



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Tagli alla sanità, è ancora scontro sul budget

Fi e 5 Stelle attaccano: «Cinque mesi di buio». De Luca replica: «È colpa della giunta Caldoro»

Gerardo Ausiello

Sui tagli alla sanità campana si scatena la bagarre politica. Terreno dello scontro è l'accordo raggiunto in conferenza delle Regioni sul riparto del fondo sanitario nazionale, per effetto del quale alla Campania arriveranno 50 milioni di euro in meno. Niente svolta sui criteri di assegnazione delle risorse, dunque, almeno per il momento. Da un lato il governatore Vincenzo De Luca non è riuscito a scongiurare i tagli, ma dall'altro ha limitato i danni (nella peggiore delle ipotesi la Regione avrebbe dovuto rinunciare a 185 milioni) ottenendo l'impegno alla revisione dei parametri a partire dal 2016.

Inevitabili le polemiche. A insorgere sono le forze politiche di opposizione, che puntano il dito contro la giunta De Luca. L'ex governatore Stefano Caldoro, che stamane terrà una conferenza stampa proprio sul tema del riparto del fondo sanitario, parla «dei cinque mesi più bui della sanità campana», in aperta polemica con il suo successore. Rincarà la dose il deputato di Forza Italia Paolo Russo, secondo cui «sul piatto della bilancia il governatore De Luca, delegittimato dalle inchieste, pesa sempre meno. Le stesse leggi, certamente irragionevoli ed illogiche, c'erano pure quando a sedersi al tavolo della conferenza delle Regioni c'era Caldoro, ma lui riusciva sempre a portare in Campania più di quanto previsto dal riparto. Questione di rating?». E Carmine Mocerino, capogruppo di «Caldoro presidente» in Consiglio regionale, rilancia: «Bisogna modificare i criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, lo diciamo da tempo ma De Luca ha sottovalutato il problema».

Bordate al presidente della Regione arrivano anche dall'altra opposizione, il Movimento 5 Stelle: «I campani devono aprire gli occhi e ribellarsi - attacca il capogruppo dei grillini Valeria Ciarambino - Il taglio di 50 milioni di euro è un vero attentato al diritto della salute dei cittadini, un disastro che i campani pagano sulla propria pelle nell'indifferenza di De Luca che, oltre a fare chiacchiere, continua a non avere tempo per le emergenze della Campania perché troppo impegnato a risolvere i suoi guai giudiziari». Da Palazzo Santa Lucia, invece, fanno sapere che

«sull'intesa nessuna influenza hanno avuto, né potevano avere, i criteri di riparto legati alle condizioni socio-economiche e al peso dell'età media dei cittadini campani. I criteri restano ancora gli stessi, come ribadito più volte, perché entro il 30 aprile scorso, scadenza fissata dalla legge, nessuna azione della precedente amministrazione ha prodotto effetti».

A conti fatti, «nonostante la diminuzione del fondo nazionale, 110 milioni in meno rispetto al 2014, la Campania è riuscita a garantire il 99,5 per cento del budget. Nello specifico, a fronte di un ipotetico taglio di 185 milioni, sono stati garantiti 135 milioni, limitando a 50 milioni la differenza rispetto all'anno scorso, quando il fondo sanitario era stato incrementato di 2,7 miliardi rispetto al 2013». La battaglia sulla modifica dei criteri è invece rinviata al 2016. Da tempo la Campania, insieme con le altre Regioni del Mezzogiorno, invoca la rimodulazione dei parametri sulla base dei quali viene ripartito il fondo sanitario nazionale: oggi l'unico criterio in vigore è quello dell'età della popolazione, che favorisce le Regioni del Nord dove gli abitanti sono più anziani mentre nel Sud l'età media si abbassa. Da qui il pressing di De Luca e degli altri governatori per ottenere che, accanto all'età della popolazione, si prendano in considerazione altri tre criteri, tra cui il tasso di mortalità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

Commissario: in pole ci sono Russo, Panella, Cau e Bissoni

Ancora stallo sulla nomina del commissario della sanità campana che dovrà essere indicato dal governo. Chi sarà il prescelto? Di ipotesi ne circolano diverse.

Da Massimo Russo, giudice di sorveglianza al Tribunale di Napoli ed ex assessore alla Sanità della Regione Sicilia, a Vincenzo Panella, salernitano di Atena Lucana con una laurea in Medicina alla «Federico II», oggi direttore generale dell'Asl Roma D, fino a Norberto Cau, già consulente

dell'assessorato alla Sanità nell'era Bassolino, e a Giovanni Bissoni, attuale sub-commissario alla sanità nel Lazio.

Mentre non si esclude la conferma di uno dei due sub-commissari, Mario Morlacco ed Ettore Cinque. Nelle ultime ore, però, si è fatto strada l'orientamento a designare un tecnico della materia più che un magistrato, un prefetto o un esponente delle forze dell'ordine.

I criteri Rimandata la battaglia sulla revisione dei parametri per dividere i soldi tra le Regioni

San Paolo meno barelle con una nuova strategia

Il pronto soccorso, l'osservazione breve e la medicina d'urgenza dell'ospedale San Paolo hanno ridotto il numero di barelle grazie a una strategia lavorativa che parte dalla presa in carica del paziente fino alla dimissione con il successivo followup ambulatoriale e la dimissione protetta difficile. Lo rende noto l'ospedale.

Il caso

I grillini:
«Attentato alla salute»
Mocerino:
«Cambiare i criteri di riparto»

quotidianosantà.it

Venerdì 27 NOVEMBRE 2015

Riparto 2015. Campania: “Siamo riusciti a garantire il 99,5 per cento del budget”

Nello specifico, spiega la Regione in una nota, “a fronte di un ipotetico taglio di 185 milioni, sono stati garantiti 135 milioni”. Per la Giunta campana “resta il dato, vergognoso, dei servizi sottratti ai cittadini e delle liste d’attesa, che abbiamo iniziato a ridurre”.

“La Conferenza delle Regioni ha dato via libera al [riparto](#) dei fondi della Sanità per il 2015. Come le altre Regioni, nonostante la diminuzione del fondo nazionale - 110 milioni in meno rispetto al 2014 – la Campania è riuscita a garantire il 99,5 per cento del budget”. A fare il punto è una nota della Giunta Regionale campana, in cui si spiega che, “nello specifico, a fronte di un ipotetico taglio di 185 milioni, sono stati garantiti 135 milioni, limitando a 50 milioni la differenza rispetto all’anno scorso, quando il Fondo sanitario era stato incrementato di 2,7 miliardi rispetto al 2013”.

“Sull’intesa – prosegue la nota - nessuna influenza hanno avuto, né potevano avere, i criteri di riparto legati alle condizioni socio-economiche e al peso dell’età media dei cittadini campani. I criteri restano ancora gli stessi, come ribadito più volte, perché entro il 30 aprile scorso - scadenza fissata dalla legge - nessuna azione della precedente amministrazione ha prodotto effetti”. Nella Conferenza delle Regioni di mercoledì, evidenzia la nota, “tutti i Presidenti, compreso il Governatore del Veneto, hanno assunto l’impegno su sollecitazione del Presidente De Luca, a cambiare per il 2016 i parametri di riparto che continuano a penalizzare da anni la Campania”.

Per la Giunta “resta il dato, vergognoso, dei servizi sottratti ai cittadini e delle liste d’attesa, che abbiamo iniziato a ridurre”.

Le questioni della salute

«Sanità verso il blocco, il governo assuma»

Topo: trasformare in unità lavorative le ore di straordinario. Crom apre la formazione

Flavio Coppola

«Trasformare in nuove unità lavorative il costo delle ore di effettuate in straordinario o in convenzione». È questa la strategia che, a sentire il presidente della Commissione regionale Sanità, Raffaele Topo, e il presidente del consiglio regionale, Rosa D'Amelio, l'amministrazione di Palazzo Santa Lucia sosterrà con forza in Conferenza Stato-Regioni per rispondere, «attraverso la prossima Legge di Stabilità», alle gravi difficoltà in cui le Aziende ospedaliere della Campania sono piombate per l'applicazione, a partire dall'altro ieri, della normativa europea che impone un massimo di 48 ore lavorative settimanali per professionista, con 11 ore obbligatorie di riposo ogni 24.

Ad Avellino, il provvedimento, in uno con il blocco del turn over ormai dal 2007, imporrà al manager della Città Ospedaliera, Giuseppe Rosato, di accorpare reparti, tagliare posti letto e ridurre drasticamente prestazioni ambulatoriali e interventi chirurgici. Il piano, che rischia di trasformare il «Moscati» in un ospedale per la sola emergenza-urgenza, sarà operativo da lunedì, dopo che Rosato avrà fatto il punto con i capi dipartimento. Topo e D'Amelio, ad inizio novembre, avevano visitato la struttura, impegnandosi affinché l'ormai atavica querelle sul personale potesse risol-

versi quanto prima. Nel frattempo, però, la situazione è precipitata ulteriormente. Ieri, presso il Centro ricerche oncologiche di Mercogliano, a margine del convegno di apertura del secondo ciclo del corso di laurea triennale in Scienze Infermieristiche, realizzato in sinergia tra il «Pascali» e l'Università «Federico II» di Napoli, hanno rilanciato la sfida delle assunzioni.



D'Amelio
«Trovare un tempo intermedio per capire come poter adeguare le strutture»

«La scelta - ammette tuttavia Raffaele Topo - non compete alla Regione, altrimenti la faremmo tranquillamente». Di qui, la promessa di spingere in Conferenza Stato-Regioni, anche attraverso la deputazione nazionale del Pd. «La questione - riferisce il presidente della commissione regionale Sanità - è stata già posta e spero che il Parlamento voglia approvarla in sede di Legge di Stabilità. Senza spendere altri soldi, secondo le stime, potremmo assumere 20mila professionisti in tutta Italia. Diversamente pensare di poter applicare in Campania la norma europea sugli orari, sarebbe come dire che 3 per 3 fa 33». Più che ragionare di una proroga, la norma risale al 2003, per Topo bisogna quindi puntare «all'investimento su capitale umano». «Questa sarà la nostra priorità. - assicura - Soltanto così riusciremo a portare nuovo sangue nella nostra sanità».

Nel frattempo, l'emorragia del personale la vede già dissanguata. Rosa D'Amelio, allora, rilancia. «Noi ci siamo insediati da poco, ma lo diciamo da tempo: bisogna trovare un tempo intermedio per capire come adeguare le strutture prima delle assunzioni. Dobbiamo lavorare perché le giovani generazioni che si formano vengano assunte. Il blocco del turn over resta un elemento che impoverisce profondamente la nostra sanità».

Mentre si studia, però, l'ammalato muore. Antonio D'Avanzo, presidente dell'Ordine dei medici di Avellino, lo spiega chiaramente: «Viviamo un momento estremamente difficile per la sanità. Siamo alla vigilia di una rivisitazione dell'intera medicina del territorio e il futuro è nella riorganizzazione delle cure primarie. I giovani che vengono formati vanno messi in condizione di essere assorbiti dal mondo del lavoro».

Il paradosso, infatti, è proprio questo: nel giorno in cui al Crom si presenta l'avvio di un nuovo ed importante corso di laurea in Infermieristica, a tenere banco sono le conseguenze deleterie del blocco delle assunzioni in sanità. I giovani sono pronti. Gli altri no.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I protagonisti Raffaele Topo al Crom di Mercogliano; a sinistra, Rosa D'Amelio

Il caso**Sanità Campania:
la Corte dei Conti
apre un'indagine****Maria Pirro**

Il ritardo nell'applicazione del decreto Balduzzi del 2012, per la riorganizzazione delle strutture sanitarie in Campania, avrebbe provocato un danno ai conti pubblici da 10 milioni. È quanto emerge dall'inchiesta sugli sprechi aperta dalla Corte dei Conti.

Riparto fondi, De Luca finisce sotto accusa. La replica: «Garantiremo il 99% del budget dell'anno scorso»

Riforma sanità, scatta l'indagine

La Corte dei Conti: 10 milioni di euro il danno per la mancata riorganizzazione

Reparti accorpati, interventi chirurgici rinviati, ambulatori chiusi, ambulanze ridotte: è la stretta che si profila in Campania per le norme europee che impongono a medici e infermieri di restare in servizio massimo 48 ore a settimana. Così, in una Regione costretta da tempo a bloccare le assunzioni per ripianare i conti in rosso della sanità, le carenze di personale in organico non consentono di garantire tutti i servizi. Intanto la Corte dei Conti avvia una serie di accertamenti per capire perché la riorganizzazione dei reparti prevista nel 2012, non è decollata. Questi ritardi, secondo l'indagine, comporterebbero una maggiore spesa che ammonta a più di dieci milioni di euro.



Il 118
Di notte ridotte le ambulanze dell'Asl in circolazione ma senza penalizzare le periferie



Gli ambulatori
Si profila la chiusura a singhiozzo di servizi decisivi come la terapia del dolore



Gli interventi
Garantite le urgenze ma liste di attesa più lunghe per la chirurgia di elezione



I reparti
Infermieri chiamati a seguire più degenti di più divisioni
Medici da soli in corsia



Indagine sulla mancata riforma «Danni per 10 milioni di euro»

L'ipotesi della Corte dei Conti. Turni light, cure ridotte in Campania

Maria Pirro

Reparti accorpati, interventi chirurgici rinviati, ambulatori chiusi, ambulanze ridotte: è la stretta che si profila in Campania perché le norme europee a medici e infermieri impongono di restare in servizio massimo 48 ore a settimana e riposarne 11, tra un turno e l'altro. Nella Campania da tempo costretta a bloccare le assunzioni per ripianare i conti in rosso della sanità, le carenze di personale in organico non consentono di garantire tutti i servizi e, per adeguarsi alle nuove regole, e quindi evitare che scattino sanzioni pecuniarie e contestazioni penali, i manager di Asl e ospedali sono impegnati a riorganizzare l'assistenza, tagliando le attività cosiddette «non urgenti». Mentre la Corte dei Conti avvia una serie di accertamenti nelle strutture sanitarie per capire perché la più ampia riorganizzazione dei reparti e non solo, disposta con il decreto Balduzzi nel 2012, non è decollata. I programmi di Asl e ospedali avrebbero dovuto essere approvati dalla Regione, e già realizzati.

Ritardi nel mirino. L'indagine contabile è condotta dal pubblico ministero Ferruccio Capalbo e la spesa contestata, collegata alla riforma mancata, questa l'ipotesi al vaglio, ammonta a più di dieci milioni di euro.

Si muove, in parallelo, la Regione. «Siamo indietro - dice Enrico Coscioni, braccio destro del governatore sui temi della sanità - nell'applicazione del decreto Balduzzi, che riduce del 20 per cento le strutture complesse, il nome più tecnico dei reparti, dimensiona quelli poco utilizzati e i piccoli ospedali, ma punta anche a creare nuovi centri di eccellenza, più specializzati, e a ridisegnare la rete di emergenza». Il cardiocirurgo a fianco di De Luca aggiunge: «Occorre dare un'accelerata al procedimento di razionalizzazione del sistema che può consentire di tagliare i reparti insicuri e inutili e raffor-

La Regione Coscioni: una cabina di regia per uniformare le azioni ma resta il nodo di Roma

zate l'assistenza sul territorio. È indispensabile farlo subito anche per recuperare le risorse umane necessarie ad applicare la legge 161 sui turni più leggeri». Il giorno dopo l'entrata in vigore delle norme europee ospedali e Asl sono in difficoltà, e Coscioni annuncia una «cabina di regia», con l'obiettivo di «monitorare la situazione e uniformare le azioni in Campania».

L'imperativo per tutti è: garantire pronto soccorso ed emergenza, ma ciò significa inevitabili tagli ad altre attività non urgenti, e le prime circolari, già diffuse nei reparti, scatenano le proteste. Rischiano di saltare tra i 400 e i 500 interventi di elezione in un mese, solo al Cardarelli, circa seimila in Campania. La stima è del sindacato Aaroi e l'anestesista Vittoriano L'Abbate teme «l'impasse della chirurgia d'elezione al San Paolo e una considerevole riduzione negli altri presidi». Quindi liste d'attesa più lunghe, dal San Gennaro al Loreto Mare. Si prospetta la chiusura anche di diversi ambulatori specialistici, tra cui quelli dedicati alla terapia del dolore. A singhiozzo, da dicembre, il funzionamento della camera iperbarica nel principale ospedale del Sud.

«La situazione è molto grave», ammette il commissario straordinario dell'Asl Napoli 1 Centro, Renato Pizzuti. «Ci stiamo attrezzando per riorganizzare i turni, anche accorpare servizi. Purtroppo, la legge va rispettata e il personale è

insufficiente». Di qui la decisione di ridurre persino i mezzi del 118 in circolazione, di notte. «Calcolando i tempi di spostamento, si riesce comunque a garantire l'assistenza in tutta la città». Assicura Pizzuti: «Nessuna zona sarà penalizzata».

Ma, sostiene L'Abbate, «senza l'arrivo di rinforzi, presto potrebbero fermarsi quattro ambulanze su sette». Il sindacalista è preoccupato anche perché, «in corsia, pare inevitabile che ci sia un solo medico di guardia, anziché due, in settori delicatissimi». E gli infermieri potrebbero un po' ovunque essere chiamati a occuparsi di più reparti contemporaneamente. I vertici dell'Asl, tuttavia, non hanno ancora licenziato un piano: le riunioni si susseguono con rappresentanti dei lavoratori e direttori delle strutture per tenere conto di tutte le esigenze. «Le vere misure organizzati-

ve dovrebbero essere legate a disposizioni regionali fatte dal commissario ad acta, di nomina del governo, che non però c'è», puntualizza Pizzuti. E altri fronti di scontro si aprono. Il presidente dell'Ordine dei medici di Napoli, Silvestro Scotti, segnala: «Rischiano di saltare i turni di guardia medica a Natale, a Capodanno e negli altri giorni festivi, se si vuole, erroneamente, applicare il principio che persino in questo settore si debbano introdurre le limitazioni negli orari di lavoro. Nel servizio cittadino sono, infatti, impegnate, a rotazione, solo quattro squadre ma i libero-professionisti non possono essere costretti a rinunciare al giorno di pausa, visto che per loro le ferie non sono né

previste né pagate». Non bastasse, potrebbero allungarsi i tempi di attesa per alcune visite specialistiche a domicilio

A questo scenario già nero e si sovrappone «la fotografia impietosata scattata con il Programma nazionale esiti: i dati dicono che la Campania è ultima in tutte le categorie scelte come riferimento per giudicare la qualità dell'assistenza», sintetizza Coscioni. «Per arrivare a una svolta - conclude - è però fondamentale riordinare il sistema sanitario, sia negli ospedali e sul territorio, e quindi che s'insedi il commissario, di nomina del governo. Senza, non è possibile fare i decreti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Ordine Scotti: rischiano di saltare anche le guardie mediche a Natale

Le inchieste del Mattino

Infarto, ictus e aneurisma: in Campania si muore di più

Infarto, ictus aneurisma: in Campania si muore di più. Mentre restano i primati negativi sui parti cesarei e la tempestività degli interventi per gli anziani che devono essere operati per le fratture al femore e ci sono difficoltà anche in alcune eccellenze come la cardiointerventistica e l'alta chirurgia dei tumori. È questo il quadro tracciato dall'Agenas sulla qualità dell'assistenza in Campania coinvolgendo 60 Case di cura accreditate, 10 ospedali, tre centri evangelici, l'Irccs Pascale e le decine di presidi ospedalieri delle sette Asl. Il dato di sintesi generale è che la Campania, rispetto ad altre regioni, resta al palo anche se il programma nazionale esclude l'utilizzazione dei risultati come una sorta di pagelle.

Qualità dell'assistenza



Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni

Prov	N° casi	%
ITALIA-	16.315	1,88
NA CCA Villa dei Fiori-Acerca	55	0
SA A.O.U.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi-Salerno	171	0,59
CE CCA Pineta Grande-Castel Volturno	96	0,96
NA A.O. Cardarelli-Napoli	125	2,94
NA A.O.SSN Federico II-Napoli	64	5,5
NA A.O. dei Colli P. Monaldi-Napoli	148	5,59
NA Osp. S. Giovanni Bosco-Napoli	62	32,09
AV A.O. S. G. Moscati-Avellino	37	-
CE A.O. S.S. Anna e Sebastiano-Caserta	28	-
BN A.O. G. Rummo-Benevento	27	-
SA Osp. S. Luca-Vallo Della Lucania	22	-
NA Osp. Dei Pellegrini-Napoli	24	-
BN Osp. C. Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli-Benevento	16	-
CE CCA S. Michele-Maddaloni	12	-
NA CCA Villa dei Fiori-Mugnano Di Napoli	1	-
BN CCA GE.P.O.S. SRL-Telesse Terme	3	-
NA CCA Clinica Mediterranea SPA-Napoli	19	-
AV CCA Montevergine-Mercogliano	36	-

Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni

Prov	N° casi	%
ITALIA	62.379	11,25
SA Osp. S. Arsenio-Polla	51	3,16
CE CCA Pineta Grande-Castel Volturno	63	3,35
NA CCA Clinic Center SPA-Napoli	95	4,35
NA Osp. C. Fatebenefratelli-Napoli	67	5,96
SA A.O.U.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi-Salerno	270	6,86
AV Osp. di Ariano Irpino-Ariano Irpino	166	8,25
CE A.O. S.S. Anna e Sebastiano-Caserta	268	8,44
NA A.O. Cardarelli-Napoli	455	9,03
SA Osp. S. M. Speranza-Battipaglia	57	10,62
AV A.O. S. G. Moscati-Avellino	201	11,62

Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

Prov	N° casi	%
ITALIA	35.334	9,86
NA A.O. Cardarelli-Napoli	122	0,68
NA IRCCSpub Istituto Nazionale Tumori-Napoli	436	2,17
NA A.O. dei Colli P. Monaldi-Napoli	37	2,69
NA Osp. S. M. delle Grazie-Pozzuoli	31	3,14
NA Osp. C. Fondazione Evangelica Betania-Napoli	144	3,25
SA A.O.U.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi-Salerno	103	4,79
NA CCA Clinica Mediterranea SPA-Napoli	103	6,06
NA A.O.SSN Federico II-Napoli	136	6,29
SA A.O.U.U. S. M. dell'Olimo-Cava De' Tirreni	114	7,51
AV A.O. S. G. Moscati-Avellino	185	7,63

Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni

Prov	N° casi	%
ITALIA	146.813	10,3
NA CCA La Madonnina SRL-San Gennaro Vesuviano	144	0
NA Pres. Maria S.S. della Pietà-Casoria	169	0,8
NA A.O.SSN Federico II-Napoli	175	1,1
SA CCA Prof. L. Corbellis-Vallo Della Lucania	76	1,44
SA CCA Ippocratica SPA-Salerno	139	1,69
SA CCA Tortorella SPA-Salerno	115	2,08
CE CCA Villa dei Pini-Predimonte Matese	153	2,44
AV CCA S. Rita-Atripalda	332	3,31
SA Osp. S. Arsenio-Polla	345	3,58
CE CCA Villa Fiorita SPA-Capua	64	3,87

Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni

Prov	N° casi	%
Italia-	12.845	2,65
NA A.O. Cardarelli-Napoli	135	3,49
NA IRCCSpub Istituto Nazionale Tumori-Napoli	193	7,76
NA A.O. dei Colli P. Monaldi-Napoli	38	-
AV A.O. S. G. Moscati-Avellino	24	-
CE A.O. S.S. Anna e Sebastiano-Caserta	6	-
NA A.O. dei Colli P. Cotugno-Napoli	7	-
BN A.O. G. Rummo-Benevento	28	-
CE Osp. S. G. Moscati-Aversa	3	-
NA Osp. Civile S. Giovanni di Dio-Frattamaggiore	4	-
NA Osp. Rizzoli-Lacco Ameno	2	-

Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni

Prov	N° casi	%
ITALIA	24.053	1,33
NA IRCCSpub Istituto Nazionale Tumori-Napoli	182	0,54
CE CCA Pineta Grande-Castel Volturno	64	0,99
NA A.O. Cardarelli-Napoli	126	1,99
NA A.O. dei Colli P. Monaldi-Napoli	594	3,17
NA A.O.SSN Policlinico-Napoli	71	4,55
AV A.O. S. G. Moscati-Avellino	9	-
BN A.O. G. Rummo-Benevento	11	-
SA A.O.U.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi-Salerno	30	-
SA CCA Salus SPA-Battipaglia	3	-
NA CCA Trusso SRL-Ottaviano	2	-

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni

Prov	N° casi	%
Italia-	86.493	9,19
NA Osp. Dei Pellegrini-Napoli	148	3,47
SA A.O.U.U. S. M. dell'Olimo-Cava De' Tirreni	87	3,52
NA Osp. Rizzoli-Lacco Ameno	85	4,75
NA CCA Villa dei Fiori-Acerca	282	5,21
NA Osp. Civile S. Giovanni di Dio-Frattamaggiore	172	5,79
SA Osp. S. M. Speranza-Battipaglia	94	6,41
AV Osp. di Ariano Irpino-Ariano Irpino	98	6,61
NA Osp. C. Fondazione Evangelica Betania-Napoli	109	7
SA Osp. di Roccaspide-Roccaspide	89	7,99
CE Osp. S. Giuseppe e Meliorio-Santa Maria Capua Vetere	146	8,19

Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni

Prov	N° casi	%
ITALIA	47.918	4,07
NA Osp. C. Fondazione Evangelica Betania-Napoli	81	0
BN CCA Nuova Clinica S. Rita-Benevento	57	0
SA Osp. Tortora-Pagani	58	2,74
NA IRCCSpub Istituto Nazionale Tumori-Napoli	393	2,75
NA A.O.SSN Federico II-Napoli	192	2,96
CE CCA Pineta Grande-Castel Volturno	51	3,07
AV A.O. S. G. Moscati-Avellino	53	3,78
BN A.O. G. Rummo-Benevento	106	3,9
NA A.O. Cardarelli-Napoli	280	5,08
SA Osp. Umberto I-Nocera Inferiore	62	5,77

Infarto, ictus e aneurisma: qui si muore di più

Ettore Mautone

Sanità campana sotto la lente degli indicatori di efficienza: la mappa tracciata dall'Agenas sulla qualità dell'assistenza in 60 Case di cura accreditate, 10 ospedali, tre centri evangelici, l'Irccs Pascale e le decine di presidi ospedalieri delle sette Asl della Regione, delinea un quadro a tinte fosche in cui la nostra regione si muove ancora a tentoni inciampando sull'eccesso di parti cesarei (un dato storico), senza riuscire a rialzarsi nella tempestività di intervento per gli anziani deputati ad andare sotto i ferri entro le 48 ore da una frattura del femore (campanello d'allarme per verificare se una struttura ospedaliera lavora a regola d'arte). Una sanità che annaspa anche in alcune eccellenze riconosciute come la cardiointerventistica e l'alta chirurgia dei tumori.

Nel dettaglio rispetto ad una percentuale media italiana di 9,19 di mortalità a 30 giorni dopo un infarto acuto in Campania su 48 strutture solo 15 sono sotto soglia e, fatta eccezione per il Vecchio Pellegrini che con 2,7% su 148 interventi dà il miglior risultato insieme a Frattamaggiore (5,79 su 172) e Villa Betania (7% su 109) le altre strutture in cima alla classifica sono tutte periferiche o strutture accreditate (Fatebenefratelli, Pineta Grande, Villa Dei Fiori di Acerra che hanno il



Le criticità
Percentuali negative anche per ricoveri post operatori per tumore

ospedalieri) la rete dell'emergenza fa acqua e non è ancora calibrata su una scala razionale con centri di complessità crescente che assorbono il flusso di pazienti in base alla gravità del caso. E così il Piano ospedaliero manca. I numeri rimandano una fotografia incerta e disomogenea».

Il dato di sintesi generale è che la Campania, rispetto ai miglioramenti delle altre regioni, resta al palo anche se il programma nazionale esclude categoricamente l'utilizzazione dei risultati come una sorta di pagelle. Ma

è anche indubbio che il Piano consente di farsi un'idea concreta di dove e come si viene assisti. Ad esempio è difficile giustificare la percentuale di 32,9% (grezzo di 24,19%) di mortalità a 30 giorni dopo un intervento di aneurisma dell'aorta addominale al San Giovanni Bosco laddove la media italiana è di 1,88 e tutte le altre strutture campane si posizionano massimo al 5,5 per cento (Monaldi) che pure si presuppone affronti i casi più complessi.

Certo il Monaldi non ha pronto soccorso ma il Cardarelli sì e su 125 interventi dà un esito infausto fisiologico del 2,94%. Così per la mortalità per tumore del colon a 30 giorni il miglior dato, (fatta eccezione per Villa Betania e clinica Santa Rita che ne fanno pochi) vedono sotto la soglia di 4,07% (media italiana) solo Federico II, Istituto Pascale e Rummo tra le strutture promosse con grandi volumi di attività.

Si potrebbe continuare con decine di tabelle e grafici. Come la mortalità a 30 giorni per Ictus: solo una decina di

strutture sono nella media italiana (11,25%) e fatte salve alcune anomalie per i convenzionati in vetta ma con pochi casi trattati, il resto della rete regionale sanitaria risente eccome della mancanza di una rete stroke con tre soli centri dedicati su 175 in Italia. Anomalie anche nella mortalità per tumore cerebrale dove Cardarelli e Loreto Mare soccombono rispetto ai dati di Pozzuoli, Loreto Mare, Rummo, San Sebastiano di Caserta e ospedale Umberto I di Nocera Inferiore. Quando contano gli operatori? Quanto le condizioni di partenza del malato? Se i dati non servono a dare giudizi definitivi sono però uno strumento utile per promuovere una revisione

I sindacati
«Emergenza: la rete fa acqua e manca da tempo un piano ospedaliero»

clinica e organizzativa che valorizzi l'eccellenza, individui le criticità e promuova riforme. Sarà per questo che i dati e le decine di tabelle del piano esiti sono da giorni in evidenza sulla scrivania del governatore Vincenzo De Luca e del suo consigliere per la Sanità Enrico Coscioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il rapporto Qualità dell'assistenza: nel mirino dell'Agenas sessanta case di cura accreditate

Monitorati anche 10 ospedali, 3 centri evangelici il Pascale e decine di presidi delle 7 Asl campane

La nomina

Commissario
in pole Russo
e Panella

Ancora stallo sulla nomina del commissario della sanità campana che dovrà essere indicato dal governo. Chi sarà il prescelto? Di ipotesi ne circolano diverse. Da Massimo Russo, giudice di sorveglianza al Tribunale di Napoli ed ex assessore alla Sanità della Regione Sicilia, a Vincenzo Panella, salernitano di Atena Lucana con una laurea in Medicina alla «Federico II», oggi direttore generale dell'Asl Roma D, fino a Norberto Cau, già consulente dell'assessorato alla Sanità nell'era Bassolino, e a Giovanni Bissoni, attuale subcommissario alla sanità nel Lazio.

Regioni, Topo: Riparto e legge 161 priorità per sanità campana Temi all'ordine del giorno della conferenza Regioni di oggi

Roma, 25 nov. (askanews) - "Quest'oggi nella conferenza Stato-Regioni si affronterà il delicato tema del riparto del Fondo Sanitario Nazionale. Non possiamo permetterci che la Campania rischi di perdere finanziamenti da destinare al servizio sanitario. Auspichiamo che la ripartizione avvenga secondo regole di buon senso e confermando i criteri per l'assegnazione del fondo previsti per il 2014, nel rispetto degli indici di età, disabilità, mortalità e deprivazione". Così in una nota il presidente della Commissione Sanità in consiglio regionale Raffaele Topo che interviene sui temi all'ordine del giorno nella conferenza Stato-Regioni prevista per oggi. Tra questi anche l'attuazione della direttiva europea sugli orari di lavoro del personale medico.

"La direttiva impone una rimodulazione degli orari di lavoro per quanto riguarda i turni in corsia e i riposi, impedendo, di fatto, il ricorso allo straordinario eccedente e alle ore in convenzionamento, unici strumenti con cui oggi si sta tamponando l'emergenza. Ciò avrà conseguenze ingestibili sul sistema sanitario regionale, con l'allungamento delle liste d'attesa e di conseguenza la riduzione delle ore di assistenza per i cittadini campani", sottolinea il presidente.

"È necessario che il governo agisca con estrema urgenza su questo delicatissimo punto. È impensabile procedere con l'attuazione della direttiva - conclude Topo - senza immaginare di poter trasformare le ore di lavoro scoperte, che di solito vengono garantite con turni straordinari, con l'ingresso di nuovo personale. Sarebbe un'operazione da gestire a 'costo zero'".



Parkinson

Le nuove frontiere
al Policlinico Sun

Al Policlinico Sun le nuove frontiere per la cura del Parkinson. Quando i farmaci non funzionano più, strategie terapeutiche innovative quali l'infusione intestinale di levodopa e la stimolazione cerebrale profonda possono restituire ai pazienti affetti da Parkinson una buona qualità di vita. Tali terapie sono oggi realtà al Centro Parkinson del policlinico Sun. La malattia di Parkinson è una malattia neurodegenerativa progressiva, che colpisce circa il 2% della popolazione sopra i 65 anni in Italia. Si stima che in Campania ne soffrano circa 12mila pazienti. Nel corso degli ultimi anni il Centro Parkinson, coordinato da Alessandro Tessitore (nella foto), della Clinica Neurologica, diretta da Gioacchino Tedeschi, ha intensamente sviluppato due tecniche con ottimi risultati. In occasione della Giornata Parkinson 2015, iniziativa annuale organizzata dalla Accademia Limpe-Dismov che quest'anno vede come testimonial nazionale il campione olimpico Juri Chechi, saranno presentati i dati clinici relativi all'esperienza con questi nuovi approcci terapeutici. L'evento, rivolto ai pazienti e a tutti coloro che volessero avere maggiori informazioni sulla patologia, si terrà domani (dalle 11 alle 13) presso il Policlinico di piazza Miraglia.



La Giunta Il presidente della Campania Vincenzo De Luca

Al Policlinico Sun le nuove frontiere per la cura del Parkinson



di Marisa La Penna

Infusione intestinale di levodopa, stimolazione cerebrale profonda, ecco le nuove frontiere della terapia del Parkinson, oggi realtà al Centro Parkinson dell'azienda ospedaliera universitaria della Sun.

La malattia di Parkinson è una malattia neurodegenerativa progressiva, che colpisce circa il 2% della popolazione sopra i 65 anni in Italia. Si stima che in Campania ne soffrano circa 12.000 pazienti.

Ad oggi, non esistono terapie in grado di arrestarne la progressione, ma diversi sono i farmaci in grado di garantire ai pazienti, soprattutto nei primi anni di patologia, una buona autonomia motoria e una qualità di vita più che soddisfacente.

Nel corso del tempo, però, gli effetti combinati della progressione della malattia e del trattamento farmacologico prolungato possono causare una serie di complicanze a causa delle quali il paziente manifesta durante la giornata gravi fasi di blocco motorio e movimenti involontari che interferiscono con l'equilibrio e la deambulazione, al punto che può rendersi necessaria un'assistenza continuativa.

E' proprio in questa fase della malattia che si può ricorrere a due tecniche terapeutiche, in grado di rivoluzionare la qualità di vita del paziente: l'infusione intestinale di duodopa, una formulazione gelificata della levodopa ad alta concentrazione, somministrata continuamente e direttamente nell'intestino dall'esterno, azionando una piccola pompa che il paziente porta a tracolla; la Stimolazione cerebrale profonda (DBS), praticata in collaborazione con

l'equipe di Paolo Cappabianca, neurochirurgo dell'Università "Federico II", che attraverso il posizionamento di due elettrodi in strutture nervose situate profondamente nel cervello e deputate al controllo dei movimenti, consente di modularne il funzionamento.

Nel corso degli ultimi anni il Centro Parkinson, coordinato da Alessandro Tessitore, della I Clinica Neurologica dell'AOU SUN, diretta da Gioacchino Tedeschi, ha intensamente sviluppato queste due tecniche, ampiamente utilizzate nella malattia di Parkinson, con risultati estremamente incoraggianti, che saranno presentati in occasione della Giornata Parkinson 2015 (www.giornataparkinson.it), iniziativa annuale organizzata dalla Accademia LIMPE-DISMOV (Lega Italiana per la lotta contro la Malattia di Parkinson) che quest'anno vede come testimonial nazionale il campione olimpico Juri Chechi.

L'evento, rivolto ai pazienti e a tutti coloro che volessero avere maggiori informazioni sulla patologia, si terrà sabato 28 novembre 2015 (dalle 11 alle 13) presso il I° Policlinico di piazza Miraglia e vedrà i medici del Centro Parkinson SUN in collaborazione con il Centro Parkinson dell'AORN Cardarelli (coordinato da Valentino Manzo) impegnati in un seminario congiunto su tutti gli aspetti della malattia, in particolare quello delle terapie innovative.

“Quando la selezione del paziente è accurata – spiega Alessandro Tessitore - queste terapie garantiscono una stimolazione continua e una risposta terapeutica costante, in grado di contrastare sia i blocchi motori imprevedibili che i movimenti involontari invalidanti”. “Implementare queste terapie in Campania e sostenerle nel tempo non è facile – aggiunge Gioacchino Tedeschi – ed ha richiesto molto impegno e la creazione di team multidisciplinari complessi: tuttavia, i nostri sforzi sono ampiamente premiati dal miglioramento della qualità di vita dei nostri pazienti quando accuratamente selezionati. E' importante per loro sapere di avere una valida alternativa ai farmaci per via orale quando questi non dovessero più garantire una buona risposta terapeutica, ed è nostro dovere promuovere una corretta informazione sull'utilizzo di terapie specialistiche praticate presso Centri di riferimento”.

La giornata si concluderà con una esibizione del Coro “Singing in the SUN” diretto dal maestro Carlo Forni. Per maggiori informazioni sulla giornata www.napoliparkinson.it

Nella foto il rettore Giuseppe Paolisso

Giovedì 26 Novembre 2015, 15:26 - Ultimo aggiornamento: 15:28



SANITA', DATI AGGHIACCIANTI - Il punto del direttore Alessandro Barbano

http://video.ilmattino.it/primo_piano/sanita_dati_agghiaccianti_punto_direttore_alessandro_barbano-1383870.html

Emergenza sanità “Senza la nomina del commissario siamo paralizzati”

La Regione: situazione grave
Ma Coscioni: “Tutto sotto controllo”
Il subcommissario Morlacco lascia

GIUSEPPE DEL BELLO

OSPEDALI, pazienti e operatori, la sanità ha la corda al collo. Una morsa serrata che solo il commissario potrebbe allentare. Se solo fosse nominato. E intanto? La prima a parlare è la Regione. Più che dire, ammaina bandiera bianca. Spalle al muro, la struttura commissariale priva di vertice: «noi stiamo lavorando, ma finché non sarà nominato il commissario, qualsiasi iniziativa non diventerà mai operativa». Previsioni? «Potrebbe arrivare tra una settimana, tra un mese o tra due». Nel frattempo? «Da lunedì, incontreremo ogni singolo commissario di Asl e ospedali. In attesa della nomina, si procederà a vista. Accorpendo reparti e

personale». Dagli ospedali è un bollettino di guerra. Roberto Rago, direttore del San Giovanni Bosco, rivela: le sedute operatorie si faranno solo al mattino, cancellando le due pomeridiane. E aggiunge: «Insieme ai colleghi di Loreto e San Paolo, abbiamo avvertito primari e coordinatori perché programmino un orario che rispetti la nuova legge e garantisca l'assistenza. Ci riusciranno? Non credo. Ho abolito lo straordinario per due chirurghi che prestavano servizio anche a Capri, resteranno qui. E come farà il presidio dell'isola ad andare avanti?».

Allo stremo il San Paolo: «Da martedì, stop all'attività chirurgica di routine e accorpamento. Si comincia da Ortopedia con Urologia e Medicina d'urgenza



con la Generale, mentre le camere operatorie della Ginecologia saranno adibite solo a sala parto e Ivg. Rischio paralisi per il servizio ambulanze». Enrico Coscioni, il cardiocirurgo che di De Luca è il consigliere, parzialmente ribalta le responsabilità sulle

amministrazioni precedenti: «Gli atti aziendali non sono stati fatti, e queste sono le conseguenze. Ma come è possibile ridurre il personale senza prima sopprimere le strutture inutili? E comunque l'area di emergenza è sotto controllo».

Luigi Savio, segretario Fp Cgil, stigmatizza il disinteresse del governo Renzi, ma richiama la Regione alle sue responsabilità: «Non si può aspettare che arrivi un commissario semmai tra un anno, come è accaduto per Bagnoli. Qui non si tratta di bonifiche da fare, ma di garantire l'assistenza. In gioco c'è la vita di centinaia di migliaia di pazienti e, anche, l'incolumità di centinaia di operatori sanitari. La Regione deve intervenire subito, prima che sia troppo tardi». Sempre ieri, il subcommissario Mario Morlacco, negando dissidi con l'entourage del governatore, ha annunciato le sue dimissioni: «Sono stanco e, comunque, dovrei lasciare a breve per limiti di età».



Università Federico II di Napoli Dipartimento di Sanità Pubblica

Informazione pubblicitaria



Il Direttore:
Prof.ssa Maria Triassi

Master di II livello in "Management Sanitario" Diretto dalla prof.ssa Maria Triassi

Scade il 1 dicembre il termine per le domande per l'ammissione al corso di Master di II livello in "Management Sanitario", afferente al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

Corso di Master universitario di II livello in "Management Sanitario" è indirizzato ai laureati Specialisti in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Medicina Veterinaria, Farmacia, Psicologia, Biologia, Professioni Sanitarie, Ingegneria, Chimica e Biotecnologia, con particolare riferimento, alle figure professionali già aventi responsabilità di direzione e coordinamento di strutture sanitarie, o in attesa di tali incarichi, che desiderano acquisire una cultura applicativa reale nelle tecniche di management sanitario.

La struttura di Ateneo responsabile della gestione amministrativa e contabile del Master è il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, sito in Napoli, Via Sergio Pansini n. 5, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico.

Requisiti per l'ammissione:

Diplomi di Laurea antecedenti al D.M. 509/1999 in: Medicina e Chirurgia; Odontoiatria e Protesi Dentaria; Medicina Veterinaria; Farmacia; Psicologia; Biologia; Chimica; Ingegneria Civile; Ingegneria elettronica; Ingegneria Biomedica; Architettura

Laurea Specialistica e/o Magistrale in:

Medicina e Chirurgia 46/s; Odontoiatria e protesi dentaria 52/s; Medicina Veterinaria 47/s; Farmacia 14/s; Psicologia 58/s; Biologia classe 6/s; Fisica LM/17

Professioni Sanitarie:

SNT-SPEC/1; SNT-SPEC/2; SNT-SPEC/3; SNT-SPEC/4

Ingegneria civile 28/s; Ingegneria dell'automazione 29/s; Ingegneria elettronica 32/s; Ingegneria gestionale 34/s; Ingegneria per l'ambiente e il territorio 38/s; Scienze Chimiche 62/s
Il bando è consultabile e scaricabile sul sito web www.unina.it

La domanda di partecipazione al concorso, dovrà essere indirizzata al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II - Ufficio Scuole di Specializzazione e Master Via Mezzocannone, 16- 80134 Napoli

Essa dovrà essere recapitata, unitamente agli allegati, a pena di esclusione dal concorso, entro e non oltre il giorno 1 dicembre 2015, ore 12:00.

Via S. Pansini, 5 - 80131 NAPOLI - Tel. 081 7463360 - 081 7463353

Tel e fax 081 7463352 e-mail: triassi@unina.it

Sanità. Intesa alla Stato-Regioni Arriva il giro di vite per 208 esami ma senza sanzioni

Barbara Gobbi

Lo screening del colesterolo negli ultra 40enni da ripetere non prima di 5 anni in assenza di valori alterati, modifiche dello stile di vita o interventi. La risonanza magnetica della colonna in caso di tumori sospetti o accertati, di possibili infezioni o per complicanze post traumatiche e solo in determinate condizioni. Gli esercizi respiratori solo per pazienti con malattie neuromuscolari o prossimi a un'operazione all'addome o che, ancora, escano dalla ventilazione meccanica o presentino disfunzioni respiratorie.

E così via. Su 208 prestazioni ambulatoriali a rischio di inappropriata, il ministero della Salute ha impresso un giro di vite, recepito ieri con l'intesa in Conferenza Stato-Regio-

ni. Tradotto: i medici di famiglia ma anche gli specialisti dovranno attenersi, al momento di prescrivere un esame al paziente, alle indicazioni scritte nero su bianco nel provvedimento. Che spazia nel vasto sottobosco dei possibili esami riconducibili a una o più patologie: dalle cure dentali alla genetica, dalle risonanze magnetiche alle tac, dagli esami del sangue alla riabilitazione.

Ma le briglie ai medici, che tanti mal di pancia hanno creato tra i camici bianchi fin dall'inizio dell'autunno, quando il decreto del ministero era agli esordi magià veniva bollato come un tentativo di mettere la sordina alla categoria, escono - almeno per il momento - allentate dall'intesa di ieri. Perché sulle sanzioni patrimoniali

previste nel decreto Enti locali (tradotto nella legge 78/2015), cui il "dm Lorenzin" dà applicazione, per il momento si rinvia: se ne occuperà un accordo al momento tutto da concertare. Niente mani nelle tasche dei medici "cattivi prescrittori", insomma, e chissà se le sanzioni diventeranno mai davvero operative. Per il momento, regioni e asl sono chiamate a rafforzare «formazione e informazione» sui camici bianchi, per consentire loro di prescrivere al meglio, in vista di risparmi per il Ssn intorno a qualche centinaio di milioni di euro.

Una tempesta in un bicchier d'acqua, quindi? Starà alle regioni decidere se e come e chi bacchettare, certo. In ogni caso la spada di damocle delle sanzioni - avvertono ancora i

medici, che proprio domani a Roma manifesteranno contro il «rischio smantellamento del Ssn e la progressiva burocratizzazione della professione» - continua a incombere. La legge 78 è chiara e prescrive, per i dipendenti, una «riduzione del trattamento economico accessorio, nel rispetto delle procedure previste dal contratto collettivo nazionale di settore e dalla legislazione vigente, e nei confronti del medico convenzionato con il Ssn, una riduzione, mediante le procedure previste dall'Acn di riferimento, delle quote variabili dell'accordo collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo integrativo regionale».

I medici restano in campana.

IL PUNTO

Per le prescrizioni a rischio di inappropriata i medici dovranno seguire le indicazioni della Salute
Per ora niente penalità

Stato-Regioni

Esami specialistici

Via libera al decreto

■ La conferenza Stato-Regioni ha approvato ieri lo schema di decreto del ministro della Salute che introduce le condizioni di erogabilità o le condizioni di appropriatezza descrittiva alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Si tratta in pratica della legge che stabilisce quando il medico può prescrivere esami specialistici ai pazienti. «Un passo per rendere il servizio sanitario più virtuoso e sostenibile», ha commentato il sottosegretario alla Sanità Vito De Filippo. Critici però i medici, secondo i quali «non è sempre chiaro ed evidente quali siano gli esami opportuni o meno».

Rapporto Oasi 2015. Allarme del Cergas Bocconi: i segnali di riduzione dei servizi e delle prestazioni sono «forti e pesanti»

Sanità pubblica vittima dei tagli

Lo stato patrimoniale delle aziende sanitarie presenta debiti miliardari

Roberto Turno

■ Viviamo mediamente di più (82,9 anni) ma l'8% di noi rinuncia alle cure perché costano troppo. Spendiamo 33 miliardi di tasca nostra per la salute e dalla riabilitazione alle visite e gli accertamenti specialistici i costi "out of pocket" sono la maggioranza e solo le cure in ospedale sono quasi sempre gratis. Abbiamo ridotto del 40% asl e ospedali-azienda e dal 1990 tagliato ben 130 mila posti letto, ma curarsi fuori dall'ospedale è quasi impossibile da Roma in giù. Da tre anni i bilanci e il conto economico sono addirittura in attivo, ma lo stato patrimoniale delle aziende sanitarie è un disastro con debiti miliardari nascosti a partire dalle regioni sotto piano di rientro che riguardano ormai quasi metà degli italiani. E gli investimenti restano una chimera. Parola della Bocconi: una cosa è il suo opposto, una specie di Giano bifronte, la sanità pubblica italiana. Con la palla al piede di un Sud che arranca e i suoi pazienti che pagano un doppio svantaggio di cure che mancano e di costi in più. E questo, nonostante gli sforzi di questi anni, i tagli a colpi d'accetta che continuano a lasciarci un sistema che è una grande incompiuta.

Ecco il check più aggiornato

della sanità pubblica italiana. Il quadro che esce dal «Rapporto Oasi 2015» curato dall'intero staff del Cergas Bocconi, che sarà presentato oggi a Milano, parla chiaro. Tra ombre che si stagliano nette, ma anche segni eloquenti di miglioramento. Che però non bastano mai, anzi. E un giudizio che emerge dal rapporto, di cui è responsabile scientifico il professor Francesco Longo: poiché il 35%

del Fondo sanitario è esternalizzato con prestazioni acquistate dai privati, è più facile tagliare in sanità, colpendo proprio i trasferimenti alle "terze economie", che toccare altrove nella spesa pubblica. Insomma, si colpiscono i privati e intanto si abbassa l'asticella delle prestazioni. Col risultato, però, che tra un colpo d'accetta e l'altro di margini per altri interventi per risparmiare non ce ne sono più così tanti. Certo, c'è ancora da razionalizzare e da colpire tra sprechi e inefficienze. Ma fino a un certo punto. Perché i segnali di riduzione dei servizi e delle prestazioni sono appunto forti e pesanti. Col management che intanto deve operare sul fronte e che non sempre ha armi e mezzi anche legislativi giusti per poter sempre incidere dove serve. Anche se poi, si fa rilevare, nell'opinione pubbli-

ca il «messaggio» della lotta alle inefficienze prevale «sul tema dell'equità». A conferma, scrivono gli autori del rapporto del Cergas Bocconi, «che le attuali policy stanno godendo di una narrativa politica favorevole ed efficace». Una «narrativa», appunto, non sempre la realtà dei fatti.

Una realtà che racconta come la spesa sanitaria pubblica tra il 2009 e il 2014 ha registrato una crescita media annua dello 0,7%, ribaltando il +6% annuo del quinquennio precedente. Frutto dei tagli e dei mancati aumenti dopo l'esplosione della grande crisi. Da tre anni l'equilibrio di bilancio complessivo sta reggendo, c'è stata una «robusta» capacità di risposta alle misure messe in cantiere, con i manager diventati «esecutori materiali» sul campo delle manovre. Mai però a costo zero per gli italiani. Soprattutto nelle regioni sotto tutela, che hanno potuto mostrare conti apparentemente in rosa grazie alle super addizionali e ai ticket. Mentre è cresciuta la spesa dei cittadini. Con un livello di qualità e quantità dei servizi che non raramente «è stato intaccato». E con risultati patrimoniali che segnano rosso profondo, sempre al Sud, sempre dove i contini tornano. A dispet-

to dei trend di salute, di aspettative di vita, di crescita del sistema.

Un ginepraio. Per uscire dal quale il Cergas Bocconi presenta una ricetta in dieci punti: tagliare i reparti che hanno poca attività, ridurre gli ospedali a partire dalla trasformazione di quelli piccoli, accorpate le aziende e ridisegnare la geografia, dare una missione specifica a quello con budget che supera i mld di euro, ridefinire accesso ed erogazione dei servizi in base alla "tipologia" dei pazienti. Ma anche fare trasparenza nei criteri di accettazione dell'innovazione farmaceutica senza barriere regionali, spingere sull'hta e sui sistemi informativi. Poi due jolly non facili: integrare meglio col Ssn quei 33 miliardi l'anno di spesa privata e attuare un mix di politiche per il personale per affrontare la mancanza di medici e il loro invecchiamento o il burn out che esplose. Magari, perché no, di riflesso per dare più opportunità ai giovani.

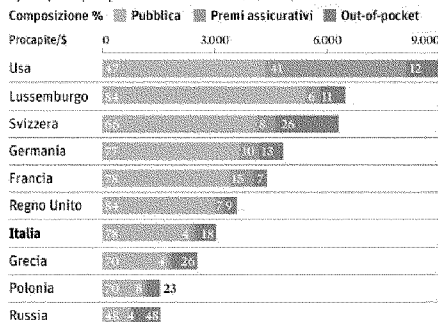
L'ANALISI

Curarsi fuori dagli ospedali è pressoché impossibile da Roma in giù; tra un colpo e l'altro margini per ulteriori interventi non ce ne sono più

Il pianeta sanità

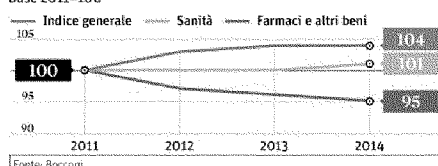
CONFRONTO INTERNAZIONALE

Spesa procapite per finanziatore. Dati in dollari



LA SANITÀ E LA CRESCITA DEI PREZZI

Base 2011=100



Fonte: Bocconi

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 27 NOVEMBRE 2015

Stabilità. Dalla Affari Sociali parere favorevole con osservazioni: "Il contributo delle Regioni per il 2017-2019 non può comportare un'ulteriore riduzione del finanziamento del Ssn"

"Si valuti l'opportunità di intraprendere le iniziative volte a dare una risposta alla drammatica situazione in cui versano molte aziende sanitarie e ospedaliere, che si trovano nell'impossibilità di erogare le prestazioni assistenziali con il personale in servizio, dovendo al tempo stesso garantire l'osservanza della normativa in materia di turni di lavoro". Queste le osservazioni apportate dai deputati della XII commissione della Camera. [IL PARERE](#)

Via libera da parte della commissione Affari Sociali della Camera al disegno di legge di stabilità. I deputati della XII commissione nel dare il loro parere positivo alla Tabella n. 14 sullo stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2016 e per il triennio 2016-2018, hanno apportato due osservazioni.

Nella prima vengono chiesti chiarimenti in merito all'attuazione dei commi da 388 a 392, concernenti la misura del contributo alla finanza pubblica delle regioni per gli anni 2017-2019. Nel testo del provvedimento, infatti, si spiega che "le Regioni assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per il 2017 e 5.480 per ciascuno degli anni 2018 e 2019, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza". Nel parere i deputati chiedono di chiarire che tale misura "non può comportare un'ulteriore riduzione del finanziamento corrente del Sistema sanitario nazionale".

La seconda osservazione, invece, verte sull'attuale problema legato alla nuova direttiva Ue sull'orario di lavoro, affrontato ieri dallo stesso ministro della Salute [Beatrice Lorenzin, nel corso del Question time alla Camera](#). Nel parere si chiede di "valutare l'opportunità di intraprendere le iniziative volte a dare una risposta alla drammatica situazione in cui versano molte aziende sanitarie e ospedaliere, che si trovano nell'impossibilità di erogare le prestazioni assistenziali con il personale in servizio, dovendo al tempo stesso garantire l'osservanza della normativa in materia di turni di lavoro".

Giovanni Rodriguez

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016). C. 3444 Governo, approvato dal Senato.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2016 e bilancio pluriennale per il triennio 2016-2018 e relativa nota di variazioni. C. 3445 Governo, approvato dal Senato e C. 3445-bis Governo, approvato dal Senato.

Tabella n. 14: Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2016 e per il triennio 2016-2018.

RELAZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE

La XII Commissione (Affari sociali),

esaminata la Tabella n. 14 (Stato di previsione del Ministero della salute) del disegno di legge di bilancio per l'anno finanziario 2016 e per il triennio 2016-2018 (C. 3445 Governo, approvato dal Senato) e la relativa nota di variazioni (C. 3445-bis Governo, approvato dal Senato) nonché le connesse parti del disegno di legge di stabilità 2016 (C. 3444 Governo, approvato dal Senato),

evidenziate diverse criticità concernenti, in particolare, i commi 303 e 304, sia per ragioni attinenti specificamente alla formulazione – sotto il profilo letterale sembrerebbe opportuno estendere il riferimento, in entrambi i commi, ai presidi ospedalieri dei citati enti; manca, inoltre, la previsione dell'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni in una materia in cui quest'ultima si reputa necessaria – sia, soprattutto, per ragioni di merito. Al riguardo, pur condividendo l'opportunità di sottoporre i singoli presidi ospedalieri a controlli atti ad evitare sprechi, non si può tuttavia prescindere dal considerare che la presenza di un ospedale in un dato territorio è motivata in primo luogo dall'esigenza di garantire un servizio essenziale, a tutela della salute, e non certamente dall'obiettivo di produrre utili. Sembra preferibile, quindi, ritenere che l'equilibrio di bilancio sia compito dell'azienda sanitaria locale cui compete anche garantire i servizi, e non obiettivo del singolo presidio;

manifestate perplessità in ordine alle scelte di cui ai commi 305 e 306 per cui in alcune regioni, sulla base di determinati parametri, si possano costituire aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione delle aziende ospedaliere-universitarie nelle aziende sanitarie locali, in quanto si teme che tale soluzione potrebbe avere un impatto negativo sulla spesa pubblica. Infatti, sia i parametri quali ad esempio i posti letto, i responsabili di unità operative, sia il sistema dei *Diagnosis Related Groups* (DRG) sono assai diversi con riferimento alle aziende sanitarie locali, da un lato, e alle aziende ospedaliere-universitarie, dall'altro;

rilevato, con riferimento al medesimo comma 313, che la soppressione dell'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189 del 2012, farebbe venire meno anche il comma 2-bis, concernente l'aggiornamento del nomenclatore tariffario per le prestazioni di assistenza protesica (erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale);

osservato che nella procedura per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui al comma 318 è contemplato il semplice parere della Conferenza Stato-regioni laddove, invece, dovrebbe essere previsto lo strumento dell'intesa;

evidenziato che dall'attuazione dei commi da 388 a 392, che stabiliscono la misura del contributo alla finanza pubblica delle regioni e delle province autonome per gli anni 2017-2019, ciò che comporta che le regioni individuino gli ambiti di spesa da tagliare e i relativi importi, non può derivare un'ulteriore riduzione del finanziamento corrente del Sistema sanitario nazionale;

considerata l'esigenza di implementare le somme per la corresponsione degli indennizzi in favore dei soggetti danneggiati a causa di vaccinazioni obbligatorie e di trasfusioni, di cui alla legge n. 210 del 1992, comprensivi della rivalutazione dell'indennità integrativa;

fatto presente che, non essendo stato completato l'aggiornamento del prontuario

farmaceutico nazionale, secondo quanto era stato previsto dall'articolo 11 del decreto-legge n. 158 del 2012, si reputa opportuno provvedere ad una revisione straordinaria del predetto prontuario, sulla base dei criteri del costo-beneficio e dell'efficacia terapeutica;

valutata altresì l'esigenza di completare il processo di trasferimento delle somme assegnate alle regioni a statuto speciale a seguito del trasferimento al Servizio sanitario regionale delle funzioni in materia di assistenza sanitaria ai soggetti ospitati presso le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS);

osservato che occorre semplificare la procedura finalizzata al riparto delle risorse tra Centro nazionale sangue e Centro nazionale trapianti, da un lato, e regioni, dall'altro;

rilevato, inoltre, che il testo del provvedimento in oggetto non contiene alcuna misura volta a dare una risposta alla drammatica situazione in cui versano molte aziende sanitarie e ospedaliere, che si trovano nell'impossibilità di erogare le prestazioni assistenziali con il personale in servizio, dovendo al tempo stesso garantire l'osservanza della normativa in materia di turni di lavoro;

raccomandata, pertanto, l'approvazione da parte della V Commissione degli emendamenti approvati dalla XII Commissione e allegati alla presente relazione, delibera di

RIFERIRE FAVOREVOLMENTE

con le seguenti osservazioni:

provveda la Commissione di merito a chiarire che l'attuazione dei commi da 388 a 392, concernenti la misura del contributo alla finanza pubblica delle regioni e delle province autonome per gli anni 2017-2019, non può comportare un'ulteriore riduzione del finanziamento corrente del Sistema sanitario nazionale;

valuti la Commissione di merito l'opportunità di intraprendere le iniziative volte a dare una risposta alla drammatica situazione in cui versano molte aziende sanitarie e ospedaliere, che si trovano nell'impossibilità di erogare le prestazioni assistenziali con il personale in servizio, dovendo al tempo stesso garantire l'osservanza della normativa in materia di turni di lavoro.

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 26 NOVEMBRE 2015

Orario di lavoro. *Question time* di Lorenzin alla Camera: “Concorsi straordinari per l'assunzione di medici e infermieri. No ad ulteriori deroghe”

Così il ministro della Salute ha risposto oggi all'interrogazione presentata da Giovanni Monchiero. "Stiamo proprio in questi giorni lavorando ad un tavolo congiunto per arrivare ad una soluzione condivisa che permetta il proseguimento in modo ordinario del lavoro nelle nostre strutture sanitarie". Ma per Monchiero saranno necessari, finanziamenti ad hoc per le nuove assunzioni e una disciplina transitoria correlata alla durata delle procedure di assunzione.

"Stiamo prevedendo una procedura concorsuale straordinaria per l'assunzione di personale medico ed infermieristico con una quota dei posti riservati alla stabilizzazione del personale precario, e stiamo proprio in questi giorni lavorando ad un tavolo congiunto, durante appunto questa fase di dibattito per la legge di stabilità, per arrivare ad una soluzione condivisa e che permetta il proseguimento in modo ordinario del lavoro nelle nostre strutture sanitarie". Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è intervenuta oggi in aula alla Camera, durante il *Question time*, per rispondere all'interrogazione presentata dal presidente del Gruppo Scelta Civica a Montecitorio **Giovanni Mochiero (Sc)** sulla possibilità di derogare alla disciplina in materia di durata massima dell'orario di lavoro e riposo giornaliero al fine di garantire la piena funzionalità dei servizi delle aziende sanitarie

"Chiarisco però, da subito, che tale soluzione non prevede ulteriori deroghe alla disciplina europea in materia di orario di lavoro. È appena il caso di ricordare, infatti, che proprio l'intervento normativo del 2014 ha consentito la chiusura di una procedura di infrazione comunitaria aperta in ragione delle deroghe introdotte a livello nazionale e che era pervenuta alla fase del ricorso davanti alla Corte di giustizia dell'Unione europea - ha sottolineato il ministro -. Aggiungo, inoltre, che il risultano avviati diversi contenziosi giudiziari da parte del personale sanitario volti ad ottenere dallo Stato il risarcimento dei danni subiti proprio a causa della vigenza delle predette deroghe".

In fase di replica, Monchiero si è dichiarato "soddisfatto delle intenzioni", sottolineato però "che le intenzioni non seguite da fatti coerenti spesso conducono in direzione opposta a quella desiderata". "Due cose sono assolutamente indispensabili - ha spiegato il presidente del Gruppo Scelta Civica alla Camera -: le procedure di nuove assunzioni siano sostenute da un finanziamento ad hoc, perché il loro numero sarà così rilevante da comportare gravi difficoltà economiche alle aziende. Secondo: il Governo, il Parlamento e chi ha responsabilità di sistema non può lasciare soli i direttori delle aziende, i direttori di struttura e i capi dipartimento ad affrontare le sanzioni che inevitabilmente cadranno sulla loro testa nel caso che non possano, in questa fase transitoria, rispettare le norme attuali. Io credo che una disciplina transitoria correlata alla durata delle procedure per le assunzioni sia assolutamente indispensabile - ha concluso - e le chiedo di adoperarsi affinché venga inserita nella legge finanziaria".

Giovanni Rodriguez

IL SEMINARIO Domani specialisti al Maschio Angioino. Anche un concerto di gospel

Malattie neurodegenerative, si curano con la musica

DI **VERA MUSCERINO**

NAPOLI. Domani dalle 9,30 alle 18, presso l'antisala dei Baroni del Maschio Angioino di Napoli, si terrà il convegno di musicoterapia, dedicato a Gianluigi di Franco e patrocinato anche dal Roma, sul tema "Le influenze della musica sul divenire dell'uomo. Gli effetti neurobiologici della musica come terapia nelle malattie neurodegenerative". La manifestazione è promossa dall'associazione onlus "Il grido universale" in collaborazione con l'Istituto di Diagnosi e Cura Hermitage Capodimonte e con il patrocinio del Comune di Napoli, della Regione Campania e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata. L'ingresso al Convegno è gratuito. Sono stati richiesti 10 Crediti Ecm per psicologi, psicoterapeuti, neurologi, medici di base, fisioterapisti e

logopedisti. La giornata di studi avrà inizio alle ore 9,30 con i saluti istituzionali del sindaco di Napoli Luigi de Magistris, dell'assessore comunale alle politiche sociali Roberta Gaeta e del docente emerito di neurologia Vincenzo Bonavita. Dopo l'introduzione di Luciana Mosca e Rosanna Forges, prenderà il via la prima sessione con gli interventi di Angela De Gregorio, sociologa e responsabile area politiche giovanili Associazione Nazionale Sociologi; Raffaele Sperandeo, psichiatra - psicoterapeuta, PhD in Scienze del comportamento, didatta Ordinario della Federazione Italiana Scuole e Istituti di Gestalt Fisig e direttore della Scuola di specializzazione in Psicoterapia gestaltica integrata (Sippi); e di Sabatino Miranda, direttore Scuola Formazione Musicoterapia "Gesualdo" di Avellino. Nel pomeriggio, alle 15, comincerà la seconda sessione. Prenderanno la parola Marianna Amboni, neurologa, rete regionale

malattia di Parkinson e disordini del movimento: Centro malattie neurodegenerative Università di Salerno, Idc Hermitage-Capodimonte; e Wendy Magee, music therapy program, Boyer College of Music and Dance, Temple University, Philadelphia. Seguirà la parte applicativa con uno studio pilota randomizzato, controllato, in singolo cieco sugli effetti motori e non motori della musicoterapia nella malattia di Parkinson a cura di Marianna Amboni, neurologa; e con una relazione sulla musicoterapia come strategia di recupero nella malattia di Parkinson a cura del M° Rosanna Forges Davanzati, musicista, musicoterapista; e di Lucia Luciana Mosca, psicologa, musicoterapista, pedagoga. Il convegno si concluderà con una performance musicale di chiusura a cura del gruppo Sant'Antonio Gospel Choir diretto dal maestro Angela Camilleri.

GIUGLIANO

Il commissario D'Amore in visita al San Giuliano

GIUGLIANO. Assenza di personale, lavori fermi al vecchio pronto soccorso, reparti sguarniti, mancanza di attrezzature: questi alcuni dei problemi che il commissario dell'Asl Napoli 2 Nord Antonio D'Amore, durante il sopralluogo effettuato ieri mattina all'ospedale San Giuliano, ha potuto constatare con i propri occhi. D'Amore, accompagnato dalla direttrice sanitaria del nosocomio giuglianese Anna Punzo, ha visitato prima il cantiere del vecchio pronto soccorso, poi si è recato nei locali al piano terra dell'ospedale che ospitano da oltre un anno il centro di prima assistenza. Assenti sindaco di Giugliano, componenti della giunta e consiglieri di maggioranza ed opposizione. La situazione accertata non è stata delle migliori. I lavori del cantiere del vecchio pronto soccorso, infatti, procedono molto a rilento. Durante la visita c'era un solo operaio al lavoro. I ritardi sono causati da problemi inerenti ad una variante urbanistica necessaria per portare a termine la riqualificazione del reparto di prima assistenza. **AM**