



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



L'incontro**«Riabilitazione, tariffe e tetti di spesa stop ai tagli con la pianificazione»****Le imprese al governatore
«Ancora non arrivati i fondi
dell'intesa anticontenzioso»****Ettore Mautone**

Sanità convenzionata, schiarita in vista sul fronte delle tariffe e dei tetti di spesa: entro gennaio 2016 saranno stipulati contratti vincolanti con le Asl e adeguato il budget al fabbisogno. Parola di **Vincenzo De Luca** che ieri mattina, a Salerno, presso la sede che lo ospita nei locali del Genio Civile, **ha dato il via alle consultazioni con le associazioni di categoria della Sanità accreditata**. Sotto la lente i nodi relativi al budget e alla programmazione tra Asl e centri erogatori accreditati. **La prima ad essere ricevuta nel calendario delle audizioni è l'Aspat, rappresentata dal presidente Pierpaolo Polizzi e da una delegazione dei settori della Riabilitazione e della Radioterapia.**

«Luca - avverte Polizzi - ha assicurato che nell'arco delle prossime settimane volterà pagina rispetto al passato. La programmazione sarà fatta sulla scorta di una minuziosa analisi del fabbisogno da approfondire nei singoli tavoli tecnici e che riguarderà tutte le discipline in convenzione. Un lavoro di pianificazione che eviterà tagli a valle di prestazioni già erogate che oggi alimentano disservizi e contenzioso». L'obiettivo è definire nel dettaglio regole certe per ogni branca assistenziale da ratificare poi, a stretto giro, entro il prossimo gennaio.

Riflettori puntati anche sul nodo della riabilitazione dove tutto è fermo alla ridefinizione delle tariffe sulla scorta di diverse sentenze della magistratura amministrativa regio-

nale, sia del Tar sia del Consiglio di Stato. «La transazione conclusa a maggio scorso - continua Polizzi - è finita nelle sabbie mobili della burocrazia e non ha ancora trovato attuazione». Sotto la lente anche la questione Radioterapia che, al pari delle altre terapie considerate salvavita, (dialisi e diabetologia), viaggia dallo scorso settembre in versione "economy", con risorse rastrellate rimodulando le tariffe di rimborso di alcune prestazioni di ultima generazione. Lo staff di De Luca pensa ad una griglia di pacchetti di prestazioni a valore predefinito capaci di assorbire la complessità della terapia, premiare l'innovazione e remunerare l'investimento tecnologico elevando così la qualità media delle cure. Tutto ciò avviando, comunque, stringenti controlli sull'appropriatezza in chiave antisprechi. Il modello di riferimento è quello attuato in regioni come la Toscana, l'Umbria e la Lombardia. «L'ostacolo maggiore sono i vincoli per le regioni in Piano di rientro - dice Arturo Improta, vicepresidente Aspat - ma De Luca si è impegnato a forzare ogni possibile margine di operatività pur di garantire la salute dei cittadini campani allo stesso livello delle regioni del Nord più avanzate nel governo della salute». Il governatore, così come ha già sperimentato con i sindacati della dirigenza medica, proseguirà nei prossimi giorni le audizioni con tutte le altre associazioni di categoria - da Confindustria all' Aiop, da Anisap a Federlab, dall' Aias a Federbiologi passando per Anpric, Anfass e Confapi e Fras - con cui affrontare e sciogliere i nodi dell'assistenza in convenzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

+

La sfida del governatore

«Sanità, la Campania sarà come la Lombardia»

De Luca rilancia: tagliare subito altri rami secchi e riorganizzare la medicina territoriale

Sabino Russo

Salerno-Milano solo andata. È la distanza che ancora separa la qualità di servizi e assistenza tra il Nord e la Campania e che il governatore Vincenzo De Luca, in visita al Ruggi per inaugurare l'ampliamento del pronto soccorso, ha promesso di accorciare nel giro di qualche anno, attraverso l'avvio di un processo di rivoluzione che interesserà tutta la sanità regionale, a partire da una ridefinizione territoriale dei servizi ospedalieri e delle aziende sanitarie, dal recupero di parte dei fondi provenienti dalla mobilità passiva a da alcuni emendamenti alla legge di stabilità, da riversare per la riorganizzazione del sistema e per nuove assunzioni di medici e infermieri, oltre a una nuova collaborazione delle università nella rete dell'emergenza-urgenza.

La missione è completare il piano di rientro entro la fine del 2016, e domani De Luca, come annunciato, impegnerà sull'obiettivo il neo commissario alla sanità Joseph Polimeni, nel giorno del suo insediamento. Dopodiché l'altro obiettivo dichiarato sarà chiudere il terzo anno di bilancio in attivo, per poter così chiedere l'uscita dalla fase commissariale. Ma non solo dati di bilancio, tanti saranno i fronti sui cui lavorare e per i quali bisognerà bruciare le tappe. Si partirà a gennaio, quando saranno convocati gli stati generali del comparto. Una giornata di lavori con la comunità medico-scientifica, per condivide-

re percorsi comuni di intervento. «Credo che ci siano tutti i presupposti per far sì che nel giro di qualche anno si possano raggiungere i livelli eccezionali di assistenza della Lombardia, nonostante le condizioni generali siano complicate, visto il taglio di 50 milioni ricevuto - ha tuonato De Luca - Siamo ancora l'ultima regione per i livelli essenziali di assistenza e la prima per la mobilità passiva, per circa 300 milioni, che recuperati potrebbero essere riversati nell'organizzazione della sanità campana, con le liste d'attesa più lunghe e che presenta condizioni di inciviltà con le strutture convenzionate, che lavorano per un anno senza contratto con le Asl, con tetti di spesa raggiunti 4 mesi prima della fine dell'anno. Con la chiusura dell'Arstan diciamo che è finita l'epoca di padroni, padrini e notabili».

Cifre alla mano, si procederà alla ridefinizione di «una medicina territoriale seria, organizzata. Per fare ciò sarà decisivo il lavoro congiunto con Asl e medici di base, liberando il pronto soccorso e indirizzando i pazienti verso gli ambulatori - ha continuato il governatore -. Si metterà mano, nel contempo, anche alle reti d'emergenza, tenendo conto che il personale e le risorse sono poche. Una mano, però, potrebbe giungere da alcuni emendamenti alla legge di stabilità, che potrebbero aiutare a superare il problema della mobilità attiva e assu-

mere tremila medici». Si dovrà affrontare, inoltre, il problema della rete degli ospedali, che mostrano indici disastrosi per le funzioni e la qualità dei servizi.

«Nessuno si aspetti nei prossimi anni cedimenti demagogici o clientelari - ha tuonato De Luca - Le strutture che non reggono sulla base di criteri oggettivi saranno superate. Non regge un reparto di ostetricia con cento parti all'anno. Qui al Ruggi dobbiamo recuperare 19 milioni di euro per la legge che finanzia l'edilizia sanitaria, oltre a 129 milioni da contrattare per un intervento strutturale più importante. Nei prossimi mesi, inoltre, faremo scelte definitive per i direttori generali. Un'ultima cosa da organizzare è il rapporto con le università. Non possiamo avere il Pronto Soccorso ingolfati e le strutture accademiche che vivono di vita separata». E proprio la qualità dell'intervento fatto al pronto soccorso appena inaugurato al Ruggi sarà il metro di giudizio da cui De Luca intende partire per l'assistenza e i servizi che ha in mente. «Molti cittadini campani quando si recano al San Raffaele di Milano la prima cosa che riportano e che li sembra di stare in Svizzera - ha concluso - Beh, entrando in questo reparto sembra di essere in Svizzera. Credo che dobbiamo abituarci a dire che siamo in Italia e che siamo in Campania. Possiamo farcela».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sferzata
«Chiusa l'Arstan è finita l'epoca di padroni, padrini e notabili»



2016 la missione

Per il 2016 l'obiettivo sarà chiudere il terzo anno di bilancio in attivo e completare il piano di rientro per poter così chiedere l'uscita dalla fase commissariale. Si partirà a gennaio, quando saranno convocati gli stati generali del comparto.

300 i milioni

Secondo De Luca trecento milioni recuperati potrebbero essere riversati nell'organizzazione e superare il gap delle lunghe liste d'attesa e delle condizioni di inciviltà con le strutture convenzionate che lavorano fino a un anno senza contratto con le Asl.

L'incontro Il governatore Enzo De Luca ieri alla inaugurazione della struttura di ampliamento del pronto soccorso di Salerno

Il neo-commissario

«Miglioreremo la sanità facendo quadrare i conti»

Polimeni disegna la sua mission
Lorenzin: «Priorità all'assistenza»



Gerardo Ausiello

«**A**bbiamo due obiettivi: il risanamento dei conti e migliori livelli di assistenza». È la sfida del neocommissario della sanità campana Joseph Polimeni, italo-americano di origini cilentane, nominato ieri dal Consiglio dei ministri. Al suo fianco il subcommissario Claudio D'Amario. Il ministro Lorenzin: «Priorità all'assistenza».

La sanità, il commissario

Polimeni, missione risanamento due anni di tempo per la svolta

La road map della Lorenzin: «La priorità sono i livelli di assistenza»

Gerardo Ausiello

Dovranno lavorare gomito a gomito ma si sono sentiti per la prima volta ieri sera al telefono. Il neocommissario della sanità campana Joseph Polimeni, italo-americano di origini cilentane (la madre è nata a Centola, lui a New York), e il suo vice, l'abruzzese Claudio D'Amario, sono stati scelti dal Consiglio dei ministri con un compito preciso: completare l'opera di risanamento dei conti, portando la Campania fuori dal piano di rientro, ma anche migliorare la qualità dell'assistenza, che versa in condizioni drammatiche.

Le nomine, anticipate da Il Mattino, arrivano dopo un vuoto di sei mesi. Quando si insedieranno, probabilmente a inizio 2016, Polimeni e D'Amario dovranno dunque correre per recuperare il tempo perduto. Ma, a sentire il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, hanno le carte in regola per farlo: «Si tratta di due personalità esperte del sistema sanitario sia dal punto di vista della gestione sia dal punto di vista dei livelli essenziali e della qualità dell'assistenza. Abbiamo scelto soggetti esterni per mantenere la massima garanzia di terzietà». La deadline indicata da Lorenzin è tra 48 mesi: «Dovranno fare di tutto per far uscire la Campania dal piano di rientro nei prossimi due anni - sottolinea il ministro - Sulla parte economico-finanziaria molti risultati sono già stati ottenuti in questi anni, bisogna invece potenziare enormemente la parte dei Lea, e questo per garantire accesso ai trattamenti alle cure e la costruzione delle reti in modo operativo».

Di «sfida difficile» parla il governatore Vincenzo De Luca, secondo cui «il nuovo commissario risponde pienamente alle esigenze poste dalla Regione». La strada resta però in salita perché «siamo l'ultima regione italiana per i Lea, ultima per le liste d'attesa (fino a 270 giorni per una mammografia), ultima per qualità dell'assistenza con la vergogna dei tetti di spesa che lasciano ogni anno per quattro mesi privi di assistenza migliaia di nostri concittadini». Un preciso messaggio che De Luca rivolge al suo predecessore, Stefano Caldoro, il quale ha una visione diversa della sanità campana, «in buone condizioni

sul piano della trasparenza e dell'equilibrio economico e in recupero sugli indicatori delle prestazioni sanitarie. Polimeni? Gli auguro

La Regione De Luca «Tanto lavoro Polimeni risponde alle nostre esigenze»

buon lavoro - aggiunge Caldoro - ma basta con le ipocrisie: tutti avremmo voluto un campano». Per De Luca, invece, le cose da fare sono tantissime: «Occorre organizzare in maniera seria la medicina sui territori, costruire le reti dell'emergenza, cancellare le immagini delle barelle nei corridoi degli ospedali, ristabilire rapporti civili tra istituzioni e strutture private convenzionate, rivedere e riprogrammare prestazioni e tariffe, garantire ai disabili le risorse necessarie, far decollare i programmi per la fecondazione assistita, cancellare la vergogna di una mobilità passiva che sfiora i 300 milioni, realizzare la piena integrazione delle strutture universitarie nella rete dell'emergenza». Esigenze, queste, condivise dai sindacati. Vittorio Russo, presidente regionale dell'Anpo (sigla che riunisce i primari), non ha dubbi: «Considero positiva la scelta di Polimeni per l'esperienza che ha accumulato sul fronte della programmazione sanitaria, per il suo equilibrio organizzativo e la capacità di mantenere relazioni umane e professionali. Oltre ai problemi economici dovrà affrontare quelli organizzativi, aggravati da una legge che non consente l'uso sconsiderato dello straordinario e da un sistema in cui la rete territoriale stenta a decollare mentre funzioni ed emergen-

ze vengono totalmente scaricate sugli ospedali. Servono allora nuove norme per superare il decreto 49 del 2010». Antonio De Falco, segretario regionale della Cimo, auspica uno sprint nelle decisioni: «Il fatto che Polimeni sia sconosciuto alla Campania ha il vantaggio di consentirgli di muoversi senza condizionamenti, ma avrà inevitabilmente bisogno di più tempo per rendersi conto dei problemi da affrontare e delle soluzioni da adottare». Infine il segretario regionale dell'Anao Assomed Bruno Zuccarelli, che indica «due obiettivi immediati»: «Sbloccare il turn over e realizzare un'assistenza adeguata per tutti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Sabato 12 Dicembre 2015 alle 08:41 Ultimo aggiornamento: 08:41

Polimeni, neocommissario sanità: «In Campania aggiusteremo i conti migliorando i servizi»

di Gerardo Ausiello

Dalla virtuosa Toscana alla disastrosa Campania. Le separano poche centinaia di chilometri ma se si guarda all'efficienza del servizio sanitario le distanze diventano siderali. Ne è consapevole Joseph Polimeni, che ha già le idee chiare: «Abbiamo un duplice obiettivo da realizzare, ovvero completare il risanamento dei conti e al tempo stesso migliorare i livelli essenziali di assistenza. La sanità - dice a Il Mattino - non può essere solo un concetto finanziario ed economico». Non solo tagli, dunque. Il 46enne italo-americano, che a inizio gennaio lascerà l'Asl di Prato alla volta di Napoli, sa infatti che la sfida più ardua da vincere è quella sui Lea, i livelli essenziali di assistenza.

La Campania, che per Polimeni è «una grande regione, anche se con tanti problemi», è in coda alle classifiche relative proprio alla qualità dei servizi offerti ai pazienti. Ci sarà dunque bisogno di una scossa. Un'impresa che farebbe tremare i polsi a tanti, ma che il neocommissario ha accettato di compiere con entusiasmo: «Quest'incarico non mi spaventa». Al suo fianco ci sarà il subcommissario Claudio D'Amario, abruzzese e attualmente manager dell'Asl di Pescara. Eccolo, allora, il «dream team» scelto dal Consiglio dei ministri per rivoluzionare la sanità campana, che oggi vanta il non invidiabile record delle liste d'attesa più lunghe d'Italia (282 giorni per un'ecografia addominale, 270 per una mammografia, 217 per una visita cardiologica). Sarà proprio su questo versante il primo traguardo da centrare. Perché ciò avvenga bisognerà intervenire sull'organizzazione in maniera strutturale. Sì, perché oggi il sistema è quasi totalmente dipendente dall'assistenza ospedaliera mentre la rete territoriale (i servizi che dovrebbero essere garantiti da ambulatori e presidi delle Asl) è fortemente deficitaria. Alla base dei ritardi e delle inefficienze è anche la carenza di personale, determinata dal blocco del turn over: in quasi dieci anni sono circa 10mila le unità uscite dal sistema sanitario campano e non sostituite.

Così, per garantire l'assistenza, le aziende sanitarie e ospedaliere hanno dovuto far ricorso a straordinari e doppi, in certi casi tripli, turni. La coperta, insomma, è corta e lo è ancor di più dopo che le nuove norme hanno fissato rigidi paletti sugli orari di lavoro dei medici. Tra gli ospedali, poi, quello maggiormente sotto assedio è il Cardarelli, costretto a farsi carico di emergenze che, con una diversa organizzazione, potrebbero essere dirottate verso altri nosocomi. Per questo si attende come la manna dal cielo l'entrata in funzione dell'Ospedale del Mare, che dovrebbe aprire i battenti tra sei mesi ma che paradossalmente rischia di restare chiuso a causa della carenza di personale. A tutto ciò vanno aggiunte le precarie

condizioni economiche di un settore che non è più in deficit ma che deve fare i conti con la continua riduzione di risorse da Roma. Ciò a causa degli attuali criteri di riparto del fondo sanitario che favoriscono le Regioni con una popolazione più anziana, e dunque soprattutto le Regioni del Nord. Come invertire la rotta? Per Polimeni occorre «essere realistici» e «adottare soluzioni di buon senso»: «Non credo nel modello dell'uomo solo al comando. Bisogna fare il gioco di squadra e stabilire un'alleanza con i professionisti». D'accordo il vice D'Amario, coinvolto nei mesi scorsi in un'indagine della magistratura (per la compravendita di un palazzo dell'Asl di Pescara) da cui dice di essere «uscito», che parla di «un lavoro impegnativo e importante, più di programmazione che di gestione. Un lavoro di grande programmazione e riorganizzazione, soprattutto finalizzato ai livelli essenziali di assistenza». In questo senso già la prossima settimana Polimeni e D'Amario potrebbero partecipare ad un primo vertice al ministero della Salute. «Faremo un piano operativo», sottolinea il subcommissario, «onorato» di essere stato chiamato a ricoprire tale incarico. «In Abruzzo veniamo da sette anni di gestione commissariale e forse questo ha contribuito alla scelta. All'Asl di Pescara abbiamo compiuto un grande lavoro di riorganizzazione. È quello che, con il gioco di squadra, dovremo fare anche a Napoli e in Campania».

URL : http://www.ilmattino.it/NAPOLI/CRONACA/polimeni_commissario_sanit_amp_agrave/notizie/1731210.shtml

Sanità, il programma dei neo-commissari

«Meno tagli, più servizi»

Il cilentano Polimeni e l'abruzzese D'Amario

NAPOLI Sebbene non abbiano avuto modo di conoscersi ancora (solo ieri sera hanno avuto il primo approccio telefonico) il commissario per il piano di rientro dal debito sanitario in Campania, l'italoamericano ma di saldissime radici cilentane, Joseph Polimeni (la mamma è di Centola, il papà è di origini calabresi) e il sub commissario, l'abruzzese Claudio D'Amario, convergono su una specifica necessità, quella di «recuperare terreno sui Livelli essenziali di assistenza». Polimeni, 46 anni, è nato a New York, ma ha studiato in Toscana ed è considerato un manager vicino al governatore pd Enrico Rossi. È stato ufficiale medico, poi è passato per la direzione sanitaria dell'ospedale di Prato e ora proviene dalla direzione generale

della Asl di Lucca. «Ho la casa dei nonni a Palinuro — spiega — dove da anni trascorro le vacanze estive, ma è il Cilento dell'entroterra che amo di più: quello distante dai flussi turistici più imponenti e perciò reso impermeabile alle contaminazioni. L'incarico ricevuto — aggiunge — non mi spaventa, ma occorre essere realistici. La Campania è una realtà difficile, ma i problemi vanno affrontati, trovando soluzioni di buon senso. Per questo non credo nell'uomo solo al comando, bensì nel lavoro di squadra: costruirò un'alleanza con i professionisti. Spero di poter avviare il mio impegno a partire dal 1 gennaio. Il piano di rientro non significa riequilibrare solo il versante economico-finanziario, ma potenziare i servizi e l'assistenza ai



Dall'alto:
Polimeni
e Claudio
D'Amario

Disagi
Sopra:
il reparto
di emergenza
del Cardarelli



cittadini». Ne è convinto anche il sub commissario D'Amario, 55 anni, proveniente dalla direzione generale della Asl di Pescara: «Non si può fare solo spending review, occorre offrire qualità al sistema, riqualificare l'assistenza sanitaria per una regione importante come la Campania, dove vi sono grandi eccellenze professionali che attendono di essere valorizzate». D'Amario, qualche mese fa, è inciampato in un infortunio giudiziario: un avviso di garanzia per un bando sospetto relativo ad una compravendita immobiliare. Un palazzo comprato a 900 mila euro da un imprenditore e rivenduto a 2,8 milioni di euro alla Asl pescarese. «Una vicenda - racconta D'Amario — che si è conclusa senza strascichi. Generata da alcuni esposti promossi da partiti che abitualmente agiscono attraverso ricorsi. Quando si è a capo di strutture pubbliche, accade anche questo. Ma ho chiarito

ogni cosa, la Corte dei Conti ha apprezzato il lavoro che abbiamo fatto per acquisire la nuova sede ed evitare pesantissimi sprechi con gli affitti passivi». D'Amario rifiuta l'etichetta politica di essere di centrodestra: «Sono stato nominato dall'ex governatore abruzzese Chiodi, ma non per questo ho fatto politica. Il mio è stato sempre ed esclusivamente un profilo tecnico».

Per il governatore campano, Enzo De Luca, che in tv, ieri, è tornato a scagliarsi contro il vertice dell'Arsan, «la sfida di fronte a noi è difficile, il nuovo commissario risponde pienamente alle esigenze poste dalla Regione Campania». Mentre il leader dell'opposizione in consiglio regionale, Stefano Caldoro, su Twitter ha augurato «Buon lavoro al commissario Polimeni». Per poi accusare: «Ma basta ipocrisie. Tutti abbiamo fatto il tifo per un campano. Colonizzati dal Nord». Il segretario regionale Anao Assomed Bruno Zuccarelli, pur sollecitando lo sblocco del turn over, ha commentato: «Finalmente la Campania commissariata ha un commissario. Sono serviti sei mesi al Governo per riuscire a individuarlo e procedere con la nomina».

Angelo Agrippa
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il nuovo commissario Polimeni non ha alcun legame con la Regione
«Abbiamo fatto una scelta di terzietà, la priorità è garantire i livelli assistenziali»

Diktat del ministro Lorenzin «Fuori dal piano di rientro»

■ CARLA GUARNIERI

Il Consiglio dei ministri ha nominato ieri mattina Joseph Polimeni, attuale direttore generale della Asl di Lucca, nuovo commissario per la Sanità in Campania. Come subcommissario è stato invece nominato Claudio D'Amario. «L'obiettivo che ho dato sia al commissario che al subcommissario è quello di fare di tutto per far uscire la Campania dal piano di rientro dei prossimi due anni, sia dal punto di vista dell'equilibrio finanziario sia dal punto di vista dei livelli essenziali di assistenza», ha affermato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando le due nomine attese da mesi in Campania. «Sulla parte economico-finanziaria molto è stato fatto già in questi anni, bisogna invece potenziare enormemente la parte dei Lea, e questo per garantire accesso ai trattamenti alle cure e la costruzione delle reti in modo operativo in Campania», ha spiegato Lorenzin sottolineando come questo «è l'obiettivo che ho nelle Regioni in piano di rientro, sia quindi la Campania, in particolare il Lazio e la Calabria. E penso che facendo un lavoro coordinato e sinergico si riuscirà, insieme al necessario impegno dei presidenti delle Regioni, ad arrivare a questo obiettivo». In particolare, sui nomi dei due professionisti ha parlato di una scelta di qualità e di terzietà: «È stata fatta una scelta in linea con quelle che sono state le mie indicazioni sui commissari, cioè prendere persone esterne dalla Regione, ma per mantenere la massima garanzia di terzietà». «Due personalità esperte del sistema sanitario sia dal punto di vista della gestione sia dal punto di vista dei Lea e della qualità dell'assistenza», ha concluso. «Buon lavoro al nuovo commissario per la Sanità in Campania e al suo vice. Finalmente, dopo 6 mesi di stallo, la sanità in Campania può ripartire», è stato il commento del sottosegre-

tario alla Difesa e coordinatore in Campania di Ncd, Gioacchino Alfano, «Polimeni, forte della sua esperienza nella sanità toscana e di quella di ufficiale medico nell'esercito saprà rendere un servizio efficiente alla nostra Regione che sconta le inefficienze delle politiche degli anni precedenti. D'Amario porterà in dote, invece, la sua valida esperienza alla guida della Asl di Pescara». Amaro il commento dell'Assomed, secondo cui ormai si è fuori tempo massimo. «Finalmente la Campania commissariata ha un commissario. Sono serviti sei mesi al Governo per riuscire a individuarlo e procedere con la nomina». Questo il primo commento del segretario regionale Anaa Assomed Bruno Zuccarelli. «Non c'è nulla da esultare perché solo oggi abbiamo avuto ciò che sarebbe servito già sei mesi fa». Zuccarelli ha detto che la Campania, in ambito sanitario, «è una regione al palo da qualsiasi angolazione la si guardi. Moltissime sono le eccellenze che si perdono a causa di un blocco del turnover applicato al di là di qualsiasi logica di razionalizzazione e ogni anno si spreca una cinquantina di migliaia di euro per la migrazione sanitaria». Critiche che, ha spiegato il segretario Anaa Assomed, «non sono rivolte alla figura del neo commissario che auspico possa subito mettersi a lavoro perché servono decisioni oculate, ma anche grande determinazione». Due gli obiettivi da raggiungere subito: «Realizzare un'assistenza adeguata per tutti e sbloccare il turn over così da migliorare il servizio sanitario e mettere fine ai viaggi della speranza fuori regione».

cguarnieri@metropolisweb.it
©riproduzione riservata



DISAGI

Tornano a galla i problemi dell'ospedale Capilupi di Capri a causa di un episodio che è accaduto ieri quando al pronto soccorso è stata portata una donna di 72 anni, per una caduta nel centro storico che le aveva provocato una ferita alla testa. A causa dell'impossibilità di effettuare la tac la donna è stata d'urgenza trasferita

in elicottero al Cardarelli di Napoli. Un caso che sta diventando ormai routine visto che nel nosocomio caprese la tac manca ormai da due anni, mentre quella di nuovissima generazione arrivata al Capilupi dopo lungaggini burocratiche e bandi di gara giace inutilizzata sin dal suo arrivo, nel mese di settembre, e non si conoscono i motivi della mancata messa in funzione

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

 [panoramasanita.it](http://www.panoramasanita.it)

<http://www.panoramasanita.it/2015/12/11/campania-arriva-il-servizio-ispettivo-sanitario-e-socio-sanitario-sparisce-larsan/>

Campania: Arriva il Servizio Ispettivo Sanitario e Socio-sanitario. Sparisce l'Arsan

Il Consiglio Regionale approva il Disegno di legge "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini".

Il Consiglio Regionale della Campania, presieduto da Rosa D'Amelio, ha approvato con 26 voti favorevoli (16 contrari e 1 astenuto) il Disegno di legge "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini", ad iniziativa della Giunta regionale (Presidente Vincenzo De Luca) persegue, riferisce una nota del Consiglio "tre fondamentali obiettivi: a) assicurare l'efficienza dei servizi e della spesa nel settore sanitario e socio sanitario mediante l'istituzione di un Ufficio Speciale Regionale denominato "Servizio Ispettivo Sanitario e Socio-sanitario" al quale affidare funzioni ispettive; b) semplificare, nel rispetto della disciplina nazionale in materia e del principio di trasparenza e di massima partecipazione, le modalità di nomina dei Direttori Generali delle Asl e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale; c) razionalizzare l'organizzazione dei supporti tecnico-informatici al SSR mediante soppressione dell'Arsan e riconduzione delle relative funzioni all'ordinaria articolazione amministrativa regionale, con conseguimento di risparmi di spesa. Il ddl istituisce l'Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario che esercita, in raccordo con le competenti strutture amministrative della Regione, attività ispettiva su atti e fatti di gestione in materia sanitaria e socio-sanitaria attraverso verifiche e sopralluoghi nei confronti delle Asl e delle Aziende ospedaliere, degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici e privati, delle aziende universitarie ospedaliere, dell'Istituto zoo profilattico e degli enti pubblici e privati accreditati. L'Ufficio ha libero accesso agli atti e ai documenti della struttura da ispezionare e verifica il regolare funzionamento delle strutture pubbliche e private, gli ambienti ospedalieri, l'appropriatezza delle prestazioni, il controllo analitico delle cartelle cliniche, la verifica della permanenza dei requisiti per l'accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali. Entro il 30 marzo di ogni anno, è prevista l'adozione del Piano annuale dell'Attività ispettiva e socio-sanitaria che individua le aree prioritarie di intervento. Il ddl modifica le norme in materia di nomina dei Direttori generali delle Asl e degli Enti del SSR, semplificando le modalità di selezione dei dirigenti delle strutture sanitarie locali e introducendo criteri di selezione basati sul merito, sulla capacità professionale e sulla massima trasparenza. Esso ridefinisce gli organi delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere: il direttore generale, il collegio sindacale; il collegio di direzione e prevede la soppressione dell'Agenzia Regionale Sanitaria (Arsan) le cui funzioni sono svolte dalle competenti strutture amministrative della Regione". Il Presidente della V Commissione Raffaele Topo (Pd), che ha introdotto il ddl all'esame dell'Aula, ha espresso soddisfazione: «è il primo intervento dell'esecutivo in materia di sanità che ha un triplice obiettivo, quello di introdurre un ufficio ispettivo in grado di controllare spese e produttività delle aziende sanitarie; quello di semplificare le modalità di nomina dei Direttori Generali delle ASL e degli Enti del Servizio sanitario regionale per non rischiare di attendere mesi per una nomina; ed infine quello di razionalizzare gli strumenti di supporto al Servizio sanitario regionale mediante la soppressione dell'ARSAN riconducendo le funzioni in capo alla Giunta regionale. È stata inoltre disposta una delega alla Giunta per il riordino funzionale della So.re.sa. Al fine di riuscire a raggiungere più alti standard qualitativi

e quantitativi di produzione delle strutture pubbliche l'obiettivo dell'amministrazione è quello di superare l'attuale blocco delle attività che si verifica in un determinato periodo dell'anno . – si imprime una svolta all'organizzazione aziendale in termini di personale necessario per ogni struttura sanitaria e servizio erogato. È tempo di superare i commissariamenti e riappropriarsi della piena funzione normativa. Con questo primo intervento in materia sanitaria il consiglio ha intenzione di cambiare passo e intervenire concretamente nella riforma del sistema sanitario regionale».

© 2015 Panorama della Sanità. All Rights Reserved.

Il Garante privacy su Dossier e Fascicolo sanitari elettronici: indispensabile un referente

La sanità ora si unifica in rete Cure e scambio di dati con il via libera del paziente

Pagina a cura
DI ANTONIO CICCIA
MESSINA

Ci vuole un responsabile privacy per le strutture sanitarie pubbliche e private, che possono usare due archivi informatizzati: il Dossier sanitario elettronico e il Fascicolo sanitario elettronico (Fse).

La tecnologia, certo, viene in aiuto di professionisti ma i pazienti devono sapere che fine fanno le informazioni sulla salute. E il consenso del paziente raddoppia: l'interessato è chiamato a esprimere la propria adesione sia alla prestazione di cura sia a un flusso di dati, che corre sul tracciato della telematica.

Per garantire una circolazione sicura di informazioni così delicate, comunque, è diventato fortemente consigliabile un referente privacy. Parola del Garante della privacy.

Per il dossier elettronico le linee guida dell'autorità, presieduta da Antonello Soro (provvedimento n. 331 del 4 giugno 2015, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 164 del 17 luglio 2015), in ragione della particolare delicatezza delle informazioni trattate, auspicano che i titolari del trattamento individuino al loro interno una figura di responsabile della protezione dei dati che svolga il ruolo di referente con il Garante (cosiddetto Dpo,

Data protection officer). Lo stesso dicasi per il Fascicolo sanitario elettronico: nel dare il parere favorevole allo schema di regolamento (approvato con Dpcm 29 settembre 2015, n. 178, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n.263 dell'11 novembre 2015) il Garante ha consigliato l'individuazione all'interno delle strutture sanitarie di una figura di responsabile della protezione dei dati (provvedimento del Garante privacy n. 261 del 22 maggio 2014).

Il sistema di interconnessione tra Asl, ospedali e oggetti accreditati nel sistema sanitario pubblico, e quello degli organismi sanitari privati richiedono, una competenza specializzata in materia di trattamento dei dati personali.

Così sarà a breve grazie a una specifica previsione del futuro regolamento europeo, in corso di approvazione, che impone la nomina di un responsabile del trattamento dei dati a tutti gli enti pubblici e, a certe condizioni, anche ai soggetti privati.

Il comparto sanità, d'altra parte, richiede, più di altri, una valutazione d'impatto dei trattamenti dei dati e l'attivazione di accorgimenti a salvaguardia dei diritti del paziente, ma anche a garanzia della qualità della prestazione medica.

Il principale obiettivo dei nuovi strumenti che il garante della privacy e parlamento/governo hanno disciplinato (in

particolare dossier sanitario e fascicolo sanitario elettronico), infatti, è la certezza del dato trattato e conservato.

Avere data base con dati sanitari certi, cioè esatti e aggiornati, è il presupposto per consentire al medico di formulare una diagnosi idonea e una conseguente efficacia assunzione di decisione terapeutica.

Avere un archivio sanitario con informazioni non più corrette o non aggiornato sarà anche un problema di privacy, ma soprattutto rischia di compromettere l'incolumità del paziente.

Dossier e fascicolo possono essere strumenti che aumentano le chance di cura e guarigione, ma devono essere riempiti con dati esatti e devono essere costantemente monitorati. Altrimenti finiscono per complicare le cose. Magari diventano un contenitore virtuale pieno zeppo di informazioni disordinate: a che servono? Non sono utili per l'attività di cura e poi violano anche la privacy.

La figura del Dpo sanitario diventa il centro propulsore di condotte coerenti con la normativa della privacy e promotore di attività di controllo periodico sul livello adeguato di accorgimenti e precauzioni.

Tra le quali la principale è la completa e adeguata informazione al paziente.

Il singolo deve sapere come viene costruito la scheda del dossier e del fascicolo sanitario che lo riguardano e deve avere il potere decisionale.

Il potere di decisione sulle informazioni sanitarie deve rimanere appannaggio del paziente.

Paziente che deve sapere a che rischi va incontro. Mettiamo che uno decida di eliminare una certa sua malattia dal fascicolo o dal dossier e che tale omissione impedisca una corretta decisione a riguardo di un evento sanitario successivo e mettiamo che quella persona subisca un danno: che interesse si può avere a oscurare alcuni dati?

Certo il paziente deve potersi fidare di chi ha le chiavi di accesso a dossier e fascicoli e per potersi fidare deve avere garanzie su come saranno usate le sue informazioni.

Tutta l'operazione si basa, dunque, sulla correttezza del trattamento: e ciò dipende dalla costruzione di un'organizzazione interna rispettosa delle discipline di legge/regolamento e delle linee guida del garante della privacy.

Senza dimenticare una cosa molto semplice: dossier e fascicolo sanitario sono un ausilio tecnologico e non un mezzo esclusivo e sostitutivo del flusso di notizie che il medico deve avere a disposizione.

Anche da un punto di vista deontologico sono poste a carico del medico la proporzionalità e l'appropriatezza ed efficacia dell'uso di tecnologie informatiche, il ricorso alle quali deve essere coerente con il principio generale della non delegabilità dei compiti di diagnosi, terapia e riabilitazione del paziente: tutte attività che si realizzano impegnando la competenza, l'autonomia e la responsabilità del professionista.

Uso di dossier e fascicoli non stornano la responsabilità professionale, altrimenti

il paziente potrebbe farsi la diagnosi da sé, magari usando software venduti con pubblicazioni mediche.

Se l'anamnesi è una partita di scacchi tra medico e paziente, il medico deve uti-

lizzare l'aiuto delle tecnologie informatiche che sopprimono a lacune nel ricordo del paziente, ma deve utilizzare lo strumento con il filtro della valutazione professionale.

—© Riproduzione riservata—

Somiglianze e differenze

Dossier e fascicolo sanitario sono gemelli diversi. Si somigliano molto, ma non sono la stessa cosa. Cerchiamo somiglianze e differenze.

Il fascicolo sanitario ha una copertura giuridica nel dlgs 179/2012 e nel successivo Dpcm 25 settembre 2015; il dossier sanitario ha una regolamentazione nel provvedimento del Garante del 4 giugno 2015.

- Chi è coinvolto. Il fascicolo sanitario elettronico riguarda tutti gli enti del servizio sanitario nazionale e i soggetti accreditati: si tratta di un sistema informativo che coinvolge una molteplicità di titolari.

Il dossier sanitario coinvolge un unico ente, anche se a livello locale ci sono già esperienze di locale interconnessione.

- Finalità. Il dossier sanitario può essere utilizzato solo per finalità di cura.

I dati del fascicolo sanitario elettronico potranno essere realizzati per scopi di cura, ma anche (seppure escludendo i dati identificativi dei pazienti) di ricerca e di governo e programmazione sanitaria.

- Contenuto. Il contenuto del dossier elettronico non è predeterminato. Il Dpcm del 29 settembre 2015 contiene l'elenco delle informazioni raccolte nel fascicolo sanitario. Spiccano, tra le altre, due sezioni: il profilo sanitario sintetico e il taccuino.

Il primo serve a dare al medico un quadro di dati velocemente consultabili, soprattutto quando deve intervenire in emergenza: è il minimo indispensabile da conoscere al volo. Il taccuino è a disposizione del paziente, che può metterci quello che ritiene indispensabile e utile.

- Diritti. Sia per il dossier sanitario che per il fascicolo sanitario la struttura sanitaria deve garantire al paziente l'esercizio dei diritti riconosciuti dal Codice privacy (accesso ai dati, integrazione, rettifica) e la possibilità di conoscere il reparto, la data e

l'orario in cui è avvenuta la consultazione; le linee guida per il dossier specificano che il riscontro a istanze di integrazione, aggiornamento e rettifica dei dati deve essere fornito annotando le modifiche richieste senza alterare la documentazione di riferimento.

Sia per il dossier che per il fascicolo deve essere garantita, poi, la possibilità di «oscurare» alcuni dati o documenti sanitari che non intende far confluire nel dossier. L'oscuramento dell'evento clinico (revocabile nel tempo) deve avvenire con modalità tali da garantire che i soggetti abilitati all'accesso non possano venire automaticamente a conoscenza del fatto che l'interessato ha effettuato tale scelta («oscuramento dell'oscuramento»).

Pertanto se si spiega bene agli interessati il rischio medico collegato all'oscuramento la percentuale di oscuramento, come quella di negazione del consenso al Dossier, è risultata essere minore dell'1%

- Sicurezza. Le linee guida sul dossier sanitario e il Dpcm 29 settembre 2015 sul Fse prescrivono di adottare elevate misure di sicurezza. I dati sulla salute devono essere separati dagli altri dati personali, e devono essere individuati criteri per la cifratura dei dati sensibili.

- Accesso. L'accesso al dossier e al fascicolo sanitario è consentito solo al personale sanitario coinvolto nella cura. Ogni accesso e ogni operazione effettuata, anche la semplice consultazione, saranno tracciati e registrati automaticamente in appositi file di log.

- Data breach. La struttura sanitaria deve comunicare al Garante eventuali violazioni di dati o incidenti informatici (data breach): entro 48 ore dalla conoscenza del fatto per il dossier sanitario, entro una settimana per il Fse.

Terapie garantite senza discriminazione

Ci vuole il consenso del paziente sia per il Dossier sia per il Fascicolo sanitario elettronico (Fse). Ai pazienti deve essere consentito di scegliere, in piena libertà, se far costituire o meno il dossier sanitario. In assenza del consenso il medico avrà a disposizione solo le informazioni rese in quel momento dal paziente o in precedenti prestazioni fornite dallo stesso professionista. La mancanza del consenso non deve incidere minimamente sulla possibilità di accedere alle cure richieste. Per poter inserire nel dossier informazioni particolarmente delicate (infezioni Hiv, interventi di interruzione volontaria della gravidanza, dati relativi ad atti di violenza sessuale o pedofilia)

sarà necessario un consenso specifico. Per consentire al paziente di scegliere in maniera libera e consapevole, la struttura sanitaria dovrà informarlo in modo chiaro, indicando in particolare, chi avrà accesso ai suoi dati e che tipo di operazioni potrà compiere. Allo stesso modo il Fse può essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito. Il consenso può essere espresso anche per via telematica, e può essere revocato in ogni momento. La revoca del consenso determina l'interruzione dell'alimentazione del Fse, senza conseguenze in ordine all'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario e dei servizi socio-sanitari regionali.

Pensa alla salutedi **Riccardo Renzi****Il dolore cronico «benigno»
è ancora troppo trascurato**

Nel 2010 veniva approvata all'unanimità la "legge del dolore" (legge 38), che è piaciuta a tutti, tanto da essere presa a modello dall'Ue. Per sua natura gli effetti prevedono tempi lunghi, ma dopo 5 anni è giusto farne un bilancio. Positivo il fatto che i farmaci oppioidi, prima guardati con sospetto, siano entrati più di frequente nella pratica clinica e che la rete di cure palliative e hospice, pur lontana da essere completa, si sia estesa sul territorio. Ma c'è un problema: «Il 60% dei medici italiani, nel 2015, ignora ancora la legge», ha detto Guido Fanelli, ordinario di anestesia a Parma ed estensore tecnico del provvedimento. Una delle conseguenze è che il dolore cronico benigno, ossimoro che significa dolore non oncologico, viene poco considerato dai medici, che spesso si limitano a prescrivere un analgesico. Eppure tanto benigno non è, visto che ogni anno si perdono quattro milioni di giornate lavorative, soprattutto per il mal di schiena (35% dei casi). E che per questo siamo diventati leader mondiali nel consumo di antinfiammatori.

La riflessione

di Pier Mannuccio Mannucci*

LINEE GUIDA INADATTE
AI PAZIENTI ANZIANI

L'Italia è al terzo posto tra i Paesi con la maggiore aspettativa di vita: il 35% degli italiani ha più di 65 anni, e il 10% ne avrà più di 80 nel 2060. Almeno metà degli anziani ha più malattie croniche contemporaneamente e consuma molti farmaci. Perché? L'anziano vede medici diversi a seconda degli organi colpiti: il cardiologo prescrive per lo scompenso e la fibrillazione atriale, il pneumologo per l'insufficienza respiratoria, l'ematologo per l'anemia, il reumatologo per l'artrosi e così via, seguendo le linee guida delle loro società scientifiche.

Ma le linee guida derivano da studi che escludono gli anziani, soprattutto quelli con malattie multiple: sono basati sulla malattia singola, non sul paziente complesso. Vi è un reale beneficio nel prescrivere farmaci multipli per seguire le linee guida di ogni malattia?

Già ora l'ultraottantenne consuma in media 6 farmaci al giorno, spesso 10 o più. Non è solo un problema economico, anche se non si può ignorare che gli anziani assorbono il 60% (circa 16 miliardi) del costo dei farmaci per il Servizio Sanitario Nazionale. La polifarmacoterapia è essa stessa una malattia, che aumenta mortalità, invalidità e ricoveri in ospedale!

I farmaci multipli possono interagire tra loro, annullando o potenziando l'effetto, e c'è una relazione diretta tra numero di farmaci assunti ed effetti dannosi. Inoltre, più sono i farmaci prescritti e più è probabile che ci si dimentichi di prenderli o che lo si faccia in modo inadeguato.

Per rimediare è indispensabile che ci sia un medico generalista (di famiglia, internista, geriatra) che faccia da regista tra le diverse prescrizioni degli specialisti: un processo chiamato riconciliazione. Deve raccogliere documentazione accurata dei farmaci assunti; porsi il problema se sono appropriati i dosaggi, la frequenza e l'ora di somministrazione; se vi sono interazioni e incompatibilità; se il paziente assume effettivamente i farmaci e se sono veramente indicati ed efficaci. Ovviamente non si può prescindere dal pieno coinvolgimento della persona malata e della sua famiglia nelle decisioni, mirando allo stesso tempo a ridurre il numero dei farmaci senza danni. Questo approccio pragmatico migliorerebbe sensibilmente la salute dei nostri pazienti: non è la medicina di precisione predicata dal Presidente USA Barack Obama, ma un ritorno alla medicina basata sulla persona e a un più stretto rapporto medico-paziente!

*Direttore Scientifico, Policlinico, Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'esperto
risponde

alle domande
dei lettori
su temi
di nutrizione
all'indirizzo
**forum.
corriere.it/
nutrizione**

Liste d'attesa «trasparenti» Online solo 7 Regioni su 21

Pochi enti rispettano gli obblighi previsti dalla Legge anticorruzione

Il Rapporto

Agenas e Libera hanno verificato se sui siti di 240 aziende sanitarie vengono pubblicati i tempi per gli esami

Le strutture sanitarie pubbliche e accreditate sono tenute a indicare sul proprio sito, in una sezione dedicata, i tempi per ciascuna prestazione erogata in base alle norme sulla trasparenza (D.Legis. 33/2013), attuative della Legge anticorruzione (190/2013), perché a finire nella ragnatela dell'illegalità e della corruzione il passo potrebbe essere breve.

Ebbene, a oggi, secondo il primo Rapporto su "Trasparenza, etica e legalità nel settore sanitario", realizzato da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali)

Le Regioni dove tutte le Aziende sanitarie hanno realizzato una pagina web dedicata

10

hanno pubblicato le liste d'attesa

(Valle d'Aosta, Trentino A. A., Friuli V.G., Umbria, Molise, Puglia, Basilicata, Lombardia, Toscana, Abruzzo)

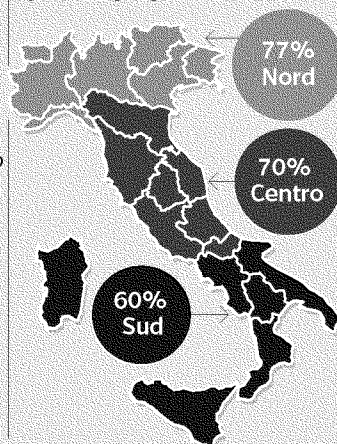
7

hanno pubblicato le informazioni specifiche sulle singole prestazioni

(Valle d'Aosta, Trentino A. A., Friuli V.G., Umbria, Molise, Puglia, Basilicata)

Fonte: Agenas-Libera, Rapporto sull'applicazione della Legge «Anticorruzione» (dati su 240 strutture sanitarie, 2015)

Percentuale di adempimento alla Legge «Anticorruzione» (per area geografica)



e Libera la pubblicazione online dei tempi di attesa avviene in buona parte del Paese, ma si registrano ancora carenze.

«Abbiamo monitorato i siti istituzionali di 240 aziende sanitarie non per verificare se le

prestazioni siano eseguite nei tempi giusti (*monitoraggio previsto dal Piano nazionale delle liste di attesa, ndr*) ma per accertare se le informazioni sulle liste di attesa siano disponibili nei siti web — chia-

risce Leonardo Ferrante, referente per l'anticorruzione di Libera —. Anche se sono stati fatti passi in avanti da un anno all'altro, nella maggior parte dei casi non sono ancora disponibili informazioni chiare che permettano ai cittadini di capire i reali tempi di attesa per una prestazione».

Dalla rilevazione risulta che soltanto in sette regioni tutte le aziende pubblicano sui propri siti in modo dettagliato anche le informazioni sulle singole prestazioni.

«È fondamentale che le liste di attesa siano trasparenti anche per prevenire abusi e inefficienze nella prenotazione e nell'accesso ai servizi — sottolinea Lucia Borsellino, che si occupa di anticorruzione ad Agenas —. La prima forma di illegalità, infatti, è non dare risposte appropriate e tempestive ai bisogni di cura dei cittadini».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A cura di System 24

REGIONE CAMPANIA - WWW.REGIONE.CAMPANIA.IT

APPROVATO DALLA COMMISSIONE EUROPEA IL POR FESR 2014-2020
TRASPORTI, INFRASTRUTTURE E AMBIENTE: QUESTE LE DIRETTRICI

45% DELLE RISORSE SU 4 OBIETTIVI

L'attenzione si concentra su R&S, agenda digitale, competitività delle Pmi e riduzione delle emissioni di carbonio

SMART SPECIALIZATION

È la strategia della Regione per rispondere alle esigenze sociali e ambientali del territorio

La Campania volta pagina e riparte Via a un imponente programma di interventi

Il governatore Vincenzo De Luca: "L'impianto programmatico dovrà contribuire allo sviluppo economico-competitivo occupazionale e al risanamento ambientale"

Trasporti, infrastrutture, ambiente. Sono queste le principali direttrici strategiche del Por Fesr 2014-2020 della Regione Campania, approvato dalla Commissione europea. Un programma vasto e ambizioso, dotato di risorse per 4 miliardi e 113 milioni di euro. L'obiettivo del governatore Vincenzo De Luca è di "blindare innanzitutto i cantieri già aperti" che, ha chiarito, "dovranno essere completati senza più interruzioni". Il presidente della Campania punta a concentrare i finanziamenti in pochi grandi interventi. Il nemico numero uno di De Luca è "la palude burocratica" che l'ex sindaco di Salerno intende "prosciugare", poiché tutto l'impianto programmatico dovrà contribuire, secondo le parole chiave, "allo sviluppo economico-competitivo-occupazionale e al risanamento ambientale".

Per non disperdere le risorse la Regione scommette sulle opere strategiche e imponenti. "Chi ci ha preceduto ha speso solo una parte dei 4,5 miliardi a disposizione", ha spiegato De Luca. "I grandi progetti, in particolare, impattano per oltre un miliardo e trecento milioni sul nuovo programma. Tra questi c'è quello destinato alla metropolitana di Napoli", ha specificato. E proprio il metrò dell'arte, che attraversa il sottosuolo del capoluogo partenopeo, è in cima alla lista degli interventi messi in cantiere dalla Giunta De Luca. Le risorse europee saranno inoltre destinate ad un altro pezzo della rete metropolitana, quella dell'area Nord, che dovrà completare l'anello della linea 1, che oggi collega il centro con i quartieri periferici.

Il Por Fesr 2014-2020 della Campania sconta, dunque, il vincolo del completamento dei grandi progetti che assorbono il 33% del programma (1,356 miliardi) e la concentrazione del 45% delle risorse su 4 obiettivi: ricerca, sviluppo tecnologico e innovazione; agenda digitale; promozione della competitività delle Pmi; sostegno alla transizione verso un'economia a basse emissioni di carbonio.

La Regione con questa programmazione comunitaria intende attuare una strategia di "smart specialization"; rispondere alle sfide ambientali in materia di impatto climatico, riorganizzazione del sistema di riciclo rifiuti; gestione idrica e tutela idrogeologica; rispondere alle esigenze relative alla qualità della vita; assicurare la salvaguardia degli investimenti avviati.

Attraverso i 10 assi tematici del programma, la Campania intende inoltre realizzare alcune strategie territoriali trasversali, che riguardano lo sviluppo urbano e le aree interne. Nel primo caso l'intento è di promuovere lo sviluppo sostenibile delle città attraverso un approccio integrato e multisettoriale; nel secondo caso, lo sforzo sarà per invertire i trend demografici in atto attraverso azioni di adeguamento della quantità dei servizi di cittadinanza e progetti di sviluppo che valorizzino il patrimonio culturale e naturale di queste aree (Cilento Interno, Vallo di Diano, Terno Tammaro e Alta Irpinia), puntando

su filiere produttive locali. Uno sguardo puntuale agli assi prioritari del Por Fesr consente di mettere in luce la portata di questa programmazione e le cifre in ballo su ogni capitolo. L'asse "Ricerca e innovazione" ha una dotazione sui 7 anni di oltre 514 milioni euro e punta allo sviluppo di azioni innovative per i principali settori dell'economia regionale. L'asse "Ict e Agenda digitale" può contare su 349 milioni e punta all'azzeramento del digital divide e al rafforzamento dell'ultimo miglio con la connessione delle aree strategiche economiche e turistiche. L'asse dedicato alla "Competitività del sistema produttivo" può far conto su 352 milioni e si concentra sulla competitività delle Pmi, favorendo il consolidamento, il rilancio e la specializzazione delle imprese, puntando sui settori più promettenti e sulla riqualificazione di quelli più maturi. Con l'asse su "Energia sostenibile" e i suoi 616 milioni si perseguirà l'efficientamento energetico degli edifici ad uso pubblico residenziale e non residenziale attraverso un'opportuna riqualificazione degli stessi; l'ampliamento della produzione energetica da fonti rinnovabili; il completamento e potenziamento del sistema regionale dei trasporti sostenibili metropolitani. Per la prevenzione dei rischi naturali e antropici ci sono 369,6 milioni: si metteranno in sicurezza le aree a rischio sismico e idrogeologico e in programma c'è il completamento dei grandi progetti Sarno e Ripascimento Salerno.

Una posta consistente, di quasi un miliardo (996,6 milioni), è stata messa sull'asse riguar-

dante la tutela e la valorizzazione del patrimonio ambientale e culturale, per l'attuazione del piano rifiuti; un'azione di prevenzione dello spreco idrico; il sostegno al settore turistico e culturale della regione; il completamento dei grandi progetti ambientali. Per i trasporti ci sono 223,5 milioni e il focus sarà sull'ultimo miglio e sulla connessione delle aree interne regionali.

In ambito sociale ci sono 152 milioni per migliorare i servizi socio-sanitari, culturali e ricreativi, per aumentare la legalità e ridurre il numero di famiglie con particolari fragilità. A questo importo si aggiungono 149,5 milioni per il sistema universitario e scolastico regionali al fine di renderli maggiormente performanti. Un'azione che può contribuire a fermare l'emorragia dei giovani che lasciano la regione.

Importanti i 286 milioni destinati allo sviluppo urbano, mentre per l'assistenza tecnica all'intera progettualità del Por Fesr sono stati preventivati 103,3 milioni, con una quota significativa (circa 50 milioni) destinata a supportare gli enti territoriali per una pianificazione che regga i tempi di realizzazione dei progetti e consenta così di non dover restituire a Bruxelles neppure un centesimo di ciò che è stato stanziato a favore della Campania e dei suoi cittadini.

TOTALE DOTAZIONE FINANZIARIA

4.113.545.843 €

PRINCIPALI DIRETTRICI STRATEGICHE

IMPORTO %

INNOVAZIONE E SOSTEGNO ALLA COMPETITIVITÀ

1.216.221.088 € 30%

ASSE I - RICERCA E INNOVAZIONE

Potenziare le infrastrutture di ricerca e valorizzare il ruolo di sintesi dei Distretti ad alta tecnologia anche per garantire una valorizzazione diffusa del sistema regionale dell'innovazione e lo sviluppo di mercati emergenti. Favorire l'agglomerazione di soggetti in una logica di filiera tecnologica

514.760.960 € 13%

ASSE II - ICT E AGENDA DIGITALE

Promuovere lo sviluppo - attraverso il miglioramento della produttività delle imprese e dell'efficienza della pubblica amministrazione - e supportare l'inclusione sociale - attraverso la partecipazione diffusa ai benefici della società della conoscenza. Favorire Migliorare le capacità di utilizzo da parte di cittadini, imprese e PA delle tecnologie dell'informazione

349.083.667 € 8%

ASSE III - COMPETITIVITÀ DEL SISTEMA PRODUTTIVO

Consolidare le realtà produttive esistenti e rinnovare la base produttiva, per sviluppare il sistema produttivo garantendo la riduzione degli impatti ambientali del sistema produttivo, la valorizzazione degli asset naturali e culturali e l'incremento della competitività delle destinazioni turistiche

352.376.461 € 9%

AMBIENTE, PATRIMONIO CULTURALE E TRASPORTI

2.206.227.662 € 53%

ASSE IV - ENERGIA SOSTENIBILE

Massimizzare il risparmio energetico complessivo: riducendo i consumi negli edifici e nelle strutture pubbliche o a uso pubblico, anche residenziali; attuando una riqualificazione energetica degli impianti e delle strutture produttive, promuovendo la sostituzione degli impianti e dei macchinari con modelli più nuovi ed efficienti. Razionalizzare la crescita delle fonti diffuse di energia rinnovabile dotando le reti di distribuzione di tecnologie intelligenti (smart grids). Potenziare i servizi di mobilità sostenibile e sistemi di interscambio

616.414.844 € 15%

ASSE V - PREVENZIONE RISCHI NATURALI E ANTROPICI

Mettere in sicurezza la popolazione a rischio sismico e vulcanico e prevenire il rischio idrogeologico attraverso azioni di messa in sicurezza degli edifici e di sviluppo di sistemi di prevenzione con particolare riferimento alle aree interne e con interventi di messa in sicurezza del territorio, di contrasto all'erosione delle coste e di manutenzione straordinaria dei reticoli idraulici

369.651.395 € 9%

ASSE VI - TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO NATURALE E CULTURALE

Completare la gestione del ciclo rifiuti; migliorare il servizio idrico integrato regionale - riducendo gli sprechi e innalzando il livello di qualità dei corpi idrici, per assicurare i servizi ambientali necessari ad un contesto produttivo e di cittadinanza adeguati. Valorizzare il territorio regionale a fini turistici attraverso la protezione delle aree protette e della biodiversità, la valorizzazione del patrimonio culturale e storico regionale

996.652.788 € 24%

ASSE VII - TRASPORTI

Rafforzare il sistema dei trasporti regionali; garantire l'accessibilità di persone e merci all'intero territorio regionale; migliorare l'interconnessione dei Sistemi Territoriali Locali con quelli nazionali, interregionali e infra-regionali; migliorare il sistema portuale ed interportuale campano; realizzare sistemi alternativi di trasporto per aree sensibili

223.508.635 € 5%

WELFARE

301.719.042 € 8%

ASSE VIII - INCLUSIONE SOCIALE

Sostenere le fasce disagiate e sviluppare i servizi socio-sanitari innovativi superando la logica assistenziale e puntando a stimolare la capacità di progettazione, sensibilità e azione per i temi dell'inclusione sociale del terzo settore, rafforzando i servizi per l'infanzia e l'integrazione dei servizi socio-sanitari per gli anziani non autosufficienti anche al fine di sostenere il lavoro femminile. Incrementare gli alloggi sociali e le forme innovative di residenzialità. Riorganizzare i servizi socio-sanitari in termini di innovazione sociale e di territorialità

152.142.349 € 4%

ASSE IX - INFRASTRUTTURE PER IL SISTEMA REGIONALE DELL'ISTRUZIONE

Rafforzare l'attrattività e la funzionalità degli istituti scolastici al fine di ridurre il tasso di abbandono scolastico e facilitare l'accesso al mercato del lavoro attraverso interventi di riqualificazione degli edifici

149.576.693 € 4%

SVILUPPO URBANO SOSTENIBILE

286.030.268 € 7%

ASSE X - SVILUPPO URBANO SOSTENIBILE

Azioni di modernizzazione delle funzioni dei servizi urbani, potenziare, sostenere e attrarre l'insediamento di segmenti locali pregiati di filiere produttive globali, favorire la crescita di servizi avanzati e sviluppare le potenzialità culturali

286.030.268 € 7%

ASSISTENZA TECNICA

103.347.783 € 2%

ASSE XI - ASSISTENZA TECNICA

Sostegno e supporto alle strutture di presidio della programmazione

103.347.783 € 2%

CITTÀ E TERRITORI

Lo sviluppo urbano integrato al centro dell'azione

L'impostazione della strategia segna il passaggio dalla riqualificazione alla crescita e punta su azioni integrate e valorizzazione delle risorse locali

Lo sviluppo urbano integrato quale leva per lo sviluppo dell'intera regione: è la strategia su cui ha deciso di puntare la Campania nella programmazione del Por Fesr 2014-2020, un programma che poggia sul ruolo di Napoli, delle città medie (superiori a 50mila abitanti) e dei Comuni minori riferimento e baricentro delle aree circostanti. Su questa impalcatura confluiscono 991 milioni della programmazione comunitaria, attraverso gli interventi di vari assi.

Lo sviluppo urbano per il Comune di Napoli sarà perseguito prevalentemente attraverso il completamento dei grandi progetti (sito Unesco Mostra d'Oltremare, Linea 1 e Metro Nord Est, Porto di Napoli), la cui realizzazione insiste sulla città e risponde a un disegno complessivo teso ad affrontare le problematiche strutturali (trasporti sostenibili, riqualificazione ambientale delle aree dismesse e potenziamento del ruolo attrattivo del capoluogo) attraverso la massima concentrazione degli investimenti. Questa scelta si raccorda con le azioni di carattere integrato a valenza prevalentemente sociale che vedono il Comune di Napoli svolgere il ruolo di Organismo intermedio nell'attuazione del Pon Metro approvato. Procedure negoziali attiveranno strategie di sviluppo urbano integrato per le 19 città medie finanziate dall'asse 10 del Por Fesr. Queste città potranno godere della massima autonomia attraverso il ruolo di Organismo intermedio.

La terza linea di intervento è attuata attraverso l'individuazione di una riserva finanziaria su più assi del Por e riguarderà Comuni minori, con popolazione cioè inferiore a 50mila abitanti. Potranno accedere alla riserva finanziaria i Comuni che proporranno una strategia di sviluppo integrata e intersettoriale e che raggiungono - in forma singola o associata - una dimensione demografica minima di 30mila abitanti. L'impostazione della strategia urbana segna il passaggio dalla riqualificazione allo sviluppo urbano e punta su azioni integrate di sviluppo sostenibile che privilegino la realizzazione di interventi di carattere sociale ed economico (aiuti alle imprese, piuttosto che promozione di servizi in particolare a carattere sociale), lasciando aperta la possibilità di attivare interventi di tipo infrastrutturale in relazione soprattutto al tema del recupero di edifici in disuso e alla riqualificazione delle aree degradate.

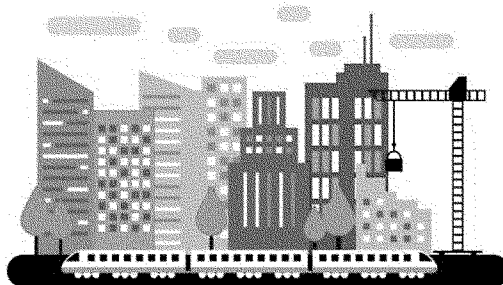
Saranno possibili interventi di recupero funzionale e riuso di vecchi immobili, riqualificazione e riconversione di strutture dedicate all'assistenza territoriale, riattrezzatura di spazi esistenti per il potenziamento di infrastrutture per la conciliazione e a destinazione socio-culturali, il recupero di beni e di siti per la loro piena fruizione e la loro valorizzazione, illuminazione pubblica, in ogni caso interventi non in grado di rispondere ai grandi nodi dello sviluppo urbano delle città medie: trasporto pubblico locale, riqualificazione del tessuto edilizio pubblico, recupero e riconversione delle grandi aree dismesse. La strategia complessiva di sviluppo urbano del territorio campano comprende anche le aree interne, caratterizzate da piccoli e piccolissimi comuni.

Qui l'intendimento è di agire su tutela del territorio e comunità locali; valorizzazione delle risorse naturali, culturali e del turismo sostenibile, sistemi agroalimentari, risparmio energetico e filiere locali. L'area pilota individuata è l'alta Irpinia che ha già avviato la costruzione della sua strategia, ma si parte anche con l'attuazione di altri 3 lti, Investimenti integrati territoriali, e si prevede inoltre l'avvio di una successiva fase di selezione di ulteriori aree-progetto.

Metropolitana,
il completamento del metrò dell'arte, che attraversa il sottosuolo del capoluogo partenopeo, è in cima alla lista degli interventi messi in cantiere dalla Giunta De Luca

Valore della strategia di sviluppo urbano

PORTO DI NAPOLI	148.410.000 €
METROPOLITANA LINEA 1	98.000.000 €
CENTRO STORICO DI NAPOLI - UNESCO	87.133.000 €
MOSTRA D'OLTREMARE	44.890.000 €
METRO NORD EST	171.800.000 €
SVILUPPO URBANO SOSTENIBILE	280.000.000 €
RISERVA COMUNI	164.000.000 €
TOTALE	990.242.000 €



A cura di System 24

6.048 Km

Di rete cablata con fibra ottica utilizzando tecniche di scavo a basso impatto ambientale

Oltre 514 milioni di euro

Per potenziare le infrastrutture di ricerca e favorire l'innovazione

223,5 milioni di euro

Lo stanziamento previsto per l'asse trasporti, compresa la connessione delle aree interne



POR CAMPANIA FESR
Unità per l'attuazione del Piano di Comunicazione

Strategie per una crescita sostenibile al servizio delle imprese e dei cittadini

Valorizzazione delle competenze e dei centri di eccellenza nei settori tecnologici avanzati e riqualificazione delle produzioni tradizionali

Sostegno alle imprese per garantire l'innovazione e la competitività. È l'obiettivo ultimo del Por Fesr 2014-2020 laddove concentra gli investimenti in ricerca, sviluppo e innovazione (514 milioni e 760mila euro) dando priorità alle tecnologie che rispondono alle sfide sociali e che sono state individuate sulla base del livello di specializzazione territoriale, del potenziale di sviluppo industriale e di mercato, del livello di competitività sul mercato internazionale, della capacità di ridurre l'impatto ambientale nei processi produttivi.

Con la "Ris3 Campania", la Research and Innovation Strategies for Smart Specialisation per la Regione Campania, la Regione intende definire la strategia per uno sviluppo sostenibile ed inclusivo del contesto regionale campano fondato sull'integrazione del sistema dell'innovazione con quello produttivo-economico e socio-istituzionale. Questa strategia è basata sulla scelta di priorità di policy concrete legate al potenziamento/ sviluppo di domini produttivo-tecnologici particolarmente promettenti e candidati a rappresentare le aree di specializzazione in cui concentrare le risorse disponibili nel 2014-2020 nell'ottica di sostenere percorsi di crescita intelligente.

La Ris3 Campania sarà la guida nella specificazione delle azioni da implementare per il raggiungimento di obiettivi specifici capaci di legare la ricerca e l'innovazione allo sviluppo economico e sociale, secondo nuove modalità operative.

La strategia per la competitività e l'innovazione della Regione Campania prevede di focalizzare degli interventi nei settori tecnologico-produttivi prioritari: aerospazio; trasporti di superficie-logistica; biotecnologie-salute dell'uomo; agroalimentare; energia-ambiente; beni culturali- turismo-edilizia sostenibile; materiali avanzati-nanotecnologie.

Si tratterà, inoltre, di sostenere l'intera catena dell'innovazione come presupposto per lo sviluppo di fattori critici di successo: valorizzazione delle competenze e infrastrutture di eccellenza per la ricerca, lo sviluppo e l'innovazione; diffusione dell'innovazione tra i soggetti - in primis Pmi - e nei processi produttivi e sociali; aggancio a reti internazionali; entrata in mercati emergenti e riqualificazione innovativa delle produzioni tradizionali; sviluppo dell'e-gov e dei servizi Ict a cittadini ed imprese. Si intende inoltre attivare azioni integrate volte a massimizzare i benefici economici e sociali derivanti dall'utilizzo delle tecnologie informatiche, promuovere la internet economy, sviluppare progetti ed iniziative di innovazione e digitalizzazione in stretto rac-

cordo con l'Agenda digitale italiana ed europea. Non da ultimo, è strategico sostenere la nascita di nuove imprese, garantendo il rispetto dell'ambiente e dell'efficienza energetica, la valorizzazione degli asset naturali e culturali e il potenziamento della competitività delle destinazioni turistiche.

In questa visione complessiva per l'innovazione del tessuto produttivo campano, un ruolo determinante, anzi dirimente, lo gioca il grande progetto della banda ultralarga. Si è infatti concluso il lavoro per la realizzazione della rete in fibra ottica di nuova generazione che consente la connettività ultrabroadband, per incoraggiare la domanda nelle aree intermedie e ora e per i prossimi anni la Regione, in adesione al programma quadro

europeo per la ricerca e l'innovazione Horizon 2020, si impegna nell'attuazione di ulteriori interventi che garantiranno la fornitura dei servizi a banda ultra larga per tutto il territorio.

Oggi tutte le sedi della pubblica amministrazione, così come i presidi sanitari pubblici ed i plessi scolastici presenti nei 155 Comuni oggetto dell'intervento, (36 in più rispetto ai 119 previsti dal piano originario), sono collegati alla rete fino a 100 Mb/s. I requisiti minimi di copertura delle unità immobiliari, invece, vanno da 30 Mb/s a 100 Mb/s. Sono complessivamente raggiunte dalla banda ultra larga 1.147 mila unità immobiliari; 1.400 sedi di pubbliche amministrazioni, 275 tra ospedali e sedi sanitarie; 2 milioni e 800 mila città-

dini. Complessivamente sono stati realizzati 6.048 chilometri di rete in fibra ottica, utilizzando tecniche di scavo poco invasive e a basso impatto ambientale. La Campania è la prima Regione ad avviare il bando del Piano strategico nazionale per la banda ultralarga, con un investimento complessivo di circa 175 milioni di cui 118 milioni di finanziamento pubblico e 57 milioni a carico di Telecom Italia, intervenendo, grazie al lavoro congiunto del ministero dello Sviluppo Economico, in aree nelle quali il mercato, da solo, non ha dimostrato alcun interesse a investire autonomamente.



Un sistema capace di apprendere e innovare

“Ris3 Campania” è il faro per la programmazione degli interventi

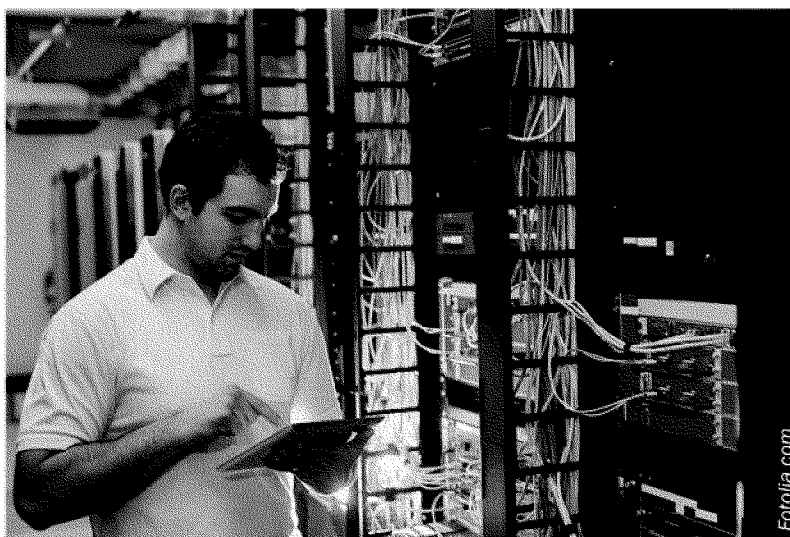
“Ris3 Campania”, Research and Innovation Strategies for smart specialisation per la Regione Campania, è un documento che intende rappresentare il processo di formalizzazione della strategia di sviluppo sostenibile ed inclusivo del sistema regionale campano fondata sull'integrazione del sistema dell'innovazione con quello produttivo-economico e socio-istituzionale. Questa strategia è basata sulla scelta di priorità di policy concrete legate al potenziamento/ sviluppo di domini produttivi-tecnologici particolarmente promettenti rispetto cui concentrare le risorse disponibili per dare seguito e rafforzare un percorso di crescita intelligente.

Il Documento è un prerequisito e allo stesso tempo un faro per la programmazione dei fondi Fesr e Fesr 2014-2020. La Ris3 Campania, dunque, rappresenta la guida nella specificazione delle azioni da implementare per il raggiungimento di specifici obiettivi che vogliono realizzare vantaggi competitivi sostenibili per il territorio capaci di legare la ricerca e l'innovazione allo sviluppo

economico e sociale, secondo nuove modalità operative applicate sin dal momento di formulazione della stessa Ris3 Campania.

Tra questi vantaggi, si possono citare l'inclusione diffusa degli attori locali dell'innovazione, più o meno qualificati, nella definizione e validazione della strategia nell'ambito del complessivo sistema regionale dell'innovazione e nella co-specificazione degli strumenti più adeguati per sostenere tale trasformazione; l'attivazione di processi di scoperta imprenditoriale e lo sviluppo di contesti per l'open innovation; la selezione di priorità (in termini di obiettivi strategici) rispetto a limitati e ben caratterizzati ambiti di intervento (i settori produttivi strategici/le emergenze sociali e le traiettorie tecnologiche perseguibili per il relativo sviluppo/gestione) da valorizzare in modo differenziato per strumenti da impiegare e risorse da allocare; l'adozione di una prospettiva sovra-regionale (le catene di valore internazionali) per la valutazione dei vantaggi competitivi da perseguire e di meccanismi di controllo e retroazione.

La Ris3 Campania offre, in sostanza, una roadmap per intraprendere traiettorie condivise di cambiamento verso un modello di sviluppo più aperto, imprenditoriale, ma al tempo stesso specializzato: al fine di assicurare alla Ris3 Campania l'idoneità a supportare la ricerca e l'innovazione in modo mirato, empiricamente fondato e finalizzato alla trasformazione economica integrata e basata sul territorio (place based), nella relativa elaborazione sono state assunte le indicazioni della Guida per l'elaborazione della Ris3 nonché i suggerimenti pervenuti nell'ambito del Pon Gat del Qsn 2007-2013. Partendo dalla valorizzazione delle esperienze della precedente programmazione, la Ris3 Campania definisce un percorso teso a sancire il definitivo passaggio del sistema dell'innovazione regionale da sistema in grado di offrire input per l'innovazione a un sistema capace di apprendere e innovare.





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La sanità

Sanità, De Luca lancia la sfida «Campania come la Lombardia»

Il governatore inaugura il pronto soccorso al Ruggi: taglieremo i rami secchi

Sabino Russo

Salerno-Milano solo andata. È la distanza che ancora separa la qualità di servizi e assistenza tra il Nord e la Campania e che il governatore Vincenzo De Luca, in visita al Ruggi per inaugurare l'ampliamento del pronto soccorso, ha promesso di accorciare nel giro di qualche anno, attraverso l'avvio di un processo di rivoluzione che interesserà tutta la sanità regionale, a partire da una ridefinizione territoriale dei servizi ospedalieri e delle aziende sanitarie, dal recupero di parte dei fondi provenienti dalla mobilità passiva a da alcuni emendamenti alla legge di stabilità, da riversare per la riorganizzazione del sistema e per nuove assunzioni di medici e infermieri, oltre a una nuova collaborazione delle università nella rete dell'emergenza-urgenza.

La missione è completare il piano di rientro entro la fine del 2016, e domani De Luca, come da lui stesso annunciato, impegnerà sull'obiettivo il neo commissario alla sanità Joseph Polimeni, nel giorno del suo insediamento. Dopodiché l'altro obiettivo dichiarato sarà chiudere il terzo anno di bilancio in attivo, per poter così chiedere l'uscita dalla fase commissariale. Ma non solo dati di bilancio, tanti saranno i fronti sui cui lavorare e per i quali bisognerà bruciare le tappe e rimboccarsi le maniche. Si partirà subito, già a gennaio, quando saranno convocati gli stati generali di tutto il comparto. Una giornata di lavori con la comunità medico-scientifica, per condividere percorsi comuni di intervento sulle criticità. «Credo che ci siano tutti i presupposti per far sì che nel giro di qualche anno si possano raggiungere i livelli eccezionali di assistenza della Lombardia, nonostante le condizioni generali siano complicate, visto il taglio di 50 milioni ricevuto - ha tuonato De Luca - Siamo ancora l'ultima regione per i livelli essenziali di assistenza e la prima per la mobilità passiva, per circa 300 milioni di euro, che recuperati potrebbero essere ri-

versati nell'organizzazione della sanità campana, con le liste d'attesa più lunghe e che presenta ancora condizioni di inciviltà con le strutture convenzionate, che lavorano per un anno senza contratto con le Asl, con tetti di spesa raggiunti 4 mesi prima della fine dell'anno. Con la chiusura dell'Ar-san diciamo che è finita l'epoca dei padroni, padri e notabili».

Il caso
Affondo
sulla facoltà
di medicina
«Trovare
giusto
equilibrio
con i reparti»

Cifre alla mano, si procederà alla ridefinizione di «una medicina territoriale seria, organizzata. Per fare ciò sarà decisivo il lavoro congiunto con Asl e medici di base, liberando il pronto soccorso e indirizzando i pazienti verso gli ambulatori - ha continuato il governatore - Si metterà mano, nel contempo, anche alle reti d'emergenza, tenendo conto che il personale e le risorse sono poche. Una mano, però, potrebbe giungere da alcuni emendamenti alla legge di stabilità, che potrebbero aiutare a superare il problema della mobilità attiva e assumere tremila medici». Si dovrà affrontare, inoltre, il problema della rete degli ospedali, che mostrano indici disastrosi per le funzioni e la qualità dei servizi.

«Nessuno si aspetti nei prossimi anni cedimenti demagogici o clientelari - ha tuonato De Luca - Le strutture che non reggono sulla base di criteri oggettivi saranno superate. Non regge un reparto di ostetricia con cento parti all'anno. Qui al Ruggi dobbiamo recuperare 19 milioni di euro per la legge che finanzia l'edilizia sanitaria, oltre a 129 milioni da contrattare per un intervento strutturale più importante. Nei prossimi mesi, inoltre, faremo scelte definitive per i direttori generali.

Un'ultima cosa da organizzare è il rapporto con le università. Non possiamo avere il pronto soccorso ingolfati e le strutture accademiche che vivono di vita separata». E proprio la qualità dell'intervento fatto al pronto soccorso appena inaugurato al Ruggi sarà il metro di giudizio da cui De Luca intende partire per l'assistenza e i servizi

che ha in mente. «Molti cittadini campani quando si recano al San Raffaele di Milano la prima cosa che riportano e che li sembra di stare in Svizzera - ha concluso - Beh, entrando in questo reparto sembra di essere in Svizzera. Credo che dobbiamo abituarci a dire che siamo in Italia e che siamo in Campania. Possiamo farcela».

E ha aggiunto: «Un intervento come questo chi impedisce a noi di farlo da altre parti. Quello che ci manca è il rigore nell'organizzazione e la valorizzazione del lavoro dei professionisti. Reggiamo solo perché abbiamo centinaia di medici e infermieri si sostituiscono dove ci sono dei vuoti. Credo che con 10 miliardi e 100 milioni di euro, quant'è la nostra dotazione, possiamo offrire una sanità d'eccellenza. Nel giro di tre anni possiamo arrivare alla qualità del San Raffaele. Sono sicuro che ce la faremo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Consulente
Uomo forte del governatore De Luca per i problemi della sanità
Coscioni garantisce con il turnover il rinforzo degli organici del Ruggi a partire dai primi mesi dell'anno prossimo



Specializzazione Nel piano Polimeni l'ospedale Da Procida potrebbe assumere funzioni specialistiche

Il retroscena

Poli specialistici e accorpamenti Polimeni apre il dossier ospedali

Rivoluzione da Battipaglia al Cilento. Da Procida in bilico

Simona Paolillo

Con l'avvento del nuovo commissario governativo per la sanità Joseph Polimeni tutti sono pronti a tracciare pronostici su quella che sarà la sua svolta nel settore sanitario. Quel che è certo, conoscendo il suo curriculum, è che applicherà alla lettera le disposizioni normative senza tener più conto delle questioni legate ai campanili locali. Il commissario porterà un nuovo approccio, legato alla riorganizzazione delle strutture ospedaliere e della rete dell'emergenza.

Cosa sottolineata in più occasioni anche dallo stesso governatore Vincenzo De Luca. Questo significherebbe anche far fronte a qualche sacrificio per quanti dovranno adeguarsi a non avere più un ospedale sotto casa. In Toscana hanno chiuso le vecchie strutture ospedaliere ad alto rischio clinico per ricostruire ospedali a tre

piani comunicanti tra loro e suddivisi per alta e bassa intensità di cura. Nella terra di Lorenzo dei Medici, da dove proviene il neo commissario regionale, hanno applicato già dappertutto il decreto dell'ex ministro della salute, Renato Balduzzi e si è proceduto quindi con gli accorpamenti di più reparti in area medica, chirurgica e terapia intensiva e servizi.

Qui i manager ospedalieri e sanitari hanno ricollocato il personale, senza lotte intestine con i sindacati. Nel pieno confronto. Gli ospedali sono stati riorganizzati a seconda della loro funzionalità per garantire i livelli essenziali di assistenza. La funzionalità degli ospedali è stata misurata in termini di alta o bassa intensità di cura. Ciò significa ricollocare ridefinire tutti i reparti e rimapparli in un'area chirurgica, un'area medica ed un'area materno/infantile, terapia intensiva e servizi. A livello provincia-

le, sulla base di tali premesse, si può disegnare la nuova organizzazione ospedaliera in grandi poli specialistici ed una rete dell'emergenza più efficiente. L'area geografica che probabilmente subirà maggiori cambiamenti è quella a sud della provincia sino ad arrivare all'ospedale di Battipaglia.

Tra gli ospedali di Sapri e di Vallo della Lucania sarà necessario decidere quale trasformare perché in base al numero di abitanti in cui insistono, non potranno rimanere così come sono. Considerando la situazione attuale, l'ospedale civile del Bussento potrebbe diventare un semplice polo medico mentre sul nosocomio di Vallo della Lucania si concentrerebbe il polo materno infantile e chirurgico. Siccome sono serviti, da questi ospedali, solo 100mila abitanti, vista la normativa e i dettami sui bacini di utenza e i tempi di percorrenza, si per-

dono le alte specialità. Stesso motivo per cui l'ospedale di Polla dovrebbe diventare un ospedale di base e perdere quindi una specialità come oculistica che finora è stata un fiore all'occhiello. Nella Valle del Sele, si potrebbe dar il via a quel progetto dell'Ospedale Unico oppure concentrare le chirurgie e le alte specialità chirurgiche nell'ospedale San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra per i suoi requisiti strutturali e funzionali e poi concentrare sull'ospedale Santa Maria della Speranza di Battipaglia tutte le attività riguardanti l'area materno/infantile e pediatrica. Mentre ad Eboli l'ospedale potrebbe assumere caratteristiche solo riabilitative conservando solo l'unità di coronarica e le specialità mediche.

Il commissario Polimeni ha sempre agito per annullare il rischio clinico negli ospedali. Per tale motivo l'ospedale di Cava de' Tirreni dovrebbe continuare ad essere a rischio chiusura. Stessa cosa per i nosocomi di Pagani, Scafati e Mercato San Severino. Invece per gli ospedali di Sarno e Nocera Inferiore, per le loro caratteristiche e per i loro bacini di utenza non ci dovrebbero

essere grossi cambiamenti. A Salerno resta in bilico il destino del Da Procida che potrebbe continuare a rafforzare la sua vocazione di ospedalizzazione, non di più. A tutto ciò si dovrà aggiungere un'inevitabile

Il nodo

La gestione dei turni del personale tra nuovi vincoli Ue e sblocco del turnover

intervento sulla rete territoriale, ambulatori e presidi. Le prime parole di Polimeni, dopo l'accettazione dell'incarico, sono state «buon senso». Al buon senso si appellano anche i sindacati che ben consapevoli della riorganizzazioni delle risorse umane di azienda sanitaria ed ospedaliera continuano ad invocare l'assunzione di nuovo personale. Sanare la sanità vuol dire migliorare il diritto della salute ai cittadini ma anche i diritti dei lavoratori che finora si sono prestati a turni massacranti e a svolgere molteplici mansioni. Fatta eccezione per gli imboscati che probabilmente saranno stanati da questa nuova dirigenza toscana con radici cilentane.

SALERNO, IL GOVERNATORE DOMANI INCONTRERÀ IL COMMISSARIO POLIMENI: «PERSONA DI QUALITÀ, DOBBIAMO CHIUDERE IL PIANO DI RIENTRO ENTRO IL PROSSIMO ANNO»

De Luca: «Possiamo chiedere la fine del commissariamento nella sanità»

SALERNO. «Abbiamo già due anni alle spalle di bilancio in attivo, al terzo bilancio in attivo credo che siamo titolati per chiedere il superamento del commissariamento della sanità». A dirlo il governatore della Campania, Vincenzo De Luca, a margine della inaugurazione del nuovo pronto soccorso dell'azienda ospedaliera San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno.

LA NOMINA DEL NUOVO COMMISSARIO.

Sulla nomina del nuovo commissario della sanità campana, Joseph Polimeni, il governatore ha annunciato che lo incontrerà domani. «Ci vedremo per definire il piano di lavoro - dichiara De Luca - i miei tempi sono i miei tempi, la prima cosa che gli spiegherò è questa. Abbiamo perso alcuni mesi per avere la nomina del commissario, bene così perché credo che abbiamo una persona di grande qualità che era quello che avevo chiesto. Dopodiché bisogna bruciare i tempi, il mio obiettivo è concludere il piano di rientro entro il 2016. Saremo rigorosissimi innanzitutto sui tempi - aggiunge -. Parliamoci chiaro, la tendenza potrà anche essere quella di prolungare il tempo del commissariamento, e qui dobbiamo capirci. Siamo qui non per prolungare gli incarichi ma per chiuderli quanto prima possibile».

L'INAUGURAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO DEL «RUGGI».

De Luca partecipa



Il governatore della Campania, Vincenzo De Luca

all'inaugurazione del nuovo pronto soccorso di oltre 2 mila metri quadri dell'ospedale Ruggi di Salerno. «Credo che questo pronto soccorso - ha detto De Luca - sia l'immagine della sanità che dobbiamo costruire per il futuro, una immagine della sanità della Campania all'altezza del San Raffaele di Milano, ce la possiamo fare. Stiamo lavorando in queste ore per avere una modifica alla legge finanziaria per poter assumere 3mila medici in Campania, e poi dovremo affrontare i problemi strutturali, perché siamo l'ultima regione d'Italia per i livelli essenziali di assistenza e siamo gli ultimi per la mobilità passiva, tant'è che la Campania regala alle regioni del nord quasi 300milioni di euro l'anno per cure o indagini radiologiche che possono essere fatte tranquillamente qui, abbiamo inoltre le liste di attesa più lunghe e fa ancora più rabbia sape-

re che poi abbiamo delle eccellenze mediche non che non vengono valorizzate».

LA REPLICA A FORZA ITALIA.

Riguardo l'annuncio della presentazione di una mozione di sfiducia da parte di Forza Italia, De Luca replica sarcastico: «Sono commosso

per la mozione di Forza Italia che deve chiedere scusa alla Campania due volte. La prima volta perché il riparto dei fondi della sanità nazionale avviene sulla base di un criterio che è quello della popolazione più giovane adottato da Calderoli e Berlusconi, quindi chiedano scusa perché hanno derubato la Campania di 150 milioni di euro l'anno. La seconda volta devono chiedere scu-

sa - aggiunge - perché noi abbiamo quest'anno un'altra penalizzazione di 50 milioni, era in verità di 185 milioni ma li abbiamo ridotti a 50, perché il riparto di quest'anno bisognava deciderlo

entro il 30 aprile del 2015 e il 30 aprile del 2015 i signori che governavano facevano i turisti». E non manca una replica al vicepresidente della Camera, Luigi

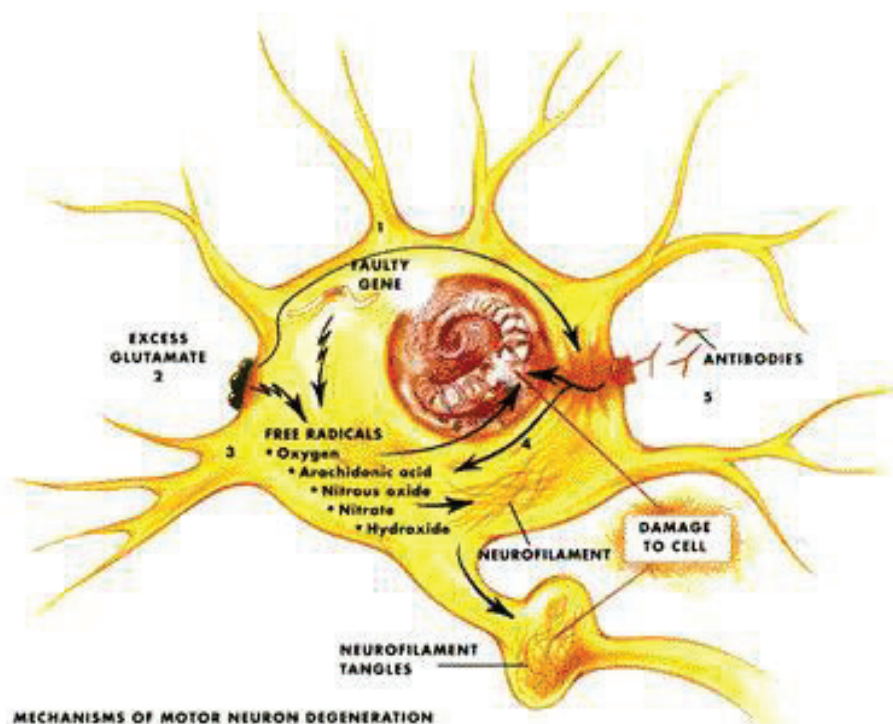
«La mozione di sfiducia di Forza Italia? Sono loro a doversi scusare con i campani»

Di Maio: «Proprio mentre noi approvavamo in Consiglio regionale le decisioni per ripulire la Regione e i Cinquestelle votavano a favore del notabilato, incredibilmente l'onorevole Luigi Di Maio rilasciava a *Porta a Porta* dichiarazioni sgangherate e immotivate sulla sanità. Lo sfido a un dibattito pubblico sulla trasparenza e la correttezza amministrativa».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



13 DICEMBRE 2015

Studio americano getta luce su come fa il tumore a metastatizzare

Le cellule tumorali sono in grado di manipolare i fibroblasti a loro favore, inducendoli a tracciare delle 'corsie preferenziali' nella matrice extracellulare, all'interno delle quali le cellule maligne si spostano rapidamente per andare a metastatizzare. Ipotizzato anche un possibile bersaglio terapeutico che per la prima volta riguarda la matrice e non il tumore stesso

Smascherati da un gruppo di ricerca americano gli 'aiutanti' dei quali le cellule tumorali si servono per realizzare una via di fuga attraverso la matrice extracellulare. Questo consente loro di staccarsi dal tumore primitivo, spostarsi rapidamente da un punto all'altro e dare metastasi.

La scoperta, fatta dai ricercatori della Vanderbilt University è stata presentata al congresso dell'*American Society for Cell Biology*, in corso in questi giorni a San Diego.

Le cellule tumorali per spostarsi hanno dunque bisogno dell'aiuto di altre cellule non tumorali, che sono state individuate dai ricercatori americani nei fibroblasti, cellule deputate alla produzione e all'organizzazione della matrice extracellulare, la 'trama' alla quale stanno aggrappate le cellule.

Sono sempre più evidenti le prove che i fibroblasti che si trovano nelle immediate vicinanze del tumore (CAF, cancer associated fibroblast), 'aiutano' le cellule maligne a metastatizzare. A dare una svolta a questo filone di ricerche ha provveduto il gruppo di Begum Erdogan della Vanderbilt University. In particolare sembra che i CAF aprano un vero e proprio varco all'interno della matrice cellulare per consentire alle cellule tumorali di migrare altrove.

I fibroblasti 'aiutanti' del tumore costruiscono questa 'autostrada' metastasi, ordinando in file parallele le fibre di fibronectina, una delle più importanti proteine della matrice extracellulare, prodotta proprio dai fibroblasti corrotti. Normalmente invece le fibre prodotte dai fibroblasti normali (NAF) si dispongono a 'rete' per realizzare quella solida impalcatura che sostiene le cellule nella matrice extracellulare.

I ricercatori della Vandebilt hanno prelevato cellule da carcinoma della prostata e da tumori della testa-collo e le hanno messe su due piastre, una contenente matrice extracellulare prodotta dai CAF, l'altra dai fibroblasti normali. Le cellule tumorali adagiate sulla matrice patologica, non hanno avuto difficoltà a migrare in una stessa direzione. Questo è possibile perché i fibroblasti asserviti al tumore riarrangiano la disposizione della matrice extracellulare a formare una sorta di canale, grazie al fatto di riuscire ad 'afferrare' con più forza le fibre di fibronectina. Con una tecnica particolare, la microscopia a forza di trazione, i ricercatori americani sono stati addirittura in grado di misurare la differenza di 'presa' tra i fibroblasti normali e i CAF. A rendere più forti questi fibroblasti 'palestrati' dal tumore è il fatto che la loro proteina motrice, la miosina II, è in grado di esercitare una forza di trazione maggiore, agganciandosi alle fibre di fibronectina con degli 'uncini' detti integrine. I CAF, rispetto ai fibroblasti normali, oltre a possedere più ganci di integrina, hanno anche un altro asso nella manica, una GTPasi attivata, detta Rac, che è fondamentale per il movimento della cellula.

Ma i ricercatori americani sono andati oltre, individuando un possibile *target* terapeutico per contrastare l'azione pro- metastasi dei CAF. L'inibizione farmacologica dell'attività della miosina II deprime infatti le cellule CAF dei loro 'super-poteri' di trazione e la matrice extracellulare è libera di ritornare al suo disordine abituale.

Si tratta di risultati molto importanti che risolvono il dilemma di lunga durata su come faccia il tumore a dare le metastasi e puntano per la prima volta la luce dei riflettori sulla matrice come possibile bersaglio terapeutico per interrompere le vie del tumore. Da questo studio, che inaugura una nuova era, si attendono interessanti sviluppi sul versante della terapia.

La 'corsa' delle cellule tumorali, all'interno di questi cunicoli di fibronectina è stata ripresa dai ricercatori della Vandebilt in un [video](#) ripreso in time-lapse in microscopia confocale (Credit: Begum Erdogan & Donna Webb, Vanderbilt University).

Maria Rita Montebelli