piano sulla ridu-

zione a sole 34 stazioni appaltanti che è seguito passo dopo passo dal commissario alla spending, Yoram Gutgeld. Per il momento l'ultima Stabilità fa scattare un intervento strutturale che dovrà garantire da questo versante una minor spesa complessiva di 216,4 milioni nel 2016, 103,4 milioni dei quali arriveranno dai ministeri. Ma la manovra approvata dal Parlamento prevede già che su questo terreno i risparmi salgano per ciascuno degli anni 2017 e 2018 a quota 697,3 milioni.

Il Governo confida molto sui risultati per gli anni a venire dal meccanismo di centralizzazione degli acquisti. Con il nuovo sistema semplificato di 34 centrali di acquisto in 4-5 cinque anni l'asticella «dell'intermediato» per le forniture della Pa (da cui si generano i risparmi veri e propri) si potrebbe posizionare attorno ai 30 miliardi. E circa la metà di questa operazione verrebbe garantita direttamente da Consip. Tra gli obiettivi della società controllata dal Mef, che ha come Ad Luigi Marroni, c'è del resto quello di far salire nel triennio 2016-2018 «l'intermediato» realizzato con i suoi strumenti (gare, mercato elettronico e via dicendo) dagli attuali 6,5 miliardi a 10-12 miliardi. Questo traguardo potrebbe essere tagliato facendo rapidamente salire la quota di spesa per acquisti di beni e servizi presidiata da Consip almeno a circa 50 miliardi rispetto ai circa 40 mi-

liardi aggrediti fino ad oggi.

La «fase 3» della spending farà leva anche su un'ulteriore estensione del sistema dei costi standard a tutta la Pa. Il ministero dell'Economia sta incalzando continuamente i Comuni affinché venga aggiornata rapidamente la mappa sui flussi di spesa per rendere vincolante il sistema dei costi standard. Che è destinato ad essere esteso anche a tutte le Regioni. Altri risparmi arriveranno dall'attuazione ormai imminente della riforma della Pa targata Madia, soprattutto per quel che riguarda la potatura degli enti considerati inutili e la riorganizzazione degli uffici territoriali e delle sedi periferiche del Governo. La dote legata ai minori costi attesi dal riordino delle partecipate resterà invece a disposizione dei Comuni. Che come tutte le amministrazioni dello Stato dovranno concorrere al nuovo piano di razionalizzazione degli immobili pubblici.

SI PARTE DALLA «STABILITÀ»

Al «lordo» delle misure su spese aggiuntive, con l'ultima manovra una riduzione delle uscite inferiore agli 8 miliardi, oltre 3,5 miliardi dai ministeri

LA STRETTA 2016

8 miliardi

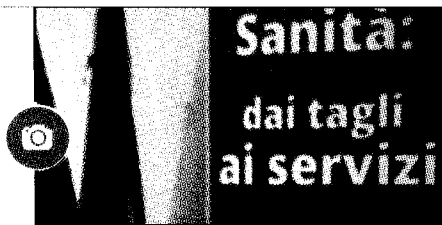
I tagli dell'ultima manovra
È inferiore agli 8 miliardi la riduzione della spesa prevista per il 2016 dall'ultima legge di Stabilità uscita dal Parlamento al «lordo» delle misure che comportano nuove uscite

3,5 miliardi

La stretta sui ministeri
Supera i 3,5 miliardi la stretta sui ministeri prevista dalla Stabilità con interventi sia sulle uscite correnti che su quelle in conto capitale (oltre 1,4 miliardi)

216 milioni

Acquisti centralizzati
Sono 216,4 milioni i risparmi attesi nel 2016 dal meccanismo semplificato di centralizzazione degli acquisti per la pubblica amministrazione



**Sanità:
dai tagli
ai servizi**

PRIME MISURE IN SANITA'

Il rinnovo dei commissari delle Aziende sanitarie, l'approvazione del disegno di legge in materia di salute, con l'abolizione dell'Arstan, l'istituzione di una commissione ispettiva e nuove procedure per la nomina dei direttori generali

**REGIONI
E SANITÀ**

Dote da 111 miliardi per la salute Alle Regioni fondi anti-dissesto

La scommessa di potercela fare quest'anno con 111 miliardi e di non dover azionare ancora maxi ticket e maxi addizionali. La tenuta della spesa farmaceutica in ospedale e il mistero del reale impatto dei medicinali innovativi. Il peso dei contratti e della stessa contrattazione decentrata. L'ingresso di 6 mila tra medici e infermieri neo assunti o stabilizzati. Il rebus dell'effetto dei nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza) così come dell'annunciato Piano nazionale vaccini.

Sette incognite

Saranno, almeno, queste sette incognite a gravare sui bilanci di Asl e ospedali nel nuovo anno. E che costituiscono le prime e decisive sfide per le Regioni e i loro bilanci: la sanità, che vale in media quasi l'80% dei conti locali, resta infatti la partita delle partite per i governatori. Una vera e propria mina vagante. A partire dalle Regioni sotto piano di rientro dai disavanzi sanitari, cinque delle quali (Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Calabria) anche commissariate. Ma anche la legge di Stabilità

2016 ha riservato capitoli importanti alla spesa sanitaria, uno degli snodi decisivi per i conti pubblici. Non mancando di cercare di mettere in campo anche la possibilità di azionare leve e meccanismi gestionali sia per risparmiare sia per mettere al riparo i bilanci da cattive amministrazioni. In questa direzione vogliono andare i piani, al massimo triennali, di rientro dai deficit per gli ospedali, con tanto di verifica dei livelli e della qualità dei servizi e di annessa rimozione dei manager inadempienti.

A dare una spinta a trasparenza e "buona spesa", intendono contribuire gli acquisti di beni e servizi tramite centrali uniche regionali di committenza di riferimento, con procedure che, se aggirate, comporteranno illecito disciplinare e saranno causa di danno erariale. Intanto, si parte con una dote di 111 miliardi: 2 in meno di quanto previsto, ma 1,3 in più del 2015. Sebbene i nuovi Lea comportino una spesa vincolata nel Fondo sanitario per 800 milioni e il nodo del costo dei contratti sia ancora interamente da sciogliere. Aspettando magari che il «Patto per la salute» decolli, anche mettendo in campo le prime misure risparmiatrici della sanità digitale, e che dal Parlamento arrivino la legge sulla responsabilità degli operatori sanitari contro la medicina difensiva, che la manovra 2016 intanto anticipa con la funzione del risk management in tutte le strutture.

Il fondo anti-dissesto

La legge di Stabilità prevede poi un fondo da 1,9 miliardi con finalità abbatti-debito per permettere ai governatori di tagliare il proprio stock di indebitamento. La fetta più grande, 332 milioni, è indirizzata alla Lombardia mentre al Lazio vanno 223 milioni. Nella gara degli assegni in arrivo dallo Stato, però, è fuori concorso la Sicilia, che vede arrivare 900 milioni (chiedeva 1,4 miliardi) in attesa di concordare con lo Stato la nuova ripartizione delle entrate fiscali in attuazione dello Statuto.

Roberto Turno

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il report

Curarsi fuori regione un salasso da 61 milioni

L'Asl di Caserta: spesa eccessiva, necessario rivedere i budget

Il territorio

L'analisi costi-benefici illustrata dai dirigenti della struttura sanitaria

Ornella Mincione

I pazienti che scelgono di emigrare in altre regioni per curarsi costano all'Asl di Caserta 61 milioni di euro l'anno, valutando i ricoveri. Si tratta di 61 milioni che fanno parte dei 300 milioni di euro dei pazienti in fuga da tutte le Asl all'ente regionale campana. Il problema, però, è che Caserta vive una situazione particolare. Da un lato, il tetto di spesa concesso ai centri accreditati finisce in genere (come è successo nello scorso 2015) entro settembre e quindi non copre l'intero anno, come d'altronde accade anche in altre aziende sanitarie locali; dall'altro lato, c'è da dire che il territorio di Caserta è particolarmente vasto, per cui molti pazienti si trovano molto più vicini a centri di altre regioni piuttosto che a quelli territorialmente competenti. Sono infatti il Molise e il Lazio i maggiori beneficiari della fuga extraregionale di pazienti casertani. Solo la struttura molisana Neuromed di Pozzilli costa all'Asl di Caserta «7-8 milioni di euro», informano dagli uffici dell'Asl di Caserta, i cui vertici ieri mattina hanno partecipato alla riunione indetta dal governatore Vincenzo De Luca a palazzo Santa Lucia. Proprio nell'ambito di questa riunione, è stata posta in ri-

”
**Risorse
In media
i rimborsi
per
Terra
di Lavoro
più bassi
che altrove**

lievo, da parte dello stesso governatore, la necessità di elaborare un piano secondo cui non soltanto si accorcino i tempi di attesa per le diverse prestazioni specialistiche, ma che vengano formulate ipotesi di lavoro per far sì che i tetti di spesa coprano l'intero anno e che venga limitata la mobilità passiva, ovvero la fuga di pazienti in altre regioni, con relativa spesa, almeno del 10% in tre anni. Ecco perché «per la settimana prossima dobbiamo presentare un piano con proposte relative chiaramente ai dati di ciascuna Asl per raggiungere questi obiettivi», spiegano i vertici dell'Asl casertana che però puntano il dito sull'urgenza di «avere più risorse umane e un più ampio parco tecnologico. Inoltre, vogliamo che venga applicato un criterio più omogeneo per la distribuzione di risorse e che l'intero piano venga fatto per rinforzare il pubblico piuttosto che il privato». Sulla omogeneità del criterio, infatti, la situazione è che «per la riabilitazione, ad esempio, la spesa pro capite per Caserta è di circa 30 euro, a fronte delle 56 euro calcolate per altre Asl regionali», dicono ancora dagli uffici. Nel corso della riunione di ieri mattina nessun cenno al budget assegnato per branca a ciascuna Asl per il 2016. Certo è che a Caserta, «per la riabilitazione, ad esempio, erano stati assegnati nel 2015 circa 21 milioni di euro: un tetto che è stato raggiunto al 14 settembre». Fatto sta che il problema di Caserta resta la territorialità: «chi vive a Mignano Monte Lungo o a Rocca d'Evandro trova molto più facile spostarsi a Cassino o a Venafro invece di andare a Piedimonte che è la struttura competente ma dista da questi paesi almeno 100 km», mettono in evidenza ancora dagli uffici dell'Azienda

da Sanitaria Locale di Caserta. Intanto, proprio in questi ultimi giorni, l'Asl di Caserta ha dovuto rescindere i contratti a cinque operatori socio sanitari i quali, pur avendo un contratto di collaborazione con l'azienda presso l'ospedale di Marcianise, avevano ottenuto nei mesi scorsi anche un altro contratto con la stessa azienda per il servizio di sanità penitenziaria. Ad un incrocio di dati, rende noto l'Asl, «abbiamo appurato l'incopatibilità dei due lavori, per cui i cinque operatori non potevano trovarsi allo stesso orario in due posti diversi».

LISTE D'ATTESA

Le liste d'attesa, anzitutto: sono troppo lunghe. L'ultimo sos viene lanciato dal San Paolo. «Qui gli interventi programmati sono bloccati per carenza degli anestesisti», lamentano Angelo Ambrosino ed Elsa Fritzsching, a nome dell'associazione Salute & Ambiente. Il motivo? Le nuove norme sui turni light hanno «messo in ginocchio» l'ospedale di Fuorigrotta. «Questo comporta attese di settimane anche per banali interventi di routine». Non bastasse, «il personale medico-chirurgico è impossibilitato a svolgere le proprie mansioni», fanno notare i due volontari. Insomma, per velocizzare l'iter di cura è decisivo recuperare altro personale e, per farlo, il commissario dell'Asl, Renato Pizzuti, punta a una complessiva riorganizzazione del lavoro.

Un piano al vaglio dei sindacati ridisegna la rete di assistenza: entro sei mesi il San Gennaro deve diventare il riferimento per la riabilitazione, l'Ascalesi un polo oncologico, gli Incurabili dovrebbe ospitare un centro per le cure primarie, ma il proget-

to va rivisto a causa dell'allarme crolli. Una volta chiusi diversi reparti nel centro storico, oltre cento operatori saranno trasferiti e potranno andare a colmare i principali vuoti nei turni segnalati nelle strutture di frontiera. Dal San Paolo al Loreto Mare.

”
**La spesa
Il nucleo
ispettivo
regionale
incrocerà
i dati
per evitare
gli sprechi**

Emorragia di personale da tamponare anche al Cardarelli: 500 operatori sono andati in pensione negli ultimi anni, ne servirebbero 200 in organico. «Urgono rinforzi», avverte il commissario Patrizia Caputo, «qui è rimasto ben poco da fare per recuperare risorse all'interno dell'ospedale». Già occupate le neurochirurgie, le ortopedie e altri reparti, chiuse le pediatrie. «I principali provvedimenti - spiega Caputo - sono stati attuati nel 2011 e, considerata l'enorme richiesta di cure, è impensabile ridurre i posti letto». Lo dimostrano i disagi vissuti ancora ieri in corsia: «Occupate tutte le barelle, oltre 200, e persino le lettighe di sei ambulanze». Racconta Salvatore Siesto, sindacalista Uil: «Per far posto a un giovane, in crisi di astinenza, è stato necessario far alzare una signora». Da inizio anno si contano oltre 1900 visite al pronto soccorso. In soli sette giorni. Oltre 300 accessi al giorno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tempistica
Da migliorare
i tempi nella rete
dell'emergenza



I rimedi

Integrare la rete dei servizi

Integrare la rete di assistenza, e quindi i servizi offerti da Asl e ospedali, è la priorità negli interventi predisposti con più rapidità nelle altre province campane. In particolare, una riunione tra i vertici dell'azienda sanitaria di Benevento e del «Rummo» ieri è slittata proprio per la convocazione in Regione. «La regia centrale è quanto mai utile: rende più facile il nostro lavoro», dice il commissario Asl Franklin Picker. In concreto, lui spiega: «Considerato che c'è un unico bacino di utenza nel Sannio, è giusto ragionare insieme su chi fa meglio cosa ed eliminare i doppi». Il passo successivo è creare un centro unico di prenotazioni, su base provinciale, se non regionale. Ed è previsto che siano inserite anche le strutture private accreditate. Intanto, tutti gli addetti di Asl e ospedali, su indicazione della Regione, sono tenuti a ricontattare i pazienti con appuntamenti fissati a distanza di 7 e 15 giorni per avere conferma della richiesta ed evitare che le liste siano piene, ma gli ambulatori vuoti. Dal 2016, inoltre, i controlli su budget e tetti di spesa sono mensili e i manager delle Asl sono chiamati a stipulare i contratti con i privati entro gennaio. «Mentre quelli del 2015 non sono usciti», interviene Sergio Crispino, leader di Aiop, l'associazione che raggruppa le cliniche e si dice favorevole a una razionalizzazione, «se messa a punto assieme, considerando i servizi come un unico sistema e adeguando le risorse alle effettive esigenze. Ogni anno le case di cura private fatturano ricoveri per 750 milioni, i centri specialistici per altri 356».



Assistenza di qualità Parte la sfida in Campania ma restano problemi e incognite

A Nocera staminali contro le ischemie

Acquistato un macchinario innovativo che consentirà di ridurre il rischio di amputazione degli arti



L'ospedale "Umberto I" a Nocera Inferiore

► NOCERA INFERIORE

Cellule staminali per riprodurre i vasi sanguigni e ridurre il rischio di amputazione degli arti. È la novità che il 2016 porta nell'ospedale "Umberto I" di Nocera, primo in Campania a mettere in funzione il macchinario che consente l'utilizzo delle staminali nell'ambito della chirurgia vascolare. È una costosa apparecchiatura acquistata di recente e ora pronta per entrare in funzione, che imprimerà una svolta nel trattamento delle ischemie croniche degli arti inferiori non rivascularizzabili. Le cellule prelevate dal midollo del paziente

potranno essere centrifugate estraendone le staminali (sepacs), che saranno quindi iniettate nelle zone ischemiche in modo da riprodurre nuovi vasi sanguigni.

L'apparecchiatura sarà in dotazione alla Chirurgia vascolare guidata dal primario Genaro Vigliotti, che opererà in collaborazione con l'equipe del Centro trasfusionale diretto dal dottore Mario Volo. Un reparto, quello di Chirurgia vascolare, attivato nel 2014 con l'arrivo di Vigliotti dall'ospedale di Salerno. In un anno il numero degli interventi chirurgici di alta specializzazione (chirurgia arteriosa ed endovascolare) sono aumentati del trenta per cento (da 162 a 234)

e i posti letto si sono rivelati insufficienti. Ne sono stati ricavati due nel reparto di Chirurgia e altrettanti in quello di Cardiologia, secondo le disponibilità del momento, ma il numero di ricoveri è di circa sette a settimana, per cui i pazienti sono ospitati anche in altri reparti. Ora si attende che il 2016 porti l'autorizzazione all'apertura dei posti letto specifici di Chirurgia vascolare, che dovrebbero essere 6 e collocati in locali attigui al reparto di Chirurgia in modo da ridurre le spese di gestione e il numero del personale. Anche l'organico dovrebbe essere potenziato; attualmente l'equipe di tre medici assicura gli interventi

in urgenza per le emergenze interne dell'ospedale, mentre interviene in "differita" nella zona nord dell'Asl. Si calcola che per garantire un'attività di urgenza anche nell'ambito del 118 - in un territorio con oltre mezzo milione di abitanti - dovrebbero essere assegnati almeno altri tre medici specialisti. Da qui l'auspicio di un'attenzione da parte del nuovo commissario regionale per la sanità, Joseph Polimeni. Tanto più che nel 2015 le attività del reparto sono aumentate, ad esempio tramite l'impiego di una nuova apparecchiatura per il recupero intraoperatorio del sangue, con cui vengono trattati gli aneurismi aortici addominali e toracici sia con tecnica tradizionale che con tecnica endovascolare per lo più completamente percutanea, senza incisioni e in anestesia locale. (c.d.m.)

Piano di riorganizzazione In arrivo anche 41 medici

Previsto pure il reclutamento di infermieri, tecnici e ausiliari specializzati nell'atto firmato a inizio settimana dal direttore generale Viggiani

► SALERNO

È stata firmata ad inizio settimana delibera con cui il direttore generale dell'Azienda ospedaliera universitaria di Salerno ha modificato il piano di occupazione dei presidi "Ruggi" e "da Procida", e di quelli di provincia: Cava de' Tirreni, Mercato San Severino e Ravello. Con lo stesso atto è stata anche avviata la procedura di reclutamento del personale (41 dirigenti medici, 64 infermieri, 18 tecnici sanitari, 25 operatori e 5 ausiliari specializzati). Ma il piano reclutamento (tramite bandi di mobilità, avvisi pubblici, utilizzazione di vecchie graduatorie) prevede l'ingresso in azienda anche di 39 nuovi medici (per ogni disciplina è indicato il numero), 3 dirigenti sanitari, altri 3 dirigenti (un amministrativo, 2 ingegneri), 56 unità di comparto: totale 101.

Per quanto riguarda le modifiche dei turni, per ora il direttore generale toccherà soltanto il personale infermieristico delle unità operative del "Ruggi". Viggiani ha individuato le aree di recupero degli infermieri nei Dipartimenti assistenziali. Per consentire di svolgere gli orari di lavoro imposti dalla legge 161, modificando i turni, recupererà 32 infermieri, "presi" in 12 Dipartimenti (15 risorse dall'Area critica, 3 dall'apparato locomotore, 6 dal Cuore, 8 da Neuroscienze e patologie cranio facciali. Non saranno toccate le chirurgie generali, diagnostica per immagini, l'età evolutiva, il medico chirurgico fegato, rene e trapianti, le specialità mediche, oncematologia, patologia clinica e trasfusionale).



Il "Ruggi d'Aragona"

Da lunedì scorso è stata disposta una nuova organizzazione del lavoro a Radiologia, per integrare il personale (elettricisti, conduttori di caldaia, manutentori termoidraulici, addetti alla portineria e alla cucina e autisti). Pertanto al "Ruggi" il servizio sarà aperto 24 ore, mentre a Mercato San Severino, Cava e Ravello funzionerà solo per 12 ore e al "da Procida" ancora meno: 6 ore. La legge, ha ricordato Viggiani nella delibera, consente di stipulare nuovi contratti di lavoro flessibile entro il 31 ottobre 2016. Quindi ricorrerà a contratti a tempo determinato di specialistica ambulatoriale per reclutare anestesisti e rianimatori, radiologi e nefrologi, neochirurghi, di chirurgia vascolare e di ortopedia. Non saranno consentite prestazioni aggiuntive dei medici, se non dietro autorizzazione della Direzione sanitaria.

La delibera conferma gli accorpamenti dei reparti pianificati (rimane aperto il caso di Ostetricia a Cava de' Tirreni dopo la sospensiva del Tar e l'annunciato ricorso della direzione generale). Nella delibera approvata prima della decisione dei giudici amministrativi è stata confermata la chiusura di Oncologia al "da Procida" e al "Fucito" di Mer-

cato San Severino, di Pediatria a Mercato San Severino, Ostetricia e Ginecologia a Cava de' Tirreni e Mercato San Severino, con un recupero di 56 unità: 25 infermieri, 12 ostetriche, 5 ausiliari e 13 medici.

Quella del direttore generale è una delibera dettagliatissima. Il manager, infatti, ha toccato perfino la riorganizzazione di portierato, cucina

e autisti. Tre elettricisti del "da Procida" saranno utilizzati anche al "Ruggi". La vigilanza sarà garantita previo accordo con l'Asl: la portineria diurna sarà ridotta a 12 ore e pure la vigilanza armata notturna. La portineria interna passa così da 24 ore a 12 ore di copertura (altre 12 saranno coperte dalla vigilanza).

A Cava de' Tirreni di giorno ci sarà un solo operatore e di

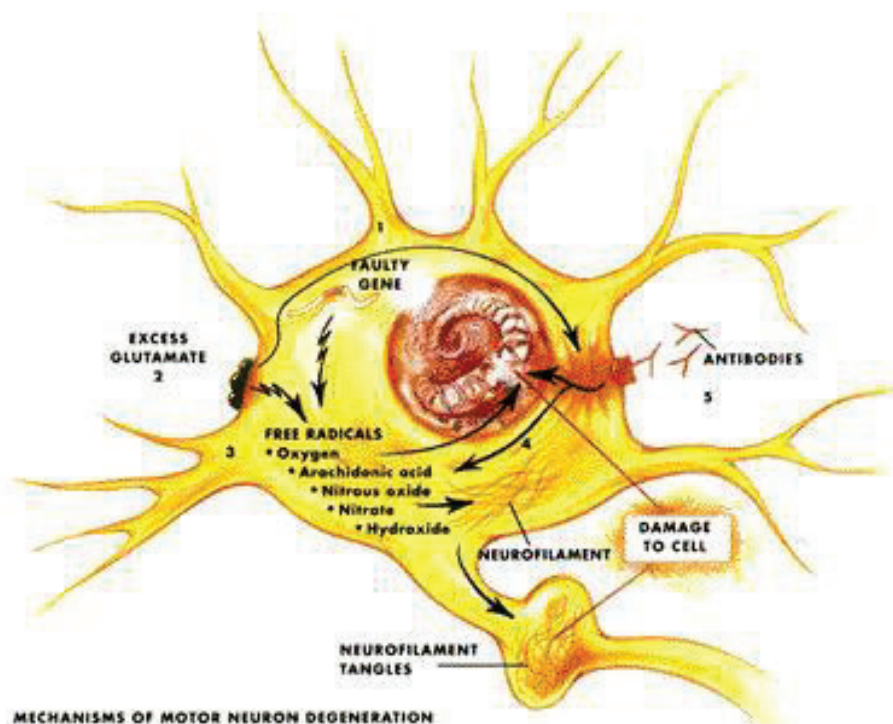
notte due: i nuovi turni saranno comunicati in prefettura. Per la cucina del "Ruggi" occorrono 6 unità: o si utilizzerà il personale interinale o ci sarà una mobilità interna in cambio di una qualifica orizzontale. Per gli autisti (4 unità) stesso discorso. Previsto un ampliamento di esternalizzazione del servizio di pulizia delle aree esterne. (m.c.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Studio su «Nature»

Ecco la proteina che toglie il «freno» ai tumori del cervello

di **Luigi Ripamonti**

Progressi nella lotta al glioblastoma, un tumore frequente e maligno del cervello. Ne riferiscono su *Nature*, ricercatori della Columbia University di New York, che hanno scoperto come una proteina, chiamata ID2, svolga un ruolo importante nello sviluppo di questo cancro. «ID2 consente alle cellule più maligne del glioblastoma di adattarsi a condizioni anche molto sfavorevoli e continuare a moltiplicarsi», ha spiegato Anna Lasorella, scienziata italiana che, con il collega Antonio Iavarone, ha guidato il gruppo di ricerca. ID2 era già nota per le sue funzioni nel processo di differenziamento cellulare nella vita embrionale. La proteina viene disattivata quando le cellule smettono di dividersi e si differenziano. Nel glioblastoma, invece, è abnormemente attivata. Bloccando i meccanismi di attivazione di ID2, secondo gli autori dello studio si potrebbe frenare l'espansione del tumore. «Capire la sequenza di eventi di cui il glioblastoma, e altri tumori, si dotano per continuare a vivere — ha precisato Iavarone — è importante per ideare nuove strategie di cura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il beneventano Antonio Iavarone e sua moglie Anna Lasorella, da anni tra i più celebri scienziati italiani all'estero, protagonisti di una ricerca destinata ad accelerare la lotta al più pericoloso cancro, il glioblastoma: scoperti i meccanismi della proteina ID2, che favorisce la crescita delle cellule cancerogene e le protegge dalle terapie mediche più avanzate

Due «cervelli» per curare il cervello

LA SCOPERTA

Mario Pappagallo

Uno dei tumori al cervello peggiori, perché difficile se non impossibile da curare, sembra aver svelato i suoi segreti. E questo avvicina il momento della sua sconfitta. Un team guidato da scienziati italiani da anni negli Stati Uniti ha individuato il meccanismo che favorisce il mantenimento delle cellule staminali neoplastiche del glioblastoma. Cuore di questo meccanismo è una proteina, chiamata ID2, in grado di attivare una cascata di eventi che promuovono sia lo sviluppo sia la progressione del male. È ormai una decina d'anni che l'attenzione dei ricercatori si è accentrata sulle staminali del cancro. Le peggiori, si nascondono alle cure, attivano i meccanismi di resistenza, ridanno vita al tumore in modo più forte di prima. Sono, in generale, queste cellule il segreto dell'incurabilità di un tumore, individuare disinnescandole significa la vittoria.

Quelle del glioblastoma sono state smascherate nei loro segreti da coloro, italiani, che praticamente studiano questo cancro da una vita. Primi passi in Italia, a Roma, poi da decenni alla Columbia University di New York: Antonio Iavarone e Anna Lasorella. La rivista scientifica Nature ne consacra ora l'ennesima vittoria. Il team ritiene - e Nature riporta - che «disattivando» la proteina ID2 potrebbe essere possibile bloccare la crescita del tumore e i suoi ritorni di fiamma. Un obiettivo cui il team sta già lavorando. Il glioblastoma è il tumore più aggressivo che si sviluppa nel cervello: 2-3 nuovi casi all'anno ogni 100mila abitanti. Uno di quelli che l'Agenzia internazionale per la ricerca contro i tumori (Iarc) nel 2011 ipotizzò come collegabile con i campi elettromagnetici di radiofrequenza, cioè quelli emessi dai cellulari. Curarlo, come detto, non è facile. In molti casi è impossibile. E può avere inneschi diversi. E chi ne resta colpito è ancora da considerare un malato orfano di cura, che nel 100% dei casi sviluppa una ricaduta entro 2 anni. Ricaduta che accorcia poi l'aspettativa di vita.

Contro questo tumore, appunto, da anni combatte la coppia di ricercatori italiani probabilmente più famosa al mondo. Iavarone e Lasorella, marito e moglie, «cervelli» in fuga, sempre insieme anche come firma sulle principali riviste scientifiche

**NEL 2012 AVEVANO
GIÀ SCOPERTO
IL «GENE-MOSTRO»
PRESENTI SOLO
NELLE CELLULE
TUMORALI**

che mondiali. Nel 2012, per esempio, avevano già scoperto (pubblicazione su Science) un gene «mostro», inesistente naturalmente, derivato dall'unione per mutazione di due geni singoli: FGFR e TACC. Un bi-gene enorme, presente solo nelle cellule tumorali. Causa della produzione della proteina che da sola è causa del glioblastoma. Bloccata lei, bloccato il tumore. E questo è quanto accaduto in vitro e su topi.

«Adesso - spiega Iavarone - stia-



**GLI ESITI
DELLO STUDIO
RIPORTATI
DALLA RIVISTA
«NATURE»**

mo cercando di disattivare farmacologicamente la proteina collegata alle staminali, per bloccare la crescita della malattia». La proteina ID2 agisce favorendo la riproduzione di una popolazione di cellule, le staminali tumorali, che danno inizio alla malattia, ne sostiene la crescita generando sempre nuove cellule e viene difficilmente eliminata anche da terapie molto aggressive come radioterapia e chemioterapia. L'importanza di questo studio consiste nell'identificazione dei meccanismi che attivano ID2, ma anche nella scoperta di come la proteina,

quando è 'accesa' nel tumore umano, agisce per promuovere la crescita incontrollata delle staminali tumorali.

«Il nostro lavoro - interviene Lasorella, ricercatrice e docente di Pediatria e Patologia alla Columbia University e responsabile con Iavarone della supervisione del gruppo di scienziati che hanno firmato la pubblicazione su Nature - ha stabilito che ID2 rimane attiva a causa della ridotta concentrazione di ossigeno nel tumore in espansione. Quando è presente in forma inappropriatamente attiva, ID2 è in grado di bloccare il sistema di distruzione di due proteine chiamate Hypoxia Inducible Factor (Hif) alfa 1 e 2, della cui azione le cellule staminali tumorali si servono per sopravvivere in mancanza di livelli adeguati di ossigeno e nutrimenti». In pratica, ID2 «consente alle cellule più maligne del glioblastoma di adattarsi a condizioni sfavorevoli, sopravvivere anche in condizioni estreme e continuare a moltiplicarsi senza perdere l'identità staminale», spiega Lasorella. «È evidente - riprende Iavarone - che la disattivazione di ID2 priverebbe il tumore di un circuito indispensabile al suo mantenimento».

«Capire la sequenza di eventi di cui il glioblastoma, e probabilmente anche altri tumori umani, si sono dotati affinché il cancro continui a vivere - precisa Iavarone - è un passo importante verso nuove strategie di cura. Tuttavia, non è ancora una cura, ulteriori studi sono necessari prima che possa tradursi in terapia».

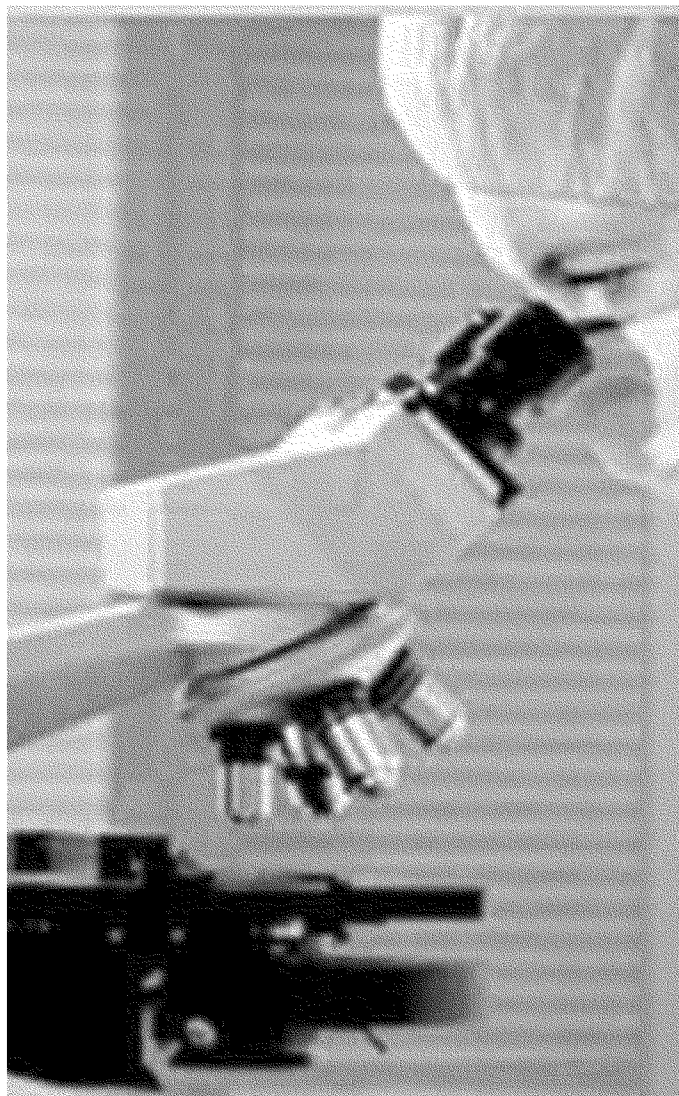
Insomma, il risultato è promettente, ma il lavoro alla Columbia sta già andando avanti. «Al momento - spiega Iavarone - stiamo perseguendo screening di composti chimici (quindi potenziali farmaci anti-tumorali) sia in simulazioni matematiche al computer che sperimentalmente. Questi screening sono basati sulla nostra scoperta che la proteina ID2 deve legarsi alla proteina VHL per favorire la crescita delle cellule staminali tumorali. Pertanto, come abbiamo potuto osservare in laboratorio con stru-

menti genetici, un farmaco che blocca il legame tra ID2 e VHL, di cui ora conosciamo tutti i dettagli molecolari, potrà avere un eccezionale valore. Questi studi - conclude - sono tuttora in corso». La via era stata aperta nel 2012 dalla scoperta del bi-gene Fgfr-Tacc, frutto della mutazione e presente solo nei tessuti malati causa del tre per cento dei glioblastomi. Via via i meccanismi sono stati messi a fuoco. Andando a leggere il Dna dei tumori, le impronte digitali dei killer, molti misteri si sono chiariti e sempre più sottogruppi di uno stesso cancro vengono identificati, trovando poi la chiave per sconfiggerli. In una logica di «personalizzazione» della cura. Iavarone, «papà» dei geni del glioblastoma ci crede: una «pallottola magica» contro il glioma è obiettivo perseguibile. Spiega: «Già quando studiavamo il bi-gene abbiamo visto che la cellula tumorale "muore" quando bloc-

chiamo l'attività di FGFR-TACC. Lo abbiamo visto nel topo e abbiamo iniziato studi clinici nei pazienti con glioblastoma dipendente dalla fusione dei due geni». Sono solo un tre per cento, però. Il problema erano tutti gli altri. Che ora hanno nuove speranze dopo la scoperta di ID2 e di come bloccarla.



I volti
Antonio Iavarone e Anna Lasorella, gli scienziati autori della scoperta



I tempi della malattia

Può colpire sia bambini che anziani La sopravvivenza non oltre i 48 mesi

Il glioblastoma è il tumore più frequente e maligno del cervello. Colpisce a tutte le età, inclusi i bambini, ma è più frequente tra i 45 e i 70 anni. Purtroppo la chirurgia, combinata ai trattamenti radio e chemioterapici, non è ancora in grado di

curare e la sopravvivenza è inferiore ai due anni. Per questo aumentare le conoscenze sui meccanismi che promuovono il glioblastoma e lo rendono così difficile da curare è l'unica

strada per poterlo aggredire più efficacemente. In condizioni normali, la proteina ID2 viene disattivata quando le cellule smettono di dividersi e si differenziano. Nel glioblastoma, invece, è molto attivata.



**ORAL'OBIETTIVO
È TROVARE
UNA SOLUZIONE
FARMACOLOGICA
PER INTERVENIRE
SULLE STAMINALI**