



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il retroscena

La sfida: stop ai viaggi della speranza i cittadini devono potersi curare qui

Dalla conferenza Stato-Regioni 111 miliardi: obiettivo, eliminare la «vergogna» dei tetti di spesa

Dagli «stati generali della sanità» alla sfida per «azzerare la mobilità passiva». Vincenzo De Luca rilancia la battaglia per migliorare e potenziare i livelli essenziali di assistenza sui quali, avverte, «serve una rivoluzione immediata». E allora, chiarisce il governatore ai microfoni di Lira Tv, «si tratta di correre»: «Volteremo pagina e apriremo la stagione del rispetto per le competenze, non per i padrini politici». Nel tentativo di «restituire entusiasmo ai tanti che lavorano nel campo della sanità e che, con i loro sacrifici, ci hanno consentito di garantire i servizi essenziali», il presidente della Regione immagina dunque di dar vita «agli stati generali della sanità»: «Una giornata di lavori per coinvolgere medici, paramedici, amministrativi, una mobilitazione per ripartire insieme».

L'obiettivo, sottolinea De Luca, è «riuscire a coniugare il rigore con servizi eccellenti, eliminando sprechi e fenomeni di parassitismo che ancora resistono». Sarà determinante, in questo senso, «anche azzerare la mobilità passiva: ogni anno paghiamo alle altre Regioni 300 milioni per i cittadini campani che vanno a curarsi nel resto del Paese. Non deve più accadere. In Campania abbiamo tutte le professionalità per garantire un servizio di assoluta eccellenza». È chiaro che ci sarà bisogno anche delle risorse. Proprio per discutere del fondo sanitario nazionale De Luca e gli altri governatori hanno partecipato nei giorni scorsi alla conferenza Stato-Regioni. Sul tavolo ci sono 111 miliardi di euro, uno

in più dell'anno scorso, ma sono aumentate pure le spese. «Per questo abbiamo sollecitato chiarimenti sui costi aggiuntivi, da quelli per i rinnovi contrattuali alle spese per l'incremento dei livelli essenziali di assistenza, per il piano vaccinazioni e per i farmaci innovativi, rivolti in particolare alla cura dell'epatite C, che sono molto onerosi». L'ex sindaco di Salerno è comunque ottimista: «Credo che riusciremo a recuperare significative risorse che ci consentiranno di gestire con serenità i servizi sanitari». E poi «andrà eliminata la vergogna dei tetti di spesa: non possiamo più permetterci di lasciare senza cure per quattro mesi i nostri pazienti, molti dei quali sono costretti ad andare altrove».

ger.aus.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli ospedali Dalla razionalizzazione delle spese servizi più efficienti



La sanità Svolta alle Asl nominati 7 commissari

Gerardo Ausiello

L agiunta regionale ha nominato sette tra commissari e sub commissari per le Aziende sanitarie di Napoli e provincia e di Salerno in attesa della nomina dei nuovi manager. Nel corso della riunione sono state assunte importanti decisioni sulla riorganizzazione della Sanità che verranno illustrate oggi dal governatore De Luca. Si tratta, comunque, di assetti provvisori in attesa della designazione dei nuovi direttori generali slittata al 2016 e che verrà fatta dopo la definizione dell'elenco degli idonei alla carica di direttore generale.



La decisione Nella foto il presidente della Giunta regionale Vincenzo De Luca: ieri la nomina di sette commissari

La sanità, le nomine

Asl, si volta pagina: in arrivo 7 commissari

In attesa dei manager De Luca cambia i vertici delle «aziende» napoletane e a Salerno

Gerardo Ausiello

In attesa dei direttori generali, arrivano i nuovi commissari e subcommissari delle aziende sanitarie locali. Sette in tutto, sono stati nominati dalla giunta regionale, presieduta da Vincenzo De Luca. Che stamane, in una conferenza stampa, annuncerà la sua «rivoluzione» per tentare di riorganizzare il comparto e di potenziare l'offerta sanitaria.

Una donna all'Asl Napoli 1

Si tratta di Maria Concetta Conte, che assume l'incarico di subcommissario sanitario al posto della dimissionaria Antonella Guida, casertana di Santa Maria a Vico e moglie del consigliere regionale Alfonso Piscitelli, eletto con Campania in rete, la lista ispirata dal senatore verdiniano Vincenzo D'Anna. Guida, bollata come «cosentiniana», era finita al centro delle polemiche ed aveva deciso di lasciare. Al suo posto è così arrivata Conte, che completa la terna dirigenziale dell'Asl Napoli 1 affiancando il commissario Renato Pizzuti, dirigente regionale, e il sub Rosario Guida, direttore amministrativo del distretto di Scampia.

Nuova terna all'Asl Napoli 2

«Mi arrivano notizie da brividi», aveva

detto qualche settimana fa De Luca a proposito dell'Asl Napoli 2, l'azienda sanitaria (che ha competenza sui comuni dell'area nord di Napoli) finita sotto i riflettori della magistratura, che sta indagando sulle borse di studio assegnate dall'ex commissario Agnese Iovino ad alcuni familiari in uno scenario investigativo più ampio che riguarda la gestione commissariale. Abbastanza, secondo il governatore, per correre ai ripari. Così De Luca aveva deciso di «commissariare» il commissario per 30 giorni, nominando al suo posto l'avvocato Massimo Lacatena, dirigente dell'Avvocatura regionale. Una mossa che ha spinto Iovino a rassegnare le dimissioni. Così, trascorsi i 30 giorni, il presidente della giunta ha nominato una nuova terna, composta dal commissario straordinario Antonio D'Amore e dai subcommissari Alberto Pironti (amministrativo) e Luigi De Paola (sanitario).

Stop al commissario dell'Asl Napoli 3

La procedura adottata per la Napoli 2 è stata replicata per la Napoli 3. Sulla cui governance era in atto un braccio di ferro all'interno della maggioranza tra il capogruppo del Pd in Consiglio regionale Mario Casillo, che spingeva per la sostituzione del commissario Salvatore Pana-

ro, e l'Udc demitiana, che invece avrebbe voluto confermarlo. De Luca ha scelto di sospendere per un mese nominando, al suo posto, Antonietta Costantini. Nell'arco dei trenta giorni gli uffici della Regione avvieranno una serie di verifiche sull'attività amministrativa dell'Asl per far luce, in particolare, su presunte incongruenze tra i rimborsi erogati e le prestazioni effettivamente svolte. Poi, a indagine conclusa, De Luca tirerà le somme e deciderà se dare un'altra chance a Panaro o se sostituirlo.

Scelti i vice all'Asl di Salerno

Tra i primi atti di De Luca da governatore c'era stata la rimozione del commissario dell'Asl della sua città, Antonio Squillante, scelto dall'allora presidente della Provincia di Salerno Edmondo Cirielli. Al suo posto era stato designato l'avvocato Antonio Postiglione. Ora, con lui, lavoreranno i subcommissari Caterina Palumbo (amministrativo) e Giuseppe Longo (sanitario).

Le verifiche

Dopo l'avvio di indagini dei giudici la Giunta regionale interviene sulla Napoli 2

Tempi lunghi per i manager

Si tratta, comunque, di assetti provvisori in attesa della designazione dei nuovi direttori generali, che è slittata al 2016 a causa delle lungaggini burocratiche. Il primo passo della procedura è infatti la definizione dell'elenco degli idonei alla carica di direttore generale. L'inserimento nella white list è però un requisito indispensabile ma non sufficiente a concorrere per i prestigiosi incarichi. Sì, perché gli aspiranti sono tenuti a partecipare ad un altro bando, avviato dall'azienda che intenda selezionare il nuovo manager. Le domande vengono poi vagliate da una commissione di esperti che ha il compito di produrre una cinquina di nomi sulla base dei curricula. L'ultima parola spetta alla politica. Tempi biblici permettendo.

La sanità Valanga di nomine nella governance sanitaria della Campania, i decreti firmati dal governatore De Luca

Svolta Asl, arrivano due subcommissari

I vice Palumbo e Longo affiancheranno Postiglione tempi lunghi per i manager

Gerardo Ausiello

In attesa dei direttori generali, arrivano i nuovi commissari e subcommissari delle aziende sanitarie locali. Sette in tutto, sono stati nominati dalla giunta regionale, presieduta da Vincenzo De Luca. Che stamane, in una conferenza stampa, annuncerà la sua «rivoluzione» per tentare di riorganizzare il comparto e di potenziare l'offerta sanitaria.

Una donna all'Asl Napoli 1

Si tratta di Maria Concetta Conte, che assume l'incarico di subcommissario sanitario al posto della dimissionaria Antonella Guida, casertana di Santa Maria a Vico e moglie del consigliere regionale Alfonso Piscitelli, eletto con Campania in rete, la lista ispirata dal senatore verdiniano Vincenzo D'Anna. Guida, bollata come «cosentiniana», era finita al centro delle polemiche ed aveva deciso di lasciare. Al suo posto è così arrivata Conte, che completa la terna dirigenziale dell'Asl Napoli 1 affiancando il commissario Renato Pizzuti, dirigente regionale, e il sub Rosario Guida, direttore amministrativo del distretto di Scampia.

Nuova terna all'Asl Napoli 2

«Mi arrivano notizie da brividi», aveva detto qualche settimana fa De Luca a proposito dell'Asl Napoli 2, l'azienda sanitaria (che ha competenza sui comuni dell'area nord di Napoli) finita sotto i riflettori della magistratura, che sta indagando sulle borse di studio assegnate dall'ex commissario Agnese Iovino ad alcuni familiari in uno scenario investigativo più ampio che riguarda la gestione commissariale. Abbastanza, secondo il governatore, per correre ai ripari. Così De Luca aveva deciso di «commissariare» il commissario per 30 giorni, nominando al suo posto l'avvocato Massimo Lacatena, dirigente dell'Avvocatura regionale. Una mossa che ha spinto Iovino a rassegnare le dimissioni. Così, trascorsi i 30 giorni, il presidente della giunta ha nominato una nuova terna, composta dal commissario straordinario Antonio D'Amore e dai subcommissari Alberto Pironti (amministrativo) e Luigi De Paola (sanitario).

Stop al commissario Asl Napoli 3

La procedura adottata per la Napoli 2 è stata replicata per la Napoli 3. Sulla cui governance era in atto un braccio di ferro all'interno della maggioranza tra il capogruppo del Pd in Consiglio regionale Mario Casillo, che spingeva per la sostituzione del commissario Salvatore Panaro, e l'Udc demitiana, che invece avrebbe voluto confermarlo. De Luca ha scelto di sospenderlo per un mese nominando, al suo posto, Antonietta Costantini. Nell'arco dei trenta giorni gli uffici della Regione avvieranno una serie di verifiche sull'attività amministrativa dell'Asl per far luce, in particolare, su presunte incongruenze tra i rimborsi erogati e le prestazioni effettivamente svolte. Poi, a indagine conclusa, De Luca tirerà le somme e deciderà se dare un'altra chance a Panaro o se sostituirlo.

Scelti i vice all'Asl di Salerno

Tra i primi atti di De Luca da governatore c'era stata la rimozione del commissario dell'Asl della sua città, Antonio Squillante, scelto dall'allora presidente della Provincia di Salerno Edmondo Cirielli. Al suo posto era stato designato l'avvocato Antonio Postiglione. Ora, con lui, lavoreranno i subcommissari Caterina Palumbo (amministrativo) e Giuseppe Longo (sanitario).

Tempi lunghi per i manager

Si tratta, comunque, di assetti provvisori in attesa della designazione dei nuovi direttori generali, che è slittata al 2016. Il primo passo della procedura è infatti la definizione dell'elenco degli idonei alla carica di direttore generale. L'inserimento nella white list è però un requisito indispensabile ma non sufficiente. Le domande vengono poi vagliate da una commissione di esperti che ha il compito di produrre una cinquina di nomi. L'ultima parola spetta alla politica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Svolta Il presidente della giunta regionale De Luca ha nominato sette commissari nelle Aziende sanitarie della Campania

Il caso
Dopo l'avvio di indagini dei giudici la giunta regionale interviene sull'Asl Na2

Accordo tra il presidente della Regione, il ministro Lorenzin e il premier sul nome dell'attuale vice di Morlacco

Commissario alla Sanità, Cinque è pronto

Al ministero e a Renzi la scelta sui subcommissari: solo nomine politiche per il governatore

di Giuseppe Palmieri

NAPOLI - Un tecnico di fiducia come commissario alla Sanità. E' questa l'indicazione che viene fuori dalla lunga trattativa sul nome tra il presidente della Regione, **Vincenzo De Luca** (a sinistra), il premier **Matteo Renzi**, e il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** (a destra). Il commissario (si prosegue con le proroghe, impedendo così una gestione più politica ed efficace del comparto da anni impegnato in un risanamento complicato che sta soffocando i servizi), salvo clamorosi ripensamenti dell'ultim'ora, sarà **Ettore Cinque** (a sinistra), attualmente tra i vice di **Mario Morlacco**, subcommissario per l'attuazione del piano di rientro del disavanzo della regione Campania. Un nome gradito al governatore, che lo ha ampiamente sponsorizzato riuscendo infine a trovare l'accordo con il governo romano. In cambio i subcommissari saranno scelti, oltre che nominati, direttamente dal ministro Lorenzin e da Renzi. Un nome di garanzia, certamente. Ma che arriva con un metodo che il governatore sta utilizzando praticamente per ogni scelta in questi primi mesi di legislatura. I maligni la chiamano lottizzazione politica. Gli altri, invece, criterio di rappresentatività dello scacchiere politico. La sostanza è che De Luca sta nominando uomini di fiducia e ascoltando molto le indicazioni degli alleati per dare un nuovo gruppo dirigente ai ruoli chiave dell'amministrazione di Palazzo Santa Lucia. Lo ha fatto con **Giovanni Porcelli** a Soresa e **Umberto De Gregorio** all'Eav. Lo ha

fatto ascoltando le indicazioni di **Ciriaco De Mita** che non ha mai fatto mistero di ritenere l'Arsan inadeguata alla programmazione sanitaria e di non vedere di buon occhio il direttore **Angelo Montemarano**, scelto da **Stefano Caldoro** dopo un passato in giunta con **Antonio Bassolino**. De Luca aveva chiesto le dimissioni di Montemarano. Invito caduto nel vuoto. Così ha deciso di sciogliere direttamente l'Arsan. E mandare a casa con un intervento d'imperio l'ex assessore. Le nomine finora fatte da De Luca, come dimostrano anche quelle appena 'sforate' dalle Asl, confermano questo trend. Da **Maria Concetta Conte**, vicina a De Mita, ad **Antonio D'Amore**, riferibile a **Raffaele Topo**, ad **Antonietta Costantini** (**Gennaro Oliviero**) ed allo stesso presidente (**Caterina Palumbo** e **Giuseppe Longo**). La scelta di un gruppo dirigente fatta col 'manuale Cencelli' alla mano è legittima, ci mancherebbe. Ma diventa invisibile a molti,

soprattutto tra quelli che non si sentono rappresentati o vorrebbero procedure maggiormente partecipative per la scelta dei manager (il Comune di Napoli, ad esempio, utilizza, con alterne fortune, l'avviso pubblico). Il metodo De Luca, decisionista e rapido, è anche un sistema già utilizzato (e criticato) in passato dai suoi predecessori, da Bassolino a Caldoro. E i malumori cominciano a moltiplicarsi tra i corridoi di Palazzo Santa Lucia. Le prossime nomine? Alle Asl di Caserta, Benevento e Avellino. Situazioni difficili ma non disastrose come quelle di Napoli e Salerno che hanno reso indifferibile un intervento immediato. Il metodo per selezionare i commissari potrebbe essere, ancora una volta, lo stesso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cancellata la poltrona di Montemarano, direttore «ribelle»

Il retroscena

**L'abolizione dell'Agenzia dopo il «no» alle dimissioni
Il governatore: risparmiemo**

«Affidare la verifica della regolarità della spesa sanitaria all'Arsan è come farsi insegnare il catechismo da Pietro Pacciani». Con questa caustica metafora Vincenzo De Luca aveva rivelato due mesi fa quali fossero le sue intenzioni sull'Arsan, l'Agenzia regionale della sanità che ieri ha annunciato di voler smantellare.

Dalle parole, la polemica con il direttore generale Angelo Montemarano sulle dimissioni (invocate ma mai arrivate) a causa di alcune nomine non condivise da De Luca, si è così passati subito ai fatti. Venerdì pomeriggio la giunta ha approvato il disegno di legge con cui si delinea la road map per l'abolizione dell'Agenzia. Quando il provvedimento, che necessita del via libera del Consiglio regionale, diventerà legge, cesseranno immediatamente le funzioni del direttore generale. Di fatto è come se il governatore stesse sfilando a Montemarano quella poltrona a cui non ha voluto rinunciare perché «chiamato - aveva chiarito l'ex manager dell'Asl Napoli 1 ed ex assessore regionale alla Sanità con Bassolino, indicato alla guida dell'Arsan dalla giunta Caldoro - a svolgere quest'incarico tramite selezione pubblica per i miei titoli e le mie capacità. Oggi ho un ruolo tecnico e non sono per nulla interessato a prestarmi alle solite volgari strumentalizzazioni della politica politicante».

Si procederà poi al trasferimento del personale, circa 60 unità, agli uffici della Regione. Con i dipendenti si sposteranno anche le funzioni, articolate e strategiche: lo sviluppo e la ge-

stione dei sistemi informativi attinenti alle prestazioni del servizio sanitario; l'analisi e la programmazione dei bisogni e della domanda di servizi sanitari e socio-sanitari; la ricerca e l'innovazione in materia di assistenza sanitaria; la formazione e il sistema di qualità dei servizi sanitari, anche ai fini dell'elaborazione di criteri, standard e procedure per l'accreditamento delle strutture; l'assistenza alle aziende sanitarie nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie del controllo di gestione. Compiti che, quando la riforma entrerà a regime, verranno svolti direttamente dai dipendenti regionali: «Siamo assolutamente in grado di farlo, basta solo un po' di organizzazione», chiarisce De Luca. Che, con quest'operazione, ipotizza un risparmio di 8 milioni. Per Montemarano, invece, «sarà molto difficile ottenere queste economie perché il 90 per cento del bilancio è costituito dai costi per il personale, che naturalmente andranno sostenuti anche dopo l'eventuale abolizione dell'Agenzia». Il manager respinge al mittente le accuse mosse da De Luca: «Non siamo affatto una struttura clientelare. Non gestiamo nulla. Non facciamo gare, assunzioni, contratti. Niente di tutto ciò. L'Arsan è una tecnologia che si occupa di programmare soluzioni organizzative innovative e lo fa nel miglior modo possibile, come ci viene riconosciuto da enti e istituzioni presenti nel resto del Paese. Per quanto mi riguarda posso dire di aver trovato una squadra eccellente e di aver adottato una linea di sobrietà assoluta, quasi come Papa Francesco. Basti pensare che il mio stipendio supera di poco i 2mila euro. Non si distrugge un'esperienza ventennale solo per qualche antipatia...».

Critiche a De Luca arrivano anche dall'ex governatore Stefano Caldoro che, su Twitter, scrive: «Sanità rivoluzione! Quattro mesi di nulla in Campania. Solo una precaria lottizzazione che puzza di vecchio. E i cittadini stanno peggio».

ger.aus.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In bilico Angelo Montemarano, direttore generale dell'Arsan

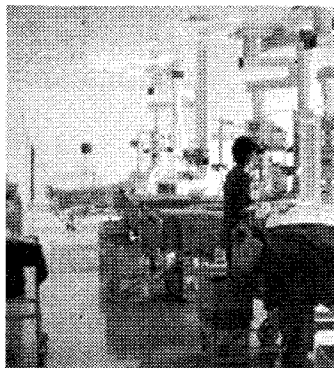
Il paragone

L'ex assessore di Bassolino poi nominato da Caldoro: «Sprechi? Io sobrio come papa Francesco»

IL NUMERO UNO DELL'ENTE HA RESO NOTI I DATI CHE FOTOGRAFANO UNA SITUAZIONE DRAMMATICA

Ospedali in condizioni 'preistoriche', il piano della Regione

NAPOLI (An.le.) - Abolire le liste d'attesa e risolvere il problema del superamento dei tetti di spesa. Questi sono solo due degli obiettivi che il presidente della Regione, **Vincenzo De Luca** intende raggiungere per rimettere in carreggiata il sistema sanitario campano. *"Metteremo in atto una vera rivoluzione nella sanità regionale - dice - i primi obiettivi sono l'abolizione delle liste d'attesa e dei tetti di spesa che dovranno poter sostenere la spesa per tutto l'anno, senza che i fondi finiscano, come accade oggi, a luglio"*. La situazione della sanità campana, al momento, è disastrosa, a dimostrarlo sono i numeri che il governatore ha snocciolato ieri in conferenza stampa a Palazzo Santa Lucia. *"Quello della sanità è un disastro che ci pone in condizioni preistoriche - sostiene De Luca facendo degli esempi - Attualmente ci vogliono all'ospedale*



Moscato di Avellino 217 giorni di lista d'attesa per una visita cardiologica o neurologica e 282 giorni per una ecografia addominale. All'Asl Napoli1, 700 giorni per una visita oculistica e 100 giorni per una risonanza magnetica. All'ospedale di Caserta sei mesi per una cistoscopia. Con questi numeri - sottolinea il governatore - in Lombardia o in Veneto verrebbero a

prenderci sotto casa. Questi sono dati scandalosi. Non puoi dire a una persona anziana o a una donna che ha il dubbio di un tumore ci vediamo tra dieci mesi, perché è chiaro che va al San Raffaele di Milano. E' così noi spendiamo 300 milioni l'anno di mobilità passiva, finanziando gli ospedali del nord, credo che dobbiamo fare in modo che qui in due giorni devi avere la possibilità di farti la visita. Ci vorranno investimenti su tecnologie, su cui stiamo sfruttando la coda dei fondi europei 2007-2014 e medici, su cui siamo in trattative con il ministero, ma penso che in un anno ci riusciremo". Il lavoro da fare per mettere a sistema la sanità campana e rimediare ai ritardi accumulati dall'amministrazione regionale precedente è già iniziato. "In tre mesi abbiamo fatto più di quanto prodotto negli ultimi cinque anni nella sanità campana - elenca De

Luca - Abbiamo iniziato il percorso di stabilizzazione del personale precario della sanità, incrementato il fondo per gli interventi sociosanitari con particolare riguardo il fondo per le disabilità, approvato gli atti di gara per il servizio di elisoccorso e affidato a Soresa l'espletamento della procedura di gara, costituito le commissioni tecniche per lo start up dell'Ospedale del Mare, avviato la sperimentazione del numero unico dell'emergenza 112, implementato la rete dell'infarto miocardico acuto, riattivato il Registro tumori e istituito quello regionale per i donatori di midollo osseo, commissariato diverse aziende sanitarie e approvato misure per la fornitura di sintetizzatori vocali per i malati di Sla - conclude il presidente - Non mi sembra poco".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La rivoluzione del governatore: Policlinici nella rete delle emergenze, una nuova legge per la scelta dei manager

«Sanità, basta liste d'attesa»

De Luca: una task force vigilerà su tempi e tetti di spesa. Sciolta l'Arsan

Gerardo Ausiello

Il governatore della Campania Vincenzo De Luca annuncia una rivoluzione nella sanità regionale. Sarà guerra aperta alle scandalose liste d'attesa: «Non deve più accadere. I nostri pazienti, così, sono costretti ad andare a curarsi altrove». Per questo De Luca esorta i direttori generali a lavorare senza sosta in questa direzione: «Non dovranno preoccuparsi più di nulla se non dell'appropriatezza delle prestazioni e della qualità dei servizi». Ed ancora verrà soppressa l'Arsan, definita «struttura inutile e clientelare». Ma non è tutto. Scende in campo una task force che vigilerà su tempi e tetti di spesa. Sarà istituito un nucleo ispettivo regionale, annuncia il presidente della Regione Campania, un ufficio di vigilanza che avrà il compito di monitorare sia le strutture pubbliche che private convenzionate. Sarà modificata la «cervellotica legge», così la definisce De Luca, con cui si selezionano i direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere. Per De Luca, inoltre, i Policlinici dovranno far parte in pieno della rete delle emergenze.



Il piano

Sanità, la rivoluzione di De Luca

«Basta liste di attesa, via l'Arsan»

Anche 700 giorni per una visita oculistica. Tetti di spesa, si cambia

Gerardo Ausiello

«Resto al mio posto», aveva detto Angelo Montemarano, direttore generale dell'Arsan, rifiutando di accogliere la richiesta di dimissioni avanzata dal presidente della Regione. Così ora Vincenzo De Luca quella poltrona l'ha cancellata, assieme a tutta l'Agenzia regionale per la sanità. Abolita, soppressa. Perché, dice senza mezzi termini il governatore, «è una struttura inutile e clientelare». C'è questo e molto altro nel piano con cui De Luca punta a «rivoluzionare» la sanità campana per coniugare «rigore e qualità dei servizi». Vediamo come.

Gli «007» in campo

«Oggi nessuno controlla nulla», è l'afondo che il presidente della giunta lancia in conferenza stampa. Nel corso della quale annuncia l'istituzione di un nucleo ispettivo regionale, un ufficio di vigilanza che avrà appunto il compito di monitorare sia le strutture pubbliche che private convenzionate, attraverso verifiche e sopralluoghi, a cui seguiranno relazioni redatte dai componenti della task force. Ne faranno parte sei unità con esperienza contabile, due con esperienza giuridica, sei con esperienza amministrativa e sei con esperienza sanitaria. Particolare

attenzione gli «007» la riserveranno ai tetti di spesa. «Non abbiamo molte risorse e allora bisogna investire correttamente fino all'ultimo centesimo», avverte il governatore.

I manager

L'elenco degli idonei aperto a tutto il Paese
«Sceghieremo i migliori»

Manager, si cambia

Sarà modificata radicalmente la «cervelletica legge», così l'ha definita De Luca, con cui oggi vengono selezionati i direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere. Ci saranno solo due commissioni: la prima (composta da un dirigente dell'Agenas, uno dell'Avvocatura regionale e uno designato dalla conferenza dei rettori della Campania) si occuperà della revisione trimestrale dell'elenco degli idonei, la se-

conda (i cui componenti scendono da cinque a tre) di proporre le cinque di nomi mentre attualmente per ogni procedura di scelta dei manager è necessario nominare un'apposita commissione. L'elenco degli idonei, altra novità, sarà aperto a tutto il territorio nazionale: «Non abbiamo clienti da soddisfare. Vogliamo scegliere i migliori, anche dal resto del Paese».

Guerra alle liste d'attesa

L'ex sindaco di Salerno le definisce «scandalose». E, come farebbe un cronista, snocciola cifre allarmanti: «All'Asl Napoli 1 bisogna attendere 700 giorni per una visita oculistica e 100 per una risonanza magnetica, 217 giorni all'ospedale Moscati di Avellino per un controllo cardiologico e 282 per un'ecografia addominale, sei mesi all'ospedale di Caserta per una cistoscopia, 72 giorni all'Asl di Caserta per una visita oculistica e due mesi all'Asl di Salerno per una visita ambulatoriale. Non deve più accadere». Anche perché «i nostri pazienti così sono costretti ad andare a curarsi altrove alimentando la mobilità passiva, che ci costa 300 milioni di euro all'anno». Per questo De Luca esorta i direttori generali a lavorare senza sosta in questa direzione: «Non dovranno preoccuparsi più di nulla se non dell'appropriatezza delle prestazioni e della qualità dei servizi. Valorizzeremo le competenze e il merito, non ci sarà più posto per i padrinaggi politici né per le lobby». La sfida è «raggiungere, entro un anno, regioni come Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna, dove i tempi di attesa per una visita sono di pochi giorni».

Gli stati generali

Dovranno tenersi nella prima metà di dicembre e coinvolgere tutto il personale sanitario della regione, dai medici ai paramedici fino agli amministrativi. «Penso ad una giornata intera di lavori, una mobilitazione per coinvolgere e restituire entusiasmo a chi lavora nella sanità campana. Abbiamo bisogno del contributo di tutti per cambiare le cose».

Salvi gli ospedali

Quelli che avrebbero dovuto chiudere

i battenti (Loreto Mare, Ascalesi, San Gennaro e Incurabili) per confluire nell'Ospedale del Mare, prossimo all'apertura, resteranno in funzione per trasformarsi in strutture territoriali. Ad eccezione del Loreto Mare, che potrebbe conservare il pronto soccorso «perché il centro di Napoli - osserva De Luca - non può restare senza assistenza sanitaria urgente. In questo senso il decreto 49 (il piano ospedaliero, ndr) è inaccettabile». Sull'Ospedale del Mare il presidente della Regione è categorico: «Non si può immaginare di gestirlo solo trasferendo il personale da altri nosocomi. Chiederemo dunque una deroga al governo per le assunzioni».

Il ruolo dei Policlinici

Per De Luca dovranno far parte in pieno della rete delle emergenze. Una sfida ardua, questa, su cui i suoi predecessori hanno fallito. Il governatore ne è consapevole e punta ad accelerare al massimo: «Ne ho già discusso con il rettore della Federico II Gaetano Manfredi, che mi ha offerto la sua disponibilità a collaborare per raggiungere l'obiettivo». Mentre non retrocede sul progetto di realizzazione del Policlinico universitario a Caserta: «I lavori stanno procedendo e dobbiamo sapere chi, tra i docenti e il personale, è realmente intenzionato a trasferirsi in modo da avere finalmente certezze. Il ballo a cui abbiamo assistito in questi anni deve finire».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità**Cinque mesi senza commissario
pressing sul consiglio dei ministri****> Mautone a pag. 22****Il piano**

Svolta Sanità

«Ma ora serve il commissario»

**Dalla Campania appello al governo:
da cinque mesi nomina bloccata****Ettore Mautone**

Il cambio di passo sul governo della Salute - segnato in questi giorni dal presidente della Regione Vincenzo De Luca - deve fare i conti con il nodo ancora irrisolto della nomina di un commissario alla Sanità. La designazione spetta al governo centrale, ma il ritardo accumulato dall'esecutivo di Roma - a cinque mesi dall'insediamento della nuova giunta - assume, a mano a mano che passano le settimane, i contorni di uno scoglio politico da non sottovalutare. Il ruolo del commissario, precedentemente affidato dal presidente della Regione - è ora centrale nel funzionamento della struttura operativa che scrive e firma i decreti di indirizzo politico.

Sebbene i due sub-commissari alla Sanità, Ettore Cinque e Mario Morlacco, siano ancora nei pieni poteri, in realtà la macchina per mettersi in marcia e tracciare il percorso di un'annunciata stagione di riforme, viaggia con il freno tirato. «Non un affare di Stato, ma una semplice scelta della persona adatta a condurre la Campania per mano lungo l'ultimo tratto di pista che conduce fuori dal tunnel del Piano di rientro dal debito» avverte Silvestro Scotti, presidente dell'Ordine dei medici della Campania che un mese fa scrisse una lettera aperta, caduta nel vuoto, per sollecitare la nomina al premier Renzi e al ministro della Salute Lo-

renzin.

Piano ospedaliero, atti aziendali di Asl e ospedali, assetto dei dipartimenti, primari e dirigenti da assegnare a una o l'altra unità operativa, sblocco del turn-over, la stessa stabilizzazione dei precari, passando per il riordino del 118 e la realizzazione delle reti dell'emergenza, fino all'attuazione delle Unità complesse di cure primarie sul territorio. E ancora la riprogrammazione delle attività in accreditamento, le liste di attesa e il budget per i convenzionati: sono tutte questioni aperte, nodi da sciogliere di cui si dovrà occupare la struttura commissariale. «La mancata nomina del Commissario "ad acta" da parte del Governo nazionale - dicono in un documento congiunto la Cgil Medici, la Cisl medici e la Uil-funzione pubblica - rappresenta un grave atto istituzionale ed oggettivamente limita la capacità di intervento sulle criticità del sistema salute». Ma i sindacati della tripla sono convinti che se al Commissario spetta il compito di far rientrare il disavanzo della sanità, alla Giunta è attribuito il compito di formulare un programma di riorganizzazione compatibile con le risorse disponibili. In soldoni suggeriscono a De Luca di procedere alla nomina di un assessore alla Sanità (delega che il governatore ha avvocato a sé), e andare avanti.

Del resto con l'azzeramento dell'Arsan che per tutti gli anni del commissariamento, dal 2007, ha svolto il ruolo di studio e analisi dell'offerta e dei fabbisogni sanitari, e a fronte della non stabile architettura dei ruoli tecnici in seno all'assessorato, la macchina amministrativa per la sanità, ha un assetto instabile. «I pochi nomi che circolano da settimane - avverte Antonio De Falco, presidente regionale della Confederazione medici ospedalieri - rimandano ai più com-

plessi equilibri politici tra Stato e Regione ma sfuggono alla comprensione di medici, camici bianchi, addetti ai lavori e soprattutto cittadini e pazienti. Tanto più alla vigilia dell'entrata in vigore di una legge che dal 25 novembre recepisce una norma Ue che vieta di lavorare in corsia o in sala operatoria più di 13 ore filate e oltre le 48 ore a settimana, compreso lo straordinario, senza almeno 11 di riposo tra un turno e l'altro. Ciò creerà il caos senza direttive finalizzate a garantire la continuità assistenziale. Anche noi vogliamo che il decisionista Renzi decida di nomi-

nare il Commissario ad Acta per la Sanità, visto che il decisionista De Luca non può decidere tutto da solo».

«Una nomina sospesa - aggiunge Roberto D'Angelo, segretario della Cisl medici di Napoli - di cui nessuno dà spiegazioni, su quali problemi na-

sconda o in quali trattative rientri. Eppure i problemi sono tanti, accumulati nel tempo ed irrisolti». Nel vuoto è caduto anche l'appello lanciato dal segretario regionale dell'Anaa Bruno Zuccarelli che parla di un «gioco che viene fatto sulla salute dei cittadini campani». Quel che è certo è che i camici bianchi campani parteciperanno compatti alla mobilitazione di fine novembre a Roma e allo sciopero generale del 16 dicembre.



I sindacati
«L'impasse limita le capacità di intervento De Luca scelga un assessore»



Dove la Sanità è in rosso

● Regioni in Piano di rientro (aumento di addizionali Irpef/ires e possibile aumento dei ticket)

— Regioni con aziende ospedaliere da risanare (31 su 108)

👤 Presenza di un "Commissario ad acta" per il Piano di rientro



“L'Arsan: inutile struttura clientelare. Con la soppressione si risparmieranno 8 milioni di euro”

“I direttori generali dell'Asl saranno nominati a prescindere dai patrinaggi politici”

“Gli ospedali del centro di Napoli non chuderanno, saranno rimodulate solo le competenze”

Sanità campana la Terapia dell'urto

LUIGI SPERA

La risolutezza da sceriffo che l'ha consacrato alla satira unita al miglior tono propagandistico da campagna elettorale permanente. E' così che il governatore Vincenzo De Luca annuncia la sua «rivoluzione» sulla sanità campana. Tra la cancellazione «dell'inutile e clientelista» Arsan, la promessa di eliminazione delle liste d'attesa da «preistoria», e una serie di interventi a «costo 0» varato negli ultimi quattro mesi di governo a dimostrazione della buona volontà della giunta. Con il consigliere per la Sanità Enrico Coscioni silenzioso e annuente al suo fianco, il presidente della Regione espone la sua terapia d'urto. «Si cambia tutto: l'obiettivo è far coincidere il risanamento finanziario con l'incremento dei servizi alla persona e una umanizzazione e valorizzazione delle professionalità». Medici e dirigenti che «non dovranno avere altre preoccupazioni». Il Riordino delle procedure di nomina dei direttori generali, con semplificazione della nomina delle commissioni e l'albo aperto alle professionalità campane e italiane, si muove proprio in questo senso «Modificheremo la legge che organizza le commissioni per la valutazione dei direttori generali. Apriremo in questo modo alla scelta su tutto il territorio nazionale del meglio. Noi – ringhia il presidente – non dobbiamo fare clienti, ma offrire un servizio. Abbiamo tante professionalità in questa regione, ma se c'è un grande professionista a Bolzano o a Milano dobbiamo cercare di portarla qua. Prima – ricostruisce De Luca – per aggiornare l'albo si costituiva ogni volta una commissione ad hoc, noi ne prevediamo due stabili, composte da tre persone: una si occuperà dell'aggiornamento trimestrale dell'albo; l'altra della presentazio-

ne della «cinquina» rosa di direttori generali della quale scegliere il nome. E' questo l'unico modo – afferma – per selezionare i migliori ed eliminare i maiali». E è anche un viatico per investire i numeri della mobilità passiva «evitando di pagare 300 milioni all'anno alle altre regioni per curare i nostri pazienti che qua non possono essere assistiti». Rivolgendosi alla «curva» di dirigenti sanitari e medici che hanno preso parte alla conferenza stampa De Luca ha affermato poi «Abbiamo l'occasione storica di poter ragionare soltanto su quello che è giusto fare, senza interessi, lobby e gruppi di potere. Sarà prezioso l'aiuto che ci verrà da strutture, dirigenti e da quanti avranno onore di dirigere ospedali o Asl». Ma deve essere chiaro che «si sbaracca tutto». Soppressione Arsan

A partire dall'Arsan, agenzia regionale sanitaria della Campania, viatico per il governatore per una «umanizzazione ed esaltazione della dignità e autonomia dei professionisti, al di là dei «patrinaggi» politici. Via – afferma con ampio gesto della mano – si toglie di mezzo. È una struttura clientelare che non serve a nulla. Abbiamo servizi nell'ambito delle nostre strutture che sono in grado di fare lavoro di monitoraggio e controllo permanente, non c'è bisogno dell'Arsan. Significa anche un risparmio di 8 milioni di euro all'anno, più consigli di amministrazione e qualche direttore generale o che diavolo ne so», alludendo all'attuale vertice dell'agenzia Angelo Montemaro. In sostituzione dell'Arsan, almeno per alcune delle competenze De Luca annuncia la costituzione

di un «ufficio vigilanza ispettiva, perché in questa regione nessuno controlla nulla, né le strutture pubbliche né quelle private. Così magari potremmo sapere se per esempio un'azienda sanitaria rischia di sfiorare il tetto di spesa a gennaio, e non a giugno quando non possiamo più far nulla», dice riferendo al superamento del tetto che ha bloccato l'erogazione di prestazioni in molte aree del territorio. Con questo ufficio «verificheremo l'appropriatezza delle prestazioni, eventuali anomalie, sbavature, gestendo con assoluto rigore. Non avremo molte risorse e quindi andrà utilizzato ogni singolo euro come Dio comanda, per una tenuta dei conti che se sballata danneggia solo la povera gente». Tetti spesa De Luca ha poi dichiarato di eliminarli. Tante strutture accreditate e cliniche vengono chiamate a erogare prestazioni dell'anno in corso senza contratto con l'Asl e senza tariffario che viene firmato l'anno successivo. La rivoluzione sta anche in questo: sottrarre al ricatto politico parte imprenditoriale privata che vuole lavorare con serietà e rispettando i protocolli integrandosi con il servizio pubblico. Liste d'attesa. La rivoluzione deluchiana passa però per un banco di prova per nulla facile da superare: la normalizzazione delle liste d'attesa «da preistoria». Soprattutto senza possibilità di nuove assunzioni, e senza neanche la possibilità di pagare gli straordinari oltre un certo tetto. In che giorni lavoreranno tecnici e medici e fino a che ora per poter azzerare attese tanto lunghe come «i 217 giorni del

Moscato di Avellino er una visita cardiologica, i 700 giorni per una visita oculistica all'Asl Napoli 1 o i sei mesi di attesa per una cistoscopia a Caserta?». Il governatore è però determinato «Non possiamo dire a un anziano ci vediamo tra 10 mesi per una visita cardiologica o a una donna che ha un dubbio su un tumore che deve aspettare. È scandaloso, è un'offesa alla dignità della povera gente. Qualunque sia il problema va rimosso. Basta, in due giorni si deve fare una visita». Quanto alla tempistica utile per entrare in regime di eccellenza, De Luca non si sbilancia, dicendo «credo che in un anno ce la faremo. Cominceremo subito un lavoro di analisi dei dati che ci vengono dalle Asl e approfondiremo le cause: carenza di personale, carenza di tecnologie; e faremo i dovuti investimenti». Il problema di realizzazione è però evidente. Senza personale per lavorare di pomeriggio, sera e di sabato, senza possibilità di pagare gli straordinari chi farà le visite? «I tagli hanno bloccato il turnover, il che ha aumentato gli straordinari, una direttiva europea non dà la possibilità di superare una certa soglia di straordinari, ma per ridurli – afferma – dovremmo assumere 30mila persone e non si può fare». È forse per questo che De Luca auspica una «mobilitazione di componenti mediche e paramediche. Vorremmo poter contare su clima entusiasmo, partecipazione, impegno diretto, consapevolezza della importanza e del valore delle responsabilità che gravano su tanti». E per discutere di tutto questo, annuncia, entro dicembre, una giornata di discussione: gli stati generali della sanità per «la trasparenza. Per ragionare pubblicamente sugli obiettivi programmatici. Così che ognuno possa controllare, verificare» Ospedale del mare Tra i temi toccati dal governatore il delicatissimo caso dell'Ospedale del Mare. La struttura è quasi pronta, ma all'a-

pertura potrebbero emergere gravi difficoltà a causa della mancanza di personale. «La situazione è drammatica. Non possiamo pensare di gestire un ospedale nuovo, comprensoriale e tanto grande prendendo personale da 4 o 5 ospedali e metterlo là. Siamo già in contatto con il ministero della salute, per cercare una deroga su nuove assunzioni. Ma non basta: dobbiamo avere dei capiscuola, immaginiamo di scegliere grandi professionalità italiane e portarle qua. Così offriremo un servizio di avanguardia e bloccheremo il

flusso di mobilità passiva». E poi, annuncio altrettanto importante è che «a differenza di quello che prevedeva la delibera 49, gli ospedali del centro non saranno chiusi ma rifunzionalizzati come presidi sul territorio e garantiremo un pronto soccorso al centro di Napoli. E' inaccettabile chiudere tutte le strutture e mandare tutto all'ospedale del mare. In questo dovranno aiutarci anche i policlinici che dovranno caricarsi anche del pronto soccorso. Non possiamo più avere questa separazione tra strutture universitarie e ospedali».

IL CASO

Asl Na 3 Sud, il commissario sospeso: «Atto irrituale, la mia gestione limpida»

L'annuncio della rivoluzione nella sanità regionale da parte del governatore De Luca è stata preceduta, venerdì sera, da un primo atto concreto. La sospensione, per 30 giorni, del commissario straordinario dell'Asl Na 3 Sud, Salvatore Panaro. Il quale ieri ha affidato a una nota il suo commento sulla vicenda: «Ho appreso solo dai giornali la notizia secondo cui la Giunta Regionale della Campania avrebbe determinato di «sospendere per 30 giorni la mia azione di Commissario Straordinario per consentire una verifica degli atti amministrativi dell'Azienda» con un provvedimento che non mi è ancora noto e senza un preavviso di alcun genere. Tralasciando le illazioni che vorrebbero mettere in connessione tale iniziativa con una disputa politica che non mi appartiene e che non voglio immaginare, avverto la necessità di rassicurare le lavoratrici, i lavoratori e gli utenti tutti della Asl Na 3 Sud sulla correttezza formale e sostanziale di ogni atto, documento o procedimento amministrativo da me affrontato o posto in essere in questi mesi di commissariamento a far data dal gennaio 2015. In tutte le sedi avrò modo di documentare l'azione di buon governo della cosa pubblica, di coerenza con norme, leggi e regolamenti e in continuo confronto con le Autorità competenti (Corte dei Conti, ANAC, etc) che ha improntato ogni giorno del mio lavoro di Commissario finalizzato a mettere in sicurezza i conti economici, a promuovere la emersione di irregolarità riscontrate, a garantire una gestione neutra ed imparziale in linea con il mandato ricevuto e l'obbligo del vigente piano di rientro sanitario regionale. Tutto ciò ho compiuto con alto senso del dovere e con lealtà istituzionale, non mancando di relazionare al governo della Regione puntualmente e con costanza ogni dettaglio. Al governatore De Luca ed al suo staff, dei quali ho plaudito e plaudo le dichiarazioni di intenti, ho chiesto sempre ed a più riprese di essere ricevuto per spiegare azioni e dettagli di una situazione gestionale condotta con rigore e con risultati che sono sotto gli occhi di tutti e che potranno facilmente essere rilevati ad ogni eventuale "verifica". Spiace perciò sia stata adottato un provvedimento così irrituale e non confacente alle effettive necessità, ma confido in una rapida risoluzione della vicenda per poter riprendere tutte le azioni poste in essere e finalizzate a garantire percorsi di efficienza ed economicità nella ASl Napoli 3 Sud».

Sabato 07 NOVEMBRE 2015

Campania. De Luca a testa bassa per cambiare la sanità: “Dai tagli, ai servizi”. Primo atto, sette commissari alle Asl. E oggi l’annuncio della chiusura dell’Agenzia regionale della sanità. Nuove regole per selezione dei direttori generali

In una conferenza stampa il governatore illustra il suo piano per una “svolta” della sanità regionale. Dopo le nomine dei sette commissari alle Asl annunciate ieri arriva la cancellazione dell’Arsan con il “licenziamento” di Montemarano. Istituito anche un nucleo ispettivo regionale per verifiche e controlli su appropriatezza e qualità delle cure. Presto gli Stati generali della Sanità.

Abolizione dell’Arsan, l’istituzione di un nucleo ispettivo regionale per verifiche e controlli su appropriatezza e qualità delle cure nelle strutture sanitarie pubbliche e private, la riforma della norma per la selezione dei manager di Asl e ospedali (già partita nelle settimane scorse con la riapertura dei termini per il reclutamento dei papabili in scia alle nuove norme dettate dal governo nazionale a luglio scorso).

E poi, l’istituzione di due distinte commissioni - una per la verifica dei requisiti per l’ingresso nell’albo degli idonei e l’altra deputata a selezionare le cinque per ciascuna azienda sanitaria - a cui affidare rispettivamente il compito di selezionare gli aspiranti direttori e indicare la ristretta rosa da cui pescare i manager di Asl e ospedali.

Sono queste le principali decisioni assunte dalla giunta regionale della Campania per dare una svolta al governo della Salute in Campania. Il governatore **Vincenzo De Luca** [dopo aver annunciato ieri la nomina di sette commissari](#), amministrativi e sanitari a Napoli 1 centro, Napoli 2 nord, Napoli 3 sud e a Salerno ha illustrato in una conferenza stampa “i principi attivi” della cura d’urto messa a punto per qualificare l’assistenza rimasta al palo dopo il risanamento dei conti della precedente giunta.

“Si scioglie l’Arsan, una struttura inutile, soltanto clientelare che costa alla Regione Campania 8 milioni di euro l’anno”, dice senza girarci in torno De Luca. “Si scioglie: tutti a casa”, chiosa ancora, annunciando gli altri provvedimenti della Giunta per passare, come si legge nei cartelli della sala che ha ospitato la conferenza stampa **“Dai tagli ai servizi”**.

De Luca annuncia anche la convocazione a stretto giro, entro l’anno, degli **Stati generali della sanità** in cui coinvolgere sindacati, medici e addetti ai lavori a cui affidare un ruolo attivo per fare proposte, indicare soluzioni e sciogliere i nodi e colmare le voragini nei Lea prodotti da sei anni di commissariamento. Un capitolo a parte viene inoltre aperto sul fronte scivoloso delle liste di attesa con l’occhio rivolto all’inesorabile esaurimento precoce del budget attribuito a causa dei tetti di spesa attribuiti dalle Asl alle attività svolte in convenzione dalle strutture accreditate per la diagnostica, la specialistica e i ricoveri in Case di cura che alimentano la migrazione dei pazienti fuori regione per circa 300 milioni annui.

Razionalizzazioni di spesa e investimenti per una revisione strutturale del sistema che, nelle intenzioni dell’esecutivo regionale, dovrebbe finalmente dire addio alla stagione dei tagli lineari.

Sanità in Campania, partita la rivoluzione De Luca



Si comincia appunto dalla cancellazione dell’Arsan, l’agenzia regionale sanitaria guidata da **Angelo Montemarano** (ex manager dell’Asl Napoli 1 ed ex assessore regionale alla Sanità nella giunta **Bassolino** scelto alla guida dell’Agenzia sanitaria dalla giunta **Caldoro**), a sua volta finito di recente nel mirino della Corte dei conti.

Montemarano, nelle settimane scorse, aveva già azzerato, in autotutela, le funzioni dell’organo tecnico dell’assessorato regionale alla Sanità. Ma ora sarà costretto a farsi definitivamente da parte. Una decisione che viene assunta all’indomani alla sforbiciata decisa da De Luca su tutte le società partecipate campane che passano da 43 a 6 di cui una soltanto, la Soresa, gestita dal dipartimento per la Salute.

Va via il 15 per cento delle 5.500 unità di personale e 70 consiglieri di amministrazione per un risparmio stimato di 37 milioni di euro, un milione in media per ogni società dismessa, di cui 7 per i costi di gestione e 30 per il personale.

Risparmi ai quali saranno aggiunti gli 8 milioni circa derivanti dallo smantellamento dell’Agenzia regionale per la sanità. Il governatore non le manda a dire nel definire l’Arsan “una struttura clientelare”. “Risparmieremo 8 milioni di euro e ci sarà qualche direttore generale in meno”. De Luca aveva chiesto nei giorni scorsi le dimissioni di Montemarano, che invece ha deciso di restare al suo posto.

Nel piano con cui De Luca punta a rivoluzionare la sanità campana sono previsti altri interventi radicali. Come l'istituzione di un nucleo ispettivo regionale (in verità un ritorno al passato in quanto tale nucleo già esisteva ed era stato abolito nel corso degli ultimi anni), che avrà il compito di controllare sia le strutture pubbliche che private, con particolare attenzione ai tetti di spesa.

"Non abbiamo molte risorse e allora bisogna spendere correttamente fino all'ultimo centesimo" sottolinea il governatore, che non manca di stigmatizzare la "cervellotica legge" con cui oggi vengono selezionati i direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere. "Ci saranno solo due commissioni: la prima si occuperà della revisione dell'elenco degli idonei, che intanto abbiamo riaperto, e la seconda di proporre le cinque di nomi. L'elenco sarà aperto a tutto il territorio nazionale. Non abbiamo clienti da soddisfare. Vogliamo scegliere i migliori, anche dal resto del Paese".

Il governatore conferma anche la volontà di organizzare, entro la prima metà di dicembre, "gli Stati generali della sanità": "Una giornata intera di lavori, una mobilitazione per coinvolgere e restituire entusiasmo a medici, paramedici, personale amministrativo della Campania. Abbiamo bisogno del contributo di tutti per cambiare le cose".

Dito puntato come detto anche sulle liste di attesa: e qui De Luca snocciola i poco confortanti dati assunti nelle ultime settimane dagli uffici regionali: 217 giorni d'attesa per una visita cardiologica all'ospedale Moscati di Avellino, 700 giorni per una visita oculistica all'Asl Napoli 1, 6 mesi per una cistoscopia all'ospedale di Caserta, 60 giorni per una visita ambulatoriale all'Asl di Salerno. Non deve più accadere. "Anche perché i nostri pazienti così sono costretti ad andare a curarsi altrove alimentando la mobilità passiva, che ci costa 300 milioni di euro all'anno".

Montemarano, alle accuse di De Luca replica a stretto giro: "Accuse destituite di ogni fondamento. Come si fa a risparmiare 8 milioni di euro se il 90 per cento del bilancio dell'Arsan è costituito dai costi per il personale, tutto in comando dalle Asl? Non siamo affatto una struttura clientelare. Non gestiamo nulla. Non facciamo gare, assunzioni, contratti. L'Arsan - conclude Montemarano - è una tecnostuttura che si occupa di fornire servizi di programmazione sanitaria e lo fa nel miglior modo possibile, come ci viene riconosciuto da enti e istituzioni di altre parti del Paese. Per quanto mi riguarda posso dire di aver trovato una squadra eccellente e di aver adottato una linea di sobrietà assoluta, a partire dal mio stipendio".

Ettore Mautone

08 NOVEMBRE 2015

Le professioni sanitarie alla sfida della Sanità Digitale

Se ne parla martedì al Ministero della Salute con tutti gli stakeholders della sanità digitale e delle Professioni Sanitarie. Il convegno mira a evidenziare come le professioni sanitarie si stanno attrezzando per affrontare la sfida della Sanità digitale per assicurare le pari opportunità di diagnosi e cura.

La necessità di ridurre i costi dell'assistenza sanitaria, conseguenza della manovra più ampia di spending review, mal si concilia con il costante della vita media e il conseguente incremento delle patologie croniche e disabilitanti che determinano una crescente domanda di servizi diagnostici, terapeutici, riabilitativi ed assistenziali. Occorre quindi implementare nuovi modelli di assistenza socio/sanitaria (Ospedale-territorio) rendendo più efficienti ed efficaci i processi sanitari, e quindi l'assistenza al paziente.

Oggi la tecnologia sempre più facilita l'efficientamento dei processi sanitari, con alcune keywords come la telemedicina, App per il monitoraggio di parametri vitali e di laboratorio biomedico, mobile-health, fascicolo sanitario elettronico (FSE), ricetta elettronica e certificati medici telematici, processi questi che richiedono l'armonizzazione delle soluzioni E-Health nonché la dematerializzazione dei documenti sanitari che necessariamente devono essere in formato digitale. Ma le sole tecnologie possono poco se non s'incide anche su altri fattori critici come lo sviluppo di una cultura del fare e l'aggiornamento continuo del personale sanitario e del cittadino fruitore del servizio.

Con queste premesse la Confederazione Nazionale Antel-Assiatel-Aitic, il Coordinamento Nazionale Associazioni Professioni Sanitarie, l'Associazione Italiana per l'Informatica ed il Calcolo Automatico hanno promosso il Convegno Nazionale "Le professioni sanitarie alla sfida della sanità digitale" che si terrà il 10 Novembre, dalle ore 14, presso la Sala Auditorium Ministero della Salute, Lungotevere Ripa 1 con il patrocinio istituzionale e sostegno del Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** che da sempre – si legge in una nota degli organizzatori – "ha fatto emergere la ricaduta positiva della digitalizzazione in sanità sia in termini di qualità che di sicurezza delle prestazioni, fruibilità e risparmio delle risorse".

Il convegno, mettendo a confronto esperti, protagonisti delle professioni sanitarie e del mondo politico, mira a evidenziare come le professioni sanitarie si stanno attrezzando per affrontare la sfida della Sanità digitale, e assicurarne l'adozione, lo sviluppo e la diffusione capillare su tutto il territorio nazionale per assicurare le pari opportunità di diagnosi e cura.

Numerose le conferme di partecipazione degli Ordini, collegi ed Associazioni delle Professioni Sanitarie quali **Guido Marinoni** delegato dalla Presidente **Roberta Chersevani** della Fnomceo, **Barbara Mangiacavalli** dell'Ipasvi, **Alessandro Beux** Federazione Fnctsrn, **Antonio Bortone** Conaps e i Presidenti delle Associazioni delle Professioni Sanitarie.

Per il Ministero della Salute interverrà **Massimo Casciello** Direttore Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica e **Francesco Saverio Proia** consulente del Sottosegretario di Stato alla Salute, **Vito De Filippo**.

"Siamo, in generale, di fronte ad un utilizzo crescente delle tecnologie digitali in ogni ambito professionale e personale - afferma **Fulvia Sala**, Segretario Generale di AICA - ; servizi di cloud computing, additive manufacturing, social networks, internet delle cose, dispositivi mobili, la disponibilità di enormi flussi di dati, sono strumenti nuovi per le aziende, siano esse pubbliche o private, che permettono di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali. Esistono però alcuni fattori critici che possono frenare le opportunità offerte da tali innovazioni; fra queste una scarsa consapevolezza di come governare e utilizzare le nuove tecnologie. E' noto come oggi si stia ampliando la distanza fra le possibilità offerte dalla tecnologia e la competenze necessarie a sfruttarne le possibilità; competenze che non devono riguardare solo i professionisti ICT ma anche gli utilizzatori di tali servizi e, in primo luogo, il management aziendale".

Per il Presidente Nazionale della Confederazione dei TSLB **Fernando Capuano** "occorre promuovere per legge e verificarne la pratica attuazione dei piani nazionali sulla digitalizzazione in ambito sanitario che devono riguardare (come pre-requisito per l'accreditamento) tutte le strutture sanitarie sia esse pubbliche che private al fine di migliorare i servizi e ridurre i costi. Non possiamo avere realtà regionali così eterogenee, di sistemi informativi che non dialogano e che non si scambiano utili informazioni (a volte salvavita) sulla storia clinica e sui percorsi diagnostici e terapeutici già effettuati dal paziente. La digitalizzazione della documentazione sanitaria in ambito del laboratorio biomedico su tutto il territorio nazionale assicurerebbe una maggiore sicurezza per il paziente (prevenzione dell'errore in sanità), la consultazione in tempo reale (con la tessera sanitaria) degli esami effettuati in precedenza nei reparti di emergenza, il controllo sull'appropriatezza prescrittiva e clinica, e la possibilità del teleconsulto come già avviene in numerose realtà di eccellenza italiana ad esempio con il vetrino digitale di cui proprio oggi presenteremo un'esperienza concreta di cooperazione internazionale con la telepatologia in anatomia patologica".

Sanità, il piano anti-deficit ospedalieri in rosso nel mirino

► Programmi di rientro obbligatori per le strutture che sfiorano per oltre il 10% dei ricavi: saranno individuate entro il 31 marzo

**UN PASSO VERSO
INTERVENTI MIRATI:
LE RISORSE IN PIÙ
POTREBBERO RESTARE
ALL'INTERNO
DEL SISTEMA**

LA SPESA

ROMA Finora, anche con l'ultima manovra, si è ragionato sui grandissimi numeri: il Fondo sanitario nazionale che vale 110 miliardi ne avrà il prossimo anno uno in più, anche se sono due in meno rispetto a quelli a sue tempo pattuiti. Nella stessa legge di Stabilità però è stato inserito in materia di sanità qualcosa che entra un po' più nel dettaglio, e quindi nel merito, tentando di fare un passo avanti nella lunga strada dal sistema classico dei tagli lineari ad una vera e più mirata revisione della spesa. L'articolo 30 prevede infatti che le stesse Regioni vadano a vedere dentro i conti dei singoli ospedali e delle aziende sanitarie locali, individuando quelle in disavanzo e imponendo appositi piani di rientro. L'obiettivo dichiarato è conseguire «miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale»: dietro questa formula si nasconde un'altra novità, la possibilità che i risparmi di spesa ottenuti con la nuova impostazione restino all'interno del sistema sanitario.

XXXXX

Ma come funziona il nuovo meccanismo? Il punto di partenza è la conferma, in forma ancora più esplicita, dell'obbligo per tutti i vari enti sanitari di pubblicare sul proprio sito Internet il bilancio d'esercizio. Inoltre gli stessi enti dovranno attivare un sistema di monitoraggio della qualità delle attività assistenziali. In un quadro di trasparenza, le Regioni passeranno quindi ad individuare le strutture che presentano un disavanzo tra costi e ricavi superiori al 10 per cento dei ricavi stessi o comunque pari in valore assoluto ad almeno 10 milioni. Ciò dovrà avvenire per il 2016 entro il 31 marzo e in seguito entro il 30 giugno di ogni anno. L'obbligo riguarda per il prossimo anno le aziende ospedaliere, quelle ospedaliere-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico; dal 2017 saranno coinvolte anche le aziende sanitarie locali con i propri presidi ospedalieri. Serviranno però un paio di decreti ministeriali (il primo dei quali dovrà arrivare entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge di Stabilità, dunque a fine gennaio) per definire

nel dettaglio tutti i parametri contabili necessari per valutare i deficit ed anche i parametri relativi alla qualità delle cure. Gli enti ufficialmente in rosso dovranno quindi presentare entro 90 giorni un piano di rientro, con misure da adottare al massimo nell'arco di un triennio. La Regione a sua volta dovrà approvarlo ed eventualmente istituire una gestione sanitaria accentrata: le relative risorse potranno erogate come anticipazioni se gli enti superano le verifiche trimestrali di attuazione del piano. I contratti dei direttori generali dovranno prevedere la decadenza automatica in caso di mancata presentazione del piano.

Luca Cifoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Verso il 2016. L'importo «precaricato» non esclude i controlli dei professionisti

Spese mediche da monitorare

Giorgio Gavelli

■ Nel 730 precompilatorelativo al 2015 debutteranno le spese sanitarie. Un'operazione importante, per la cui buona riuscita è utile però iniziare a mettere a fuoco alcune possibili criticità.

Cominciamo dalla "raccolta" dei dati che, da quanto si legge nel provvedimento direttoriale del 31 luglio, coinvolgerà molti soggetti, dalle farmacie alle case di cura a medici e odontoiatri. Non tutte le spese detraibili, però, giungono da questi soggetti, basti citare gli ottici, le sanitarie e le parafarmacie. I contribuenti, allora, dovranno far attenzione a integrare il modello quando serve.

Tra le spese di cui al punto 1.4 del provvedimento troviamo «i dispositivi medici con marcatura Ce» e le «spese agevolabili a particolari condizioni». Ci si deve

chiedere, allora, se chi trasmette il dato al Sistema tessera sanitaria (Sts) sia in grado di rispettare questi dettagli. Distinguendo, tra l'altro, tra ordinarie spese sanitarie, spese per persone con disabilità e «spese per patologie esenti» come avviene nel modello 730. Altrimenti, il dato trasmesso – anche se inserito nel "foglio aggiuntivo" – imporrà spesso un intervento modificativo.

L'invio massivo delle spese, anche dei contribuenti non interessati al 730, è un'altra criticità. Il Garante della privacy ha prescritto la distruzione di questi dati entro l'anno successivo a quello di riferimento, per cui l'utilità del caricamento dati si esaurisce nell'opportunità di un riscontro informale ma nessun effettivo ausilio ai fini dei controlli sui dichiarativi.

Quanto alle spese sostenute dai

familiari a carico di più contribuenti, il provvedimento (punto 2.2.1) dice che «le spese vengono inserite nelle dichiarazioni precompilate di questi ultimi in proporzione alla percentuale di carico». Tuttavia, va considerato che:

❶ la percentuale di carico dei familiari tra più soggetti non è costante nel tempo (l'articolo 12 del Tuir prevede varie ipotesi, anche in base agli accordi tra coniugi);

❷ la divisione delle detrazioni per carichi di famiglia non pregiudica la possibilità di ripartire lo sconto in base all'effettivo sostenimento della spesa, o con percentuali differenti, annotando la diversa ripartizione sul documento di spesa (circ. 11/E/2007).

Quindi, specie se i redditi dei coniugi sono molto diversi, il dato fornito dalla precompilata potrebbe non essere il più favorevole ai contribuenti. Con tutto ciò che ne consegue in termini di possibilità (o necessità) di modifica.

Infine, per Caf e professionisti (anche con delega) non è per ora previsto l'accesso al dettaglio delle spese, ma solo al totale. Salvo supporto specifico del contribuente (in grado di accedere al Sts e "spacchettare" il dato), gli intermediari confronteranno il totale delle spese emergente dai documenti in loro possesso con la cifra suggerita dal precompilato. Poiché essi rispondono in proprio del dato inserito, è probabile che in caso di discordanze privilegeranno il primo, rendendo così superflua l'attività di trasmissione delle spese per tutti questi modelli.

Anac. Presentato ieri con Lorenzin: nessuna scorciatoia, dovrà essere applicato da tutte le asl e gli ospedali

Corruzione in sanità, il manuale di Cantone

Roberto Turno

ROMA

I contratti d'acquisto e gli appalti con l'imbroglione incorporato, le deroghe infinite che lasciano tutto sempre nelle stesse mani anche con mini frazionamenti di gare per nascondere che i vincitori sono sempre gli stessi. Gli incarichi e le nomine di primari con le spalle ben coperte, i loro collaboratori immeritevoli, perfino le commissioni di valutazione dei professionisti addomesticate. Ma anche la libera professione senza veri controlli dei medici e delle strutture, le liste d'attesa che fanno la fortuna dei soliti noti e mai dei pazienti. I rapporti con i privati accreditati. La spesa farmaceutica da tenere più al guinzaglio, le ricette non raramente facili dei medici di medicina generale che magari prescrivono non casualmente sempre uno stesso prodotto o una ditta. Anche i dispositivi medici o il filone della ricerca. E il profumo che fagiora la testa a

tanti delle sponsorizzazioni. Il conflitto d'interessi che resta una pietra miliare del sistema. Perfino la fabbrica del caro estinto, con gli operatori sanitari in ospedale pronti a fare da agenti "a percentuale" per le ditte di onoranze funebri presso le famiglie afflitte di un paziente deceduto. Tu chiamalo se vuoi malaffare. Per semplificare, anzi per mettere le cose al posto giusto, chiamiamola senza possibilità di equivoci per quella che è: corruzione. E la sanità pubblica è non raramente la fabbrica per eccellenza e la casa della corruzione in Italia. Con tutte le eccellenze e i lodevoli meriti del caso di tantissimi operatori, sicuramente la maggioranza.

Certo è che ieri la conferenza stampa convocata in comune da Beatrice Lorenzin, ministra della Salute, e Raffaele Cantone, presidente Anac, non è stata un caso per denunciare una volta di più il fenomeno in casa Ssn. E mettere sul tavolo - con la col-

laborazione preziosa di Agenas che ha anche realizzato una modulistica ad hoc per la dichiarazione pubblica «di conflitto di interessi» degli operatori Ssn - con l'aggiornamento del Piano nazionale anticorruzione, il capitolo nuovo di zecca proprio sulla sanità. Con tanto di perimetro da controllare, situazioni da monitorare, fenomeni da raddrizzare e proposte specifiche d'intervento. Regole che asl, ospedali ed enti non potranno d'ora in poi aggirare con un'alzata di spalle o nascondendo l'inerzia sotto i tappeti. O magari copiando (ma senza nulla realizzare) progetti di altri ospedali o asl. A questo punto, dovranno seguire le regole del gioco. Che sono in campo. E predisporre piani operativi concreti, aprire le finestre alla trasparenza. Ma, ha puntualizzato Lorenzin, formando e preparando gli operatori. Ma, ha detto la ministra, «ogni euro va dedicato ai pazienti: la trasparenza e la tracciabilità dei dati

sono indispensabili. Dobbiamo dire basta a sprechi e mala gestione, illeciti di varia natura e soprattutto basta alla corruzione in un sistema che è prezioso per tutti gli italiani».

Di sicuro Cantone non s'è rifugiato dietro le virgole nel presentare il suo "manuale per l'uso". La corruzione in sanità presenta «una grandissima pervasività», ha detto subito. «Questa è una piccola rivoluzione copernicana», ha aggiunto, indicando i danni da comparraggio («è corruzione»), conflitto d'interessi, liste d'attesa gonfiate per spingere i pazienti verso il privato. E farli pagare di più. E il virus corruttivo delle gare e degli appalti in sanità «con proroghe che durano da un decennio per favorire chi sta dentro e non ne esce più». Con danni «collaterali da corruzione incalcolabili» per i pazienti, ha concluso.

LE ZONE GRIGIE

Nel mirino i contratti d'acquisto e gli appalti, gli incarichi e le nomine dei primari, la libera professione dei medici e le liste d'attesa

LE ISTRUZIONI ANAC

Il manuale

«Le "istruzioni" per prevenire pratiche illecite nelle Asl e negli ospedali sono contenute nella parte dedicata alla sanità del Piano Nazionale Anticorruzione, messa a punto insieme all'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e presentata ieri dal presidente dell'Autorità anticorruzione Raffaele Cantone e dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin

Le zone grigie

«Tra le zone grigie gli appalti per le forniture, le nomine, ma anche le liste d'attesa e persino le pratiche che vengono messe in atto quando muore qualcuno

Le misure di contrasto

«Tra le misure di contrasto il piano indica l'informatizzazione delle liste, l'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il Cup aziendale o sovrazionale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia, l'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali, la verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione

Attività produttive. Professionista del Servizio sanitario nazionale senza dipendenti

Niente Irap per il medico che resta nella convenzione

Giorgio Gavelli

■ Non è soggetto a Irap il medico in convenzione con il Servizio sanitario nazionale che usa la normale dotazione strumentale e organizzativa prevista dalla convenzione con l'Asl, anche in considerazione del fatto che l'ammontare dei compensi dipende dal numero dei pazienti assistiti non dai mezzi a disposizione del professionista. In una decisione articolata, perché basata su un avviso di accertamento contenente una pluralità di rilievi, la Ctr Veneto (777/29/2015, presidente Valmassoi, relatore Quaglia) torna su un tema frequente nel contenzioso tributario degli autonomi, sovvertendo l'esito del giudizio di primo grado e allineandosi alla giurisprudenza prevalente della Cassazione.

L'autonomia organizzativa oggetto di giudizio era quella di un medico di famiglia che solo marginalmente svolgeva l'attività di odontoiatra, senza avvalersi di dipendenti, situazione che ha facilitato la decisione dei giudici.

Infatti, qualora sia presente una segretaria addetta alla "gestione" degli appuntamenti o una infermiera, l'esito del contenzioso è molto meno scontato, come dimostrato anche dalla risposta del sottosegretario all'Economia all'interrogazione parlamentare n. 5-05000 del 12 marzo scorso. L'esponente del Governo ha richiamato a titolo di esempio «l'impiego di beni strumentali o di lavoro altrui in misura eccedente a quanto necessario per l'esercizio dell'attività professionale del medico di base» tra gli elementi che provano la presenza di autonoma organizzazione e ha affermato che «l'individuazione di specifici ulteriori parametri qualitativi e quantitativi per definire la sussistenza di un'autonoma organizzazione può avvenire solo con un eventuale intervento normativo e non in via amministrativa».

Purtroppo, però, l'occasione della legge delega non è stata colta, per cui il contenzioso è destinato a proseguire. Peraltro, alcu-

ni documenti di lavoro finalizzati ai decreti attuativi della riforma sembravano orientati a riconoscere l'inesistenza del requisito soggettivo ai medici dotati «dello standard previsto dalla convenzione» ovvero (per le attività intra-moenia) ai medici che percepiscono più del 75% del proprio reddito dall'attività svolta in convenzione nell'ambito di strutture ospedaliere.

Quel che è certo (almeno nella giurisprudenza della Cassazione, sentenze 9692/2012 e 16467/2014) è che la struttura che assume rilevanza è quella predisposta dal professionista e non da terzi (ad esempio nelle case di cura). L'assoggettamento a Irap dell'attività svolta nell'ambito della medicina di gruppo è stata sottoposta al possibile vaglio delle Sezioni unite dall'ordinanza 6330/2015, data la peculiarità di questa modalità organizzativa (sempre più frequente), che consente a più professionisti «di sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi». A ogni modo, la disponibilità dello studio non dovrebbe costituire elemento rilevante (circolare 28/E/2010), anche nel caso in cui si ricevano i pazienti in due locali distanti tra loro (Cassazione 2967/2014).

LA VICENDA

La decisione della Ctr Veneto ha riguardato un soggetto che utilizzava la dotazione strumentale e organizzativa prevista dall'intesa con il Ssn

● Il numero

Ancora troppi i diabetici che scoprono tardi di esserlo

3 milioni

È il numero di italiani affetti da diabete di tipo 2, diagnosticati e seguiti; un altro milione però non riceve una diagnosi

Si calcola che in Italia oggi 3 milioni di persone abbiano il diabete di tipo 2 (il più diffuso) e siano diagnosticate e seguite; un altro milione però non riceve una diagnosi. E sono 2,6 milioni gli italiani in difficoltà a mantenere la glicemia nella norma, condizione che di solito prelude allo sviluppo del diabete di tipo 2. In occasione della Giornata mondiale del diabete, il 14 novembre, Diabete Italia – coordinamento di associazioni e società scientifiche - organizza eventi in oltre 500 città d'Italia (www.giornatadel diabete.it). «Muovi i fili del diabete», è lo slogan. «È un invito a cambiare e a far cambiare — dicono gli organizzatori —. Il diabetico deve agire a vari livelli per gestire nel modo migliore la sua vita. E agire vuole dire muovere dei fili che rischiano di limitarlo. Ha diritto a una assistenza appropriata, ha dei diritti nel mondo della scuola, del lavoro e nel welfare. E vanno rispettati a tutti i livelli».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



LE NOMINE

Affiancheranno Postiglione fino alla nomina dei nuovi manager
Questa mattina conferenza stampa in Regione sulla sanità

Asl, ecco i sub commissari Palumbo amministrativo Luongo al ramo sanitario



Saranno Caterina Palumbo e Giuseppe Luongo i sub commissari che affiancheranno il commissario straordinario Antonio Postiglione all'Asl di Salerno, in attesa delle nomine dei nuovi manager.

Nella riunione di ieri della giunta regionale della Campania, infatti, sono stati nominati sette tra commissari e subcommissari che andranno ad insediarsi presso le aziende sanitarie locali di Napoli e Salerno. Per quanto concerne la struttura di via Nizza, nel mentre è ancora incerto il futuro di Antonio Postiglione (in scadenza di mandato) che potrebbe ben presto tornare a ricoprire il solo incarico di dirigente della Regione Campania, Caterina Palumbo è stata designata quale sub commissario amministrativo, mentre l'incarico di sub commissario sanitario è stato affidato a Giuseppe

Luongo.

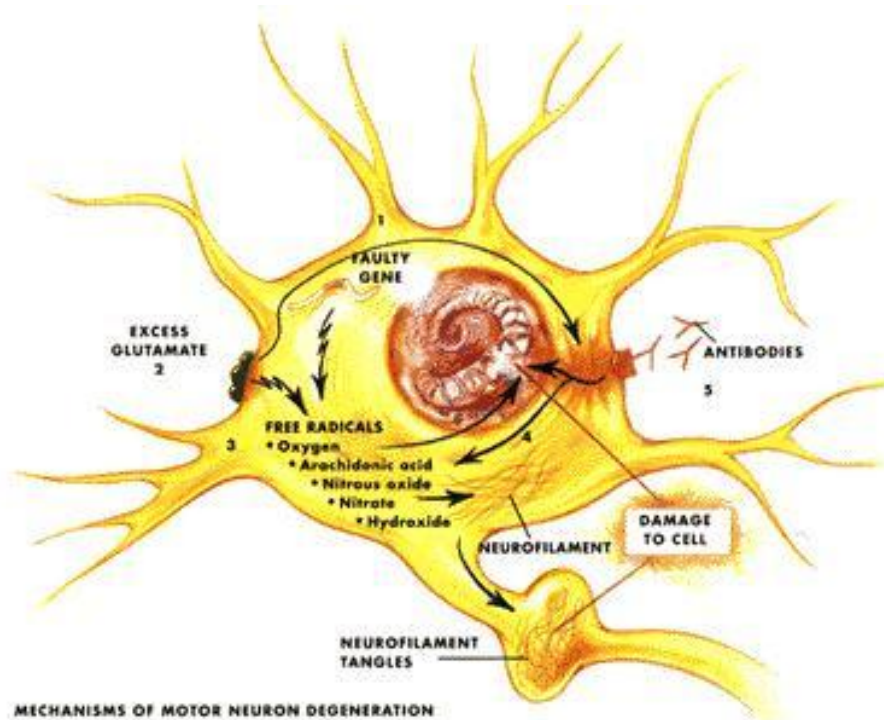
Nella Asl Napoli 1 è stata nominato il sub commissario sanitario Maria Concetta Conte, mentre nella Asl Napoli 2 sono stati nominati il commissario straordinario Antonio D'Amore, il sub commissario amministrativo Alberto Pironti e il sub commissario sanitario Luigi De Paola.

Nella Asl Napoli 3, la gestione dell'attuale commissario straordinario è stata sospesa per 30 giorni per verifiche sull'attività amministrativa dell'azienda sanitaria ed è stata nominata commissario Antonietta Costantini. Nel corso della riunione di giunta sono state assunte importanti decisioni sulla riorganizzazione della sanità in Campania che saranno presentate questa mattina alle 10, in sala giunta a Palazzo Santa Lucia, dal presidente Vincenzo De Luca.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



In affanno l'assistenza per le **malattie rare**

Le minori risorse rischiano di rendere inattuabili le ultime direttive

Difficoltà

I familiari chiedono una gestione clinica davvero globale e un maggior sostegno complessivo

Peregrinare da un medico all'altro alla ricerca di una diagnosi, poi il trauma per la scoperta di una malattia rara e spesso incurabile, i continui controlli, la vita che cambia. Nonostante la presenza di una rete nazionale di centri specializzati (pur con differenze da Regione a Regione) trovare chi si faccia carico in modo globale di un malato con un patologia rara non è facile. È quanto emerge dal "Secondo Rapporto sulle reti di assistenza ai malati rari", cui aderiscono Federsanità-ANCI, Crea Sanità dell'Università Tor Vergata di Roma e Recordati.

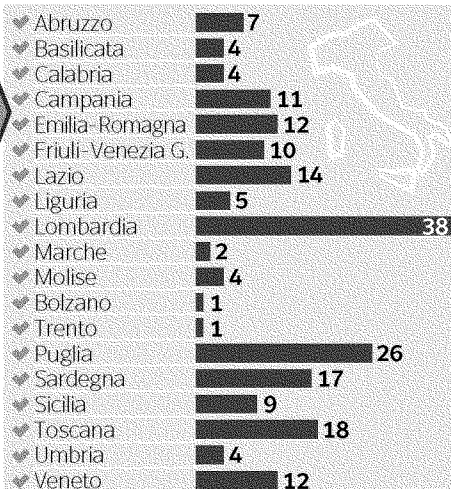
L'indicazione

L'Europa chiede che si mettano in rete le eccellenze

In Italia

199
I centri della rete per le malattie rare (pari a 3,3 per milione di abitanti)*

450-670
mila
Gli italiani che soffrono di malattie rare



* Piemonte e Valle d'Aosta: dati non applicabili
Fonte: Piano Nazionale Malattie Rare 2013-16; Rapporto MonitorRare 2015, UNIAMO-FIMR CdS

In attesa dei Lea

Alcune Regioni, hanno già previsto prestazioni per patologie ancora non riconosciute

La ricerca, centrata sulla realizzazione del Piano nazionale per le malattie rare, entrato in vigore l'anno scorso, ha analizzato i modelli organizzativi di Lombardia, Puglia, Toscana e Sardegna e le opinioni dei pa-

zienti. «Particolarmente critico è risultato il passaggio di informazioni dal pediatra al medico di base – afferma il coordinatore scientifico della ricerca, Federico Spandonaro – e carente il sostegno ai familiari previsto nei «Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali», che rischia di rimanere sulla carta a causa di risorse sempre minori». «I «Percorsi» devono facilitare i pazienti e i loro familiari nella gestione clinica della malattia e anche nel migliorare la qualità della vita – sottolinea Nicola Spinelli, presidente di Uniamo-Federazione italiana malattie rare – ma questo non sempre accade e persistono le discriminazioni tra malati. In attesa dei nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza con l'elenco aggiornato delle malattie rare, solo alcune Regioni, hanno infatti previsto prestazioni extra-Lea per malattie non ancora riconosciute».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Commissione europea, in attuazione della Direttiva sull'assistenza sanitaria transfrontaliera 24/2011, ha deciso di istituire le reti europee di eccellenza (Ern) per 21 gruppi di patologie rare, compresi alcuni tumori. Il bando per la loro creazione sarà aperto agli inizi del 2016. «L'Europa ci sollecita a prenderci carico in modo più complessivo dei pazienti: dalla diagnosi precoce all'approccio multidisciplinare nell'assistenza – commenta Domenica Taruscio,

responsabile del Centro nazionale malattie rare dell'Istituto Superiore di Sanità –. Per far parte della rete Ern, i Centri italiani devono fare richiesta al Ministero della Salute che andrà poi a verificare i requisiti richiesti». La Conferenza delle Regioni ha proposto, in un documento indirizzato al Ministero della Salute, di costituire 21 Consorzi, uno per Ern, cui parteciperanno i centri selezionati, per ciascun gruppo, in base a competenze e attività svolte.

M.G.F.