



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



In arrivo la nuova versione del Nomenclatore tariffario

Il listino per protesi e ausili a carico del Ssn non veniva aggiornato dal 1999

Carrozzine, deambulatori, apparecchi acustici, respiratori e tanti altri ausili necessari per chi ha una disabilità permanente o temporanea.

Il loro elenco è contenuto nel *Nomenclatore tariffario* delle protesi e degli ausili, che stabilisce tipologia e modalità di fornitura dei prodotti erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

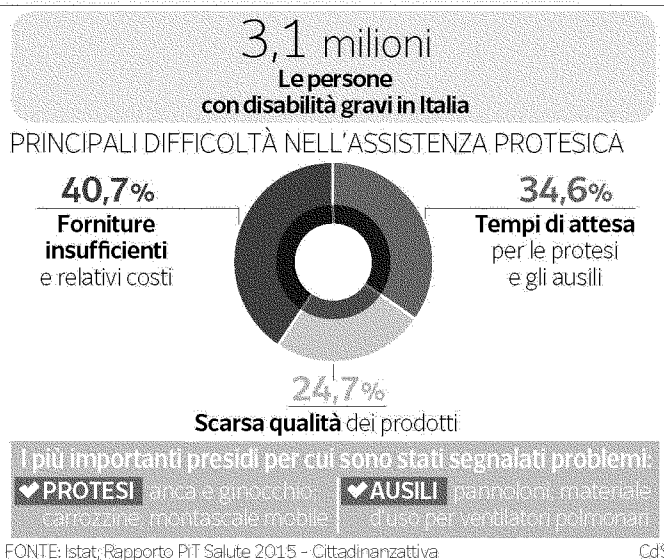
Ma il Nomenclatore non viene aggiornato dal 1999.

Anni di attesa e di rinvii che hanno messo a dura prova chi ne aveva bisogno per vivere (si veda il box in alto), tanto che, lo scorso 10 dicembre, l'associazione Luca Coscioni aveva notificato una diffida alla Presidenza del Consiglio, al Ministro della Salute e alla Conferenza unificata Stato-Regioni affinché fossero posti in essere, entro 90 giorni, tutti gli atti necessari per aggiornare i Lea, i Livelli essenziali di assistenza e il Nomenclatore Tariffario.

«Decorso il termine, procederemo per le vie legali — ribadisce l'avvocato Filomena Gallo, segretaria nazionale dell'Associazione —. Sono anni che si parla di aggiornamenti, ma sono passati altri 12 mesi dall'annuncio del provvedimento e, di fatto, viene ancora negato a persone già fragili il diritto di accedere a una serie di servizi e prestazioni».

Ora, la Legge di stabilità, pubblicata in Gazzetta Ufficiale lo scorso 30 dicembre, stabilisce che entro sessanta giorni dalla sua entrata in vigore, quindi entro fine febbraio, si debba provvedere all'aggiornamento dei Lea e del Nomenclatore tariffario «con un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm), su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni».

È quindi in dirittura d'arrivo



il tanto atteso nuovo Nomenclatore?

«Stavolta è prevista la copertura finanziaria per i Lea e l'annesso Nomenclatore, circa 800 milioni per il 2016, quindi l'aggiornamento dovrebbe esserci, se non proprio a fine

febbraio, visti i tempi tecnici, almeno per i primi di aprile — commenta Vincenzo Falabella, presidente di Fish, Federazione italiana per il superamento dell'handicap —. E finalmente dovrebbero essere inclusi ausili e presidi al passo con le

Standardizzazione

«Sono strumenti di terapia e vanno adattati ai singoli casi»

«L'ausilio o la protesi servono a superare un "limite" ma non siamo tutti uguali — dice Ileana Argentin, della Commissione Affari Sociali della Camera —. Occorre fare attenzione a rendere standard nel Nomenclatore tariffario prodotti che vanno personalizzati secondo le necessità del singolo: io stessa, per esempio, non riesco a cambiare la carrozzina, che ho da 15 anni, perché non ne trovo una simile adatta, avendo una particolare postura a causa di una scoliosi molto severa». «L'ausilio è uno strumento inserito in un progetto di riabilitazione — aggiunge Alessandro Giustini, direttore scientifico all'ospedale di

riabilitazione San Pancrazio di Arco di Trento —. Occorre quindi stabilire con chiarezza quali prodotti possono essere acquistati con gare di appalto fissando specifici criteri, e quali, invece, pur prodotti "in serie", devono essere oggetto di una prescrizione precisa in base ai bisogni della persona, al contesto di vita, al livello di autonomia». «In alcuni Paesi europei — aggiunge —, dopo la prescrizione dello specialista, l'azienda sanitaria verifica tra le aziende o le officine che producono l'oggetto con quei requisiti, poi sceglie l'offerta migliore, non quella al ribasso».

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

innovazioni tecnologiche degli ultimi anni».

«Il testo, in corso di perfezionamento, — afferma la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute — ricalca sostanzialmente quello diffuso l'anno scorso, con integrazioni e modifiche di portata limitata».

Una delle principali novità è l'introduzione di protesi e ausili richiesti da tempo come, per esempio, i comunicatori a comando oculare, finora erogati solo grazie a fondi stanziati ad hoc, ma anche dispositivi ed ausili tecnici di avanzata tecnologia, come carrozzine basculanti e verticalizzabili, scooter elettrici, protesi acustiche a tecnologia digitale, attrezzature domotiche e di sicurezza per gli assistiti.

Alcuni prodotti, come carrozzine e protesi acustiche, sono tuttavia trasferiti dall'elenco degli ausili "su misura" (prodotti "fabbricati" appositamente in base alla prescrizione redatta da un medico specialista e remunerati in base a una tariffa) a quello dei dispositivi "di serie".

Ed è questo uno dei punti più controversi della proposta ministeriale (si veda il box in basso in questa pagina).

Si amplia, poi, la platea dei beneficiari dell'assistenza protesica, includendo le persone che, pur in attesa di accertamento dell'invalidità, hanno urgente bisogno dell'ausilio, i malati rari e i pazienti con disabilità temporanea in Assistenza domiciliare integrata.

Infine è previsto il trasferimento di tutti i dispositivi monouso (ausili per incontinenti, sacche per stomie, cateteri, cannule, medicazioni "avanzate" per il trattamento delle lesioni da decubito) in una diversa area assistenziale: l'«assistenza integrativa».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL REPORT

Osservatorio consumo medicinali, Sud e Campania sono in testa

Allarme dei medici Isde su malattie tumorali e qualità dell'assistenza: «C'è incertezza della cura»



Il [report](#) dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali su l'uso dei farmaci in Italia da gennaio a settembre 2015 pone in testa il Sud e la Campania è terza per spesa pro capite subito dopo la Sardegna e la Toscana per i farmaci acquistati dalle strutture pubbliche.



Tabella 14. Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto regionale tra i primi 7 mesi del 2015 e 2014 (popolazione pesata)

	Spesa SSN pro capite		N.	DDD/1000 abitanti die
	€	Δ% 15/14		
Piemonte	114,6	11,2	155,2	
Valle d'Aosta	104,9	32,9	181,1	
Lombardia	117,9	30,0	98,8	
P.A. Bolzano	131,0	3,7	194,1	
P.A. Trento	96,7	16,7	150,2	
Veneto	122,9	15,8	209,6	
Friuli V.G.	114,0	13,5	157,1	
Liguria	127,6	20,9	179,6	
Emilia R.	138,5	26,2	315,9	
Toscana	159,3	25,3	194,8	
Umbria	125,7	9,0	181,8	
Marche	132,7	17,3	150,0	
Lazio	134,1	21,8	115,9	
Abruzzo	130,5	21,0	101,7	
Molise	117,9	16,8	107,3	
Campania	153,4	26,8	103,1	
Puglia	161,1	21,3	129,3	
Basilicata	147,9	26,5	130,1	
Calabria	136,8	21,3	117,9	
Sicilia	122,4	19,6	122,3	
Sardegna	162,6	19,6	158,0	
Italia	133,1	21,8	151,5	
Nord	121,8	21,4	173,4	
Centro	141,5	21,5	151,3	
Sud e isole	144,2	22,3	119,9	

L'analisi dei consumi e della spesa non include l'ossigeno e gli altri gas medicinali.

Fonte: elaborazione OsMed su dati NSIS relativi alla Tracciabilità del Farmaco – DM 15 luglio 2004

Isde: record sui farmaci oncologici

«Si tratta della regione più giovane d'Italia e a ragione di logica dovrebbe avere meno consumi sanitari - commenta l'oncologo Antonio Marfella del direttivo Isde Campania-Medici per l'ambiente - contemporaneamente la provincia dove si registra la più lunga aspettativa di vita alla nascita è Bolzano, Napoli e Caserta sono ultime e qui il 71% della spesa ospedaliera è soltanto per farmaci oncologici, a Napoli e Caserta ci si ammala di più di cancro: non abbiamo un ambiente sano e salubre dove sperare di farla franca».

La prevenzione e i fumi dei roghi

E Luigi Costanzo medico di famiglia Isde aggiunge: «Resta che il diritto alla salute in Campania sta diventando un privilegio per chi può permetterselo. Come medico di base devo denunciare la difficoltà nel fare prevenzione primaria: come, quando le matrici ambientali, aria, acqua e terra, sono avvelenate? Forse che il “fumo” sprigionato dai roghi di pneumatici, vernici, pellame, amianto non ha la stessa nocività di quello della sigaretta? Non è forse vero che la sola presenza di sostanze inquinanti nelle nostre terre, nella nostra acqua e nell'aria, espone tutti ad un rischio maggiore di ammalarsi? E questo rischio, da solo, non dovrebbe indurre le nostre istituzioni secondo un principio di precauzione a prendere provvedimenti urgenti di tutela della salute?»

Liste d'attesa e incertezza della cura

E «la difficoltà nell'attuare una corretta prevenzione secondaria» continua Costanzo, si registra «coi tempi e liste di attesa per esami molto lunghi, interventi “urgenti” programmati dopo mesi, screening sanitari promessi che non partono (dove sono andati i 25 milioni per la prevenzione in Terra dei Fuochi?), l'insorgenza di alcuni tumori in età

pre-screening: qui c'è gente che continua ad ammalarsi e che, non riesce più a trovare spazio e accoglienza nelle strutture pubbliche sanitarie, vedendo protrarsi i tempi di ricovero per malattie giudicate gravissime, senza avere chiaro il percorso diagnostico e terapeutico».

29 gennaio 2016 | 14:45

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Logopedisti Invii ridotti

Fisioterapisti e logopedisti sono soggetti all'obbligo dell'invio dei dati sanitari tramite la Tessera sanitaria solo se accreditati per l'erogazione del servizio. Non lo sono tenuti in caso contrario. È in questo senso che deve essere letta la risposta di Enrico Zanetti, vice-ministro dell'economia, fornita giovedì in commissione finanze della camera.

Alla trasmissione sono tenuti i soggetti contenuti nell'elenco dell'articolo 3 comma 3 del dlgs 175/2014.

Nella risposta si precisa che si deve fare riferimento alle strutture e ai soggetti che erogano prestazioni di assistenza specifica e prestazioni ausiliari ma che risultano accreditate. I poliambulatori sono tenuti solo se risultano accreditati.

Precompilata. Le Faq ufficiali dell'agenzia delle Entrate

Spese sanitarie, niente obbligo per fisioterapisti e logopedisti

Lorenzo Pegorin
Gian Paolo Ranocchi

■ Sono online sul sito dell'agenzia delle Entrate le prime faq ufficiali sull'adempimento, definito dal Dm del 31 luglio scorso, riguardante l'invio delle prestazioni mediche da trasmettere al Sistema tessera sanitaria. Sono state molteplici le difficoltà riscontrate dai medici e dai loro consulenti fiscali in questi giorni nella gestione degli invii: le faq tentano quindi di dare soluzioni pratiche al fine di permettere il rispetto della scadenza per l'invio, prorogata al 9 febbraio prossimo.

Il primo importante chiarimento riguarda i soggetti tenuti alla trasmissione. In tale ambito viene puntualizzato che le spese sanitarie relative al 2015 devono essere trasmesse da tutte le

strutture accreditate (anche se non a contratto) con il Ssn e dai dottori iscritti all'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri (anche operanti nella tipologia dello studio associato). Pertanto nessun obbligo scatta per fisioterapisti, logopedisti, e assimilati, non iscritti all'Ordine dei medici, e in generale per tutti i poliambulatori che non possiedono l'accreditamento per l'erogazione dei servizi sanitari.

Le spese mediche pagate nel 2016 dovranno invece essere trasmesse anche da tutte le altre strutture.

Vengono inoltre chiarite le modalità operative con le quali deve trasmettere lo studio medico associato. In questo caso sarà il medico rappresentante legale (anche tramite intermediario delegato) che dovrà inviare i do-

cumenti fiscali indicando la partita Iva dello studio.

Inoltre, se lo studio medico esercita l'attività nell'ambito di una Srl (ma il medesimo principio vale anche nei casi di Snc o Sas), e quest'ultima emette fattura nei confronti degli assistiti, le spese sanitarie erogate nel 2015 andranno trasmesse dalla struttura, solo però se questa è accreditata per l'erogazione dei servizi sanitari. La modalità operativa anche in questo caso è la stessa prevista per gli studi associati per cui sarà il medico rappresentante legale (anche tramite intermediario delegato) che dovrà inviare i documenti fiscali per conto dello studio.

Nessun obbligo, invece, con riferimento alle prestazioni erogate nel 2015, per gli iscritti all'Albo dei medici non titolari di par-

tita Iva che svolgono prestazioni occasionali. Nessun invio nemmeno per le spese relative alle prestazioni per le quali non è stato possibile acquisire il codice fiscale del contribuente.

Infine, in relazione alla modalità di inoltro delle fatture, viene puntualizzato che la trasmissione dei dati relativi alle spese sanitarie segue il criterio di cassa, tenendo conto della data dell'avvenuto pagamento, a prescindere dal fatto che il documento di spesa riporti una data precedente. Pertanto, nel caso di fattura emessa nel 2015, per la quale il pagamento sia stato effettuato a gennaio 2016, la spesa sanitaria non va trasmessa tra le quelle relative al 2015.

VIA LIBERA AL PDL SULLA RESPONSABILITÀ

Per i sanitari vale solo la colpa grave

Via libera della Camera al pdl sulla responsabilità professionale. Il testo, modificato rispetto alla formulazione iniziale, ha superato ieri il vaglio dell'Aula di Montecitorio dopo un lungo iter in commissione Affari sociali ed è ora atteso il Senato. Spazio, quindi, alla responsabilità penale per l'esercente la professione sanitaria che risponderà dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose solo in caso di colpa grave. Quest'ultima, inoltre, sarà esclusa quando saranno state rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida che, in base a quanto previsto dal pdl, dovranno essere indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca determinati con decreto del ministro della salute. Sul fronte della responsabilità civile è previsto, invece, che le strutture sanitarie, nel caso di condotte dolose o colpose dell'esercente la professione sanitaria, risponderanno dei reati di responsabilità del debitore e responsabilità per fatto degli ausiliari. Tale disposizione si applicherà anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, nonché attraverso la telemedicina. Invece, il responsabile del processo di risk management, potrà essere sia un medico legale e sia un dipendente della struttura sanitaria a patto che abbia un'adeguata formazione e un'esperienza triennale nel suddetto campo. Sul fronte assicurazioni, invece, con un apposito decreto del Mise si provvederà all'individuazione dei requisiti e delle caratteristiche di garanzie per le polizze assicurative delle strutture sanitarie. Tali requisiti dovranno essere specificati anche per le forme di autoassicurazione e per le altre misure di assunzione diretta del rischio. Il decreto del Ministero terrà conto delle indicazioni dell'Ivass, dell'Ania, della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri e delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie. Per quanto riguarda l'azione di rivalsa, invece, il soggetto danneggiato avrà diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura all'azienda. Invece, la società assicurativa, avrà diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione. Inoltre la legge crea due nuovi istituti: un fondo di garanzia, affidato alla Consap, per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria il cui contributo è stabilito annualmente e un osservatorio. Quest'ultimo dovrà monitorare gli errori sanitari che si verificheranno sul territorio nazionale ed identificare le cause, l'entità del danno, e l'onere finanziario del contenzioso. In ultimo, il pdl, prevede l'obbligatorietà del tentativo di conciliazione.

Pasquale Quaranta

Diagnostica per immagini

Con le nuove apparecchiature si riesce a identificare tumori e lesioni ad altri organi, ma anche a indagare sulle emozioni

Risonanza magnetica e Tac all'avanguardia sempre più malattie scoperte in tempo utile

GIUSEPPE DEL BELLO

CONFINI inimmaginabili, oltre la diagnosi e più della terapia. Oggi la risonanza magnetica riesce a indagare sulle nostre emozioni, a fornirci le mappe funzionali delle diverse aree cerebrali. Mappe che si ottengono, ad esempio, attraverso la stimolazione acustica indotta da varie tipologie di suoni, dal trillo di un campanello a una sinfonia di Beethoven. Ancora. Oggi con tecniche "trattografiche", sempre di Rmn, è possibile ottenere la rappresentazione di fasci nervosi, soprattutto in ambito encefalico e del tron-

I più recenti tomografi computerizzati restituiscono immagini molto nitide in 3D

co cerebrale, o nell'individuazione delle fibre nervose coinvolte nell'erezione. E così, a seconda delle indicazioni, sarà utile supporto al neurochirurgo durante la rimozione di un tumore o all'urologo per togliere la prostata, risparmiando i nervi (se il tumore è intracapsulare) deputati alla funzione sessuale. Malattie degenerative del cervello come l'Alzheimer o la sclerosi multipla possono essere studiate attraverso la risonanza magnetica. Oppure, grazie alla Tac, riusciamo a conoscere lo stato di salute delle nostre arterie, se e quanto sono invase da placche aterosclerotiche.

I tomografi computerizzati di ultima generazione riescono a restituire le immagini in 3D del tubo digerente, in alcuni casi diventando colonscopia virtuale, in altri sostituendo la coronarografia. Tecnologie d'avanguardia, che lavorano a pieno ritmo in vari centri pubblici come le due università, il Pascale, il Monaldi, il Cardarelli

e, in provincia, il Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli. Un tumore, ma anche un banale lipoma, un calcolo renale o una malformazione congenita, può essere identificabile grazie a un'ecografia. E oggi gli ecografi rimandano immagini molto nitide in 3D, fondamentali a misurare le lesioni e a interpretarne il contenuto. Accanto ai centri istituzionali, le attività di imaging sono svolte dal settore privato, in accreditamento. Quando il Ssn non ce la fa a dare una risposta alle migliaia di richieste, subentra il privato. Di centri accreditati e che possano contare su apparecchiature di ultima generazione ce sono molti. Quelli a maggior capacità sono l'Igea, l'Actis, l'Sdn, il centro Varelli, la struttura di Casavatore che fa capo alla famiglia Muto già presente a Napoli città, mentre la Clinica del Rosario è attiva a Pompei.

Purtroppo in Italia mancano indicatori di qualità. Significa che il paziente dovrebbe sempre informarsi di cosa offre il mercato pubblico. Per decidere dove rivolgersi per sottoporre all'esame più accurato. «Le linee di ricerca attuale - spiega Alfonso Ragozzino, direttore di Radiologia a Pozzuoli - agguangono alle informazioni anatomiche quelle funzionali che, soprattutto in campo oncologico, sono fondamentali.

In questo settore, ad esempio, si impiegano i nuovissimi farmaci biologici. Ma sono costosi e tossici, e allora è necessario valutarne precocemente la risposta per evitare di sottoporre il paziente a cure costose e tossiche. In questa direzione nuovi orizzonti si aprono con l'imaging metabolico, in grado di riconoscere e quantificare, in maniera non invasiva, cambiamenti metabolici che si registrano in diverse malattie comuni, tra cui il cancro, malattie neurodegenerative, ischemia cardiaca e l'infezione o infiammazione per facilitare la diagnosi e valutare la risposta terapeutica». La parte del leone in questo ambito la fa la Tc-Pet insieme alla risonanza magnetica, e più recentemente la Pet-Rmn è il top. L'unica in Italia è in funzione nell'Sdn nella sede di Gianturco.



Università Federico II di Napoli
Dipartimento Di Sanità Pubblica



Prof.ssa Maria Triassi
Professore Ordinario Igiene
Università Federico II di Napoli
Direttore - Dipartimento Di Sanità Pubblica

Via S. Pansini, 5 - 80131 Napoli - Ed. 19 Piano 18
Tel: + 39 0817463346 - Fax: + 39 0817463352
e-mail: triassi@unina.it

Scuola di Formazione in Management Sanitario, al via i nuovi Corsi di Perfezionamento
**Management Sanitario e Governo Clinico per
Pediatri di Libera Scelta, Coordinatori
di AFT/ UCCP e per Specialisti Ambulatoriali**
*Appropriatezza, miglioramento della qualità, sostenibilità dei servizi sanitari:
la sfida dei percorsi formativi del Dipartimento di Sanità Pubblica*

Si amplia l'offerta formativa della Scuola di Formazione in Management Sanitario del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli, diretto dalla prof.ssa Maria Triassi. Ai nastri di partenza due innovativi corsi di perfezionamento in **Management Sanitario e Governo Clinico**, uno rivolto a Pediatri di Libera Scelta, Coordinatori di AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) ed UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), l'altro progettato per gli Specialisti Ambulatoriali e i Dirigenti della Sanità Territoriale.

Attraverso i percorsi formativi, i professionisti potranno acquisire le abilità e le competenze richieste per il coordinamento delle AFT e delle UCCP, istituite dal Decreto 18/2015 che ha introdotto significativi cambiamenti nell'organizzazione delle cure primarie in Regione Campania.

"Per vincere la sfida posta dalla riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, le figure professionali a preminente funzione clinico assistenziale, come i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali, devono acquisire competenze gestionali e di governo clinico, per poter coniugare il miglioramento della qualità dei servizi offerti con il raggiungimento di risultati economicamente sostenibili", sottolinea la prof.ssa Triassi.

Come il Master di II livello in Management Sanitario, giunto alla quattordicesima edizione e storica punta di diamante della Scuola di Formazione, anche i Corsi di Perfezionamento in Management Sanitario e Governo Clinico propongono un'offerta didattica centrata sui bisogni formativi dei discenti, valorizzando l'aspetto pratico e

la ricaduta operativa del know how acquisito.

"Nella progettazione di entrambi i percorsi didattici sono stati considerati i differenti interessi dei partecipanti e le esigenze che caratterizzano il settore sanitario e l'integrazione sociosanitaria delle strutture pubbliche, oggi finalizzate a svolgere nuove funzioni sia in ambito sanitario sia sociosanitario, alla luce di quanto previsto dal Decreto 18/2015", precisa la prof.ssa Triassi.

Per rispondere agli obiettivi formativi, i percorsi prevedono, oltre alle tradizionali lezioni frontali, l'utilizzo di metodologie didattiche di apprendimento attivo; attraverso simulazioni, giochi di ruolo e discussione di *case-studies*, i partecipanti potranno analizzare il contesto di riferimento, approfondire tematiche emergenti e sviluppare abilità di progettazione e gestione.

Nella realizzazione dei percorsi didattici, il Governo Clinico è stato individuato come chiave di lettura e strategia per analizzare le funzioni delle organizzazioni sanitarie. Attraverso l'analisi di *best practices*, i discenti impareranno, inoltre, a costruire Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e a realizzare modelli organizzativi territoriali, attraverso l'utilizzo di specifici indicatori di efficacia, efficienza ed appropriatezza e con il contributo di un team multidisciplinare di docenti e tutor che li affiancheranno anche nella realizzazione del project-work conclusivo.

Sessanta le ore di didattica in presenza, previste in ambedue i percorsi, suddivise in sei moduli formativi, che si integreranno con le attività *e-learning* e lo studio guidato.

Per ulteriori informazioni: <http://sanitapubblica.dip.unina.it/>



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il caso

Laboratori di analisi, la rivolta dei piccoli

Parte dall'aggregazione dei laboratori di analisi in provincia. I mini-laboratori si associano in aggregazioni e reti di imprese. Ma c'è anche la rivolta di quei laboratori accreditati con il servizio sanitario nazionale che contestano l'idea che si passi ad un'aggregazione che trasferisce ai soli laboratori di grandi dimensioni la fase di analisi. Diversi sono i laboratori che contestano il contratto prevede garanzie di autonomia gestionale per le singole aziende che vi aderiscono. Le norme restano ancora in via di perfezionamento, ma fatto sta che entro l'anno i piccoli laboratori di analisi, quelli con meno di 70 mila prestazioni annue, dovranno trovare una forma di associazione per conservare l'accredito.

> A pag. 27

L Asl, gli incarichi Distretti, dirigenti tutti confermati ma in nuove sedi

Ruotano i vertici dei 4 distretti sanitari dell'Asl di Benevento, come era già stato preannunciato dalle precedenti delibere del commissario Franklin Picker e come è stato poi ufficializzato in un'apposita delibera. Il provvedimento è in linea con la normativa anticorruzione che prevede appunto la rotazione dei dirigenti delle diverse aree, nelle pubbliche amministrazioni. Da lunedì prossimo i 4 direttori dei distretti, - Anna Maria Giangregorio, Rita Angrisani, Pietro Altieri e Tommaso Iannotti - cambieranno sede. Quindi, la Giangregorio da Telesse Terme sarà spostata al distretto Bn2, Rita Angrisani proveniente da Bn 1, andrà a Montesarchio, mentre Pietro Altieri e Tommaso Iannotti si sposteranno rispettivamente da Bn 2 e Montesarchio a Telesse Terme e al distretto Bn1. «Ho preferito cominciare la rotazione dai distretti» dice il commissario Picker «perché tutti i dirigenti svolgono le stesse funzioni, cosicché, cambiano i luoghi di lavoro, ma svolgeranno sempre lo stesso ruolo». «In realtà» continua «gli incarichi scadevano il 31 dicembre, ma io sono arrivato a Benevento il 22 e quindi ho ritenuto opportuno differire di un mese il

provvedimento. Intanto gli incarichi sono stati confermati a tutti e quattro i dirigenti per altri cinque anni e mi sono mosso in modo da avvicinare ognuno di loro al luogo in cui risiedono. Il discorso è diverso per quanto riguarda i funzionari dell'area amministrativa, sia perché mi manca ancora il sub commissario amministrativo, sia perché le competenze sono diverse nelle diverse aree e quindi non posso sacrificare le competenze alla normativa anticorruzione. Quindi mi sono riservato più tempo per decidere e per trovare soluzioni adeguate e per operare per il bene dell'azienda».

Il provvedimento non ha incontrato resistente: «I funzionari interessati dalla rotazione mi hanno ringraziato per il rinnovo degli incarichi» conclude il commissario «per il fatto di essere usciti dalla routine e per la ventata di professionalità diversa».

I criteri

Picker:
«I funzionari sono stati trasferiti avvicinandoli al luogo di residenza»

lu.dec.

Il commissario applica le norme sull'anticorruzione: cambio storico ai vertici delle quattro aree in cui si suddivide l'azienda sanitaria locale

Asl, Picker rimescola i distretti

Dopo circa 15 anni (in alcuni casi, di più) ruotano le poltrone delle direzioni del Bn1, Bn2, Montesarchio e Telese Terme

● **Anna Liberatore**

Cambio ai vertici dei quattro distretti sanitari della Asl di Benevento. Franklin Picker, il commissario straordinario, ha rimescolato le carte in ossequio alla norme sull'anticorruzione che chiedono una rotazione periodica dei dirigenti nelle pubbliche amministrazioni.

Uffici diversi, a partire da lunedì primo febbraio, per: Rita Angrisani che dalla direzione del distretto Bn1 passa a quello di Montesarchio; per Anna Maria Giangregorio che lascia Telese Terme per prendere il Bn2; per Tommaso Iannotti che cambia Montesarchio con Bn1 e per Pietro Altieri che va al timone di Telese Terme dopo il Bn2. Quattro poltrone occupate dalle stesse persone da circa 15 anni (facendo una media), tranne che per Altieri che da poco era approdato in quel di San Giorgio del Sannio.

Gli incarichi avranno durata quinquennale, salvo diverse determinazioni da parte della dirigenza aziendale e, comunque, nelle more dell'approvazione dell'atto aziendale. Si tratta del documento che disegna la pianta organica e le varie unità operative complesse e semplici della struttura sanitaria: nella ultima versione stilata e richiesta (ma non ancora approvata) dalla Regione Campania le unità operative complesse e semplici sono state notevolmente ridimensionate. Dovesse accadere, dopo il vaglio di Napoli, che qualcuna venga soppressa, automaticamente il dirigente che la guida decadrebbe dall'incarico.

Il discorso non vale tanto per i distretti sanitari quanto per le Uoc. Per queste ultime, restano in carica gli stessi dirigenti che le hanno guidate sinora. "Pur dovendo osservare le disposizioni dettate dalle norme sull'anticorruzione - ha spiegato Picker - non potevo compromettere il buon funzionamento dell'azienda. Ruotare i vertici delle Unità operative complesse avrebbe significato gettare l'azienda nel caos più totale e la mia priorità deve essere il buon funzionamento della struttura.

Ognuno di loro è abituato a svolgere le stesse mansioni da anni. Mi riservo, dunque, di effettuare valutazioni, se ce ne saranno, più in là. Al massimo potrei pensare di far ruotare le dirigenze amministrative".

"Il discorso - ha aggiunto - era diverso per i direttori di distretto perché cambiano solo sede, mentre il lavoro resta lo stesso".

Le unità confermate, per ora, sono: Uoc Direzione amministrativa del dipartimento di prevenzione (Giovanni De Masi); dipartimento di salute mentale, Uoc Salute Mentale (Lucio Luciano); Dipartimento di prevenzione, Uoc Servizio Epidemiologia e Prevenzione (Anna Rita Citarella); Uoc Servizio coordinamento servizi socio-sanitari (Pietro Crisci); Uoc Servizio Ispettivo (Vincenzo Gianni Perfetto); Uoc Servizio Qualità e formazione (Pietro Paolo Pedicini); Uoc Servizio relazioni con il pubblico (Anna Bisesti); Uoc direzione amministrativa distretto Benevento 2 (Alberto Traglia); Uoc Affari generali (Antonio Clemente); Uoc Centro elaborazione dati (Giovanni Beatrice); Uoc Provveditorato-Economato (Emma Bianco); Uoc Tecnico-Manutentiva e Patrimonio (Roberto De Toma); Uoc Cardiologia presso presidio ospedaliero di Sant'Agata (Claudio Santoro); Uoc Servizio di tutela della salute negli ambienti di lavoro (Francesco Pallotta); direzione sanitaria presidio ospedaliero Sant'Agata (Pasquale Di Guida); Uoc Dipendenze patologiche distretti Bn1 e Bn2 (Vincenzo Biancolilli); Uoc Laboratorio analisi (Pasqualina Grasso); Uoc Servizio Igiene e Sanità pubblica (Tommaso Zerella).

Restano confermati, per ora, i dirigenti delle varie unità operative complesse: «Avrei compromesso il buon funzionamento della struttura»



Lo scenario

Mentre il presidio di Ponticelli non decolla
resta il grande affollamento al Cardarelli
Il ruolo del Commissario di governo

La sanità incompiuta tra vuoti di personale e strutture al collasso La Campania al bivio

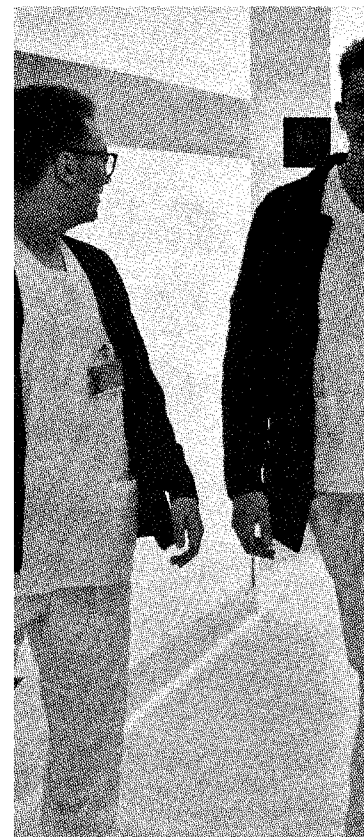
<SEGUE DALLA COPERTINA
GIUSEPPE DEL BELLO

MA finora abbiamo assistito solo all'apertura di alcuni ambulatori della struttura di Ponticelli. Tra l'altro, inutili doppioni. Inseriti in un contesto territoriale dimenticato dal trasporto pubblico. Il Comune, sollecitato a intervenire, promise l'istituzione di una linea di bus che avrebbe collegato il presidio con la città. Niente. Lettera morta. Oggi per raggiungere l'ospedale con i mezzi di trasporto ordinario disponibili ci si impiega un'ora e mezza. Come sarà il nuovo anno? Stavolta conviene astener-

Negli ultimi due anni è andato in pensione più di un terzo degli addetti Reparti in ginocchio

si da previsioni trionfistiche. Partiamo dall'Ospedale del Mare. L'avvio, almeno quello, dovrebbe essere scontato. Più incerte le modalità di attivazione. Sul tappeto c'erano e ci sono tanti nodi irrisolti. Il primo è quello del personale. Si tratta di decidere quali e quanti medici e infermieri saranno trasferiti dai presidi "dismessi" o riconvertiti. Ma si tratta anche di capire come e se ci saranno nuove assunzioni.

Senza un organico ad hoc non si va da nessuna parte. Più di sei mesi fa fu annunciato un parziale sblocco del turn over. Talmente parziale (peraltro, non ancora iniziato) da non riuscire a coprire neanche le esigenze degli ospedali già esistenti. D'altronde, l'Ospedale del Mare dovrebbe diventare anche l'emblema dell'eccellenza sanitaria del Sud. Discipline superspecialistiche indispensabili ad affrontare i casi clinici più difficili. Significa poter contare su un'isola assistenziale di altissimo livello che dia risposte adeguate per le quali oggi i pazienti sono ancora costretti ad andare fuori regione. Dal presidente della Regione si levano solo annunci di cambiamenti di rot-



ta, di svolte che dovrebbero cambiare tutto nel segno della trasparenza. Ma Vincenzo De Luca sa bene che i suoi poteri sono limitati in sanità. Sa che il suo raggio di azione si ferma alle nomine. Manager e commissari sono decisi dalla giunta regionale, mentre l'apertura o la chiusura di ospedali dipende dalla struttura commissariale. Adesso c'è il nuovo commissario, è Joseph Polimeni nominato dal governo e approdato a Napoli dalla Asl di Lucca. Lì, dal tredicesimo piano dell'ex assessorato alla Sanità al centro direzionale, lui col suo staff e col vicecommissario D'Amaro, coordinerà le cose da fare. Programmerà probabilmente un piano sanitario che manca da oltre 15 anni, spiegherà come intende riconvertire ospedali e, soprattutto, come saranno tappati i buchi del personale. E a questo punto, l'obbiettivo si spo-



JOSEPH POLIMENI
Il commissario per la sanità in Campania è stato nominato l'11 dicembre 2015



sta sul Cardarelli. Per ora è lui il re dell'assistenza ospedaliera, se si esclude il Policlinico della Federico II che paga lo scotto di non avere un pronto soccorso e di essere uno dei pochissimi esempi in Italia di una sanità in emergenza quasi totalmente scollegata dalle esigenze del territorio. Il Cardarelli appunto. Il cuscinetto della sanità. Vanno tutti lì, ma il gigante non ce la fa più. Negli ultimi due anni è andato in pensio-

ne più di un terzo dell'organico. Le barelle rappresentano solo l'epifenomeno di una situazione che si ripercuote sull'assistenza e anche sul lavoro di chi continua nonostante tutto ad erogarla. Medici demotivati, spesso vittime del burn-out, fanno solo il conto degli anni o dei mesi che gli mancano per lasciare l'ospedale. Il commissario Patrizia Caputo, un giorno sì e uno no, riunisce il suo staff per sistemare le varie

caselle facendo veri e propri esercizi di magia per coprire i vuoti di personale. L'ultima batosta è stata la norma che impone una disciplina ferrea, in linea con le direttive europee, orari di lavoro ben definiti. Impossibile sfiorare. Ma se non si deroga dalla norma, il sistema va in tilt. Ecco, tutto questo ricade nelle competenze di Polimeni. A lui e alla sua équipe auguriamo buon lavoro e, perché no, anche buona fortuna.

LA SANITA' L'incontro a Torre del Greco del sindaco Benedetto Migliaccio con la nuova guida dell'Asl. Fugata ogni perplessità

Ospedali in penisola: il commissario Costantini smentisce il riordino a Vico e dichiara: «Nessun macchinario obsoleto. Arriverà nuova Tac»

 CMV

VICO EQUENSE. Il presidio ospedaliero vicano "De Luca e Rossano" è stato uno degli argomenti che hanno tenuto banco alla conferenza dei sindaci dell'Asl Napoli 3 Sud.

Una riunione convocata per ascoltare il nuovo commissario dell'azienda sanitaria locale, Antonietta Costantini, da poco insediata in azienda ma che ha già fatto sentire il cambio di andamento che avrà l'Asl sotto la sua guida.

Già Vincenzo Celotto, rappresentante sindacale, ne aveva ammesso l'attivismo e

la presenza che avrebbero fatto ben sperare nel futuro della sanità per le nostre zone.

Il Commissario ha risposto positivamente all'invito formulatogli dal sindaco di Torre del Greco, a nome di tutti i primi cittadini dell'ampia fascia territoriale interessata, per presenziare alla conferenza.

Nel corso di oltre due ore d'interventi e repliche, la dottoressa Costantini ha tracciato le idee concernenti, la futura riorganizzazione dell'offerta sanitaria nell'Asl Napoli 3 Sud. Il sindaco di Vico Equense Benedetto Migliaccio ha rap-

presentato di essere portatore di un mandato del Consiglio comunale di Vico Equense, preoccupato sia delle prime avvisaglie di riordino dell'assistenza sanitaria, sia delle anticipazioni di un progetto di riconversione dell'ospedale "De Luca e Rossano". Migliaccio ha manifestato alla dirigente dell'Asl Na3 tutta la sua contrarietà, rilevando che quest'impostazione va contro i principi di razionalizzazione deliberati dall'Azienda sanitaria, ma soprattutto provoca gravi ripercussioni sull'utenza.

Il commissario straordinario Costantini, nella sua replica, ha smentito qualunque

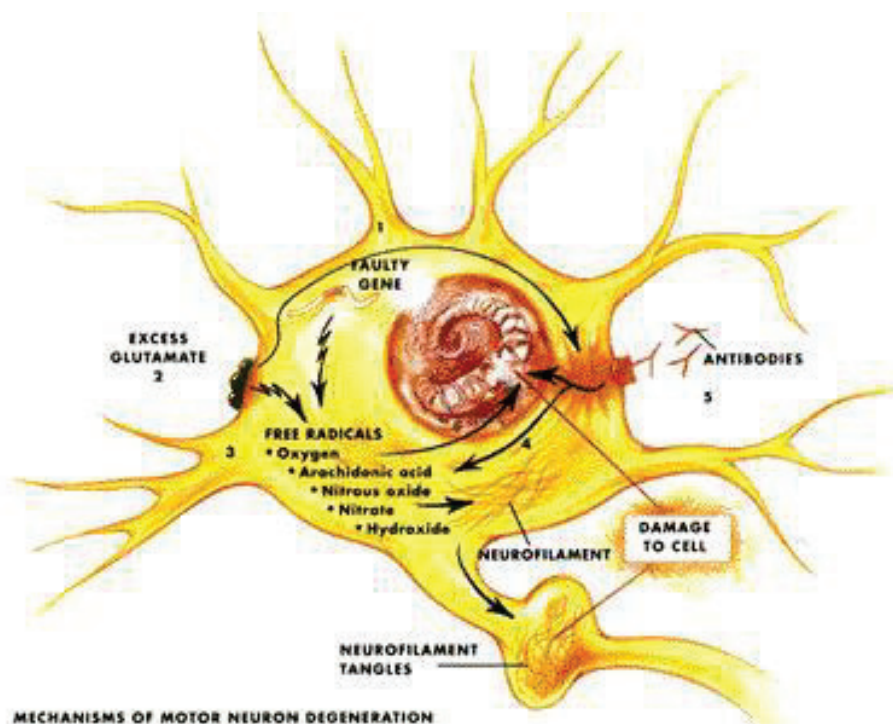
tipo di riordino, sottolineando che l'unica area ancora non monitorata è proprio quella di Vico Equense e Sorrento.

Per quanto riguarda la Tac, che dovrebbe essere trasferita al De Luca e Rossano dal nosocomio di Castellammare di Stabia, la Costantini ha precisato che sarebbe uno spreco di tempo e denaro rimuovere un macchinario obsoleto, affrontando un costoso trasporto. Il commissario straordinario Costantini ha assicurato che all'ospedale di Vico Equense arriverà un apparecchio nuovo, confermando, altresì, che a stretto giro, visiterà la struttura.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Così il cervello ci fa capire se tocca a noi **parlare**

Durante una conversazione lo scambio di informazioni si realizza grazie a elaborazioni nervose dai tempi velocissimi, secondo regole valide in tutte le lingue

Il complesso sistema di scambio che si mette in atto durante una conversazione tra due o più persone è un'abilità straordinaria degli esseri umani che passa completamente inosservata.

Senza che nessuno se ne renda conto, le interazioni verbali si susseguono veloci e precise, rispettando regole non scritte da nessuna parte, ma valide in tutte le culture e per le diverse lingue parlate sulla Terra.

A questo incredibile fenomeno ha dedicato un articolo, pubblicato sulla rivista *Trends in Cognitive Sciences*, il professor Stephen Levinson, direttore del *Language and Cognition Department* del Max Planck Institute for Psycholinguistics di Nijmegen in Olanda.

La velocità con la quale gli esseri umani mettono in atto, con grande naturalezza, gli scambi della conversazione è da cardiopalmo.

Sebbene possa esistere una certa variabilità a seconda del contesto di ogni conversazione, quando parliamo, la maggioranza degli interventi verbali dura attorno ai due secondi.

Ogni turno è seguito da una pausa di non più di 200 millisecondi. È uno spazio talmente breve che la sua durata può essere paragonabile solo al tempo di risposta di un centometrista al momento in cui deve uscire dai blocchi di partenza dopo il via.

Con la differenza che nel caso della conversazione questa abilità ce l'hanno tutti, e non soltanto gli atleti.

In una conversazione, l'intervento successivo arriva puntuale allo scadere della brevissima pausa, anche perché, sempre senza rendersene conto, le persone iniziano a costruire mentalmente la risposta mentre l'altro sta ancora parlando.

Siamo talmente abituati a questa capacità dei nostri cervelli che facciamo fatica a percepirne tutta la meraviglia.

«La produzione del parlato implica che nell'uso interattivo del linguaggio la comprensione di ciò che l'altro dice e la produzione di ciò che si vuol dire si sovrappongono.

Una persona deve iniziare a pianificare ciò che vuole dire già mentre sta ancora ascoltando, e deve saper predire cosa conterrà la parte del discorso dell'altro che deve ancora arrivare» spiega il professor Levinson. «Alcuni aspetti a proposito di ciascuna di queste fasi sono recentemente diventate disponibili, grazie all'elettroencefalografia (Eeg), che è in grado di fornire informazioni con una buona risoluzione temporale sui processi psichici coinvolti».

Secondo i risultati di una ricerca pubblicata sul "Journal of Phonetics", realizzata da Sara Bogels e Francisco Torreira, che lavorano nello

stesso dipartimento del professor Levinson, l'attività di preparazione del proprio turno di parola avviene sì già mentre l'altro sta ancora parlando, ma si avvia davvero solo nel momento in cui ci si accorge che il suo turno si sta concludendo.

Questo accade attraverso la rilevazione di minuti segnali provenienti dal contenuto del discorso, dai gesti dell'altro, ma anche dall'intonazione della sua voce, che manifesta l'intenzione della persona di concludere il proprio intervento. Come riusciamo a preparare quello che dobbiamo dire nel brevissimo tempo che resta prima che l'altro smetta di parlare resta abbastanza misterioso, considerato anche che gli studiosi sanno da tempo che, per avviare il contenuto di una conversazione, il cervello necessita di alcune centinaia di millisecondi, in media circa 600.

E non è ancora finita. Siamo talmente abili che, al bisogno, possiamo decidere invece di manipolare a piacimento la durata della pausa tra un turno di conversazione e l'altro, così da contribuire a dare sfumature ai significati che si vogliono esprimere.

Questo fenomeno è molto evidente, ad esempio, a teatro o al cinema: per dare naturalezza agli scambi verbali, gli attori tendono a ridurre al minimo, fino a farla quasi scomparire, la pausa tra la battuta di uno e quella dell'altro; ma se intendono sottolineare un'emozione, allora allungano la pausa, per esprimere dubbio, ripensamenti, o vari sentimenti, come uno stato di commozione.

Nelle recite di attori non professionisti, una delle caratteristiche più evidenti è proprio il distacco forzato e meccanico dei turni di conversazione, che dà all'ascoltatore una sensazione di artificiosità. Invece, nella vita reale, una pausa volutamente lunga in uno scambio verbale può assumere molti significati, dare un contesto particolare a quello che sta per essere detto. Se un uomo chiede a una donna di uscire a cena, lei può rispondere un no preceduto da una lunga pausa, il che vuol dire no, ma forse sì, oppure no stasera, ma forse domani.

In ogni caso si tratta di una risposta diversa dal terribile no secco che arriva con la sola pausa minima di 200 millisecondi, o talvolta anche più velocemente.

Il professor Levinson sottolinea infine come sia interessante rilevare che mentre esistono tante lingue e tanti dialetti diversi, l'abilità nel seguire i turni di conversazione sembra essersi sviluppata negli esseri umani in maniera ugua-

Previsioni

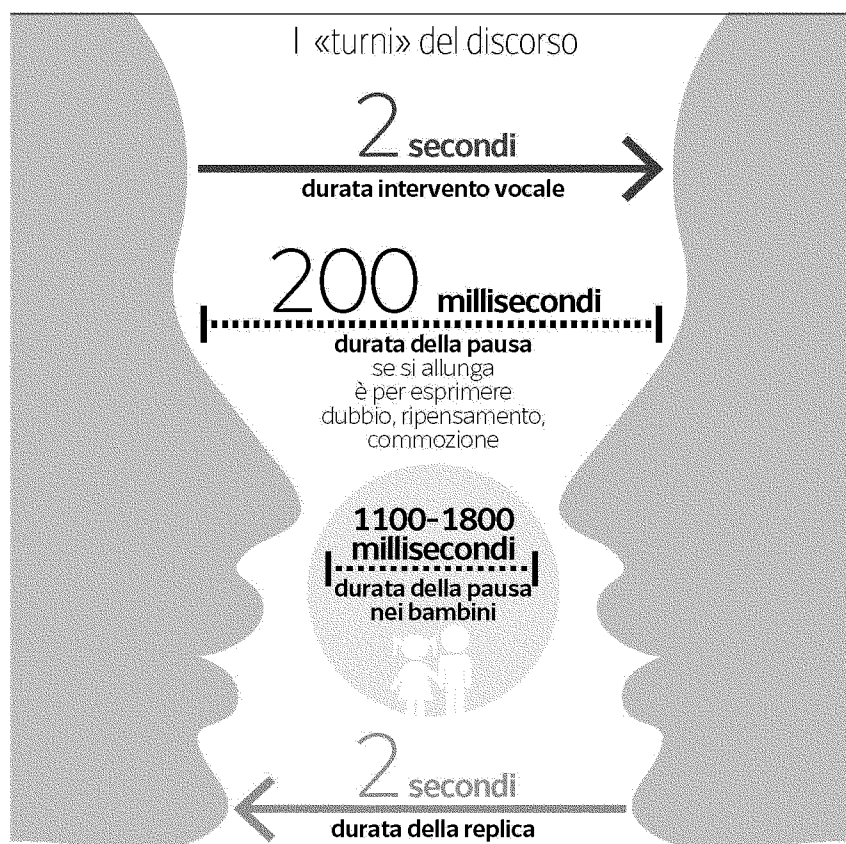
La capacità di prevedere quando un intervento verbale sta per concludersi, e bisogna avviare il proprio, è stata studiata in una ricerca pubblicata sulla rivista *Language*: alcuni soggetti sono stati osservati mentre guardavano video di persone in conversazione. I soggetti, prima che una persona finisse di parlare, spostavano lo sguardo verso l'interlocutore che stava per iniziare il suo turno di conversazione

Scoperte Linguaggio dei segni: valgono le stesse «norme»

Anche per chi utilizza il linguaggio dei segni, vale il principio della non sovrapposizione degli interventi e delle strettissime pause nella conversazione. È quanto emerge da una ricerca, realizzata dal gruppo del professor Levinson, che ha videoregistrato in vari setting (casa, luoghi di ritrovo, ristoranti) persone che utilizzavano questo linguaggio, al fine di cogliere il coordinamento temporale degli interventi. L'analisi ha mostrato come anche in questo tipo di

linguaggio sia fondamentale attenersi al principio di esprimersi uno alla volta, e come la durata delle pause e il numero delle sovrapposizioni degli interventi siano simili a quelli della comunicazione verbale. «Questo significa che il sistema dei turni di conversazione è un'infrastruttura cognitiva condivisa alla base di tutti i moderni linguaggi umani, sia parlati, sia espressi attraverso i segni» è la conclusione degli autori della ricerca.

D.d.D.



Tempestività
Ogni turno di parola
è seguito da una pausa
che non dura
più di 200 millisecondi

le in qualunque luogo e qualunque sia la loro cultura di appartenenza.

Dice in proposito: «L'ovvia deduzione è che la complessità dei linguaggi individuali è largamente dipendente da fattori di tipo culturale, mentre è come se avessimo una base innata per l'imitazione vocale e il sistema dei turni nella conversazione».

Daniilo di Diodoro

© RIPRODUZIONE RISERVATA