



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Stretta sui direttori generali delle Asl Albo unico, meno poteri alle Regioni

Limiti alla discrezionalità: una commissione nazionale sceglierà i candidati

Le regole



La nomina dei direttori generali delle Asl sta per essere sottratta alla discrezionalità delle Regioni. Diventerà necessario pescare da una lista nazionale con la possibilità di cancellare dal listone chi non ha svolto bene il suo lavoro

La nuova procedura è prevista da un provvedimento che dovrebbe arrivare già domani in Consiglio dei ministri. La lista di idonei sarà preparata ogni due anni. A scegliere chi far entrare sarà una commissione di cinque persone: due scelte dal ministero della Salute (nella foto Beatrice Lorenzin), due dalla Conferenza delle Regioni, una dall'Agenda nazionale per i servizi sanitari regionali

ROMA Sono l'esempio migliore per dimostrare il teorema sull'invadenza della politica, almeno di quella politica che entra anche quando non dovrebbe entrare. E non c'è zona d'Italia che non sia stata toccata da un'inchiesta giudiziaria sul tema. Ma forse sulle Asl, le aziende sanitarie locali che «guidano» sul territorio gli ospedali e i medici, siamo a un punto di svolta. La nomina dei direttori generali sta per essere sottratta alla discrezionalità delle Regioni. Diventerà necessario pescare da una lista nazionale di idonei preparata con criteri trasparenti. Un meccanismo che non elimina del tutto (e come potrebbe?) i margini di manovra politica. Ma che di sicuro li riduce parecchio.

La nuova procedura è prevista da un provvedimento di nove articoli che dovrebbe arrivare domani in Consiglio dei ministri. Si tratta di uno dei decreti che dà attuazione alla riforma della pubblica amministrazione, diventata legge l'estate scorsa. Nel dettaglio il nuovo sistema funzionerà così. Il listone di idonei sarà preparato ogni due anni. A scegliere chi far entrare e chi no sarà una commissione di cinque persone: due scelte dal ministero della Salute, due dalla Conferenza delle Regioni, una dall'Agenda nazionale per i servizi sanitari, l'organo che aiuta il ministero ad analizzare i costi di un settore enorme, che copre l'80% dei bilanci regionali.

Per entrare nel listone, oltre ad avere meno di 65 anni, sarà necessaria la laurea, un'esperienza dirigenziale di almeno cinque anni e anche la partecipazione ad alcuni corsi di formazione per la gestione sanitaria. Di regole ce ne sono tante altre, ma la sostanza sta proprio qui, nel listone. Alla fine a scegliere sarà il presidente della Regione. Ma senza quella

grande libertà oggi prevista dalla legge, perché il nome del nuovo direttore dovrà venire per forza da quella lista di idonei. Non solo.

Una volta nominato, il direttore generale si vedrà assegnare dei compiti precisi. Sia sul funzionamento dei servizi, sia sugli obiettivi di salute, ad esempio il tasso di mortalità infantile. Ma anche sulla cosiddetta appropriatezza prescrittiva, cioè il fatto che i medici non prescrivano troppe medicine che poi finiscono per pesare sui bilanci delle Regioni. Come saranno definiti questi obiettivi lo stabilirà, come al solito, un provvedimento successivo. Ma avranno il loro peso. Dopo due anni di lavoro, il direttore generale sarà valutato da una commissione regionale proprio sulla base di questi criteri. E, se i risultati non saranno in linea con le at-

In Consiglio

La nuova procedura per le nomine sarà discussa domani in Consiglio dei ministri

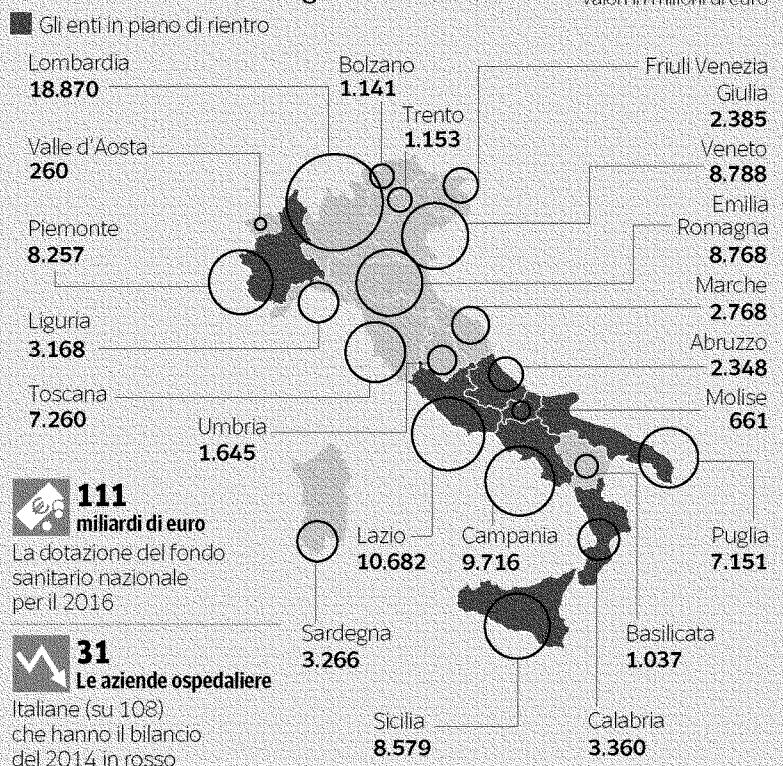
tese, potrà perdere il suo incarico, persino essere cancellato dal listone nazionale. Con la necessità, quindi, di trovarsi un lavoro diverso.

L'obiettivo, dunque, è «lasciare la politica fuori dalle Asl», come da slogan ascoltato tante volte. Ma in fondo le nuove regole somigliano a quelle che avevamo fino al 1994, quando c'era un listone di idonei tenuto dal ministero della Sanità. Poi la scelta fu messa nelle mani delle Regioni. Allora si pensava che ogni decisione presa sul territorio fosse buona e giusta. Oggi tira un'aria molto diversa.

Lorenzo Salvia
@lorenzosalvia
© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

I costi della Sanità nelle Regioni



Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

d'Arco

Lorenzin: «L'albo dei manager presto in Cdm»

Nell'ultima settimana di lavoro parlamentare per il varo definitivo della legge di Stabilità, tra colpi di scena, passi avanti e marce indietro con emendamenti ballerini prima ritirati poi riproposti. La ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin** ha tenuto le fila delle varie questioni chiave e ripercorso in conferenza stampa le misure approvate nel testo approvato in commissione Bilancio. Primo step affrontato le nuove assunzioni per far fronte all'emergenza orario di lavoro: «Abbiamo stimato un impatto fino a 329 milioni di euro per un fabbisogno teorico di 6mila unità. Ma saranno le Regioni a indicare le necessità reali». Una dichiarazione che ha subito scaldato gli animi dei sindacati, infatti la Fp Cgil Medici ha replicato: «Il Governo dice che vuole fare le assunzioni di medici e di infermieri, ma poi chiede alle Regioni di reperire le risorse dopo anni di tagli e definanziamenti. Trasferisce le responsabilità alle Regioni ma non le risorse».

Albo in dirittura d'arrivo? Ma se sul tema delle assunzioni molto è stato detto e ancora molte saranno le discussioni, l'altra grande novità annunciata è l'imminente discussione nel Consiglio dei ministri del decreto per la costituzione dell'albo dei manager della sanità in attuazione della legge Madia. «Stiamo per presentare al prossimo

Consiglio dei ministri il primo decreto attuativo della legge Madia sull'istituzione di un albo dei manager nella sanità». E ha spiegato che si tratta di «un importante tassello che rende sempre più meritocratico l'accesso alla dirigenza sanitaria. L'obiettivo è quello di avere una selezione verso l'alto dei dirigenti direttori generali, ma anche amministrativi, con requisiti di grande eccellenza».

Cosa prevede la norma. La selezione dei manager, secondo quanto previsto dalla legge Madia di riforma della Pubblica amministrazione, avverrà per titoli di studio, scientifici e di carriera, dinanzi a una commissione nazionale di esperti. I soggetti selezionati, se in possesso dei necessari titoli di onorabilità, potranno iscriversi a un elenco tenuto presso il ministero della Salute, aggiornato con cadenza biennale e previa nuova selezione. Potrà essere nominato direttore generale soltanto chi, avendo superato la selezione, è iscritto in tale elenco. Nel caso in cui il direttore generale non raggiunga gli obiettivi prefissati sia economico-finanziari, sia con riferimento ai Livelli essenziali di assistenza e al programma valutazione Esiti, o incorra in episodi di cattiva gestione, sarà soggetto alla decadenza automatica dall'incarico e il suo nominativo verrà cancellato dall'elenco nazionale. Non sarà pertanto più nominabile presso alcuna azienda sanitaria, fatto salvo il superamento di un nuovo concorso.

Rivoluzione trasparenza. L'albo è uno dei cavalli di battaglia della ministra che più volte nei mesi scorsi ha avuto modo di ribadire l'importanza «rivoluzionaria» del provvedimento. E se è vero che «la sanità funziona dove ci sono bravi manager», i tempi sono maturi per un cambio di passo nel senso di una reale meritocrazia e piena trasparenza delle procedure di selezione. Sarà «un albo nazionale, con regole d'ingresso precise e trasparenti, dal quale potere valutare i "migliori"», dando così alle Regioni la possibilità (e ovviamente la responsabilità) di scegliere chi chiamare a dirigere la sanità. «A questi manager - ha sottolineato Lorenzin - dovranno essere affidati obiettivi alti. Se non li raggiungono vengono depennati e vanno a casa». (L.Va.)

Lunedì 21 DICEMBRE 2015

Spesa sanitaria. Dossier dell'Ufficio parlamentare di Bilancio: "Il settore è sotto tensione. A rischio la sostenibilità". E nel 2017 non si possono escludere nuovi tagli

Sottolineato come il finanziamento della Stabilità sia inferiore a quello atteso dal Patto per la Salute e che le misure di contenimento potrebbero fallire non essendo specificate nel dettaglio. Ma il rischio è anche quello di nuovi tagli al finanziamento. Come accadde l'anno scorso dopo che le Regioni decisero di intervenire anche sulla sanità per far fronte alle riduzioni di spesa a loro carico. Affondo anche sul decreto appropriatezza: "Al momento nessun esito sui risparmi". [IL FOCUS](#)

Le azioni di spending review volte a ottenere risparmi potrebbero produrre risultato ma "non sono specificate, se non in piccola parte (si pensi, in particolare, alla centralizzazione degli acquisti), restando piuttosto affidate alla competenza e alla responsabilità delle Regioni e dei direttori generali. Pertanto non è possibile valutare con puntualità gli effetti della manovra". In ogni caso "al settore potrebbe essere domandato un ulteriore contributo, qualora non sia possibile giungere alle riduzioni richieste solo a carico degli altri comparti". In soldoni questo si potrebbe tradurre in una contrazione dello 0,5% del rapporto della spesa sanitaria sul Pil nel periodo 2015-2019 (che arriverebbe al 6,3% del Pil). Queste alcune delle considerazioni sulla Legge di Stabilità, e più in generale sul comparto, contenute nel focus **"La revisione della spesa pubblica: il caso della Sanità"** curato dall'Ufficio parlamentare di Bilancio.

Il Focus contiene una riflessione sulla complessa relazione esistente tra risorse, efficienza/efficacia nell'uso delle stesse, qualità e accesso ai servizi. Al dubbio se le misure di correzione della spesa rischiano di mettere a repentaglio la funzione di tutela della salute "non è possibile offrire una risposta esaustiva e definitiva. Da un lato, è ancora possibile per le Regioni migliorare il rapporto costo/efficacia dei servizi, attraverso interventi volti alla riduzione degli sprechi, al miglioramento dell'efficienza organizzativa, alla più netta separazione tra interesse pubblico e interessi privati, all'accrescimento dell'appropriatezza, sebbene i margini di azione tendano a restringersi".

Le informazioni raccolte fotografano un SSN che si va ristrutturando, con un ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera (su tutto il territorio nazionale) e un qualche rafforzamento di quella territoriale (soprattutto in alcune Regioni), in presenza di un importante sforzo di contenimento delle risorse complessive, concentrato di recente soprattutto in quelle Regioni che tradizionalmente hanno mostrato minore capacità di gestione. Il processo di riqualificazione del sistema e di superamento delle differenze geografiche nei livelli quantitativi e qualitativi di fornitura è rimasto indietro rispetto a quello di responsabilizzazione finanziaria, malgrado gli sforzi messi in atto per garantire gli standard nazionali, ad esempio, attraverso il monitoraggio dei LEA e il Programma nazionale esiti.

Emergono inoltre alcuni segni di limitazione dell'accesso fisico (razionamento) ed economico (compartecipazioni) e **tracce di una tensione nell'organizzazione dei servizi, legata alla limitatezza delle risorse finanziarie e umane, che potrebbero rivelarsi insostenibili se prolungate nel tempo**. Questo avviene mentre i principali paesi sviluppati allocano quantità sempre maggiori di risorse sulla sanità, seguendo una tendenza che riflette l'aumento della domanda di salute legato all'incremento del benessere e all'invecchiamento della popolazione, oltre che la scoperta di nuove tecnologie e le aspettative di sviluppo del settore

La sintesi del Focus:

Il Focus evidenzia che con gli interventi del disegno di legge (DDL) di stabilità per il 2016, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) viene posto a 111,0 miliardi, livello superiore a quello del 2015 (pari a 109,7), ma inferiore di 2,1 miliardi a quanto previsto, a legislazione vigente, dopo la manovra dello scorso anno (113,1 miliardi). Ma lo studio evidenzia anche per il triennio 2017-19, il DDL prevede riduzioni aggiuntive del finanziamento, a seguito della richiesta alle Regioni di garantire un ulteriore contributo al riequilibrio delle finanze pubbliche. Lo sforzo richiesto alle Regioni, pari a 4 miliardi per il 2017 e 5,5 sia per il 2018 che per il 2019, dovrà essere allocato tra gli ambiti di spesa e ripartito tra le Regioni annualmente attraverso un accordo da recepire in Conferenza Stato-Regioni. In caso di mancata Intesa, sarà il Governo, con DPCM, a stabilire l'allocazione del taglio tra i settori di spesa regionale – compresa, dichiaratamente, la sanità – e il riparto tra gli enti (da determinare anche sulla base della popolazione e del PIL)".

Ecco perché **"al settore potrebbe essere domandato un ulteriore contributo, qualora non sia possibile giungere alle riduzioni richieste solo a carico degli altri comparti**. Data la composizione dei bilanci delle Regioni, sembrerebbe peraltro inevitabile che una quota significativa della correzione venga posta a carico del SSN. Considerando le stime sull'evoluzione della spesa sanitaria a legislazione vigente contenute nella Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2015, che prevedono un calo, in rapporto al PIL, da 6,8 a 6,5 punti percentuali tra il 2015 e il 2019, **nel quadro programmatico la riduzione del rapporto a fine periodo potrebbe risultare di circa mezzo punto di PIL**".

Il Focus rimarca come "il DDL di stabilità ribadisce che il 'rispetto dei livelli essenziali di assistenza' non deve essere messo a repentaglio dai risparmi", ma ricorda come "rimane da dimostrare la concreta compatibilità tra la riduzione del finanziamento programmata e la sostenibilità del SSN che, se non garantita, potrebbe dare luogo a sforamenti delle previsioni di spesa e/o a carenze nell'assolvimento della funzione di tutela della salute".

Per l'Ufficio Parlamentare di Bilancio si "tratta di riuscire a gestire la pressione generata da fattori contrapposti: da un lato, il ridimensionamento delle risorse rispetto a quanto concordato; dall'altro, l'impegno ad adottare i nuovi LEA e i nuovi nomenclatori, l'introduzione di importanti e costosi farmaci innovativi, l'avvio della contrattazione economica per il personale dipendente (e forse quello convenzionato), l'applicazione di nuovi parametri sulla quantità/qualità delle prestazioni e delle norme europee sugli orari di lavoro del personale sanitario ed eventualmente l'adozione del nuovo Piano vaccini. I risparmi ricavabili con alcune misure di spending review previste dal DDL di stabilità per il 2016 potrebbero favorire l'alleggerimento della pressione, e quindi il successo delle Regioni nello sforzo di ridurre gli sprechi" anche se "tuttavia che le azioni volte a ottenere questo risultato non sono specificate, se non in piccola parte (si pensi, in particolare, alla centralizzazione degli acquisti), restando piuttosto affidate alla competenza e alla responsabilità delle Regioni e dei direttori generali. Pertanto non è possibile valutare con puntualità gli effetti della manovra e ci si deve limitare a cercare di verificare quali siano gli spazi disponibili e quali i rischi".

In questo senso il focus parla **dell'appropriatezza e del fatto che "non sembra rappresentare un valido strumento per ottenere ritorni economici immediati (a meno che non si trasformi in un razionamento anche di prestazioni efficaci), ma piuttosto un percorso volto alla progressiva riduzione degli sprechi"**.

"Il tentativo di ottenere risparmi di spesa pari a 106 milioni fin dal 2015 – si legge –, con un decreto del Ministero della Salute volto alla revisione delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva da approvare rapidamente negli ultimi mesi del 2015 (previsto in sede di conversione in legge del DL 78/2015), ha incontrato ampie difficoltà, che ne hanno rallentato l'attuazione. Il primo schema di decreto ha alimentato un intenso dibattito nel corso del quale, da un lato, si vanno chiarendo alcuni aspetti relativi all'applicazione pratica del provvedimento, dall'altro, si è affermata l'opportunità di una riflessione più profonda, tanto da sottoporre il documento a un'altra revisione e da riprendere il tema dell'appropriatezza con il DDL di stabilità per il 2016, in

connessione con quello dell'introduzione dei nuovi LEA. L'appropriatezza insomma non sembra rappresentare un valido strumento per ottenere ritorni economici immediati (a meno che non si trasformi in un razionamento anche di prestazioni efficaci), ma piuttosto un percorso volto alla progressiva riduzione degli sprechi. Quanto alle inefficienze, queste possono dipendere da carenze nelle capacità di gestione, ed eventualmente da fenomeni di corruzione e/o infiltrazioni della criminalità organizzata. Maggiore è l'inadeguatezza dell'amministrazione, più alto il rischio che interessi privati prendano il sopravvento".

Infine nel focus vengono presentati alcuni dati sulla spesa sanitaria; in particolare, viene messo in evidenza che **la spesa sanitaria in Italia è relativamente bassa nel confronto internazionale** ed è stata posta sotto controllo negli ultimi anni, anche nelle Regioni in piano di rientro. E poi l'attenzione si sposta l'attenzione su alcune evidenze utili a ragionare sulla sostenibilità del SSN, individuando alcuni indizi di **fenomeni di razionamento fisico ed economico in corso**, e riportando alcuni dati che mostrano il permanere di un forte divario territoriale nella fornitura dei servizi.

Luciano Fassari

I TAGLI

Sanità, sforbiciata da un milione

■ Dalla conferenza delle regioni il via libera alla cancellazione dei 47 gruppi interregionali. Stop a viaggi e spese folli: le convention solo sui social. Rivoluzionata la commissione salute

Tagli alle aree di competenza, riduzione dei costi di viaggio e soggiorno per una sforbiciata netta da 1 milione di euro. E' il senso del progetto di riorganizzazione della Commissione Salute approvato ieri dalla conferenza delle Regioni. Nel dettaglio i 47 gruppi interregionali scenderanno a 8 con un taglio netto a tutti gli "sprechi". Le otto aree, come emerso a margine dell'incontro andato in scena a Roma, saranno modellate sui tre livelli di assistenza (Distrettuale, Ospedaliera e Sanità Pubblica) e ciascuna è affidata a un coordinatore che si raccorderà nell'attività con gli esperti designati da ogni Regione. In accordo con il coordinatore della Commissione salute, i coordinatori di area svilupperanno e approfondiranno i temi da sottoporre agli assessori. L'obiettivo è far sì che nei lavori per area sia sviluppata ancora di più la funzione tecnica per consentire quindi agli incontri della Commissione di concentrare l'attenzione nell'individuazione delle priorità, nella discussione politica e nella definizione degli indirizzi a supporto della Conferenza delle Regioni. La modalità di lavoro dei Gruppi privilegerà l'utilizzo della tecnologia per evitare onerosi spostamenti: tradotto più social e meno viaggi in giro per l'Italia. L'organizzazione, oltre ad essere coerente con l'articolazione dei livelli essenziali di assistenza - si



legge in una nota - risponde anche alla necessità di semplificare e omogeneizzare i processi necessari per definire documenti e indicazioni utili agli incontri degli assessori. Per il coordinatore della Commissione Salute, Sergio Venturi assessore in Emilia-Romagna, «si tratta di una riorganizzazione nel segno della sobrietà che prevede modalità di lavoro coerenti con questo impegno e con uno stile che, a mio avviso, la politica deve assumere. Sono sicuro che non perderemo nulla in termini di efficienza ed efficacia ed anzi guadagneremo qualcosa nel rispetto dei cittadini verso il nostro lavoro». Un piccolo passo verso la rivoluzione, annunciata anche da Renzi che vedrà protagonista la Sanità italiana.

COMUNICAZIONI TELEMATICHE/730 PRECOMPILATO

Istruzioni per scontrini e fatture

Con l'approssimarsi della fine dell'anno, si fa ormai imminente la scadenza del termine del 31 gennaio entro il quale eseguire la nuova incombenza della comunicazione telematica al Sts - Sistema tessera sanitaria, delle fatture e scontrini emessi da medici, odontoiatri, farmacie, laboratori d'analisi e altre strutture sanitarie.

Di cosa si tratta. L'articolo 3 del Dlgs 175/2014 ha stabilito che il Sistema tessera sanitaria, metta a disposizione dell'Agenzia delle entrate le informazioni concernenti le spese sanitarie sostenute dai cittadini, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. Queste informazioni devono essere trasmesse telematicamente al Sistema tessera sanitaria dalle strutture sanitarie accreditate e dagli iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

In particolare, sono interessati al nuovo adempimento: aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero e cura a carattere scientifico; policlinici universitari; farmacie pubbliche e private; presidi di specialistica ambulatoriale; strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa, gli altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari; tutti gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

L'invio può essere effettuato dai soggetti sopra elencato, ovvero dalle associazioni di categorie o da intermediari abilitati, che devono possedere una specifica abilitazione rilasciata dal Mef.

Medici e odontoiatri. Per il 2015, i medici e gli odontoiatri sono tenuti a comunicare i dati che confluiranno nel 730 precompilato, come detto, entro il 31 gennaio 2016. La comunicazione da parte dei medici potrà avvenire con le stesse credenziali che danno loro accesso al Sistema tessera sanitaria. Nel caso in cui il professionista non sia ancora in possesso di queste credenziali, dovrà attivarsi per ottenerle presso l'Ordine dei Medici, accedendo direttamente al sito www.sistemats.it con la propria Ts-Cns (carta nazionale dei servizi), oppure registrandosi al sito.

La comunicazione dovrà riguardare:

- le spese per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale esclusi gli interventi di chirurgia estetica;
- le visite mediche generiche e specialistiche, nonché le prestazioni diagnostiche e strumentali;
- le prestazioni chirurgiche, a esclusione della chirurgia estetica;
- gli interventi di chirurgia estetica ambulatoriali o ospedalieri;

- le certificazioni mediche;
- tutte le altre spese sostenute dagli assistiti, non comprese nell'elenco.

Per ciascuna spesa o rimborso, i dati disponibili sul Sistema tessera sanitaria sono: a) codice fiscale del contribuente o del familiare a carico cui si riferisce la spesa o il rimborso; b) codice fiscale o partita Iva e cognome e nome o denominazione del soggetto che ha emesso il documento fiscale (scontrino o fattura) c) data del documento fiscale che attesta la spesa; d) tipologia della spesa; e) importo della spesa o del rimborso; f) data del rimborso. La tipologia di spesa dovrà essere indicata in base a una apposita codifica.

Ciascun assistito può esercitare la propria opposizione a rendere disponibili questi dati all'Agenzia delle Entrate, con relativa cancellazione degli stessi. Pesanti sono le sanzioni previste dal Dlgs 158/2015, pari a 100 euro per ogni comunicazione omessa fino a un massimo di 50.000 euro. La sanzione non si applica se la trasmissione dei dati corretti è effettuata entro i 5 giorni successivi alla scadenza, ovvero, nei casi di segnalazione da parte dell'agenzia delle Entrate, entro i 5 giorni successivi alla segnalazione stessa.

A.Sa.

Martedì 22 DICEMBRE 2015

Domani la Stato Regioni. In agenda la nomina di Melazzini all'Aifa e il riparto del Fsn 2015

Ultima Stato Regioni dell'anno con all'ordine del giorno l'intesa sul successore di Pecorelli alla presidenza dell'Aifa. Le Regioni dovranno dire la loro sulla proposta di Lorenzin che [designato Mario Melazzini](#). Ma poi anche l'intesa sul riparto delle risorse per la sanità per il 2015 (indistinte, vincolate e premiali) e l'individuazione delle categorie di beni e servizi da acquistare tramite Consip.

Il Presidente della Conferenza delle Regioni **Stefano Bonaccini** ha convocato per domani una seduta straordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome per esaminare le questioni all'ordine del giorno della successiva riunione della Conferenza Stato-Regioni, prevista per le ore 17 dello stesso giorno.

Di seguito i temi di interesse sanitario in discussione alla Conferenza Stato-Regioni:

- 1) Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2015;*
- 2) Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate (art. 1, comma 34, L. 662/96) per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2015;*
- 3) Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (art. 42, comma 14ter, DL 133/2014, convertito, con modificazioni, dalla L. 164/2014) di ripartizione delle forme premiali per l'anno 2015;*
- 4) Intesa sulla proposta del Ministro della salute relativa alla designazione del Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia italiana del farmaco;*
- 5) Intesa sullo schema di Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante la determinazione delle categorie di beni e servizi e le relative soglie di obbligatorietà (art. 9, comma 3 del DL 66/2014 convertito dalla L. 89/2014) per gli anni 2016 e 2017.*

Dalle misure pro risparmio ai farmaci innovativi al piano assunzioni: tutte le novità della manovra 2016

Brindisi di Natale senza le bollicine

Lorenzin festeggia ma i medici fanno le barricate - Bonaccini alla guida delle Regioni

Il pacco-dono della legge di Stabilità 2016 è come sempre pieno di novità. Dai piani di rientro per gli ospedali in deficit alle misure sui farmaci innovativi, dai soldi per le borse di studio agli specializzandi fino al piano assunzioni, confezionato in fretta per far fronte all'emergenza orari di lavoro. Ma se la

ministra Lorenzin canta vittoria, i medici attaccano: «Ssn depauperato» e sulle risorse umane è «gioco di prestigio». Intanto, le Regioni ammorbidiscono i toni ma confermano i conti con il segno meno. E rilanciano l'allarme: «Rapporto deficit/Pil ai minimi storici, al 6,6%».

GOBBI A PAG. 2-3

STABILITÀ 2016/ Nel "pacchetto Ssn" assunzioni, audit clinici, farmaci innovativi e audit

Una manovra, tante promesse

Ma i medici restano in trincea - Le Regioni: risorse ridotte allo stremo

Per il ministro dell'Economia **Pier Carlo Padoan**, intervenuto giovedì scorso a chiudere la discussione in Aula a Montecitorio, subito prima del voto e della terza lettura al Senato, la legge di Stabilità 2016 è uscita «rafforzata» dal dibattito parlamentare. Confermate le previsioni del Def, «nonostante lo scenario internazionale più difficile», l'Italia e la sua economia sembrerebbero muoversi «nella giusta direzione», ha affermato il ministro.

Stesso mood e toni analoghi si ritrovano nelle affermazioni della ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, quando la telecamera si sposta dal macro scenario del Paese al territorio Ssn. I 111 miliardi in dotazione al Fondo, il piano assunzioni, le misure sui farmaci innovativi, la stretta sulle aziende ospedaliere in deficit e l'opera di razionalizzazione messa in campo con la centralizzazione degli acquisti, i soldi per le borse di specializzazione in medicina. Questi e altri contenuti della manovra 2016 sono presentati come tasselli con il "segno +" di un puzzle che finalmente ci si può permettere di completa-

re. Eppure. A guardare l'altro rovescio della medaglia, i protagonisti del Ssn non si dicono certo soddisfatti. Anzi. Il 16 dicembre, proprio mentre Lorenzin illustrava con soddisfazione il "pacchetto manovra", in tutta Italia la protesta trasversale e compatta dei medici - 75% di

adesioni - raccontava di una sofferenza e di una esasperazione giunte al culmine e certo non tacitate da segnali importanti che in questi ultimi mesi il Governo si è affrettato a lanciare: dal testo sulla responsabilità professionale degli operatori sanitari, condotto in porto (intanto in commissione Affari sociali) dal deputato e responsabile Sanità Pd **Federico Gelli**, fino al piano assunzioni di camici bianchi e infermieri, elaborato in fretta e furia dall'Esecutivo per far fronte - imbarcando anche le norme sugli audit clinici del testo Gelli - all'emergenza imposta dall'applicazione della direttiva Ue sugli orari di lavoro (v. testo in pagina e commenti a pagina 5). «Stiamo uscendo da una fase di crisi economica - ha affermato Lorenzin in risposta alle proteste dei medici - bisogna farlo con razionalità secondo i fabbi-

sogni reali di ogni singola Regione in modo complessivo per tutto il personale». Ma il "personale" non ci sta, a quello che il leader dell'Anao-Assomed **Costantino Troise** ha ribattezzato come «l'ennesimo gioco di prestigio», che porterà dritto ad altre 38 ore di sciopero per gennaio. Si protrae la logica del precariato e dello sfruttamento - puntano il dito i sindacati davanti a un programma che ipotizza, «a invanzanza del tetto per la spesa del personale congelata al lontano 2004», la stabilizzazione dei precari e l'avvio di concorsi che potrebbero rimpolpare gli organici fino a 6mila unità. Ma è tutto da vedere, mentre le risorse arriveranno dalle Regioni che, ne è convinta la ministra, sapranno trovarle dai risparmi ottenuti dalle razionalizzazioni».

«Non era sufficiente - è la domanda che, dando voce a molti, ha posto la senatrice **Nerina Dirindin** (Pd) - permettere l'assunzione di personale ove giustificato dalle criticità nell'erogazione dei servizi e previa autorizzazione dei ministeri competenti, nel rispetto della spesa complessiva prevista per ciascuna Regione?».

Già. Le Regioni. Rispetto all'impostazione iniziale, i governatori hanno ammorbidito i toni ma nella sostanza i calcoli che hanno continuato a presentare, insieme agli emendamenti alla manovra rimasti in gran parte lettera morta, esprimono molte criticità. Sulle misure di spending review, ricordano infatti nel parere messo a punto dalla commissione Finanze guidata da **Massimo Garavaglia** (Lombardia), il 36% consiste nella riduzione del Fondo sanitario nazionale, poiché il Fsn per il 2016 pari a 113 miliardi, viene previsto per 111 miliardi. «Mentre - si legge ancora nel testo - al settore sanitario viene chiesto un contributo al risanamento di 14,7 miliardi (di cui 4,3 mld solo nel biennio 2015-2016)». Come richiamato non solo dalle Regioni ma da altre fonti autorevoli come

l'Ufficio parlamentare di Bilancio, il rapporto Fsn/Pil raggiunge invece i minimi storici. Il Fsn si contrae dell'1,8% a fronte di una crescita del Prodotto interno lordo nominale dell'1,47% (Pil programmato); l'incidenza del Fsn sul Pil è al livello più basso dall'inizio del decennio, al 6,6% del Pil. Nel complesso, la spesa sanita-

ria rappresenta circa il 16% della spesa primaria statale e concorre ai tagli complessivi per il 36%.

La razionalizzazione, ne sono convinti al Governo, potrà

dare un contributo notevole e consentire di reinvestire i risparmi. Ma impegni ineludibili come i nuovi Lea (800 mln dal Fsn), il rinnovo dei contratti

(2,1 mld), i farmaci innovativi (v. tabella) e il Piano vaccini fanno temere che la coperta dei risparmi sia troppo corta e piena di falle drammatiche. Che si chiamano, anche, risposta alle emergenze cronicità e non autosufficienza.

Barbara Gobbi

IL TESTO DELL'EMENDAMENTO

AC 3444

Emendamento 30-42 testo 2

Dopo il comma 304, aggiungere i seguenti: «304-ter. La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente.

304-ter. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 304-bis, ai fini di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:

a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anomala del quasi errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, espletata in occasione dei verificari di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura penale;

b) rilevazione del rischio di inappropriatezza nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;

c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;

d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipula di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

304-quater. L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, Epidemiologia e Sanità pubblica o equivalenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

304-quinques. Nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di efficientamento del settore sanitario previste dai commi da 289 a 311 e dalle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 304-bis a 304-quater, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, le Regioni e le Province autonome:

a) ove non ancora adempiuto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi. Le regioni sottoposte ai piani di rientro, in coerenza con quanto definito dall'articolo 1, comma 4, del medesimo decreto, adottano i

relativi provvedimenti nei tempi e con le modalità definite nei programmi operativi di prosecuzione dei piani di rientro;

b) predispongono un piano inerente il fabbisogno di personale, dando evidenza delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161;

c) trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per l'erogazione del Lea, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (rep. Atti 2271), nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, istituito ai sensi di quanto previsto alla lettera C.5 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015 (rep. 113/Csr);

d) il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per l'erogazione del Lea valutano congiuntamente entro il successivo 31 marzo 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b), anche sulla base dell'istruttoria condotta dal Tavolo di cui alla lettera C.5 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra

lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015 (rep. 113/Csr);

e) ferme restando le disposizioni normative vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle in materia di contenimento del costo del personale e quelle in materia di piani di rientro, se sulla base del piano del fabbisogno del personale emergono criticità, si applicano i commi 304-septies e 304-otties.

304-sexies. Nelle more della predisposizione e della verifica dei piani di cui al comma 304-quinques, nel periodo 1° gennaio 2016-31 luglio 2016, le Regioni e le Province autonome, previa implementazione delle modalità organizzative del personale al fine di garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, qualora si evidenzino criticità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, possono ricorrere, in deroga a quanto previsto dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, a forme di lavoro flessibile, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia sanitaria, ivi ricomprese quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro. Se al termine del medesimo periodo temporale permangono le predette condizioni di criticità, i contratti di lavoro, attivati ai sensi del precedente periodo, possono essere prorogati fino al termine massimo del 31 ottobre 2016. Del ricorso a tali forme di lavoro flessibile nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia sanitaria, ivi ricomprese

quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro, è data tempestiva comunicazione ai ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

304-septies. In deroga a quanto previsto dal Dpcm 6 marzo 2015, di attuazione dell'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono indire, entro il 31 dicembre 2016, e concludere, entro il 31 dicembre 2017, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico ed infermieristico, necessario a far fronte alle eventuali esigenze assunzionali emerse in relazione alle valutazioni operate sul piano di fabbisogno del personale secondo quanto previsto dal comma 304-quinques. Nell'ambito delle medesime procedure concorsuali, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono riservare i posti disponibili, nella misura massima del 50%, al personale medico e infermieristico in servizio all'entrata in vigore della presente legge, che abbia maturato alla data del bando almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi cinque anni con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile con i medesimi enti. Nelle more della conclusione delle medesime procedure, gli enti del Servizio sanitario nazionale continuano ad avvalersi del personale di cui al precedente periodo, anche in deroga ai limiti di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni,

dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. In relazione a tale deroga, gli enti del Servizio sanitario nazionale, oltre alla prosecuzione dei rapporti di cui al precedente periodo, sono autorizzati ad attivare nuovi contratti di lavoro flessibile esclusivamente ai sensi del comma 304-sexies fino al termine massimo del 31 ottobre 2016.

304-otties. Le previsioni di cui al comma 304-septies, per il biennio 2016-2017 vengono comunque attuate nel rispetto della cornice finanziaria programmata e nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 17, commi 3, 3-bis e 3-ter del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e, per le regioni sottoposte a piani di rientro, degli obiettivi previsti in detti piani.

304-novies. L'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, si applica anche all'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto della povertà, che opera nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ed è assoggettato alla disciplina per questo prevista. Conseguentemente il Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attuazione di contributi pluriennali, di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e successive modificazioni, è ridotto di 790.963 euro a decorrere dal 2016.a. ■

La manovra in pillole

- **Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è rideterminato in 111 miliardi di euro per il 2016**
- **Nuovi Livelli essenziali di assistenza:** incassano 800 milioni di euro del Fondo sanitario nazionale. L'aggiornamento avverrà entro 60 giorni dall'entrata in vigore della Stabilità. Nasce presso il ministero della Salute la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza del Ssn, che dovrà formulare annualmente una proposta di revisione
- **Aziende uniche:** possono essere istituite nelle Regioni a statuto speciale che nel biennio antecedente la data di rientro della legge di Stabilità abbiano riorganizzato il proprio Ssn o ne abbiano avviato la riorganizzazione. Obiettivo è creare sinergie e promuovere l'efficacia integrando le attività di prevenzione, cura e riabilitazione e quelle di ricerca e didattica, incorporando le Aou nelle aziende sanitarie locali
- **Piani di rientro delle aziende (dal 2017 anche delle Asl):** scattano, per non più di un triennio, per gli enti che presentino una o entrambe queste condizioni: disequilibrio economico, non adeguato livello di erogazione dei Lea. I passaggi: emanazione, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della legge di Stabilità, di un decreto della Salute su parametri e metodologia per accertare le condizioni dell'azienda; individuazione da parte delle Regioni degli enti del Ssr in "crisi"; presentazione di un piano di rientro aziendale che va approvato dalla Regione, la quale attuerà verifiche trimestrali. Se negative, esse comportano la decadenza automatica del Dg. Tutti gli enti Ssn sono poi tenuti a pubblicare sul proprio sito internet il bilancio d'esercizio e gli estratti del monitoraggio sulla qualità dell'assistenza erogata
- **Obbligo di acquisto per gli enti del Ssn di beni e servizi** esclusivamente mediante centrali di committenza di riferimento, oppure mediante Consip. Le categorie merceologiche saranno definite con decreto del presidente del Consiglio dei ministri. Le violazioni costituiscono illecito procedurale e sono causa di responsabilità per danno erariale. Prevista anche la centralizzazione a livello nazionale o regionale della valutazione tecnica multidimensionale dei dispositivi medici
- **Gare per i servizi informativi sanitari:** i bandi e i capitolati delle gare per i servizi informativi dovranno contenere standard uniformi, così da garantire l'effettiva interoperabilità di tutti gli enti del Ssn. Obiettivo: porre fine all'eterogeneità tra sistemi informativi diversificati che non riescono a dialogare
- **Prestazioni di alta specialità:** ove destinate a cittadini non residenti nella Regione di appartenenza della struttura, sono sottratte all'applicazione dei vincoli di risparmio (spesa inferiore al 2% rispetto a quella 2014) relativi all'acquisto da parte del Ssn di prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale da privati accreditati
- **Ludopatia:** si prevede una serie di divieti per la pubblicità del gioco, a partire da quella che incoraggia il gioco eccessivo o incontrollato. Vietata la pubblicità di giochi con vincite in denaro nelle trasmissioni radio e Tv dalle 7 alle 22 con esclusione dei media specializzati da individuare con decreto. In arrivo campagne di informazione nelle scuole in collaborazione con il Miur. Nasce con 50 milioni annui a partire dal 2016 il Fondo per il gioco patologico-Gap: garantirà le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone
- **Terminalismo:** per la revisione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza terminale, è autorizzata la spesa di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018. A decorrere dal 1° gennaio 2016 i cittadini che usufruiscono delle cure terminali, a eccezione di alcune categorie (invalidi e grandi invalidi), sono tenuti a partecipare alla spesa in misura pari a 55 euro o in misura superiore, da individuare con accordo
- **Farmaci innovativi:** la spesa per l'acquisto di farmaci innovativi concorre al raggiungimento del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale, per l'ammontare eccedente annualmente per ciascuno degli anni 2015 e 2016 l'importo del fondo fissato dalla legge di Stabilità 2015 (500 milioni per il 2015 e 500 per il 2016). Allo scopo di consentire l'accesso ai trattamenti innovativi in una prospettiva di sostenibilità del sistema e di programmazione delle cure, il ministero della Salute, sentita l'Aifa, predisponesse e sottopone annualmente alla Conferenza Stato-Regioni un programma strategico per definire le priorità d'intervento, le condizioni di accesso ai trattamenti, i parametri di rimborsabilità sulla base di risultati clinici significativi, il numero dei pazienti potenzialmente trattabili e le previsioni di spesa, le condizioni di acquisto, gli schemi di prezzo condizionato al risultato e gli indicatori di performance, gli strumenti di garanzia e trasparenza di tutte le procedure, le modalità di monitoraggio e la valutazione degli interventi in tutto il territorio
- **Medicine Use Review:** ai farmacisti va un milione di euro per il 2016. È il fondo per finanziare la prima applicazione da parte delle farmacie del servizio di revisione dell'uso dei medicinali, finalizzato ad assicurare l'aderenza farmacologica dei pazienti con asma
- **Sostegno su richiesta alle Regioni in piano di rientro, da parte del ministero supportato da Agenas.** Alla compensazione degli effetti finanziari in termini di fabbisogno e indebitamento netto derivati da questo comma, pari a 3,4 milioni per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018, si provvede con la corrispondente riduzione del Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali
- **Progetto genomi Italia:** riceve 5 milioni per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018. Nasce la Commissione nazionale genomi italiani: individua entro 90 giorni dalla entrata in vigore della legge il soggetto o i soggetti pubblici o privati che si impegnano a cofinanziare il progetto
- **Gli indennizzi** per danno da trasfusioni, emoderivati e vaccinazioni riconosciuti dopo il 1° maggio 2001, in attesa del trasferimento dello Stato vengono anticipati da ogni Regione
- **Spesa per le borse di formazione specialistica dei medici:** aumentano di 57 mln nel 2016, di 86 mln per il 2017, di 126 mln per il 2018, di 70 mln per il 2019 e di 90 mln a decorrere dal 2020
- **Previdenza giovani:** gli iscritti ai corsi in Medicina e in Odontoiatria, a partire dal V anno di corso e sino all'iscrizione nel relativo albo professionale, possono facoltativamente iscriversi alla Quota A del Fondo di previdenza generale gestito dall'ente di previdenza di cui all'elenco A, non capoveroso, annesso al Dlgs 509/1994
- **Amianto:** benefici previdenziali per i lavoratori del settore produzione di materiale rotabile ferroviario che hanno prestato la loro attività senza essere equipaggiati con protezioni adeguate. Nasce il Fondo per le vittime dell'amianto, in favore degli eredi dei deceduti per esposizione durante l'attività portuale. Dotazione: 10 milioni per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018. Possono essere erogate agli eredi le prestazioni assistenziali di cui alla legge di Stabilità 2015 a favore dei malati di mesotelioma deceduti nel 2015 possono essere erogate agli eredi, a valere sulle disponibilità presenti nel Fondo per le vittime dell'amianto
- **Croce rossa italiana:** gli enti e le aziende Ssn anche nelle regioni sottoposte a piani di rientro sono tenuti ad assumere con procedure di mobilità, anche in posizione di sovrannumero e ad esaurimento, il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato con funzioni di autista soccorritore e autisti soccorritori senior
- **Disabilità:** A favore delle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare è istituito con 90 milioni a decorrere dal 2016 il Fondo per la copertura di interventi legislativi ad hoc. Nasce il Fondo per la cura di soggetti con disturbo dello spettro autistico: 5 milioni a decorrere dal 2016. Al-Ente nazionale per l'assistenza ai sordi va un milione per il 2016
- **Non autosufficienza:** il Fondo istituito dalla Finanziaria del 2007 è incrementato di 150 milioni di euro l'anno a decorrere dal 2016, anche ai fini del finanziamento degli interventi per le persone affette da Sla
- **Malattie rare:** per le sperimentazioni cliniche con l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali per la cura di malattie rare, il Cipe vincola una quota del Fsn, fino a 2 mln per il 2017 e fino a 4 mln per il 2018





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Sanità

Asl, s'insedia il commissario Franklin Picker

Passaggio di consegne al vertice dell'ente

**Luella De Ciampis**

Cambio ufficiale dei vertici nella sede Asl di via Oderisio. Si sono infatti insediati nel primo pomeriggio di ieri il nuovo commissario straordinario e il vicecommissario dell'Azienda Sanitaria Locale. Da stamattina Franklin Picker e il sub commissario sanitario Pasquale Di Girolamo Faraone saranno quindi alla guida dell'Azienda Sanitaria Locale. Ad accoglierli il commissario straordinario uscente Gelsomino Ventucci che ha passato le consegne ai suoi successori e tracciato un bilancio di quanto fatto.

S'insedia Picker...

Luella De Ciampis

L'arrivo dei nuovi dirigenti, nominati poco meno di una settimana fa dalla Giunta della Regione Campania, era previsto proprio per i primi giorni della settimana appena iniziata. Non ci sono stati ritardi di sorta, così, dopo le vacanze di Natale tutto sarà pronto per un nuovo inizio. Picker, laureato in medicina e chirurgia, con una specializzazione in anestesia e rianimazione, prima di essere designato a guidare l'Asl di Benevento, ha ricoperto il ruolo di dirigente di primo livello dell'Asl di Napoli 1. Tuttavia, dal 1989 al 1993 aveva già lavorato in città, come aiuto corresponsabile di anestesia e rianimazione all'ospedale Rummo. Un ritorno dunque dopo oltre un ventennio di assenza dalla città di Benevento. Assenza che, peraltro, non ha spento l'eco del ricordo lasciato da Picker.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità Il commissario straordinario ha già visitato gli uffici di via Oderisio e incontrato il prefetto

Asl, Picker al lavoro da gennaio

Ad affiancare il dirigente
è stato chiamato il medico
Di Girolamo Faraone

Luella De Ciampis

Incomincerà, dopo la pausa delle vacanze di Natale, il vero lavoro del commissario straordinario dell'Asl di Benevento, Franklin Picker, nominato circa una settimana fa dalla giunta guidata dal Governatore De Luca, che ha già firmato per accettazione ed è, quindi, pronto a iniziare i lavori, insieme al suo vice Pasquale Di Girolamo Faraone.

Un primo approccio con la nuova realtà, comunque, è avvenuta nella giornata di lunedì scorso, in quanto Picker, oltre a visitare gli uffici ubicati in via Oderisio, si è anche recato in Prefettura dove è stato, per altro, accompagnato dal suo predecessore Gelsomino Antonio Ventucci, per incontrare e conoscere il prefetto Paola Galeone e porgerle gli auguri per le prossime festività.

Ma siamo ancora in fase di rodaggio, perché la chiusura dell'Asl per le vacanze di Natale, ritarderà appunto l'inizio del lavoro del nuovo commissario.

Sarà, inoltre, necessario un intervallo di tempo, perché i nuovi dirigenti vengano messi a conoscenza del funzionamento e delle dinamiche degli uffici dai dirigenti dei vari settori ed entrino in contatto con tutti i presidi dell'azienda presenti sul territorio, per poter dare continuità ai lavori già in corso e avviare a risoluzione tutte le pratiche ancora irrisolte.

Il compito che attende Picker

non è dunque di facile attuazione, mal'esperienza maturata, nel corso di tanti anni di lavoro, peraltro presso realtà, quali i diversi distretti sanitari di Napoli, più grandi e sicuramente molto più complesse di quella beneventana, sarà certamente di valido supporto.

Saranno molti i nodi da sciogliere, in quanto, bisognerà subito cominciare a fare i conti con i disagi, creati dalla carenza di personale, che potrebbero verificarsi nei presidi ospedalieri, se la Regione non dovesse concedere deroghe al rispetto delle 12 ore di lavoro, alle

quali, per legge devono seguire le 11 di riposo, almeno fino a quando non saranno banditi i concorsi per l'assunzione di nuovo personale medico e infermieristico.

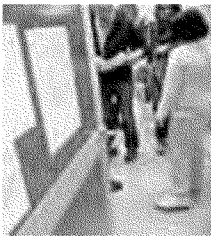
Ad affiancare il nuovo commissario, nel gravoso impegno di governare l'azienda sanitaria sannita, ci sarà, in particolare, un sub commissario. Si tratta di Pasquale Di Girolamo Faraone, un medico che è originario del comune di Giugliano e che dal '99 ricopre attualmente la carica di dirigente medico dell'Asl di Caserta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sanità Asl, il commissario Picker operativo da gennaio

Incomincerà dopo la pausa natalizia l'effettivo lavoro del commissario straordinario dell'Asl, Franklin Picker dell'Asl che, comunque, ha già visitato la struttura di via Oderisio e incontrato il prefetto Galeone.



La novità

«Porta unica»
modificati
gli orari

Assistenza sul territorio, l'azienda sanitaria, con determina del direttore responsabile del distretto Bn2, ha modificato l'orario di apertura della Pua (porta unica di accesso) della sede di Torrecuso rendendolo uguale a quello di San Giorgio del Sannio. Entrambe le sedi saranno quindi aperte lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9 alle 11.



L'Asl Nella foto grande la sede ubicata in via Oderisio, in basso il neo commissario straordinario Franklin Picker

Dirigenti sotto accusa. Gli infermieri delle ambulanze indicano lo sciopero della fame «Troppe ferite aperte. Cacciati due operatori, siamo ai ferri corti». Dietrofront in serata

Sanità, polveriera Cardarelli: «Al 118 manca anche internet»

■ ROCCO TRAISCI

Uno sciopero della fame per salvare il servizio 118. Il sindacalista Michele Tassarò e altri rappresentanti dell'Usb dell'ospedale Cardarelli hanno indetto una protesta con sciopero della fame e della sete.

«Protesta rientrata quando il commissario straordinario del polo ospedaliero, Patrizia Caputo, ci ha assicurato che si occuperà di riorganizzare il personale in modo da garantire che non ci saranno altre "epurazioni" e soprattutto verranno eliminati i conflitti interni».

Intorno alle 9 gli operatori avevano inscenato la protesta nel padiglione dell'amministrazione «per chiedere un intervento della Regione a salvaguardia della Centrale 118 di Napoli, punto cardine del servizio regionale ridotto a pezzi - dicono i manifestanti - I problemi sono un utilizzo discutibile del personale, strumenti vecchi e un sistema informatico non all'altezza delle esigenze». E già, perché tra i vari sistemi di comunicazione non c'è forse quello più importante a livello strategico: il web. «La Centrale del 118 - afferma Tassarò - è il simbolo dello sfascio generale della sanità campana». Ma i malumori sono cominciati già nei giorni scorsi, quando al culmine di uno scontro tra personale e dirigenti, due operatori sono stati messi "fuori rosa". Comportamento antisindacale che Tassarò ha intenzione di portare sul tavolo regionale, da De Luca, che dovrà anche risolvere il nodo del commissariamento: «Uno dei nostri colleghi è stato costretto a mettersi in aspettativa: ciò significa che pur mantenendolo in orga-



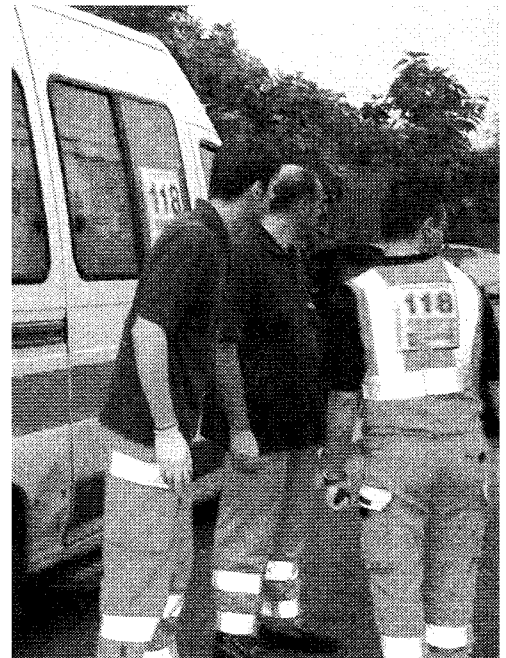
IL CASO

All'ospedale Cardarelli conflitto interno tra i dirigenti e gli operatori del 118. I medici si tirano fuori dalla protesta.

nico non gli sarà corrisposto lo stipendio. Stesso destino è capitato a un altro operatore». Sono 24 gli infermieri della centrale territoriale del 118, che ha la sua operatività proprio al Cardarelli. Ma anche la centrale territoriale - gestito invece direttamente dall'Asl Napoli 1 - ha dieci operatori. Due strutture gemelle che però vanno in confusione, nonostante il personale sia ridotto all'osso: «C'è incomunicabilità tra i settori - spiega Tassarò - e la colpa non è certo di chi si alza la mattina alla sei per mettersi su un'ambulanza e fare il proprio dovere. A creare i dissidi sono gli stessi dirigenti che hanno sospeso i nostri colleghi». I medici ignorano il problema: uno di questi - contattato dalla nostra redazione, ha addirittura negato che ci fosse in corso uno sciopero: «Non ne so nulla

e non mi interessa, io ho coperto il mio turno notturno e sono all'oscuro di queste problematiche». Gli risponde Tassarò: «Si tratta di uno dei medici della Croce Rossa convenzionati con il Cardarelli. La loro vita professionale dipende dalla dirigenza stessa, quindi se ne guardano bene dal segnalare disagi e disservizi»

©riproduzione riservata



Il caso Dopo la chiusura forzata del reparto al Maresca di Torre del Greco, a molte donne non restano che le strutture private

Ospedale nel caos, a rischio Ginecologia

Vacilla anche Ortopedia dopo anni di tagli il Sant'Anna è l'unico presidio vesuviano

Giovanna Sorrentino

BOSCOTRECASE. È a rischio chiusura il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale Sant'Anna di Boscotrecase. Il numero di ricoveri registrati nell'arco del 2015 non hanno raggiunto il limite minimo consentito, che prevede 500 parti: si sono rivolte a Boscotrecase circa 350 partorienti. Quindi nei prossimi mesi le pazienti dei paesi vesuviani potrebbero dover ricorrere a strutture private per dare alla luce i loro bambini, oppure recarsi all'ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia, che in linea d'area è il primo più vicino. La chiusura del reparto non

arrecherebbe solo il disagio di doversi allontanare, ma anche un danno alla collettività, dal momento che il Sant'Anna è l'unico nosocomio della zona che offre il servizio di interruzione delle gravidanze. A confermarlo sono anche i sindacalisti dell'Uil, Giovanni Savino e Domenico Iapicca, eletti nella Rsu, che parlano di "allarme serio": «Vogliamo lanciare un appello ai vertici politici, affinché questo ospedale non resti più abbandonato a se stesso - affermano - Il Sant'Anna è un figlio mai nato. Gli interessi hanno da sempre tutelato altre città. Inizialmente, quando aprì, si parlava della chiusura del Maresca di Torre del Greco, ma poi tutto è andato a discapito del nosocomio di Boscotrecase. Eppure lì il pronto soccorso accoglie a malapena un terzo dei nostri interventi». Chiusura di Ginecologia che è stata eseguita nonostante il presidio notte e giorni di un gruppo di cittadini anti-chiusura, sgomebrati alcune settimane fa.

La paura dei sindacalisti, entrambi dipendenti dell'ospedale, in direzione sanitaria e nell'Utic della Cardiologia, è che dopo quello di Ginecologia e Ostetricia chiuda anche il reparto di Pediatria. I problemi non riguardano solo le nascite, ma anche la carenza di

personale, tra tecnici e infermieri e la mancanza di posti letto. C'è un rischio blocco anche dei ricoveri per gli interventi. Il personale della Radiologia è poco e la Tac, nuova, funziona solo di mattina, quando i tecnici lavorano. Ma finito il turno, il servizio non viene garantito perché non ci sono i sostituti e quindi l'intero ospedale subisce un blocco. Ciò comporta l'impossibilità di effettuare operazioni, dato che ogni paziente prima di subire un intervento deve effettuare analisi specifiche. Anche l'Ortopedia vacilla. In questo caso per mancanza di posti letto e a confermarlo è ancora una volta la Uil: «Su una media di 30 malati, ci sono 16 posti letto e molti pazienti sono costretti a stare sulle barelle». Il carico di lavoro è troppo e il personale è poco. «Centinaia di infermieri sono stati trasferiti nei Distretti - continuano i sindacalisti - mentre qui ne mancano 156». Solo

all'ospedale di Boscotrecase inoltre, è possibile effettuare le Tac e in caso di bisogno i pazienti vengono portati lì dalle altre strutture mediche. A luglio è stata anche inaugurata l'emodinamica del reparto Cardiologia: a oggi non è stata colaudata e ancora un volta il problema è la mancanza di personale. Nelle scorse settimane, il 9 dicembre, la Cgil, la Cisl e la Uil hanno proclamato lo stato di agitazione del settore sanitario, con un documento scritto e indirizzato alla giunta regionale e ai prefetti di tutte le province campane. I motivi? Il razionamento della spesa che ha prodotto una drastica riduzione del personale e il precariato. Oltre

ai problemi legati ai tagli, all'ospedale di Boscotrecase si aggiungono l'abbandono della parte esterna della struttura, la cui pulizia spetta al Comune, e la burocrazia. Tra gli uffici, come affermano i sindacati, non c'è comunicazione.

«Non ci sono le cartucce delle stampanti e i rotoli di carta, è complicato mandare le raccomandate. Eppure i soldi per queste cose ci sono». Le stampanti sono importanti, dal Maresca di Torre del Greco per esempio, arrivano urgenti analisi via fax, che devono essere controllate al Sant'Anna di Boscotrecase.



**I sindacati
Tanti infermieri
nei Distretti
mentre qui
ne mancano
ben 156
Disagi anche
per fare un fax**



SANITÀ

Ospedale chiuso per ferie

■ Diventa effettiva la disposizione del direttore sanitario: reparti chiusi e pazienti dimessi

DANIELE DI MARTINO
GRAGNANO

Ora non ci sono più dubbi: l'ospedale di Gragnano sarà chiuso per ferie. La direzione sanitaria non è tornata indietro, nonostante le proteste di operatori e sindacati. Nelle prossime ore i ricoveri saranno bloccati e i pazienti saranno dimessi oppure trasferiti a Castellammare. La Cgil continua la sua battaglia per scongiurare la chiusura, ma anche nella giornata di ieri ci sono state più conferme che scongiuri. La disposizione del direttore sanitario Muto è ormai effettiva e difficilmente ora si tornerà indietro. Tra l'altro, anche nella bacheca dei turni presso il nosocomio di Gragnano, non sono previsti i turni di medici e infermieri a partire dal 21 dicembre.

«Purtroppo i sospetti stanno diventando realtà - spiega il delegato della Cgil, Raffaele Amodio - nel silenzio più assoluto e in un clima natalizio alquanto surreale, dopo la chiusura notturna del primo soccorso di Gragnano da parte del ex commissario Panaro, ora a farne le spese sono i reparti di geriatria e medicina dell'ospedale cittadino. Già dei per sé declassato negli anni scorsi da politiche nazionali e regionali da ospedale con autonomia propria a succursale del San Leonardo».

I monti Lattari quindi perdono un punto di riferimento sanitario. Infatti il nosocomio di Gragnano «ricopre una funzione importante, una "valvola di sfogo o da fulcro" affinché i reparti stabiesi riescano



sempre ad avere posti letto a disposizione per l'utenza che bisognevole di cure affluisce al pronto soccorso. Ma con la nota del direttore sanitario Muto (che da poco ha sostituito Lomello, ndr) del 19 dicembre riguardante il blocco dei ricoveri e il trasferimento-dimissione dei restanti pazienti, viene proclamata una morte annunciata dell'ospedale di via Marianna Spagnuolo. Nota giunta nei reparti contemporaneamente, ironia della sorte, in una maniera barzellettesca, mentre nell'aula consiliare del nosocomio gragnanese, si scambiavano auguri natalizi tra promesse e proclami» conclude Raffaele Amodio della Cgil.

Reparti chiusi e accorpamenti all'Asl A Salerno sindacati sul piede di guerra

La minirivoluzione, prevista dalla legge, partirà dal primo gennaio prossimo

SALERNO Cgil Cisl e Uil hanno dichiarato aperto lo stato di agitazione sulle questioni riguardanti la sanità nella provincia di Salerno. Questa mattina nella sede dell'Asl cittadina si terrà una conferenza stampa organizzata dai sindacati per illustrare le preoccupazioni sul futuro dei servizi assistenziali anche in seguito alle dichiarazioni dei giorni scorsi rese dal direttore generale dell'ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno Vincenzo Viggiani e ieri sera dal commissario dell'Asl Salerno Antonio Postiglione. Da settimane si rincorrono, segnali preoccupanti su quel che sarà delle strutture sanitarie, divenuti realtà sabato scorso quando ad un'assemblea con i sindacati Viggiani ha illustrato la riorganizzazione e gli accorpamenti dei plessi dell'azienda ospedaliera, conseguenza dell'osservanza e dell'applicazione della legge 161/2014 che sancisce il diritto dei medici e dei dirigenti sanitari italiani al tempo massimo di lavoro settimanale e al periodo di riposo.

In teoria una prescrizione positiva per i lavoratori, in pratica un disastro per l'aggravarsi della carenza di personale nelle strutture. Gli accorpamenti come soluzione



non convincono. Se ne è discusso poi anche ieri pomeriggio durante un incontro tra organizzazioni sindacali confederate e il commissario dell'Asl di Salerno.

«Postiglione ha offerto un quadro formale diverso da quello di Viggiani — precisa Arturo Sessa, segretario Cgil responsabile sanità — dicendo che non compete a lui fare chiusure e accorpamenti, ma spetterà al commissario governativo e che per quanto lo riguarda la situazione non subirà cambiamenti. Ma come si erogheranno le prestazioni? — continua Sessa — con

quale personale? Il commissario dell'Asl ci ha poi comunicato che sono in atto intese e percorsi per raggiungere con l'azienda ospedaliera accordi e protocolli integrativi per razionalizzare e rendere più efficienti alcuni servizi assistenziali». Questo non basta a dissipare le preoccupazioni «allo stato attuale delle cose non è garantita la giusta assistenza — chiosa Sessa — non avendo il personale che fornisce una corretta turnistica. Eliminare dei reparti nelle strutture sanitarie non farà altro che ingolfare il Ruggi o costringere i pazienti a rivolger-

Le risorse

Con il nuovo piano saranno disponibili 61 unità per l'azienda ospedaliera salernitana

La vicenda



● Nell'ospedale di Cava de' Tirreni verranno eliminati i reparti di ortopedia, ostetricia e ginecologia. Sulla base di queste chiusure saranno recuperati ventisei infermieri, cinque dipendenti di supporto agli infermieri e dieci medici, tutti da trasferire al Ruggi

si alle strutture private». Resta dunque per i sindacati il pericolo accorpamenti, che se andrà come stabilito da Viggiani, partiranno dal primo gennaio 2016. Secondo le previsioni in questo modo si renderebbero, infatti, disponibili sessantuno unità da trasferire all'azienda ospedaliera salernitana. Concretamente al presidio di Castiglione di Ravello chiuderà cardiologia; nell'ospedale di Cava dei Tirreni verranno eliminate ortopedia, ostetricia e ginecologia, recuperando ventisei infermieri, cinque dipendenti di supporto agli infermieri e dieci medici, tutti da trasferire al Ruggi. Anche a Mercato San Severino chiuderanno ostetricia, ginecologia, oncologia, e temporaneamente pediatria, trasferendo così altri ventisei infermieri, un dipendente di supporto e dodici medici ai quali si devono aggiungere sei infermieri e tre ausiliari dal reparto di nefrologia e dialisi. All'ospedale Da Proci da di Salerno non ci saranno più oncologia e il day hospital che si accorperanno al Ruggi, mantenendo esclusivamente i turni di guardia, saranno disponibili altri tre infermieri e due medici, un ausiliario e un dipendente di supporto.

Sara Botte

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News

