



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Nonostante i solleciti a Renzi e Lorenzin, i commissari non hanno reso noto il piano ospedaliero

## Sanità, i sindacati: Campania caso nazionale

**NAPOLI (clama)** - Ancora commissariata, ancora sottoposta a piano di rientro, ancora penalizzata, Quello della sanità campana sta diventando un caso di portata nazionale. Nessun dialogo tra le parti sociali e coloro che rappresentano il Governo e dovrebbero prendere decisioni capaci rimettere sulla buona strada la sanità.

*"Il condizionale è d'obbligo perché, a dispetto di un fiume di annunci, nulla accade"*: lo sottolineano in una nota i sindacati della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria che hanno sollevato il caso inviando una lettera al presidente del Consiglio dei ministri e al ministro della Salute.

*"Siamo in attesa ormai da mesi di conoscere quali determinazioni sin intendono assumere in merito al Piano ospedaliero regionale - spiegano le organiz-*

*zazioni sindacali - La sorpresa di aver capito che la struttura commissariale ritiene secondario un confronto con le parti sociali ha lasciato ben presto spazio allo sgomento per i continui dietrofront su temi quali riconversioni e chiusure di strutture ormai inadeguate e non più sicure"*.

Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria della Campania - si legge nella lettera inviata a **Matteo Renzi** e **Beatrice Lorenzin** - tentano da mesi, senza successo, di stabilire con il commissario straordinario per il Piano di rientro **Joseph Polimeni** e il sub-commissario **Claudio D'Amario** una interlocuzione per il riconoscimento di forze sociali. *"Ad oggi - conclude la missiva - le organizzazioni sindacali rappresentanti di categorie professionali che sono il motore della*

*sanità pubblica sono tenute all'oscuro dei contenuti del piano ospedaliero, e denunciano l'assenza di una proposta complessiva di piano sanitario che illustri la metodologia scientifica e i cronogrammi idonei a*

*realizzare la condivisa deospedalizzazione di alcune attività assistenziali in sincronia e sintonia con la coerente riorganizzazione del territorio"*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In basso i commissari alla Sanità Polimeni e D'Amario



# Al via il risiko degli ospedali

di **Angelo Agrippa**

**NAPOLI** Tutto pronto per il nuovo Piano ospedaliero della Campania che è stato già inviato a Roma per l'esame definitivo da parte dei ministeri. Una programmazione che modifica molto poco rispetto al passato. Non si chiudono ospedali, ma si procederà al ridimensionamento di alcune strutture giudicate come replicatori di servizi e ad una generale riorganizzazione. «Ridurre — scrive il vertice commissariale — questi estremi di offerta in eccesso o in difetto, anche attraverso una compensazione geografica tra aree confinanti, tenendo conto anche di particolari tematiche epidemiologiche e di fenomeni di mobilità passiva che si tende a contrastare». In particolare «un notevole incremento si realizza nella programmazione dei posti letto post-acuti, che di fatto devono essere per la maggior parte implementati ex novo». Per il territorio della Asl Na 1, l'Ospedale del Mare diventerà successivamente «Azienda ospedaliera di riferimento nazionale». Al momento, il «piano prevede un trasferimento parziale del Loreto Mare nell'Ospedale del Mare. Ma il Loreto Mare mantiene, anche dopo l'attivazione dell'Ospedale del Mare, la funzione di Pronto soccorso. È previsto il mantenimento di Ostetricia e Ginecologia, con Pronto soccorso ostetri-

---

---

---

**Centro storico**  
I presidi San Gennaro, Incurabili e Annunziata saranno trasformati profondamente

co e pediatrico, considerata anche la recente chiusura dei punti nascita dei presidi San Gennaro, Incurabili e Annunziata». Ma sono soprattutto le funzioni legate all'emergenza ad esigere il pieno coinvolgimento delle Aziende universitarie e di quella dei Colli: «La loro allocazione nella stessa area geografica del Dea di II° livello Cardarelli suggerisce di inserirle, benché prive di Pronto soccorso, nella rete dell'emergenza, in particolare con ruoli di hub nelle principali reti di specialità, in particolare per patologie tempo dipendenti, operanti, comunque, H24». Per l'Ascalesi si prefigura la riqualificazione «quale presidio intermedio ospedale-territorio a forte vocazione oncologica», in raccordo funzionale con l'Ircss Pascale. Il San Gennaro diviene struttura ad indirizzo riabilitativo. Gli Incurabili dedicato all'accoglienza e monitoraggio «per le gravidanze fisiologiche assieme ad un potenziamento della funzione consultoriale ("Punto Mamma")». Il Capilupi di Capri è salvo come «struttura in deroga». Ad integrazione della rete di emergenza si confermano i Pronto soccorso nell'Ospedale Fatebenefratelli e di Villa Betania, che fungono anche da spoke nella rete cardiologica. Le attività di degenza attualmente svolte nel presidio

---

**Hub, spoke**

È un modello che prevede l'esistenza di centri principali (hub, mozzo) e di centri periferici (spoke, raggio). Con assistenza di maggiore complessità concentrata in "centri di riferimento/ecellenza" (hub) e di organizzazione e invio a questi "hub" da parte dei centri periferici dei malati che superano la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico

dell'Annunziata vengono trasferite al Santobono-Pausilipon dove sono previste attività aggiuntive, quali un modulo di riabilitazione pediatrica con individuazione di posti letto di alta specialità riabilitativa pediatrica, di posti letto per la degenza di neuro-psichiatria infantile e di posti letto tecnici collegati al ruolo di hub nella rete della terapia del dolore. Il Rizzoli di Ischia viene configurato come Pronto soccorso in deroga rispetto al bacino di utenza. Mentre l'ospedale di Procida viene rimodulato con la presenza di un punto di Primo intervento, attività di chirurgia elettiva in regime ambulatoriale ed un Ospedale di comunità con assistenza infermieristica, gestito dai medici di Medicina generale. «Nella gestione delle donne in gravidanza andranno definite procedure di presa in carico e di trasferimento sia in caso di emergenza che nelle attività programmate». A regime la Asl Na2 Nord riceve un incremento di 215 posti letto.

Nell'area della Asl Na3 si rileva una pesante carenza di edilizia

SANITA'

Agropoli sarà potenziato, in deroga, mentre Castiglione di Ravello avrà venti posti letto quale zona disagiata

# Ecco il Piano ospedaliero regionale

Per Salerno previsto un leggero incremento di posti letto. Cava non riavrà il punto nascita, a Scafati ritorna l'emergenza

CoRo

Licenziata la bozza del Piano ospedaliero regionale. Salerno registra molte novità. Nella provincia sono previsti 3.722 posti letto pari a 3,37 posti letto per mille abitanti, in leggero incremento rispetto a quelli esistenti che sono, come da flussi informativi, pari a 3.665. Andiamo nel particolare e cominciamo con la rete di emergenza urgenza:

L'Azienda Ruggi d'Aragona è DEA di II° livello (con annessi stabilimenti di Ravello, Da Procida, Mercato S. Severino e Cava dei Tirreni) al servizio dell'intera provincia. Funge da hub nella rete Ictus, hub di II° livello nella rete cardiologica, nonché centrale operativa CTS in quella traumatologica, spoke II nella rete emergenze pediatriche, spoke II livello per la terapia del dolore, hub rete per le emergenze digestive. Viene programmata una dotazione di nuove discipline a corredo del DEA II livello: Chirurgia Plastica, Reumatologia, nonché Unità spinale. E Neuro-riabilitazione. Data la vastità e variabilità del territorio s'individuano 2 DEA di Primo livello geograficamente presso:

- il Presidio Ospedaliero di Vallo della Lucania al servizio della vasta area sud della provincia, punto spoke nella rete dell'Ictus, hub di I° livello nella rete cardiologica, spoke II rete emergenze pediatriche, oltre che CTZ nella rete traumatologica, spoke emergenze gastroenteriche, spoke nella rete del dolore. Vengono attribuite le discipline di Neurologia e Gastroenterologia, Neonatologia, Psichiatria, Riabilitazione.
- Il Presidio Ospedaliero di Nocera Inferiore all'area nord: spoke nella rete dell'Ictus, hub di I° livello nella rete cardiologica, oltre che CTZ nella rete traumatologica, spoke II rete emergenze pediatriche, spoke nella rete delle emergenze digestive; riceve un potenziamento globale

delle discipline esistenti. I posti letto di Terapia Intensiva ricomprendono anche quelli di terapia Intensiva post-operatoria. Al DEA di I° livello di Nocera Inferiore vengono annessi gli ospedale di:

P.O. Pagani: configurato quale presidio ospedaliero senza pronto soccorso, rappresenta il polo oncologico dell'ASL di Salerno. P.O. Scafati è configurato quale presidio ospedaliero con Pronto Soccorso ad indirizzo pneumologico corredato dei servizi diagnostici finalizzati alla attività di bronco-pneumologia. È previsto nel P.O. un Servizio di Cardiologia. I Presidi Ospedalieri di Eboli e Battipaglia restano due presidi sede di pronto soccorso al servizio di un'ampia popolazione, orientati il primo prevalentemente all'area cardiologica ed il secondo all'area chirurgica materno-infantile. Il presidio di Eboli, dotato di emodinamica, è hub di I° livello nella rete cardiologica, mentre quello di Battipaglia è sede di pronto soccorso. Detti P.O. hanno fatto fronte nel 2015 ad oltre 40.000 accessi al pronto soccorso ciascuno.

Il P.O. di Battipaglia: riveste il ruolo di PST nella rete Trauma; viene potenziato il punto nascita; è spoke I nella rete pediatrica. E' programmato un servizio di cardiologia senza posti letto.

Il P.O. Eboli: è hub di I° livello nella rete cardiologica, PST nella rete Trauma. E' programmato un Servizio di Pneumologia diagnostica ed interventistica senza posti letto. il P.O. di Oliveto Citra è confermato quale ospedale con pronto soccorso tenuto conto del numero di circa 15.000 accessi nel 2015. Riceve la disciplina di Riabilitazione (cod. 56). E' PST rete traumatologica. E' spoke II livello per terapia del dolore rispetto all'Hub Azienda Dei Colli. Ospita la psichiatria in DH gestito dal dipartimento di Salute Mentale. La rete del Pronto Soccorso deve poter coprire il territorio garantendo l'accesso nei tempi previsti. Sono, inoltre, configurati come pronto soccorso e spoke nelle reti i seguenti presidi ospedalieri:

- il P.O. di Sarno: spoke nella rete cardio-

logica, PST rete Trauma, avendone già la configurazione, spoke I rete emergenze pediatriche. il P.O. di Polla: conferma il suo ruolo di presidio di pronto soccorso della rete dell'emergenza ed è identificato quale spoke nella rete per l'Ictus cerebrale e spoke per l'emergenza cardiologica, nonché PST nella rete Trauma e spoke I emergenze pediatriche. È programmato un Servizio di Oncologia in regime ambulatoriale. Il plesso di S. Arsenio diventa struttura territoriale ed ospita un Ospedale di Comunità e l'UCCP.

- il P.O. di Sapri: sede di pronto soccorso, costituisce spoke nella rete cardiologica, PST rete Trauma, spoke I emergenze pediatriche.
- il P.O. di Mercato S. Severino e il P.O. di Cava dei Tirreni (facenti parte della AOU Ruggi) permangono come sede di pronto soccorso collegati ai DEA del Ruggi, facendo fronte a ca. 155.000 accessi annui complessivamente.

Come già innanzi descritto, si individuano le seguenti Strutture di accesso in deroga per le quali dovranno, comunque, essere previste specifiche modalità e percorsi atti a garantire i trasferimenti in emergenza-urgenza, non gestibili in loco:

- Il P.O. di Castiglione di Ravello, annesso al Ruggi di Salerno con 20 posti letto;
  - il P.O. di Roccadaspide, per la posizione logistica è configurato come punto di accesso in deroga in zona particolarmente disagiata, dotato di 20 posti letto
  - Il P.O. di Agropoli già Centro ambulatoriale ad indirizzo Oncologico e struttura residenziale per cure palliative (hospice) necessita di un potenziamento quale struttura in deroga con 20 posti letto di Medicina; ospiterà un centro sovra-aziendale territoriale per i disturbi del comportamento alimentare.
- Il P.O. "Da Procida" di Salerno assegnazione di nuovi posti letto di lungodegenza.





# Sanità24

DAL GOVERNO

## Cronicità, ecco il Piano nazionale. Tanti progetti, nessuna risorsa

di *Barbara Gobbi*

S

24



**Esclusiva.** Finalmente, un Piano. Atteso e chiesto da anni, annunciato e poi perso per strada. Rilanciato dal Patto per la salute 2014-2016 - che sta arrivando alla scadenza in larga parte inattuato - nel suo sforzo di “tenere insieme tutto”: la riorganizzazione del territorio così come l’integrazione socio-sanitaria, la rivisitazione del ruolo dell’ospedale, la prevenzione.

Il (primo) Piano nazionale della cronicità, messo a punto dal ministero della Salute con il parziale coinvolgimento delle associazioni di pazienti e Cittadinanzattiva-Tdm dal ministero della Salute e prossimo all’invio in Conferenza Stato-Regioni, è una notizia in sé. Perché finalmente è il segnale tangibile di un’assunzione di responsabilità rispetto a problemi più che conclamati in Italia: il progressivo invecchiamento della popolazione, che ci fa tra i Paesi più longevi del mondo, l’exploit delle malattie croniche, la correlazione tra impoverimento e peggioramento delle condizioni del paziente e la presa in carico differenziata nelle singole Regioni. Nel 2032 l’Istat stima che la quota di “over 65” sul totale della popolazione italiana raggiungerà il 27,6%, pari

in termini assoluti a 17,6 milioni di anziani. Un dato preoccupante, soprattutto se si considera che le disuguaglianze sociali, oggi in peggioramento nel nostro Paese, sono tra i fattori che più incidono sulle condizioni di salute. Nel 2013 si dichiarava affetto da almeno due malattie croniche il 48,7% delle persone tra i 65 e i 74 anni e il 68% degli over 75. E se in generale i malati cronici che si auto-definiscono “in buona salute” sono il 41,5%, tra gli anziani la quota scende al 24,2%. Calabria e Basilicata sono le Regioni in cui è più bassa la percentuale di cronici in buona salute. Il capitolo costi, oltre ai bisogni della popolazione, impone un’inversione di rotta: basti pensare che tra gli over 65 si concentra il 60% - circa 7 miliardi - della spesa farmaceutica territoriale, mentre la spesa pro capite di un assistito maggiore di 75 anni è 11 volte superiore a quella di una persona tra 25 e 34 anni.

La necessità di contenere costi crescenti e di intercettare adeguatamente i bisogni complessi dei pazienti ha imposto di “stringere” sulla stesura del Piano. Che tra luci e ombre - la più importante è l’assordante mancanza di una stima della spesa necessaria ad attuare il progetto - prova a tracciare una via: sia dettando le linee guida generali sia entrando nel merito dei percorsi su dieci patologie croniche. Queste: malattie renali e insufficienza renale, artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva, rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn, insufficienza cardiaca cronica, malattia di Parkinson e parkinsonismi, Bpco e insufficienza respiratoria cronica, insufficienza respiratoria in età evolutiva, malattie endocrine in età evolutiva, malattie renali croniche in età evolutiva.

L’obiettivo del Piano è quindi indicare la strada a cui tendere, pur nel rispetto dei singoli modelli regionali che andranno elaborati o aggiustati sulla base delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione. E per questo servono sistemi informativi efficaci, capaci di dialogare. Poi, spetterà a una Cabina di regia nazionale “multitasking” ricondurre a unità gli interventi e promuovere le buone prassi. Con i riflettori puntati su uniformità ed equità di assistenza ai cittadini, da perseguire con la stretta integrazione tra i diversi setting assistenziali.

Il paziente primo destinatario degli interventi - ma c’è anche un capitolo dedicato all’età evolutiva - è definito come «una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure)». Il Piano cronicità chiede soprattutto un salto culturale nell’approccio alla malattia: intanto non si punta a ottenere la guarigione ma la “salute possibile”, cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona. Ed è quest’ultima al centro del sistema, grazie alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici (Pdta) e a «una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità e i suoi caregiver di riferimento».

La presa in carico complessiva, è pensata per eliminare la cesura tra i tre classici livelli assistenziali (assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera), dando vita a un continuum di “prodotti” clinici e non clinici da parte di ogni attore del team di assistenza. Tra i punti di forza, il focus sulla cura domiciliare integrata, preceduta dalla valutazione multidimensionale necessaria per poter pianificare attività e intensità degli interventi. Il paziente cronico è inserito in un flusso individuale di assistenza, il più possibile personalizzato, che si declina in una sequenza standard: dalla valorizzazione della rete assistenziale si arriva all’empowerment del diretto interessato, passando per l’adeguamento dei modelli organizzativi, per un approccio integrato di assistenza e per la “stadiazione” della persona, in base al grado di sviluppo della patologia e dei relativi bisogni socio-assistenziali, su cui andrà tarato il Pdta.

Un iter complesso e ancora oggi lontano da molte realtà regionali. Per fornire una possibile rotta, il Piano richiama modelli internazionali come il Chronic care model, la Piramide di Kaiser e la Piramide del rischio - introdotta già in Veneto - che adotta il sistema Acg (Adjusted clinical groups) classificando la popolazione per livello di complessità assistenziale, a partire dalle combinazioni di diagnosi acute o croniche presenti nello stesso soggetto. In Veneto il sistema Acg è stato inserito nel 2014, per sviluppare metodologie che consentano di stratificare la popolazione, attribuire pesi proporzionati al carico di malattia e destinare le risorse in modo più coerente con i bisogni di salute, garantendo la sostenibilità del sistema.

Nel percorso di cura disegnato dal Piano cronicità il paziente non è passivo ma “apprende” fino ad arrivare all’empowerment: in un contesto quanto più possibile “desanitizzato”, il malato arriva a stringere con l’équipe un patto di cura che gli consente di convivere con il suo quadro patologico.

Perché tutto ciò non resti un libro dei sogni, serve muoversi per tempo: intanto investendo in prevenzione sia primaria che secondaria - il Piano rilancia per l’ennesima volta il ruolo del distretto - e in appropriatezza, con il minor ricorso all’ospedale ma anche, all’interno del contesto ospedaliero, con «percorsi di cura dell’acuzie nella cronicità», definiti a priori, tutorati e garantiti da personale dedicato. Ma medici, infermieri, professioni sanitarie e farmacisti potranno partecipare alla rivoluzione copernicana disegnata nel Piano soltanto se avranno ricevuto la giusta formazione, all’Università e in ambito Ecm, in “tecniche di cura della cronicità”. Figura centrale è il Mmg, supportato dagli operatori che di volta in volta intervengono nella presa in carico e attivo nei nuovi modelli - Aft e Uccp - disegnati da anni e in via di definizione con la prossima Convenzione per la medicina generale.

Il Piano del ministero prefigura in definitiva un puzzle complesso, di cui molte tessere decisive vanno ancora costruite. Come i richiesti «sistemi informativi evoluti» - che tutte le Regioni sono chiamate ad adottare - in grado di leggere i Pdta per poter monitorare i dati, i processi e valutare l’assistenza erogata ai

pazienti. Triplice la funzione di ogni sistema informativo: allerta che aiuta il team ad attenersi e a conformarsi alle linee guida; feedback per i medici, cui mostra i livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche; registro di patologia per pianificare l'assistenza al singolo paziente e per gestire un'assistenza population-based.

# quotidiano **sanità**.it

Mercoledì 18 MAGGIO 2016

## Campania. Piano ospedaliero e verbale accordo precari: intersindacale contro i commissari regionali

***Nel mirino soprattutto gli azzeramenti di tutte le posizioni dirigenziali assunti dalla Asl di Avellino (poi tornata sui suoi passi), la Asl napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud (che per ora hanno congelato il provvedimento) cui si è aggiunta negli ultimi giorni l'azienda ospedaliera di Caserta. E, rispetto al piano ospedaliero, si denuncia l'assenza di una proposta complessiva.***

Piano ospedaliero regionale e stabilizzazione dei precari: intersindacale medica sul piede di guerra in Campania. I camici bianchi sono entrati in rotta di collisione con la struttura commissariale guidata da **Joseph Polimeni** e da **Claudio D'Amario**. Interlocuzione zero, promesse di condividere il Piano (ormai pronto per l'ufficializzazione), andate a vuoto, decisioni su assetti e configurazioni dell'offerta assistenziale di Asl e ospedali assunte in solitario e infine un'attesa di oltre venti giorni per avere il verbale dell'ultimo faccia a faccia sul percorso di stabilizzazione dei precari. Ce n'è abbastanza insomma per configurare un **sostanziale svilimento del ruolo sociale dei sindacati nella programmazione della riforma dell'assistenza** che fa da viatico a una mobilitazione che investe anche il livello nazionale delle sigle della dirigenza medica.

Sul piede di guerra ci sono **Anaao assomed, Aaroi-amac, Cimo, fp, Cgil medici e dirigenti Ssn, Cisl medici, Uil fpl medici, Fvm, Fedir, Fassid, Fesmed, Anpo ascoti fials medici, Aupi, Sinafo, Sidirss, Ugl medici**. "Quello della Campania sta diventando un caso di portata nazionale, nessun dialogo tra le parti sociali e coloro che rappresentano il governo e dovrebbero prendere decisioni capaci rimettere sulla buona strada la sanità" si legge in una nota diffusa all'indomani di una riunione dei segretari regionali in cui si è deciso di sollevare il "caso Campania".

**Ma già nei giorni scorsi la questione è stata segnalata alle rispettive segreterie nazionali da cui è partita una lettera all'indirizzo della presidenza del Consiglio dei ministeri e del ministero della Salute:** "Le Organizzazioni sindacali della Dirigenza medica, Veterinaria e sanitaria della Campania – si legge nella missiva - tentano da mesi, senza successo, di stabilire con il Commissario straordinario per il piano di rientro Joseph Polimeni ed il Subcommissario Claudio D'Amario una interlocuzione per il riconoscimento di forze sociali. Ogni progetto innovativo, compresa l'elaborazione di un Piano ospedaliero e sanitario, per rispondere ai bisogni della popolazione, nel rispetto delle misure di contenimento della spesa, richiede necessariamente una profonda conoscenza delle peculiari condizioni socio assistenziali del territorio, reclutando le intelligenze professionali allo scopo del miglioramento dei livelli di assistenza, pur nelle costrizioni del Piano di rientro".

Ad oggi le organizzazioni sindacali rappresentanti di categorie professionali, prosegue la lettera, "che sono il motore della sanità pubblica, **sono tenute all'oscuro dei contenuti del Piano ospedaliero** e denunciano l'assenza di una proposta complessiva di Piano sanitario che illustri la metodologia scientifica ed i cronoprogrammi idonei a realizzare la condivisa deospedalizzazione di alcune attività assistenziali in sincronia e sintonia con la coerente riorganizzazione del territorio. E' stata offerta infatti solo una descrizione verbale (rifiutata ndr) della filosofia ispiratrice della riorganizzazione. Pertanto, le scriventi Organizzazioni sindacali chiedono alle di intervenire al fine di ristabilire, soprattutto nell'interesse dei cittadini, corrette, proficue e leali relazioni sindacali con la Struttura commissariale

nella elaborazione dei processi di riorganizzazione sanitaria”.

### **Atti aziendali**

La questione Piano ospedaliero si intreccia con quella degli atti aziendali di Asl e ospedali assunti in questi mesi, in fretta e furia, sulla scia dell'iniziativa della Corte dei conti che all'inizio dell'anno ha contestato ad ex amministratori e commissari o direttori generali in carica presunti sprechi per 16 milioni di euro per un eccesso di posizioni apicali e dirigenziali. Una situazione su cui è intervenuto con una circolare Polimeni, nello scorso febbraio, sollecitando l'adozione di atti aziendali pur in assenza del piano ospedaliero e sulla scorta di istruttorie incomplete che, soprattutto per le Asl, non erano mai stata validate dall'organo regionale. Da qui è partita una pioggia di ricorsi giudiziari e anche di segnalazioni alla struttura commissariale. **Nel mirino soprattutto gli azzeramenti di tutte le posizioni dirigenziali assunti dalla Asl di Avellino** (poi tornata sui suoi passi), **la Asl napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud** (che per ora hanno congelato il provvedimento) cui si è aggiunta negli ultimi giorni l'azienda ospedaliera di Caserta. Anche in questo caso è partita la diffida dell'intersindacale ad andare avanti, in assenza di un Piano di riorganizzazione della programmazione a monte effettuata tramite il Piano ospedaliero regionale in fieri. E qui si torna alla casella iniziale.

### **Stabilizzazione dei precari**

Il nodo della stabilizzazione dei medici precari è stata affrontata in una riunione in Regione il 3 maggio scorso. In particolare su quelli impiegati con contratti atipici su è registrata un'ampia schiarita con il sì di Polimeni alle proroghe dei Co.co.co. e dei contratti a progetto fino a dicembre del 2018. Sugli altri punti all'ordine del giorno si è incassato il via libera a tutte le stabilizzazioni agibili in base al Dpcm del 2015 (che regola la materia) e sulla scorta della circolare di De Luca dello scorso anno come pure dell'ultima Finanziaria che allarga la platea dei contratti da stabilizzare da qui ai prossimi due anni. **Unica incognita, da approfondire, il passaggio alle dipendenze dei camici bianchi convenzionati impiegati nel 118 su cui è stata chiesta la definizione di un percorso ad hoc.** Medici che dovrebbero essere autonomi per contratto ma in realtà assoggettati, per la natura del servizio espletato, a orari, protocolli e perfino abbigliamento obbligatori. Dall'intersindacale è inoltre arrivato lo stop al reclutamento di nuovi specialisti ambulatoriali da impiegare in attività ospedaliere anziché sul territorio.

Tutte posizioni su cui convergono, sebbene con alcune diversificazioni nel merito, anche i confederali (Cgil, Cils e Uil medici). Ma anche sulla stabilizzazione dei precari, dove il tempo sembrava volgere al sereno, si attende da settimane il verbale firmato della riunione per cui l'aria di bufera si è acuita sul riordino degli ospedali, dove si consuma un duro scontro tra le parti. **Il motivo del contendere è nel fatto che nessun sindacato medico, né del comparto, né associazione di categoria, ha ancora potuto visionare e approfondire il Piano ospedaliero in cantiere**, fosse anche solo per formulare un parere, mentre sono gli stessi sindacati medici ad aver rifiutato di discutere, in questa fase, delle vaghe linee di programmazione generale sottoposte da Polimeni.

In effetti il Piano, almeno nelle linee generali, (così come anticipato nelle settimane scorse) è ormai al varo dell'ufficialità e giunto in porto anche per le sezioni riguardanti le reti specialistiche. **A restare ancora ballerine - secondo le nostre fonti - sono invece le tabelle relative ai posti letto** che, nel dettaglio di ciascun ospedale e di ciascuna provincia, sono suscettibili di modifiche e limature anche profonde come starebbe avvenendo per il Piano oncologico su cui, parrebbe, sia stata fatta marcia indietro sulla dotazione di posti letto nelle strutture periferiche a bassa complessità (segnatamente 10 posti letto a San Felice a Cancellò e il potenziamento di Piedimonte Matese) laddove invece dovrebbe assumere un ruolo Marcianise ed il vicino sant'Agata dei Goti per la macroarea Av-Bn.

**Ettore Mautone**

# quotidianossanità.it

Giovedì 19 MAGGIO 2016

## Direttori generali Asl. Quale il loro nuovo ruolo? Se ne discuterà il 24 maggio a Roma

***Nel corso dell'incontro organizzato da Federsanità Anci, verrà affrontato il nuovo ruolo dei direttori generali alla luce del decreto legislativo attuativo della legge delega sul pubblico impiego che ridefinisce le le procedure di nomina, valutazione e decadenza, proponendosi di esplicitare possibili proposte di emendamento. L'appuntamento è alle ore 10 al Palazzo dei Congressi Eur. [IL PROGRAMMA](#)***

Nell'ambito dei lavori di ForumPA 2016 si svolgerà l'incontro organizzato da Federsanità Anci dal titolo "Il nuovo ruolo dei direttori generali (governance, riorganizzazione, ruolo conferenze sindaci, albo unico e limiti di età)". I lavori affronteranno il tema del nuovo ruolo dei direttori generali alla luce del D.lgs attuativo della legge delega sul pubblico impiego che recepisce quanto previsto dall'art. 11 per ridefinire le procedure di nomina, valutazione e decadenza dei Direttori generali, sanitari, amministrativi e socio sanitari di Asl, Ao e Aziende Ospedaliere Universitarie proponendosi di esplicitare proposte di emendamento.

L'appuntamento è a Roma il 24 maggio a partire dalle ore 10 Palazzo dei Congressi Eur (Piazza John Fitzgerald Kennedy, 1)

**REGOLAMENTAZIONE** Approvata la delibera sulla "long list" per le assunzioni, con i nomi dei lavoratori idonei

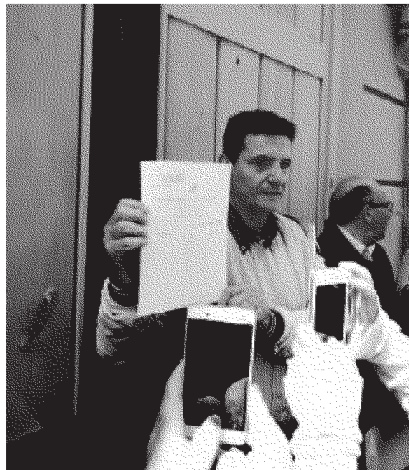
## Operatori socio sanitari, istituito il registro

**NAPOLI.** Nella giornata di mercoledì la giunta Regionale ha approvato la delibera che istituisce il registro - definito "long list" - per le assunzioni degli Operatori Socio Sanitari campani. Durante il sit-in svoltosi ieri presso la sede della Regione a Santa Lucia, i lavoratori e l'associazione Oss Napoli hanno ritirato la copia dell'atto istitutivo, da anni richiesto a gran voce. «L'iniziativa nasce in sinergia con le attività istituzionali della Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale - si legge dal comunicato stampa della Regione - per rispondere all'esigenza di garantire criteri di trasparenza e legalità nelle procedure di re-

clutamento adottate dalle strutture sanitarie pubbliche della Regione». Il calvario di questi operatori ha inizio nel 2014 quando a seguito dei Work Experience - tirocini di formazione ed inserimento lavorativo presso le più importanti strutture sanitarie del territorio - non furono però attuate le assunzioni previste dalla legge regionale 16/2014. Ciò anche in ragione del blocco dei turnover e dell'attuazione del patto di stabilità. Si è proseguito invece con il sistema del lavoro per somministrazione, con l'ausilio delle ex agenzie interinali, causando problemi di carenza di organico nelle strutture, speculazioni e favoritismi nella spartizione degli impieghi. Con questa delibera,

promossa dall'assessore al Lavoro Sonia Palmeri e dall'assessore alla Formazione Professionale Chiara Marciari, si istituisce una "long list" di lavoratori in possesso del titolo di Oss riconosciuto dalla Regione Campania, dalla quale le Aziende ospedaliere potranno reperire la figura in caso di necessità. «Ringraziamo la giunta che con serietà e professionalità ha posto in essere questo atto indispensabile per gli OSS campani - commenta Francesco Della Femmina, presidente dell'associazione OSS Napoli - con l'augurio che si possa arrivare, in tempi non molto lunghi, ad una definizione di lavoro stabile per tutti».

**GASPARE BUONO**



**Ariano Irpino I problemi del territorio**

# Asl, nuova sede a piazza Mazzini

Il Comune ha reso disponibili i locali utilizzati dai Vigili urbani Ferrante: «Risposte agli utenti»

**Maria Elena Grasso**

ARIANO IRPINO. Il Comune mette a disposizione dell'Asl di Avellino, che da tempo ne aveva fatto richiesta, nuovi locali, ove si prevede di ubicare altri importanti servizi del Distretto sanitario.

In pratica si liberano i locali attualmente occupati dal Corpo dei Vigili Urbani a piazza Mazzini. Una superficie di 503 metri quadrati che va ad aggiungersi a quella già di proprietà dell'Asl di Avellino e utilizzati per i servizi del Distretto.

Questo perché l'Asl «possa offrire maggiori prestazioni specialistiche ambulatoriali, per venire incontro alle richieste sempre più numerose della popolazione per accorciare i tempi di attesa delle visite, per accogliere le sollecitazioni pervenute in merito alla necessità di destinare spazi al Servizio di Medicina veterinaria riguardanti la sterilizzazione degli animali domestici presenti sul territorio; per consentire a numerosi dipendenti dell'Asl, che attualmente si recano ad Avellino, ad espletare la propria attività direttamente ad Ariano».

Insomma, per generare effetti positivi sia in termini di efficienza dei servizi sanitari sul territorio ariane- se che in termini di rifunzionalizza- zione urbanistica dell'area del cen- tro storico, che proprio a seguito di ridimensionamento o soppressione di alcuni uffici, ha perso parte della sua vitalità e attrattività.

Naturalmente il Comune di Aria-

no Irpino ha previsto anche una nuova sede per il Comando dei Vigili Urbani. Dal primo luglio la nuova caserma di polizia municipale sarà ospitata nell'ambito dell'ex Palazzo di Giustizia, a piazzale Franza, dove sono ospitati anche gli uffici del Giudice di Pace e la Fondazione che fa capo agli avvocati dell'ex foro ariane- se.

L'edificio è nelle condizioni di accogliere, infatti, anche altri servizi comunali, specie dopo il trasloco dell'archivio del Tribunale. Per l'occasione i vigili potranno implementare il servizio di vigilanza a distanza e disporre di ampi locali per la rimessa dei mezzi.

Nella delibera che assegna i locali all'Asl di Avellino, viene fissato, ovviamente, anche il prezzo del canone di locazione. L'Asl è chiamata,

pertanto, a decidere nei prossimi giorni. «La nostra richiesta - spiega il commissario Mario Ferrante - risale all'anno scorso. I nostri programmi di potenziamento dei servizi sanitari sul territorio non cambiano. Se anche per i nostri tecnici tutto va bene e il prezzo del canone di locazione è congruo, si può immaginare di avviare nuovi servizi già dalla prossima estate».

Insomma, c'è l'occasione concreta per verificare se i servizi di prevenzione, consulenza e specialistica del Distretto potranno realmente essere incrementati. Così come, dopo tanti anni di promesse, attivare davvero un servizio di vete-

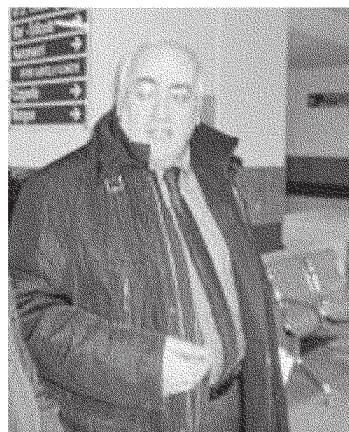
**La scelta**  
**Struttura**  
**destinata**  
**ad altri**  
**ambulatori**  
**ed alle**  
**attività**  
**di Veterinaria**

rinaria adeguato alle esigenze del territorio.

Occorrerà vedere ora entro quanto tempo, in concreto, sarà possibile fruire dei locali da parte dell'Azienda sanitaria. Attualmente la sede è impegnata dal Comando di Polizia locale e, inevitabilmente occorrerà attendere che avvenga il passaggio nella sistemazione al-

ternativa, l'adattamento dei locali per gli uffici Asl e l'inevitabile iter burocratico. Poi sarà davvero possibile, da parte del servizio sanitario, procedere alle maggiori prestazioni specialistiche che s'intende attivare a favore dei cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Approvato il Piano ospedaliero regionale varato dalla struttura commissariale e dal presidente della Regione Vincenzo De Luca. Il documento riordina le degenze in attuazione del Dm 70 del 2015 ha ricevuto placet del Governo.

Anzitutto nel documento si presenta una situazione delle macro-aree in cui è divisa la Regione. Le province di Avellino e Benevento sono accorpate. Riportiamo integralmente parte del documento che interessa la rete ospedaliera:

«Le due ASL di Avellino e Benevento sono contigue con una popolazione residente rispettivamente di 430.214 e 283.763. Pertanto entrambe vengono associate in una MacroArea per un numero complessivo di 713.977 abitanti. Questa sarà la popolazione di riferimento per il rispetto degli standard prefissati dal DM 70/15.

Rispetto ad uno standard di 2.500 posti letto, l'attuale programmazione è superiore, attestandosi a 2.790 posti (3,94 per 1000 abitanti), rispetto ai 2.961 da flussi HSP 2015. In tal caso si tiene conto di più fattori: una domanda di ricovero che si attesta a 2.794 posti letto per effetto della mobilità attiva intra-regionale, un tasso tendenziale di utilizzo dei posti letto verso il 90%, di un riequilibrio territoriale dell'offerta, della presenza consistente di due centri di riabilitazione comprensivi di alta specialità

**(IRCCS Maugeri e P.O. Sant'Angelo dei Lombardi - Don Gnocchi.** Tuttavia i posti letto vengono programmati in riduzione rispetto a quanto risultante dai flussi HSP 2015.

In riferimento al bacino di utenza di oltre 700.000 abitanti sarebbero programmabili da 5 a 8 presidi inseriti nella rete di emergenza. Il presente piano ne prevede 7,

con un accesso ogni 102.000 residenti, così classificati:

**1 DEA di II° livello nell'AO Rummo di Benevento** (la disciplina di Cardiocirurgia non viene programmata in quanto garantita nella macroarea dalla AO Moscati di Avellino) che funge anche da centro traumi di zona, hub di I° livello nella rete cardiologica, hub nella rete Ictus, hub I nella rete delle emergenze gastroenteriche, spoke II per la Terapia del dolore, spoke II per la rete emergenza pediatrica. E' sede di SPDC.

**1 DEA di II° livello nell'AO Moscati di Avellino** che funge anche da Centro Traumi di Zona (CTZ), hub di II° livello nella rete cardiologica, hub nella rete ICTUS, spoke II per la terapia del dolore, spoke per la rete emergenze gastroenteriche, spoke II nella rete della terapia del dolore, spoke II per la rete emergenza pediatrica. E' sede di SPDC.

# Ospedali, ora la macro area Irpinia-Sannio

**3 Pronto Soccorso allocati in provincia di Avellino: l'Ospedale di Solofra, l'Ospedale di Ariano Irpino, l'Ospedale di S. Angelo dei Lombardi.**

**2 Pronto Soccorso allocati in provincia di Benevento: l'Ospedale classificato Fatebenefratelli di Benevento e l'Ospedale di S. Agata dei Goti.** Non vi sono altri ospedali candidabili nella rete dell'emergenza urgenza. In ogni

caso, in relazione alla configurazione delineata, possono ritenersi sufficienti i sette punti di riferimento della rete.

**Il Presidio Ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi** è presidio ospedaliero con Pronto Soccorso, sede di SPDC a valenza diurna. Viene confermato anche come struttura di Riabilitazione in quanto all'interno del presidio opera la Fondazione Don Gnocchi che gestisce

l'attività di riabilitazione intensiva già con destinazione di 15 posti letto all'alta specialità neuro-riabilitativa codice 75.

**Il Presidio Ospedaliero di S. Agata dei Goti** viene riconfermato come presidio con Pronto Soccorso e punto PST per la rete trauma.

**Il Presidio Ospedaliero di Ariano Irpino** è P.S., configurato come hub di I° livello nella rete cardiologica e spoke nella rete Ictus. Viene riconfermata, per la posizione geografica, anche la deroga per il punto nascita.

**Il Presidio di Solofra**, con PS, è PST nella rete trauma, mantiene il Punto nascita e 59

la Pediatria, spoke di I livello rete emergenza pediatrica, considerato che è previsto un incremento a seguito del-

la disattivazione del Punto nascita del PO di Mercato S. Severino.

**L'Ospedale Classificato Fatebenefratelli di Benevento** è individuato quale centro spoke nella rete cardiologica e PST nella rete trauma.

**Le strutture S. Maria delle Grazie di Cerreto Sannita, e di San Bartolomeo in Galdo**, originariamente destinate ad attività ospedaliera, sono confermate quali strutture territoriali, con Ospedale di Comunità nella struttura di S. Bartolomeo in Galdo.

**L'IRCCS di diritto privato "Fondazione Salvatore Maugeri"**, operante in Telesse (BN), è confermato quale struttura di riabilitazione, anche di alta specializzazione per il trattamento delle gravi cerebrolesioni e mielolesioni con letti in codice 28, 56 e 75.

**Lo stabilimento di Bisaccia**, già convertito in struttura territoriale, viene integrato con Ospedale di Comunità, secondo le indicazioni del DM 70/2015, nonché di uno o più moduli di RSA. E' confermato l'Hospice.

Come già detto, la macro-area Avellino-Benevento presenta un eccesso di offerta di posti letto rispetto al fabbisogno che il piano tende, pertanto, a riequilibrare; sia nella provincia di Avellino (S. Angelo dei Lombardi) che in quella di Benevento (Telesse Terme), insistono centri di riabilitazione intensiva e di alta specialità neuro-riabilitativa e per mielolesioni a valenza regionale.

In conseguenza dell'eccesso di posti letto vi è anche un eccesso in alcune discipline: Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia, Oncologia, Pneumologia.

Il Piano prevede complessivamente una programmazione di 2.790 posti letto, con la riconversione della CdC Neuropsichiatria Villa dei Pini, la rimodulazione dell'Ospedale Classificato Fatebenefratelli di Benevento, degli ospedali di Solofra e Sant'Agata dei Goti».

La popolazione di riferimento sarà di 713.977 abitanti

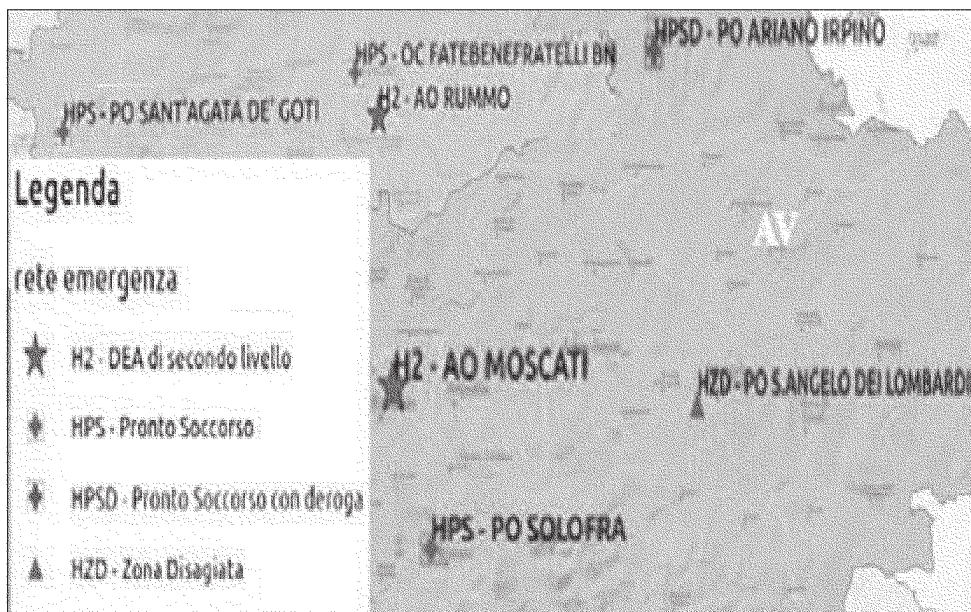
– Strutture di ricovero programmate nella Macro-Area Avellino-Benevento

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	PL HSP 2015	PL Programmati	PL Progr-HSP
ASL AV	PRESIDI DI ASL		306	307	1
ASL BN	PRESIDI DI ASL		94	76	-18
AO S.G. MOSCATI	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	AVELLINO	572	562	-10
AO G.RUMMO	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	BENEVENTO	475	468	-7
ISTITUTO DON GNOCCHI	PRESIDIO OSPEDALIERO	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	111	111	0
FONDAZIONE MAUGERI/IRCCS TELESE TERME	IRCCS	TELESE TERME	180	180	0
OSP.SACRO CUORE DI GESU' FATEBENEFRATELLI	OSPEDALE CLASSIFICATO	BENEVENTO	239	203	-36
CDC VILLA ESTER	CDC - CASA DI CURA	AVELLINO	49	49	0
CDC VILLA MARIA	CDC - CASA DI CURA	BAIANO	20	20	0
CDC S.RITA	CDC - CASA DI CURA	ATRIPALDA	105	105	0
CDC VILLA MARIA	CDC - CASA DI CURA	MIRABELLA ECLANO	40	40	0
CDC VILLA DEI PINI	CDC - CASA DI CURA	AVELLINO	150	48	-102 (*)
CDC MONTEVERGINE	CDC - CASA DI CURA	MERCOGLIANO	116	116	0
CDC VILLA DEI PLATANI	CDC - CASA DI CURA	AVELLINO	160	160	0
CDC GE.P.O.S.	CDC - CASA DI CURA	TELESE TERME	55	55	0
CDC NUOVA CLINICA S.RITA	CDC - CASA DI CURA	BENEVENTO	72	72	0
CDC SAN FRANCESCO	CDC - CASA DI CURA	TELESE TERME	57	57	0
C.M.R. - CENTRO MED.DIAGN.E RIAB.	CDC - CASA DI CURA	SANT'AGATA DE' GOTI	25	26	1
CDC VILLA MARGHERITA	CDC - CASA DI CURA	BENEVENTO	135	135	0
<b>Totale</b>			<b>2.961</b>	<b>2.790</b>	<b>-171</b>

Strutture di ricovero programmate nella Macro-Area Avellino - Benevento

**SANITÀ**

Approvato il Piano regionale che accorpa le due Asl contigue di Avellino e Benevento



La mappa delle aree

**Rete dell'emergenza urgenza nella Macro-Area delle province AV -BN**

AREA	DEA II (HUB)	DEA I (SPOKE)	PS	Struttura in zona particolarmente disagiata
ASL AV	AO Moscati di Avellino		PO Landolfi di Solofra PO di Ariano Irpino	
ASLBN	AO Rummo di Benevento		Ospedale Classificato FbF di Benevento PO Criscuoli di S. Angelo dei Lombardi PO S. Alfonso Maria de Liguori di S. Agata dei Goti	

**SANITÀ** L'Ospedale del Mare diventerà indipendente dall'Asl, continua la riconversione di San Gennaro e Incurabili

## Ecco il nuovo Piano ospedaliero, più posti letto e pronto soccorsi

DI **MARIO PEPE**

**NAPOLI.** Il Piano ospedaliero della Regione Campania è sul tavolo del ministero della Salute per le valutazioni prima del varo ufficiale.

**L'OSPEDALE DEL MARE.** Per quanto riguarda la nuova struttura di Napoli est, nel documento stilato dai commissari si legge che «una volta a regime, viene proiettato verso un'autonomia aziendale nascendo in prima battuta come presidio dell'Asl Napoli 1 per poi diventare successivamente un'azienda ospedaliera di riferimento nazionale e un punto di riferimento anche per l'emergenza-urgenza per il quadrante sud-est della città.

**I PRESIDII LEGATI ALL'OSPEDALE DEL MARE.** Articolata la sorte dei presidi ospedalieri che nella precedente programmazione vedevano confluire le proprie funzioni integralmente nell'Ospedale del Mare. Nell'attuale Piano, invece, il Loreto Mare mantiene Ostetricia e Ginecologia con pronto soccorso ostetrico e pediatrico, considerata anche la recente chiusura dei punti nascita di San Gennaro, Incurabili e Annunziata. per l'Ascalesi è prevista la riqualificazione in presidio intermedio ospedale-territorio a forte vocazione oncologica, dotato di Hospice ed in raccordo funzionale

con l'Ircs Pascale. Il San Gennaro, disattivato quale presidio ospedaliero, diviene una struttura ad indirizzo territoriale riabilitativo. Agli Incurabili, dove è stato già soppresso il punto nascita, viene programmata una importante struttura territoriale di accoglienza e monitoraggio per le gravidanze fisiologiche assieme ad un potenziamento della funzione consultoriale. Nella stessa struttura, «tenuto conto dell'attuale stato di eccellente

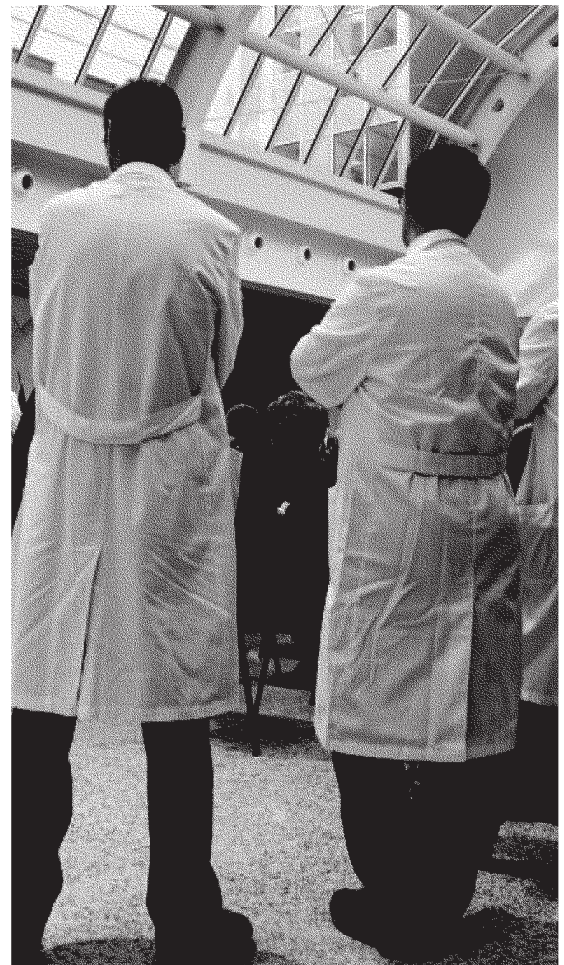
*Per quanto riguarda il polo pediatrico, le attività dell'Annunziata saranno ridotte al minimo*

funzionalità delle quattro sale operatorie in esso esistenti, è programmata una struttura dedicata alla day surgery, alla week surgery e alla Chirurgia ambulatoriale, sotto la gestione organizzativa dell'Uo di Chirurgia Generale esistente.

**LA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA.** Per quanto riguarda il capitolo nell'emergenza-urgenza, la rete assistenziale prevede come Dea di

*Alta migrazione per le patologie tumorali, si corre ai riparti potenziando il Pascale*

II Livello: Cardarelli (hub nella rete Ictus, Ctz nella rete trauma e hub di I livello nella rete Ima, hub rete emergenze gastroenteriche) e Ospedale del Mare (una volta a regime: Hub II nella rete Ima, hub rete ictus, Cts nella rete Trauma, hub rete emergenze gastroenteriche). I Dea di I Livello sono il presidio ospedaliero S. Giovanni Bosco (hub di I livello nella rete cardiologica, spoke rete Ictus e Pst nella rete tra-



matologica, spoke II rete emergenze pediatriche, spoke I rete terapia del dolore) con stabilimenti annessi presidio sanitario intermedio Barra (spoke I livello terapia del dolore) e stabilimento ospedaliero Ascalesi (spoke I rete terapia del dolore); il presidio ospedaliero San Paolo (Spoke nella rete Ictus, spoke II rete emergenze pediatriche, spoke II nella rete traumatologica, spoke rete Ima, spoke rete emergenze gastroenteriche, spoke I nella rete terapia del dolore). Previsti due Pronto soccorsi: presidio

ospedaliero Pellegrini con annesso lo stabilimento ospedaliero degli Incurabili (spoke nella rete cardiologica, Pst nella rete trauma, spoke I rete terapia del dolore); presidio ospedaliero Loreto Mare (spoke nella rete Ictus, spoke II rete emergenze pediatriche, spoke II rete terapia del dolore e Pst rete trauma) con annesso lo stabilimento ospedaliero Capilupi di Capri. «Sono previsti, inoltre, ad integrazione della rete di emergenza urgenza, anche due Pronto soccorsi: gli ospedali classificati Fatebene-

fratelli e Villa Betania, che fungono anche da spoke nella rete cardiologica», si legge nel Piano.

**IL SANTOBONO-PAUSILIPON.** Per quanto riguarda il comparto pediatrico, le attività di degenza attualmente svolte nel presidio ospedaliero S.S. Annunziata (ad eccezione della Terapia intensiva Neonatale) vengono trasferite al Santobono-Pausilipo «che svolge il ruolo di Hub per le emergenze complesse di riferimento regionale, non-

ché sede di vari di Centri di riferimento a valenza regionale. Sono inoltre previste attività aggiuntive rispetto all'esistente, quali un modulo di riabilitazione pediatrica con individuazione di posti letto di alta specialità riabilitativa pediatrica, di posti letto per la degenza di neuropsichiatria infantile e di posti letto tecnici collegati al ruolo di hub nella rete della terapia del dolore».

**LE ALTRE AZIENDE.** Inoltre, l'azienda universitaria Federico II diventa hub di II livello nella rete cardiologica, spoke di II livello nella rete terapia del dolore e hub nella rete ictus; l'azienda ospedaliera dei Colli è hub di II livello, col presidio Monaldi, nella rete cardiologica e spoke col Cto nella rete Ictus, in collegamento col Cardarelli nonché Ctz col Cto nella rete traumatologica, hub terapia del dolore. L'ospedale Monaldi assolve anche il ruolo di centrale cardiologica per i territori delle Asl Napoli 2 e Napoli 3. «L'Ircss Pascale, struttura a valenza regionale, a carattere scientifico, è hub nella rete di terapia del dolore. Esso viene potenziato con integrazione di posti letto data l'alta migrazione extraregionale per patologie neoplastiche. L'Aou Sun entra nella rete di terapia del dolore come spoke di II livello.

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	PL HSP 2015	PL Programmati	PL Progr-HSP
OSPEDALE DEL MARE	PRESIDIO OSPEDALIERO	NAPOLI	0	448	448
ASL NA1	PRESIDI DI ASL		1.080	879	201
AZIENDA OSPEDALIERA A. CARDARELLI	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	NAPOLI	850	986	136
A.O. SANTOBONO-PAUSILIPON	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	NAPOLI	435	437	2
AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	NAPOLI	922	987	65
AOU SUN	AOU - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA	NAPOLI	377	454	77
AOU FEDERICO II	AOU - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA	NAPOLI	796	829	33
IRCCS PASCALE	IRCCS	NAPOLI	230	290	60
FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA	OSPEDALE CLASSIFICATO	NAPOLI	158	158	0
FATEBENEFRAELLI	OSPEDALE CLASSIFICATO	NAPOLI	203	185	-18
CDC OSP INTERNAZIONALE	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	30	30	0
ALMA MATER Villa Camaldoli	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	266	94	-172 (*)
CDC CLINIC CENTER	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	250	250	0
HERMITAGE CAPODIMONTE	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	250	76	-174 (*)
CDC VILLA DELLE QUERCE	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	55	55	0
CDC SANTA PATRIZIA	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	90	90	0
CLINICA VESUVIO	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	33	33	0
CLINICA MEDITERRANEA	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	150	150	0
CDC VILLA CINZIA	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	75	75	0
VILLA BIANCA	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	68	54	-14
CLINICA SANATRIX	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	96	96	0
VILLA ANGELA	CDC - CASA DI CURA	NAPOLI	40	40	0
<b>Totale</b>			<b>6.454</b>	<b>6.696</b>	<b>242</b>

Le scelte

# Raffica di deroghe, gli ospedali resistono

## Crescono i posti letto, più attenzione ai territori: ecco la strategia della Regione

Simona Paolillo

La firma è quella di Polimeni ma si legge De Luca. Nel braccio di ferro tra il commissario di governo Joseph Polimeni ed il governatore della Campania, l'ha spuntata quest'ultimo. Basta leggere il nuovo piano regionale della programmazione della rete ospedaliera per rendersene conto. Sembrano quasi scomparsi gli ospedali per dislocati per intensità di cura, le case della salute e quel concetto di sanità portato dal commissario sudamericano ma tanto distante dai territori. Ciascun territorio avrà il suo ospedale. Non si chiude nulla. E sono tutti contenti.

La sicurezza della salute è anche questione di percezione, se i cittadini hanno l'ospedale poco distante da casa propria si sentono maggiormente assistiti. Sembra essere questo il filo rosso della prossima programmazione sanitaria. E quindi in molti non possono fare che un plauso alla nuova sanità targata De Luca. Nessuno eccepisce nulla. Cgil, Cisl e Uil si riservano di approfondire lo studio del piano ma sono fondamentalmente entusiasti. Crescono i posti letto, nessun cambiamento sostanziale. Si torna al modello più tradizionale della sanità.

Per riuscirci, la Regione ha previsto delle deroghe alla normativa nazionale. È il caso dei punti nascita di Sapri e Vallo della Lucania, che pur non raggiungendo i 500 parti all'anno, previsti dalla legge, sono rimasti aperti con 306 parti il primo e 310 il secondo. Deroga anche per il pronto soccorso di Agropoli e Scafati, che pur non avendo sale operatorie possono rien-

trare nella rete dell'emergenza - urgenza a dispetto di quanto previsto dal vecchio decreto 49/2010. L'ospedale di Agropoli, inoltre, in deroga sempre alla normativa, vede un potenziamento della struttura con 20 posti letto di Medicina e diventerà un centro per i disturbi alimentari. Ed è sempre grazie al ricorso alla deroga alla normativa vigente che gli ospedali di Ravello e Roccadaspide evitano la chiusura conservando entrambi 20 posti letto.

La provincia di Salerno guadagna nel complesso anche più posti letto, passando da 3.665 a 3.722. Diminuiscono i posti letto per acuti per far aumentare quelli di riabilitazione. Il nuovo piano prevede per l'ospedale San Luca di Vallo della Lucania le discipline di neurologia, gastroenterologia, neonatologia, psichiatria e riabilitazione. L'ospedale Umberto I di Nocera Inferiore riceve un «potenziamento globale delle discipline esistenti». I posti letto di terapia intensiva ricomprendono anche quelli post operatori. Il presidio ospedaliero di Pagani e quello di Scafati vengono annessi all'Umberto I. Il presidio di Pagani resta senza pronto soccorso e si conferma polo oncologico dell'Asl Salerno con unità operative di ematologia, oncologia, chirurgia generale, dermatologia ad indirizzo oncologico. A Pagani dovrebbe confluire anche l'attività di onco-ematologia pediatrica e si dovrà sviluppare l'attività di radioterapia. L'ospedale di Scafati avrà il suo pronto soccorso ad indirizzo pneumologico corredato da servizi diagnostici finalizzati all'attività bronco-pneumologia ed avrà anche il servizio di cardiologia.

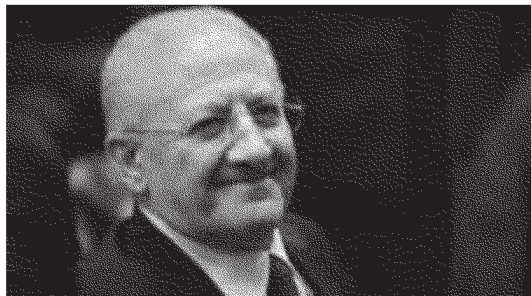
I due ospedali di Battipaglia ed Eboli restano separati per servire un'alta intensità di popolazione. Entrambi i nosocomi di queste città conservano il pronto soccorso ma avranno un indirizzo specifico. Battipaglia si caratterizza per l'area chirurgica materno-infantile ed è forse anche per questo che sarà potenziato il punto nascita. Invece l'ospedale di Eboli segue l'indirizzo cardiologico assorbendo, probabilmente, i posti letto di Battipaglia, dove comunque resta il servizio. L'ospedale San Francesco di Oliveto Citra, con i suoi 15mila accessi, conferma il suo pronto soccorso e si occuperà di riabilitazione ed ospiterà i degenti di psichiatria. Gli ospedali di Polla e Sarno rientrano nella rete dell'emergenza per alte specialità di cardiologia; inoltre rete del trauma e pediatria per il Villa Malta di Sarno mentre il Luigi Curto di Polla si distinguerà come spoke per gli ictus cerebrali, l'emergenza cardiologica, la rete del trauma.

Novità infine anche sul 118 dove verranno accorpate, entro 12 mesi, le due centrali operative Salerno 1 e Salerno 2. «Un ottimo piano ma dove sono i supporti tecnologici per sostenerlo e soprattutto il personale?», tuona Biagio Tomasco della Uil Fp. Gli fanno

eco sia Pietro Antonacchio della Cisl Fp che Pasquale Addresso della Cgil. Antonacchio dice: «Vediamo cosa succede adesso, però dobbiamo riconoscere che De Luca ha mantenuto fede agli impegni che ha preso con tutti». Obietta invece Addresso: «E' insostenibile per il momento. Non ci sono risorse e i dipendenti già ora sono in sofferenza con casi come quello di Nocera dove i lavoratori hanno 150 ore di straordinari. Vedo difficile la realizzazione di questo piano senza un'adeguata politica di reclutamento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Decisioni**  
Sapri e Vallo hanno meno dei 500 parti annuali stabiliti dalla legge ma resistono



### Programmazione

Nel braccio di ferro tra il commissario Polimeni e il governatore De Luca alla fine l'ha spuntata quest'ultimo

# Sanità24

LAVORO E PROFESSIONE

## La medicina di distretto a congresso: rilancio delle cure territoriali per liberare i pronto soccorsi

di *Gilberto Gentili (presidente uscente Card)* e *Gennaro Volpe (presidente eletto Card)*



“Curare il territorio”, prendersi cura non solo di persone e singoli individui ma della comunità, proteggendo e prevenendo rischi in una determinata area in cui una comunità riconosce il proprio ambiente di vita. È questo il nuovo punto di partenza per Card, che si propone come società scientifica delle attività e dei servizi territoriali, ed accentua la sua caratteristica di associazione multiprofessionale e multidisciplinare.

Alleggerire la pressione sugli ospedali con lo sviluppo di servizi e sinergie territoriali.

In questo programma si inserisce la riorganizzazione di un sistema di sinergie territoriali che lavorino “con” gli ospedali, alleggerendoli del carico di pazienti che quotidianamente vi fanno ricorso. Ad iniziare dai servizi di emergenza. In Italia infatti, esistono circa 800 strutture di Pronto Soccorso (500 complesse e 300 di base), cui affluiscono circa 100.000 persone al giorno. Ma statisticamente solo il 10-15% delle persone ha realmente bisogni “urgenti-emergenti”. Card è stata tra le prime a sottolineare la centralità e l'importanza delle cure domiciliari, delle centrali operative h24 7 giorni su 7, dell'integrazione verticale tra cure

primarie e specialistiche, e orizzontale, tra parte sanitaria e sociale. Non a caso, infatti, due dei focus principali del congresso di Napoli vertono sull'appropriatezza della terapia, e sull'aderenza della terapia. Con la prima espressione indichiamo la necessità di fare la cosa giusta alla persona giusta al momento giusto. Non è più il tempo di duplicazioni, di interventi inutili o tentativi di raggiungere obiettivi impossibili (si pensi per esempio al caso stamina), ma bisogna finalizzare le azioni ad obiettivi misurabili, raggiungibili e che aumentino il livello di salute della popolazione. Non meno importante è l'aderenza terapeutica. In Italia infatti accade che spesso pazienti cronici non assumano con regolarità la terapia loro prescritta. Questo comporta due tipi di problemi: il primo riguarda il dispendio economico perchè questi pazienti rischiano complicanze derivanti dalla malattia che hanno un impatto sul sistema molto più forte rispetto alle cure per la terapia ordinaria. Infatti, il 70-80% degli accessi al pronto soccorso interessa proprio "fragilità da cronicità". Al tempo stesso viene inficiata la presunta efficacia del farmaco in quanto la sua mancata assunzione può falsamente rappresentare una inefficacia del medesimo.

### **Il distretto come produttore di servizi ambulatoriali, domiciliari e residenziali**

Un altro obiettivo di Card è quello di riequilibrare l'offerta tra cure ospedaliere e cure ambulatoriali, domiciliari e residenziali. Le ultime tre dovrebbero avere un sistema di governo unitario, produttore di prestazioni sinergiche e coordinate. Card mira, infatti, a congiungere e riunificare. Vuole cioè superare la distinzione tra ospedale e distretto, in modo che l'ospedale sia parte di un territorio in cui si lavori "tutti insieme per tutto". In questa visione, si inserisce anche l'intenzione di rendere omogenei i mandati dei 600 distretti facenti parte delle circa 200 aziende sanitarie in Italia, eliminando le differenze, sia interregionali che intraregionali.

### **Riportare l'ospedale al centro del territorio**

Il terzo obiettivo di Card è che non bisogna far lavorare il territorio per l'ospedale ma con l'ospedale. Da tempo infatti Card sostiene che occorre "ri-ospedalizzare il territorio", non "de-ospedalizzare". Del resto, come si potrebbe sostenere la riduzione di 100.000 posti letto negli ultimi 15 anni senza ricorrere a soluzioni alternative? Affermare di lavorare con i pazienti, non solamente per loro, implica realizzare percorsi in cui la persona-paziente-utente sia coinvolta, educata alla salute ed alla malattia, in grado di divenire padrona della propria malattia e attrezzata per convivere attivamente con la sua cronicità.

Nasce la "medicina di iniziativa".

Infine, occorre una medicina di iniziativa, in cui includere promozione e prevenzione. Prevenire la cronicità (prima tra tutte l'obesità, per cui occorrono azioni ben oltre la sanità), è l'unica via per fronteggiarne l'epidemia, e sostenere la moltitudine di persone con malattie di lunga durata ad alto impatto sociale, che poi sono sempre più quelle che si riversano al Pronto Soccorso. Infine, per evitare recidive e reingressi evitabili, l'ospedale deve filtrare i pazienti prima

della dimissione, rendendola sempre appropriata e tempestiva, in continuità con gli altri setting di cura.

Su questi temi, sulla necessità di mettere in atto procedure cliniche ed organizzative adeguate e di sensibilizzare tutto il sistema sanitario, dal prescrittore al paziente, CARD presenta nel suo convegno nazionale testimonianze ed esperienze provenienti in gran parte dal mondo della sanità territoriale.

## “Sfida mondiale contro i batteri super-antibiotico entro il 2050”

L'allarme inglese: “Le infezioni  
faranno dieci milioni di morti  
all'anno, più vittime dei tumori”

ELENA DUSI

ROMA. I batteri diventano sempre più resistenti ai nostri antibiotici. E nel 2050, avverte un rapporto britannico, le infezioni per le quali non avremo farmaci a disposizione potrebbero uccidere 10 milioni di persone: una ogni tre secondi. Ancora più del cancro, per il quale si prevedono 8 milioni di vittime all'anno.

A lanciare l'allarme da Londra è il rapporto *Review on Antimicrobial Resistance*, chiesto dal premier David Cameron a metà del 2014. Da quando il progetto è partito, un milione di persone sono morte per la mancanza di un farmaco adatto alla loro infezione.

Lo studio è stato affidato alla fondazione Wellcome Trust per l'aspetto medico e scientifico, ma a coordinare il progetto è stato l'economista Jim O'Neill. Che, accanto agli allarmi, ha pensato di inserire possibili misure finanziarie per affrontare il problema. «Se non lo faremo entrere in un nuovo Medioevo, che costerà la vita a molti», ha detto. «Stiamo affrontando un nemico che diventa sempre più potente con un arsenale sempre più scarso». La resistenza agli antibiotici è «una minaccia per la nostra sicurezza e per la nostra economia».

Nel 2050, spiega Lord O'Neill, si calcola che la resistenza agli antibiotici costerà al mondo 100mila miliardi di dollari (inclusi i costi indiretti di mancata produttività dei malati). La ricerca scientifica di base dovrebbe dunque essere finanziata, e subito, con 2 miliardi di dollari, raccolti anche tassando le case farmaceutiche che non fanno ricerca per sviluppare nuovi farmaci (idea già respinta da molte aziende, che l'hanno definita «punitiva»). «Chiederò agli altri

ministri di studiare un approccio comune con medici e industrie», ha aggiunto il ministro dell'Economia inglese, George Osborne. Per ogni nuovo antibiotico scoperto, le case farmaceutiche andrebbero premiate con un miliardo di dollari, suggerisce ancora Lord O'Neill. Incentivi simili faciliteranno la diffusione di test per capire chi ha effettivamente bisogno di questi farmaci, riducendo le prescrizioni improprie per febbri o raffreddori causati da virus (contro i quali gli antibiotici sono completamente inefficaci). Laddove un'infezione possa essere combattuta con un vaccino, questa strada dovrebbe poi essere incentivata.

L'uso di antibiotici nell'allevamento, secondo il rapporto, dovrebbe essere regolamentato, con il divieto assoluto di usare per gli animali gli antibiotici definiti «essenziali» per la salute umana. Spesso infatti questi farmaci vengono usati più per far aumentare il peso di mucche e

“Serve un sistema di tasse e premi per spingere le case farmaceutiche a studiare nuove cure”

maiali che per curarne le malattie. Negli Stati Uniti, il 70% degli antibiotici smerciati è usato per l'allevamento, e una delle soluzioni suggerite è che sulle etichette della carne venga indicata la quantità di antibiotici somministrata agli animali.

Più gli antibiotici vengono usati, più la selezione genetica “premia” i batteri capaci di sopravvivere. Dall'altra parte, la ricerca farmaceutica fatica a trovare nuovi prodotti e dagli anni '80 a oggi non si è fatto alcun



progresso sostanziale. «Sono decenni che non vediamo una nuova classe di antibiotici», lamenta O'Neill. «È compito dei politici fare qualcosa». Gli antibiotici sono considerati difficili da sviluppare e non particolarmente redditizi. I ricavi ammontano a 4,7 miliardi di dollari all'anno nel mondo. L'equivalente, fa notare lo studio, di uno solo dei farmaci anti-cancro più diffusi.

In un eventuale “nuovo Medioevo” della medicina, ogni piccolo intervento chirurgico o la

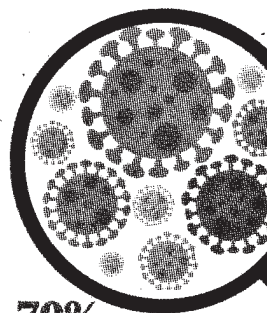
chemioterapia farebbero rischiare un'infezione letale. «Le infezioni oggi — ha spiegato Sally Davies, “medico in capo” della Gran Bretagna — causano il 7% dei decessi. Senza antibiotici, questa percentuale potrebbe raggiungere il 40%». Le raccomandazioni di un solo paese come la Gran Bretagna difficilmente potranno fare la differenza. Per questo O'Neill ha chiesto a G7, G20 e Nazioni Unite di «agire davvero, già da quest'anno».

©IPRODUZIONE RISERVATA

### 10 mln

#### LA PREVISIONE

Secondo lo studio inglese, in assenza di nuove cure, nel 2050 le infezioni potrebbero uccidere 10 milioni di persone all'anno, una ogni 3 secondi



### 2 mld \$

#### GLI INVESTIMENTI

È la somma che, per lo studio britannico, va investita in ricerca, o nel 2050 la resistenza agli antibiotici costerà al mondo 100mila miliardi di dollari

### 70%

#### NEGLI ALLEVAMENTI

Negli Usa il 70% degli antibiotici venduti viene dato agli animali, per farli aumentare di peso: così l'uomo li assume attraverso il consumo di carne

### 4 mln

#### LA RESISTENZA

Si calcola che ogni anno nella sola Europa siano 4 milioni le infezioni per le quali si verifica la resistenza ad almeno un farmaco

L'Istituto di Candiolo primo in Italia

## Sanità, nuova tecnica anti-tumore I farmaci iniettati nell'addome



### Chirurghi da tutto il mondo

Oggi all'Irccs di Candiolo specialisti di fama mondiale illustreranno le nuove tecniche della chirurgia oncologica

**ALESSANDRO MONDO**

Un approccio mini-invasivo, senza gli effetti collaterali degli agenti chemioterapici, in grado di fare regredire, e in alcuni casi bloccare, il progredire della carcinosi peritoneale: una fase molto avanzata della malattia, caratterizzata da una situazione clinica che spesso non presuppone scampo.

Sono i punti di forza della «Pipac», una delle nuove tecniche in aiuto della chirurgia oncologica, protagonista con altre del congresso ospitato all'Istituto dei tumori di Candiolo: anche se parlare di congresso è riduttivo, trattandosi di un workshop partecipato da 14 chirurghi in arrivo da tutto il mondo; prevista una parte teorica ed una pratica, con quattro interventi in due sale operatorie che lavorano in contemporanea. Altri specialisti arriveranno oggi: dallo statunitense Paul Sugarbaker agli olandesi Vick Verwaal e Martijn Meijerink, a Clemens Tempfer, dell'Università di Bochum.

La scelta dell'Istituto di Candiolo non è casuale dato che - spiega il dottor Michele De Simone, direttore della Chirurgia On-

cologica dell'Irccs - proprio a Candiolo la nuova tecnica viene sperimentata da meno di un anno sulla base di un protocollo per ora unico in Italia: 72 interventi eseguiti, tutti senza complicanze.

La carcinosi peritoneale è una malattia solitamente localizzata: «La cavità addominale è una regione ben delimitata grazie alla presenza della barriera del peritoneo, che impedisce ad alcuni farmaci antitumorali di passare nel circolo sistemico», premette De Simone. La Pipac prevede nella prima fase un breve intervento di chirurgia laparoscopica con una mini-incisione: a seguire, viene collegata una pompa di tipo angiografico e si inserisce negli accessi un microniettore. In questo modo il farmaco viene portato all'interno della cavità tramite un flusso d'aria pressurizzata: quindi direttamente in loco, con una maggiore capacità di penetrazione e di concentrazione.

Nessun effetto collaterale, si premetteva: perdita dei capelli, tossicità a livello nervoso e cardiocircolatorio, nausea, riduzione del midollo osseo. In compenso, gli effetti sono promettenti. Un'altra frontiera della Sanità moderna.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI