

AFORR VIVIasanità

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità

Anno IX n.29 - MARZO 2017

Aggregazione della spesa in sanità

Consultazioni preliminari di mercato

Beppe Marchitelli

La manovra da 3,4 miliardi Approvato il Riordino ospedaliero in Puglia

Nicola Rosato

Autorità anticorruzione: acquisti non sempre é buona cosa

Vito Antonio Delvino

Fare un piccolo passo indietro per assumere slancio in avanti

Antonio Pedota

Per gli Ospedali Riuniti di Foggia i primi risultati sono visibili

Giuseppe Romano

Per una efficace modernizzazione della rete ospedaliera pugliese

Ignazio Zullo

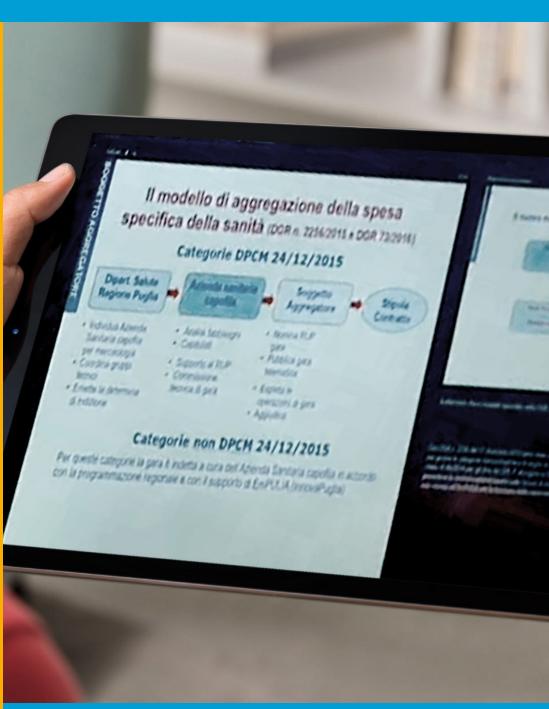
Il Piano di Riordino di Emiliano fa acqua da tutte le parti

Gianluca Bozzetti

Il piano di riordino ospedaliero è l'emblema del fallimento della sanità pugliese

Giannicola De Leonardis

Difendere un diritto garantito dalla Costituzione non mi sembra una battaglia di campanile



La manovra da 3,4 miliardi entro aprile non scongiura l'intervento da parte dell'U.E.

Approvato il Riordino ospedaliero in Puglia. La Consip Iontana dalle Pmi

di Beppe Marchitelli *



L'Europa lancia un ultimatum al nostro Paese dopo tante proroghe e concessioni:basta flessibilità per l'Italia. Rilevano da Bruxelles, che non siamo intenzionati a ridurre il debito. O almeno così risulta.

Siamo accusati di incapacità e inconcludenza sulle misure strutturali. Si arriva a questa conclusione dopo aver assistito ai tentativi finiti male di spending review, oltre la questione banche.

Quindi rischiamo di essere commissariati per mancato rispetto della regola del debito, ma abbiamo tempo fino ad aprile per agire al meglio. Cioè per approvare la manovra da 3,4mld, ma a causa della mancata crescita e dei 19mld ottenuti nel 2016, il rischio di essere messi sotto procedura è reale.

Certo la perdita di reputazione sui mercati, in termini di credibilità e di immagine, con conseguente aumento dello spread, ci porterebbe indietro di almeno 8 anni. Intanto approvata la Legge Bilancio 2017, per la sanità sembrava esserci un aumento, ma gli addetti ai lavori sanno in realtà che si è trattato solo di un anticipo al 2017 di un miliardo già previsto per il 2018. Ergo:il triennio che si conclude nel 2019 vedrà il mancato aumento in sanità per 480mln l'anno. Il Fondo sanitario nazionale, a sua volta, subisce un nuovo taglio per 422mln. Questo enorme taglio lineare è il miglior risultato che Governo, Regioni e Regioni a Statuto speciale abbiamo prodotto nell'ultimo periodo.

Le conseguenze ricadranno sui cittadini e malati oltre che sui medici. I medici, oberati dal carico burocratico e costretti in modelli organizzativi a volte arbitrari, sono in attesa di indicazioni su procedimenti lontani dalla loro area di azione, ma indispensabili per renderli operativi e garantire quello che la politica non riesce a fare: uguale assistenza a tutti. Da chiarire che le esigenze di contenimento della spesa incidono sull'interesse del paziente limitando la libertà di cura e la continuità terapeutica. Infatti il 39% dei medici ha dichiarato di sostituire la terapia per ragioni diverse da quelle cli-

niche, cioè per contribuire alla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale.

Cittadinanza Attiva segnala come "la tutela della salute delle persone, l'accesso alle cure più appropriate rispetto alle esigenze cliniche e al progetto di vita del paziente, non devono essere sacrificate per arrivare al pareggio di bilancio."

Quindi i vincoli economici minano la libertà prescrittiva. Tutto ruota intorno al pareggio di bilancio e non si tiene conto che tale decisione ricadrà inevitabilmente sulla salute dei cittadini e a seguito del taglio da 422mln anche i LEA sottostimati e appena approvati, subiranno il contraccolpo del mancato aumento.

Certo il 05 dicembre mattina dello scorso anno, tra le domande legittime che molti di noi si sono posti, quella sulla soluzione delle disuguaglianze regionali in sanità, non ha avuto risposta. Non credo neanche che ciò possa essere riconducibile ad una precisa volontà di espressione del popolo italiano, perché sono convinto che nessuno sarebbe interessato a confermare trattamenti di serie A o B a seconda della residenza di ciascuno.

Non si può restare inermi davanti a questo infinito empasse, i mutamenti in atto devono essere governati e occorre da parte della politica una precisa ed immediata azione volta alla tutela e alla garanzia della salute e dell'assistenza dei cittadini. Un appello che personalmente porto avanti da anni, anche dalle pagine di Vivilasanità. E' un dato oggettivo l'assenza di una precisa programmazione politica su come procedere, per mantenere questa conquista sociale che il mondo ci invidia. Assistiamo alla mancanza di sostenibilità, al de-finanziamento programmato e al peggioramento dello stato di salute della popolazione: oltre 11 milioni di cittadini



rinunciano alle cure e si conferma il trend in crescita delle diseguaglianze sociali.

Il IV Rapporto Crea Sanità, che ha come obiettivo quello di contribuire alle perfomance dei servizi sanitari regionali oltre allo sviluppo di metodologie di valutazione innovative, mostra sintetizzando al massimo l'indagine svolta, come la sanità italiana divisa in servizi sanitari, classifica nell'area di eccellenza il nord, nell'area critica prevalentemente il sud e nell'area intermedia il centro.

Certo le attese fino a 10 mesi per una Tac e un anno per la risonanza magnetica, solo per citarne alcune, fanno un terzo del Fondo sanitario nazionale che gli italiani pagano di tasca propria. Soprattutto al centro-nord, mentre il sud ha annullato le spese sanitarie private, fino a non curarsi. Tutto questo genera pericolosi effetti sociali e di accesso ai diritti, come sottolinea il Crea.

Nel merito, il Tribunale dei diritti del Malato, spiega come le liste d'attesa e la spesa privata siano due facce della stessa medaglia. I pazienti si rivolgono al privato, non perché non vogliono usufruire del Servizio sanitario nazionale,ma per evitare attese, tickets, pronto soccorso invivibili e strutture degradate.

Come una regola non scritta è l'inefficienza del pubblico che spinge la spesa privata.

Il Crea aggiunge che il dato essenziale gradiente della perfomance è strettamente legato a quello della spesa: quindi buone perfomance sono associate a livelli maggiori di spesa. I piani di rientro, dal rapporto Crea, hanno si riportato sotto controllo la spesa sanitaria, ma le Regioni coinvolte devono ancora uscire dall'area critica delle perfomance. La Regione Puglia, proprio in questi giorni ha approvato il Regolamento Regionale per il Riordino Ospedaliero. La ratio della legge è quella di ricondurre le strutture ospedaliere dentro un regime gestionale che coniughi efficienza economica, alti volumi, adeguata qualità e la migliore sicurezza delle cure. Il riordino, contribuirà alla messa in sicurezza dei pazienti, posto che gli ospedali di medio e piccole dimensioni corrispondono ad alto rischio di appropriatezza. Questo come prevedibile, all'inizio ha inciso negativamente sulle popolazioni che hanno visto coinvolto nel piano di riordino, il proprio ospedale di riferimento, perché probabilmente abituate alla presenza della struttura ospedaliera, come dire, "sotto casa".

Avere contezza che nuove tecnologie al servizio dei medici, che a loro volta possano intervenire con ogni forma innovativa verso la cura del paziente conforta. Il paziente raggiunge un grado di serenità maggiore, se si sente tutelato nel proprio territorio senza subire l'im-

barazzante sensazione di essere ospite in altra Regione. Il tutto deve consolidarsi nel pieno rispetto dei dettami normativi che impongono la centralizzazione degli acquisti. Alternativa calata dall'alto, ma non risolutiva verso l'obiettivo dichiarato di eliminare gli sprechi nella Pubblica Amministrazione.

Noi come imprese, abbiamo offerto una collaborazione costante affinché le Istituzioni pubbliche, qualora lo reputino necessario, possano essere supportate dalla conoscenza e dai tecnicismi che affrontiamo, ad esempio l'eccesso di burocratizzazione degli atti.

E' in questa ottica, che crediamo di poter operare al meglio, in uno spirito collaborativo e con lo sguardo rivolto al futuro. Nella convinzione che fare è meglio di non fare. Pertanto, l'attività regionale mostra di procedere speditamente verso l'ammodernamento richiesto, rispettando il contenimento della spesa.

Spesa che, avvalorando le tesi europee, quando si è trattato di applicare una spending review significativa, illustri consulenti chiamati all'azione hanno abbandonato uno dopo l'altro per un totale di quattro rinunce. Una defezione da parte dei più accreditati economisti del momento. Pura casualità? Forse le azioni proposte per aggredire la spesa pubblica non sono risultate idonee, quindi nessuna spending review effettivamente applicata se non in piccole dosi e in precisi comparti che vedono come protagonisti solo i cittadini. Noi, Piccole e Medie Imprese, stando alle notizie riportate dai quotidiani in questi giorni, non solo temiamo di non essere garantite dalle strutture obbligate da parte del Governo, ma confermiamo quanto da sempre sostenuto:i requisiti richiesti per l'accesso alle gare agevolano solo i grandi colossi sgretolando le imprese

italiane. E' inconfutabile. Gestire appalti troppo grandi equivale a far vincere sempre gli stessi e rendere possibile l'attività criminale. Non occorre una scienza infusa per capirlo. Il Governo mostra il fiato corto e in questo scenario cristallizza le difficoltà dei cittadini e delle imprese occupandosi di affrontare e verificare i numeri per la prossima chiamata alle urne.

Ammesso che ci chiamino. In attesa di poter responsabilmente esercitare il nostro diritto dovere, alleniamo la mente a ricordare tutto.

Presidente A.F.O.R.P.



Trasparentale
Trasparentale
Trasparentale
SANITA' REGIONE PUGLIA
Determinazioni - Delibere - Leggi
www.aforp.it

Autorità anticorruzione: la centralizzazione degli acquisti non sempre é buona cosa

Tornare all'origine e misurare le aziende per risultati

di Nicola Rosato *

Finalmente una resipiscenza. La leggiamo nell'intervista a Michele Corradino, commissario dell'Autorità anticorruzione, rilasciata a La Stampa del 5 marzo 2017: Consip presenta "carenze organizzative e inadeguata analisi economica nella definizione dei lotti di gara". E ancora: "Il sistema Consip andrebbe utilizzato con cautela. Non tutti i beni e i servizi si prestano ...; gare immense come quelle sotto indagine Eriferimento al caso Lotti Renzi Romeo Russo] possono nascondere insidie ... Gli appalti troppo grandi non tengono conto del contesto economico e sociale, delle esigenze dei territori, delle differenze dei servizi. E tagliano fuori in radice le piccole e medie imprese, al contrario di ciò che prescrive l'UE ... questo gigantismo delle gare ... genera appetiti anche criminali ... ".



Si tratta delle medesime, direi quasi testuali, posizio-

ni espresse senza successo dalla Federazione degli economi e dei provveditori della sanità e da AFORP stessa in innumerevoli sedi ed occasioni di dibattito sul tema delicatissimo della centralizzazione degli acquisti in sanità. Questo gigantismo delle gare che taglia fuori le piccole e medie imprese richiama vagamente alla memoria i meccanismi di formazione dei monopoli alla fine del XIX secolo: non furono, come ci ha insegnato Von Hayek, il portato delle libere dinamiche di mercato, bensì il prodotto di una politica deliberata che manipolava il mercato.

Ciò che vale per Consip vale ovviamente per le centrali di acquisto regionali; anche lì prevale una imposta-





zione puramente giuridica cui è estranea un'adeguata analisi economica dei fabbisogni, delle caratteristiche dei beni e dei servizi, dei costi di utilizzazione delle apparecchiature, dell'addestramento e delle ragionevoli preferenze degli utilizzatori, della complementarietà con tecnologie già in uso, della gestione - in vigenza di contratti a lunga scadenza - delle innovazioni tecnologiche che, per un ospedale di insegnamento e di ricerca sono almeno cinque o sei al mese.

Il fine ultimo della centralizzazione degli acquisti non è quello di cancellare un certo numero di stazioni appaltanti ma di omogeneizzare - per quanto possibile - i consumi per beni altamente standardizzati, in modo da rendere superflue più stazioni appaltanti ed ottenere economie di scala. Altrimenti, la questione dei fabbisogni si risolverebbe nell'affidare ad un soggetto un numero pressoché immutato di gare sotto forma di lotti senza modificazione dei consumi correnti o attesi. L'omogeneizzazione dei consumi non si attua dall'oggi al domani né per decreto; è un problema gestionale, non giuridico, che si risolve efficacemente soltanto attraverso graduali e realistici processi di coinvolgimento degli operatori che devono fare i conti con l'autonomia clinica e abitudini consolidate. In ogni caso non si può inseguire una omogeneizzazione unica nazionale e neppure soltanto regionale per tutte le regioni, perché le missioni e i livelli di specializzazione professionale delle aziende sono naturalmente differenziati.

L'enfasi sulla centralizzazione degli acquisti è soltanto un aspetto della deriva burocratica che ha investito la governance del SSN ed ha rotto i cardini della riforma del 1992. Penso alle riduzioni dei contratti per beni e servizi imposte per legge tanto alle aziende pubbliche inefficienti quanto a quelle efficienti; ai divieti di reclutare nuovo personale sia nelle aziende con esubero di forza lavoro, sia in quelle che presentano carenze e sono costrette a limitare la produzione di prestazioni e di servizi; ai parametri organizzativi uguali per tutti per determinare il numero di unità operative di un ospedale; alle norme che impongono, in nome di una astratta trasparenza, di far selezionare i dirigenti delle aziende non dai suoi amministratori ma da commissioni esterne sovvertendo una regola fondamentale di management.

Tutto ciò accade perché non poche regioni, specialmente del Meridione italiano, hanno dato pessima prova di sé ed hanno contribuito ad innescare, per il servizio pubblico sanitario, quella pericolosissima incultura populista e demagogica che ormai straripa in televisione, nei giornali, nelle aule del Parlamento e dei Consigli regionali e comunali, nei dibattiti interni a tutti i partiti e tra i partiti.

La deriva burocratica deresponsabilizza gli amministratori e il top management delle aziende. L'adempimento è tutto, sebbene sia una leva che da sola è inefficace per il cambiamento che deve correggere situazioni critiche; i risultati, l'erogazione dei LEA e l'equilibrio di bilancio, variabili indipendenti in organizzazioni che per la loro complessità non sopportano approcci meccanicistici e puntuali. L'autonomia imprenditoriale di cui la legge connota le aziende sanitarie è semplicemente cancellata e la cronaca quotidiana testimonia che neppure ci guadagnano trasparenza e legalità.

Si dice che lo strumento "aziende sanitarie" abbia fallito. Le aziende sanitarie, in verità, sono state uccise nella culla e non le abbiamo mai viste all'opera come "prerequisito affinché il sistema sanitario possa erogare le prestazioni che ne rappresentano obiettivo primario, in condizioni di efficienza ed efficacia" (PSN 1998-2000).

Dobbiamo tornare all'origine, misurare le aziende per risultati, costi e rendimenti lasciando agli amministratori la scelta della migliore combinazione dei fattori produttivi per produrre il valore rappresentato da mantenimento, miglioramento e recupero dello stato di salute dei cittadini.

Al resto pensano magistratura contabile e magistratura penale.

* Docente a contratto School of Management Università LUM Jean Monnet

Fare un piccolo passo indietro per assumere slancio in avanti

Coordinatori degli Hub delle quattro macro-aree previste dalla Rete Oncologica Pugliese

di Vito Antonio Delvino *

La complessità della nostra società evoluta può essere governata solo mediante l'integrazione.

A mio parere non esiste altro strumento capace di dare risposte efficaci alle molteplici domande che i cittadini rivolgono a chi li governa, a chi gestisce le risorse che essi stessi pongono a disposizione dello Stato. Tale affermazione assume particolare valenza proprio quando si parla di assistenza sanitaria.

Forte di questo mio convincimento, ho provato a favorire l'integrazione ad ogni livello; ad iniziare proprio dalle scelte che quotidianamente sono tenuto ad esercitare da un anno a questa parte, da quando cioè sono stato invitato ad assumere la direzione dell'Istituto. E, superate le difficoltà iniziali, ho trovato terreno fertile negli operatori, di ogni livello professionale, che hanno accettato l'invito da me rivolto al termine della prima assemblea a "fare un piccolo passo indietro, per assumere slancio in avanti".



Emblematico è quanto accaduto a proposito del team multi-disciplinare per le patologie polmonari. L'Istituto, grazie ai dottori Galetta e Gadaleta, ed ai loro preziosi collaboratori, esprime, nel campo delle patologie oncologiche polmonari, livelli di assoluta eccellenza, testimoniati dal numero di sperimentazioni "profit" che le case farmaceutiche finanziano e dal numero dei pazienti che da ogni parte della Puglia chiedono di essere presi in carico da noi. In tale ottica l'imminente innesto della più efficace unità di Chirurgia toracica pugliese, quella diretta dal dr. Paolo Sardelli, completa in loco l'offerta.

Ebbene il team non si riuniva da mesi per banali incomprensioni che sono state superate ("con un piccolo passo indietro") per fornire ai pazienti la migliore assistenza; il braccio operativo del team è il nuovo "ambulatorio multi-disciplinare" che proprio sull'integrazione tra professionisti eccellenti fonda l'ulteriore miglioramento della qualità dell'offerta.

Ma stiamo perseguendo l'integrazione in ogni altro settore dell'organizzazione, dell'assistenza e della ricerca. Abbiamo ricostituito i Dipartimenti, abbiamo deliberato il nuovo Atto aziendale, abbiamo ridefinito le strutture complesse e quelle semplici, nel rispetto dei vincoli stabiliti a livello regionale, con atti che danno ordine e sicurezza a tutti gli operatori. Stiamo avviando la riorganizzazione dell'assistenza secondo il criterio dell''intensità delle cure' che rende meno rigidi i confini tra le specialità favorendo l'integrazione nell'ambito dei tre livelli di intensità di cure. In tale ottica abbiamo commissionato al Cerismas un importante corso di formazione che si è tenuto nel mese di febbraio a cui hanno partecipato tutti coloro che hanno responsabilità gestionale, sia di provenienza sanitaria che amministrativa.

Anche il settore della ricerca è sottoposto in questi giorni ad una profonda rilettura che mira a favorire lo scambio delle conoscenze e a privilegiare la meritocrazia, introducendo un'organizzazione piramidale che permette ai ricercatori di maggior peso scientifico di esercitare un attento controllo sull'operatività dei più giovani, allo scopo di premiare il merito; di tale azione è protagonista il nuovo direttore scientifico ad interim, dr. Mino Ra-

nieri, che sostituisce, fino a nuove decisioni da parte del Ministero della Salute, il direttore uscente, destituito a seguito di una ordinanza del Consiglio di Stato; tale diversa impostazione comporterà la revisione dei format relativi ai contratti dei ricercatori che prevedranno un rigoroso sistema di valutazione trimestrale della qualità professionale e scientifica espressa.

Ma stiamo perseguendo l'integrazione e anche e soprattutto con gli interlocutori esterni all'Istituto:

- Abbiamo recentemente stipulato una convenzione con l'Università di Losanna per avvalerci della straordinaria professionalità del prof. Francesco Stellacci, giovane direttore del Laboratorio per le Nanotecnologie, orgoglio della nostra terra.
- Stiamo costituendo una Fondazione insieme al CROB di Rionero in Vulture per gestire in maniera integrata assistenza e ricerca con lo scopo di promuovere l'immagine dei Servizi sanitari delle nostre due regioni; ci accompagna in tale impresa il grande Michele Mirabella, che tanti meriti ha assunto come competente divulgatore in ambito sanitario e che da molti anni ricopre il ruolo di Presidente regionale dell'AIRC.
- Abbiamo portato a termine, in collaborazione con la Masmec azienda barese leader nel settore della robotica, un progetto che ha portato a costruire un prototipo di Robot capace di preparare i chemioterapici in assoluta sicurezza, prototipo sul quale abbiamo definito anche un patto commerciale.
- Abbiamo stipulato una serie di convenzioni con il Policlinico di Bari, con l'ASL barese, con il "Regina Elena" di Roma, con l'Università di Catanzaro e con l'IRST di Meldola per dotarci delle competenze che

completano l'offerta in ambito oncologico.

- Abbiamo definito una serie di collaborazioni con il Volontariato che ci permette di ampliare ogni giorno l'offerta assistenziale nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie.
- Ma il nostro banco di prova sarà il ruolo che siamo chiamati a svolgere come Coordinatori degli Hub delle quattro macro-aree previste dalla Rete Oncologica Pugliese, fortemente voluta dal presidente Emiliano e recentemente istituita.

Siamo pronti a porre a disposizione di tutti coloro che sono impegnati in Puglia nell'assistenza ai malati oncologici e nella prevenzione dei tumori, i nostri Percorsi Diagnostico-Terapeutici assistenziali (PDTA), le nostre competenze specifiche (cito, tra le altre, l'Oncologia Interventistica, la Chirurgia oncologica, la Senologia, e la Breast Unit), la nostra Unità per la Manipolazione dei Farmaci oncologici, diretta dalla dottoressa Nardulli (unica certificata ISO 9001 in Italia), la nostra Bio-banca, che stiamo per inaugurare, il nostro Laboratorio di Terapia cellulare, articolazione dell'Ematologia diretta dal dr. Guarini, e tutte le innumerevoli competenze che quotidianamente sono poste a disposizione dei nostri pazienti e delle loro famiglie. Chiediamo solo che si discuta di tutto, ma che nessuno esprima dei veti allo sviluppo della rete oncologica, perché, come ci siamo detti ripetutamente, siamo convinti che "la peggiore delle reti e migliore della rete che non c'è".

* Direttore Generale IRCCS Oncologico "Giovanni Paolo II" - Bari



Per gli Ospedali Riuniti di Foggia i primi risultati sono visibili

Di fronte a nuove sfide si richiedono importanti investimenti di risorse strumentali e di personale

Nonostante i tagli effettuati dal Governo centrale nel corso di questi ultimi anni e la razionalizzazione dei posti letto in Puglia, come si possono organizzare aree di miglioramento con gli standard ospedalieri soprattutto nell'Area di Capitanata?

E' un refrain che vado ripetendo da tempo: non tutto può farsi in sanità senza che le risorse siano adeguate rispetto alle necessità di strutture, tecnologia e personale, ma tanto ancora può e deve farsi pur nella scarsità di risorse.

Bisogna cioè far sì che i limitati mezzi disponibili non diventino una giustificazione per i Direttori Generali, che hanno comunque l'obbligo di ricercare soluzioni di efficientamento ulteriore e di riallocare risorse in ambiti che migliorino i servizi.

In questa ottica gli Ospedali Riuniti di Foggia stanno lavorando ed i primi risultati sono visibili. Nella se-



conda metà del 2015 è stata svolta una attenta azione di recupero di costi, con la rimodulazione di numerosi contratti e, con le risorse resesi disponibili, sono state introdotte nuove tecnologie, tra le quali la chirurgia robotica; oggi è pienamente operativa la Breast Unit; è stata attivata presso il Pronto Soccorso una sezione di Radiologia d'Urgenza dotata di TAC; è in fase di attivazione la Stroke Unit; sicuri miglioramenti si manifestano in tanti indici di misurazione della qualità misurata dal Piano Nazionale Esiti (PNE). Un dato per tutti: nel 2014 poco più dell'8% di fratture al femore veniva operato in seconda giornata, attualmente la percentuale è salita a circa il 70%.

Trattasi quindi per lo più di interventi a "costo zero", che hanno semplicemente richiesto la partecipazione, la condivisione dei principali attori dei processi, ossia i medici e gli infermieri.

In merito al Riordino, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Foggia ha confermato il proprio ruolo fondamentale; le sono stati assegnati più di 800 posti letto e, soprattutto, è l'unico DEA di II livello della Provincia di Foggia. Questo ci pone di fronte a nuove sfide che, stavolta sì, richiedono per essere vinte importanti investimenti in termini di risorse strumentali e di personale. Ma è, in questo, già evidente la volontà politica di supportare in tale percorso l'Azienda; il Patto per la Puglia riserva all'Azienda 10 milioni di euro.

Può esprimere un suo personale giudizio sul riordino ospedaliero?

Non un giudizio, ma una presa d'atto. La presa d'atto che il Piano rispecchia fedelmente le scelte che i cittadini stessi hanno già fatto. Un Ospedale con pochi ricoveri è la conseguenza delle scelte, sempre più mature e consapevoli, dei cittadini. Un Ospedale dove non vi è un adeguato numero di interventi o ricoveri è un Ospedale non sicuro e che non consente agli operatori di accrescere il proprio background di competenze.

A che punto sono le innovazioni nella Sua Azienda Ospedaliera e se ritiene che ci siano punte di eccellenza i cui modelli possono essere esportati e consentono di ridurre la mobilità passiva verso altre regioni?

vivilasanità

Le eccellenze sono tante. Credo però che il tema della mobilità passiva non involga solo la capacità di far percepire la presenza ottime capacità, ma vada affrontato su più fronti. Il primo, e quello a parer mio essenziale, è quello della "presa in carico" del paziente; il territorio, nelle sue articolazioni sia pubbliche che private accreditate, deve accogliere le esigenze del paziente che, ove abbisognoso di cure specialistiche più avanzate, deve essere indirizzato verso l'Ospedale, per poi tornare al territorio. Il paziente non deve cioè più preoccuparsi, ma sapere che – senza che faccia prenotazioni e si occupi di sbrigare pratiche burocratiche – vi è un iter già pronto per curarsi al meglio. Poi, comunque, a lui la scelta.

Quali emergenze ha dovuto affrontare e come pensa di riorganizzare la Sua Azienda Ospedaliera per garantire sia la sicurezza delle prestazioni sanitarie che la qualità ed efficienza dei servizi rivolti al cittadino?

In un grande Ospedale le emergenze sono giornaliere. E' quindi importante prevedere, progettare e predisporre in maniera tale da essere pronti per affrontarle adeguatamente.

Ad esempio il Pronto Soccorso dei Riuniti tra fine dicembre e gli inizi di gennaio ha visto un incremento dell'afflusso di circa il 30%. Si rischiava che accadesse ciò che è accaduto al Pronto Soccorso di Nola. Questo è stato evitato perché, per tempo, si è riorganizzato strutturalmente il Pronto Soccorso.

Più in generale, in ragione della limitatezza degli spazi attualmente disponibili, credo che il grande e strategico passo in avanti per gli Ospedali Riuniti sia la consegna, prevista per l'aprile 2018, di un nuovo Plesso dotato di circa 250 posti letto e di sale chirurgiche all'avanguardia. Quello che occorrerà evitare è che la costruzione non rimanga vuota; in tal senso stiamo già agendo e si stanno approntando le azioni necessarie per l'acquisizione delle strumentazioni e degli arredi.

E' complicato svolgere il ruolo di direttore generale e come organizza il suo lavoro per rispondere alle numerose richieste da parte sia del personale che dei cittadini e di tutti gli operatori della Sua Azienda Ospedaliera?

E' un mestiere difficile ma che può dare tante soddisfazioni, direttamente proporzionali al grado di soddisfazione dell'utenza. Ho parlato una volta, parafrasando il titolo di un bellissimo libro, della "solitudine dei Direttori Generali". E' quello sgomento che talvolta ti prende quando vorresti fare di più ma, vuoi per mancanza di risorse, vuoi per i tempi tecnici necessari, non riesci con la solerzia che vorresti a dare risposte.

Per il resto io credo fermamente che la funzione di un Direttore Generale debba essere essenzialmente quella di "facilitatore". Nella nostra sanità lavorano con passione e ottime capacità professionali tante donne e uomini. Il più delle volte basta discutere con loro, farli partecipi delle difficoltà e, soprattutto renderli attori principali, quali sono, dei nuovi scenari che loro stessi propongono. A volte basta questo per proseguire nel processo di cambiamento e di arricchimento dell'offerta.



Per una efficace modernizzazione della rete ospedaliera pugliese

Il riordino si completa con la offerta ospedaliera del privato accreditato e degli Istituti religiosi

Da Presidente della Commissione Sanità Lei ha vissuto momenti non facili fino alla scelta di rassegnare le dimissioni, proprio sulla definizione del Piano di Riordino ospedaliero. Tutto risolto?

Le mie dimissioni non erano legate al merito del riordino, ma al metodo, al percorso accidentato, ai distinguo figli di una eccessiva pregnanza campanilistica. Avremmo potuto rinviare il voto finale al lunedì alla presenza del Presidente Emiliano e chiedere a lui impegni formali, senza esporre la maggioranza su una materia così delicata.

Quale è il suo personale giudizio sul Riordino ospedaliero?

Le due delibere sul riordino sono la risultante dei vincoli imposti dal DM 70/2015 e dalla Legge di stabilità 2016 che hanno ulteriormente contratto



le capacità programmatorie delle regioni ed, a cascata, quelle territoriali; ma anche il piano degli esiti nazionale, al quale si è ritenuto opportuno uniformarsi, non tiene conto delle criticità intervenute per tutte le Regioni in piano di rientro e quindi anche per la Puglia.

Il blocco del turn-over ha alzato l'età media della forza lavoro impegnata, ha aumentato i carichi di lavoro nei reparti, ha "precarizzato" le prestazioni in quelle branche prive di primario e rette per anni dalle turnazioni semestrali dei facente-funzioni. Tutto questo fa percepire il riordino come mortificazione di singoli presidi e unità operative, e non come una efficace modernizzazione della rete ospedaliera pugliese, attenta alle eccellenze del sistema ed alle attivazioni e trasferimenti strutturalmente attivabili.

La Commissione che Lei presiede, ha un ruolo strategico sulle politiche sanitarie, a volte si evidenziano spinosità con il ruolo del Consiglio e della Giunta. Quale è l'equilibrio?

Le prerogative dell'uno (la Giunta) e dell'altro (Consiglio regionale); in questo anno di governo del Presidente Emiliano, credo di aver compreso che non intende consentire invadenze o sovrapposizioni. Sui regolamenti il Presidente ci ascolta, ci consente un lavoro di arricchimento della proposta regolamentare attraverso le audizioni, ma poi decide in giunta, mentre sugli aspetti legislativi lascia assoluta libertà al Consiglio salvo che su possibili rischi di incostituzionalità delle leggi in approvazione. Ma anche su questo ribadisce sempre che esprime solo un punto di vista.

Quali sono le problematiche non risolte e che richiedono un maggiore sforzo da parte di tutta la Commissione sanità?

Migliorare ed armonizzare la proposta di riordino avanzata interessa il modello di organizzazione sanitaria in grado di avviare processi di riequilibrio su base regionale.

Il riordino si completa con la offerta ospedaliera del privato accreditato e degli Istituti religiosi, garantendo in tale programmazione la centralità del sistema sanitario pubblico. Tutto questo rappresenta comunque una parte dell'offerta sanitaria, rimane il territorio.

Per la territorializzazione dell'assistenza e la riqualificazione delle singole strutture ospedaliere in fase di dismissione, necessita di una puntuale definizione della rete riabilitativa pubblica R1 R2 R3, ponendo mano all'adeguamento del regolamento 14 del 2015 per adeguarlo ai nuovi parametri introdotti dal DM 70. Andare oltre la centralità ospedaliera dell'offerta di cura per imboccare concretamente la via della deospedalizzazione è la medicina del futuro se si costruiscono alternative valide, capaci di soddisfare la domanda di salute che comunque il territorio continua ad esprimere. Mai perdere di vista il cittadino-paziente ed i suoi bisogni per evitare che la necessaria innovazione venga percepita come una mortificazione. Rimango sempre dell'idea, peraltro da me sostenuta sin dai tempi del riordino dell'assessore Fiore, che la dismissione degli ospedali deve essere contestuale alla riattivazione dei presidi territoriali. I PTA (Presidi Territoriali di Assistenza) di oggi sono gli ospedali di base del secolo scorso.

Il lavoro che svolge la commissione, Le sembra distante dalla opinione Pubblica? Eventualmente come è possibile superare questo gap?

La sanità è materia delicata e complessa perché

tocca la salute delle persone e quando diventa materia di lotta politica la reazione è emotiva e irrazionale. Purtroppo sono ormai dodici anni che ciò accade. Conoscendo bene le eccellenze della Puglia mi sento di poter sostenere che il nostro sistema è di livello e di qualità. Siamo abituati ad avere tutto (Ospedale, laboratorio di analisi, assistenza) sotto l'uscio di casa e quando devi affrontare il tema degli sprechi o della razionalizzazione o dell'ammodernamento devi fare i conti con la reazione emotiva. Io cerco di sopperire a questo gap (modernizzazione ed emozione) con l'ascolto degli interessi in campo per produrre una sintesi. Non sempre ci riesco.

Rispetto al passato, oggi è più difficile svolgere il ruolo di Presidente di Commissione oltre quello di Consigliere regionale?

Sono cambiate le regole di ingaggio perché la politica ha un tasso di credibilità basso e la protesta, in un contesto di crisi come l'attuale, convince ed aggrega; questo purtroppo sta facendo dilagare l'approssimazione e la superficialità.

La politica non è un esercizio diverso dalla vita reale e nella vita reale è sempre più facile il Si rispetto al NO. Oggi è il tempo dei si, anche se parlano a poli opposti.

La mia storia politica mi obbliga a sostenere sempre quello che penso. Quindi, come rispondere alla vostra domanda: è certo più difficile ma anche più motivante per chi parla con cognizione di causa.



Il Piano di Riordino di Emiliano fa acqua da tutte le parti

Non può esserci sanità senza investimento

Si aspettava una forte contrapposizione campanilistica al Piano di Riordino Ospedaliero?

Quando riforme e misure di riorganizzazione e di razionalizzazione vengono calate dall'alto senza un dialogo con le parti sociali, i portatori di interessi legittimi, le forze politiche, i diversi livelli istituzionali c'è sempre da aspettarsi contrapposizioni forti che non vanno semplicemente derubricate come contrapposizioni campanilistiche ma come voglia di partecipazione e di comprensione delle scelte in termini di utilità, di adeguatezza, correttezza e in termini di incidenza sull'efficienza dei servizi e sulla riduzione delle tasse. Le comunità pugliesi sono consce della necessità di razionalizzare l'assistenza ospedaliera ma vorrebbero capire cosa si organizza con la chiusura del proprio ospedale, quali servizi alternativi vengono attivati, come può essere eliminato il superticket di 10 euro sulla ricetta specia-



listica e l'euro sulla ricetta farmaceutico che in altre regioni non si pagano, come si ridurranno le liste di attesa, se viene potenziata la prevenzione e gli screening di diagnosi precoce, se un soggetto affetto da un politrauma trova strutture idonee per la presa in carico, quale può essere il percorso del soggetto affetto da ictus o infarto e in quali strutture può essere trattato compatibilmente con tempi di percorrenza congrui e dove deve riabilitarsi. Tutto questo è mancato. Hanno messo numeri e numeretti su pagine di una delibera senza alcun dialogo con la collettività e le sue rappresentanze e questo è il risultato.

Quale è il suo personale giudizio sul Piano Riordino Ospedaliero?

Il Piano di Riordino è necessario perchè abbiamo l'esigenza di riequilibrare l'offerta assistenziale in funzione dei bisogni di salute di una popolazione che invecchia sempre più, che va incontro alle malattie croniche e degenerative, che perde l'autosufficienza e diventa dipendente. Il riequilibrio dell'offerta però deve passare da un riordino della rete ospedaliera in parallelo con il potenziamento della prevenzione e della medicina territoriale quanto mai indispensabile a creare filtro all'ospedalizzazione. Mettere mani a chiusura di reparti e di ospedali senza potenziare prevenzione e medicina territoriale significa provocare vuoti assistenziali e spreco di risorse per azioni inappropriate.

Il Piano di Riordino di Emiliano fa acqua da tutte le parti: non riequilibria i pl/1000 ab. sui territori nè per patologie. Non delinea le reti di assistenza per patologie (es. rete oncologica, rete gastroenterologica, rete reumatologica ecc...) nè le reti tempo-dipendenti (es. rete dell'ictus) nè le reti del trauma nè la rete dell'emergenza-urgenza nonostante sia richiesto dal D.M. 70/2015. Il Piano non affronta la pur prescritta continuità ospedale-territorio nè prevede le unità di valutazione del rischio clinico nonostante richiesta dalla legge di stabilità 2016. Ed ancora, il Piano non è supportato da alcuno studio epidemiologico e demografico nè da alcuna valutazione di impatto economico-finanziario. Quest'ultima valutazione è quanto mai ineludibile poichè il Piano per legge non deve creare aumenti di spesa sanitaria, non deve indurre lo sforamento del 44% del Fondo Sanitario Regionale entro il quale deve dimensionarsi l'assistenza ospedaliera e deve mettere ciascun ospedale in condizione di non squilibrare il rapporto costi-ricavi per oltre il 10% e di non accumulare deficit di oltre 10 milioni di euro pena l'assoggettameto



a piani di rientro.

Ora senza una preliminare valutazione di impatto economico-finanziario non sappiamo se questo Piano di Riordino farà lievitare la spesa sanitaria che comporta tassazione e divieti di assunzione di personale e limitazioni nell'acquisizione di beni e servizi con peggioramento della qualità dell'assistenza e, pur non lievitando la spesa sanitaria nel suo complesso, non sappiamo se i costi per l'assistenza ospedaliera saranno contenuti nel limite del 44% della spesa sanitaria perchè se si sfora si deprime la Prevenzione cui bisogna destinare il 5% della spesa sanitaria e la medicina territoriale alla quale bisogna destinare il 51% della spesa sanitaria. Infine, per ciascun ospedale non sappiamo se saranno in regola con il rapporto costo-ricavi voluto dalla legge di stabilità 2016. Troppa faciloneria nello stile dei Gian Burrasca.

In quali settori della sanità pugliese è necessario intervenire con decisione per raggiungere le Regioni benchmark del Nord Italia?

Ho detto: riordino e riequilibrio della rete ospedaliera, costruzione delle reti di assistenza, qualificazione dell'offerta secondo i bisogni di una popolazione che invecchia e affronta la cronicità, potenziamento della prevenzione e della riabilitazione, investimento della medicina territoriale con sguardo rivolto all'integrazione socio-sanitaria, alle cure domiciliari, ambulatoriali, residenziali e semiresidenziale con il supporto della telemedicina

Ritiene che un piano di investimenti in sanità, così come altre regioni hanno programmato in questi ultimi mesi, possa aggiungere qualità e ridurre gli sprechi?

Non può esserci sanità senza investimento. L'investimento è nel capitale umano attraverso processi di aggiorna-



mento e di formazione continua e permanente anche all'estero, nella manutenzione ordinaria e straordinaria delle risorse strutturali, nell'acquisizione della tecnologia e delle attrezzature e, per quelle strutture deputate, nella ricerca.

E' evidente che risorse umane non adeguatamente introdotte nei processi formativi, strutture che cadono a pezzi, tecnologia obsoleta assorbono costi senza produrre efficienti risultati in termini di salute.

Come è possibile salvaguardare l'imprenditoria dei piccoli fornitori vista l'esigenza della centralizzazione degli acquisti? E' stato considerato il rischio di consegnare nelle mani delle lobby economiche la sanità pugliese?

L'Italia è il Paese delle mode, spesso introdotte da santoni interessati che parlano come l'oracolo di Delphi. Quando un opinion leader introduce una novità, subito tutti a far da amplificatori senza avere lo sguardo lungo nel tempo ma fermo sul punto ove cade l'ombra del proprio naso.

E non si tratta di lobby perchè il lobbyng potrebbe farlo chiunque, piccolo o grande che sia. Si tratta di rischio di monopolio privato che si realizzerebbe nel tempo e ciò è davvero un gran pericolo. Mi spiego: con la centralizzazione degli acquisti, il potente entra nel mercato in maniera molto competitiva sbaragliando il campo della concorrenza fino a farla morire per esistere da solo sul mercato e ricattare il pubblico in virtù di un monopolio che nel frattempo ha creato. E, ove guesta strategia dovesse trovare qualche intoppo nel percorso, come spesso avviene, si strumentalizzano i lavoratori minacciando di metterli per strada per ottenere misure assistenziali dallo Stato che incidono sulla spesa pubblica e sulle tasse (cassa integrazione, contratti di solidarietà, pre-pensionamenti strategie di inganno utilizzate dai grandi gruppi industriali).

Stiamo dimenticando, per andare dietro a santoni di quattro soldi e collusi con il grande potere economico, la piccola e media impresa, spina dorsale del nostro Paese che da sempre non può chiedere cassa integrazione, contratti di solidarietà, pre-pensionamenti e paga le tasse all'Italia perchè in Italia hanno la sede legale a differenza di tanti potentati economici che hanno la sede legale nei paradisi fiscali. E' l'inganno dell'Europa, forte con i deboli e collusa con i forti e, mentre nei secoli scorsi la Germania, la Francia si impadronivano dell'Italia con le guerre, oggi se ne impadroniscono con i parametri di Mastricht con il risultato che stiamo svendendo il nostro sapere, la nostra competenza, la nostra creatività e i nostri brand a imprenditori esteri.

Il piano di riordino ospedaliero è l'emblema del fallimento della sanità pugliese

Creare un'efficiente assistenza territoriale

Si aspettava una forte contrapposizione campanilistica al Piano di Riordino Ospedaliero?

Devo ammettere che ce lo aspettavamo un po' tutti. Accade da sempre ed in maniera ciclica perché ognuno cerca di curare il proprio orticello, anteponendo la ricerca del consenso alle reali esigenze dei singoli territori e alla reale funzionalità ed efficienza del sistema sanitario.

Si ragiona ancora in maniera elettorale, con l'idea che un ospedale in più o in meno, un reparto in più o in meno, ti permette di portare a casa più o meno voti. Noi da questo tipo di politica ci siamo sempre dissociati e la combatteremo sempre.

Le nostre osservazioni che abbiamo presentato sul piano di riordino sono state elaborate tenen-

do conto delle liste d'attesa e dei dati epidemiologici nell'interesse dei cittadini di tutta la Regione

Qual è il suo personale giudizio sul Piano Riordino Ospedaliero?

Un giudizio assolutamente negativo, il piano di riordino ospedaliero è l'emblema del fallimento della sanità pugliese, un piano nato seguendo esclusivamente logiche di tipo ragionieristico, senza nessun tipo di condivisione e ignorando completamente le esigenze, le criticità e le tipicità dei singoli territori. Il piano doveva essere redatto sulla base dei dati epidemiologici. Bisognava ridurre gli sprechi prima di tagliare i posti letto, che già in Puglia erano al di sotto della media nazionale. È troppo facile ridurre i costi facendolo a spese dei servizi offerti ai cittadini.

In quali settori della sanità pugliese è necessario intervenire con decisione per raggiungere le Regioni benchmark del Nord Italia?

Su due punti fondamentali: la prevenzione e l'assistenza territoriale. Sulla prevenzione credo che si debba partire dal promuovere uno stile di vita più salutare, inteso a 360°, per evitare l'insorgenza di malattie e quindi di cure; bisogna che si ricorra ai farmaci e all'ospedale solo quando strettamente e realmente necessario.

Creare un'efficiente assistenza territoriale è ciò che invece la Puglia attende da 20 anni.

Ogni singolo territorio ha bisogno di ridefinire i propri distretti, bisogna pensare alle case delle salute e rivedere soprattutto il ruolo fondamentale del medico di famiglia, metterlo al centro del sistema, così da costituire un vero e proprio filtro per aiutare i cittadini affinché si riduca il ricorso al pronto soccorso.

Ritiene che un piano di investimenti in sanità, così come altre regioni hanno programmato in questi ultimi mesi, possa aggiungere qualità e ridurre gli sprechi?

Se il piano di investimenti lo intendiamo in termini di promozione della salute e quindi di prevenzione, non possiamo che essere favorevoli, perché ribadisco, la prevenzione in Puglia è all'anno zero.

La riduzione degli sprechi è una delle grandi battaglie che portiamo avanti da sempre e in tutti i settori sia a livello nazionale che regionale; più volte abbiamo chiesto al presidente Emiliano, anche in veste di assessore alla sanità, di intervenire in tal senso.

Va detto però che alla parola sprechi bisogna assolutamente associare quella delle frodi, degli abusi e della corruzione, che insieme costituiscono la voragine dei bilanci della sanità, con un buco di 6 miliardi di euro a livello nazionale e di 250 milioni di euro solo per la Puglia.

Come è possibile salvaguardare l'imprenditoria dei piccoli fornitori vista l'esigenza della centralizzazione degli acquisti? E' stato considerato il rischio di consegnare nelle mani delle lobby economiche la sanità pugliese?

Partendo dalla qualità del servizio che dobbiamo offrire ai cittadini e agli utenti, premiando quei piccoli imprenditori che puntano sull'alta quali-

tà del loro prodotto. Non possiamo continuare a pensare che le grandi lobby della sanità debbano avere sempre la meglio solo perché riescono ad intervenire sui prezzi, non deve più essere solo ed esclusivamente l'economicità di un prodotto o di un servizio il parametro per una scelta consapevole.

La qualità del servizio e del prodotto offerto rispetto ad un abbattimento dei prezzi che non sempre si sposa con la qualità dei prodotti, questa deve essere la logica da attuare per l'acquisto di prodotti sanitari.

Tutti ne troveremmo giovamento.





Difendere un diritto garantito dalla Costituzione non mi sembra una battaglia di campanile

La Puglia risente enormemente di una distribuzione delle risorse del Fondo nazionale iniqua e da rivedere

Si aspettava una forte contrapposizione campanilistica al Piano di Riordino Ospedaliero?

Non parlerei sinceramente di contrapposizioni campanilistiche. Il Piano di Riordino Ospedaliero è nato con un sostanziale, enorme limite: la mancanza di ascolto e confronto preventivo con i rappresentanti dei vari territori e delle specifiche realtà. Sono componente della III Commissione Sanità, e noi consiglieri non abbiamo mai avuto, prima delle varie stesure, delle bozze di partenza, e neanche una documentazione scritta, il carteggio tra l'assessorato e il dipartimento con il ministero, per le varie modifiche e correzioni. Questo ha portato a un documento in origine pieno di falle evidenti, di iniquità, tracciato solo su una base prettamente numerica e contabile ma senza considerare altri aspetti altrettanto importanti per garantire il diritto alla salute a ogni cittadino, al di là del territo-



rio di appartenenza, e in considerazione della particolare estensione e geomorfologia della Puglia. Nella prima stesura, la provincia di Taranto era gravemente penalizzata, per fare solo un esempio, anche alla luce dell'emergenza sanitaria provocata dall'inquinamento ambientale. E l'ospedale 'Lastaria' di Lucera, pur essendo distante pochi chilometri dagli Ospedali Riuniti di Foggia, è comunque il punto di riferimento per l'intero bacino del Subappennino dauno, area fortemente disagiata e caratterizzata da una pessima viabilità, e rappresenta un presidio di fondamentale importanza in caso di improvvise patologie 'tempodipendenti', in cui anche qualche minuto può diventare decisivo per la sopravvivenza. Difendere allora un diritto garantito dalla Costituzione non mi sembra una battaglia di campanile, francamente, alla luce degli errori di impostazione commessi.

Quale è il suo personale giudizio sul Piano Riordino Ospedaliero?

Mi piacerebbe rispondere a questa domanda se sapessi qual è il vero Piano di Riordino Ospedaliero. L'ultima delibera di giunta, annunciata come definitiva, è dello scorso giovedì, ma sono intervenute così tante modifiche e retromarce, e nel frattempo è anche cambiato il Direttore del Dipartimento, che preferisco attendere prima di pronunciarmi per poi magari essere smentito dai fatti diversi dagli annunci. In linea di massimo, l'handicap iniziale della mancata partecipazione (nonostante i proclami) degli attori - istituzionali e non - interessati alla stesura di un documento così importante si è rivelato pesantissimo, e anche la stessa maggioranza di governo non è riuscita ad avere su questa materia un indirizzo univoco, come mostrato dagli imbarazzanti scivoloni in Commissione sanità al momento della verità.

In quali settori della sanità pugliese è necessario intervenire con decisione per raggiungere le Regioni



benchmark del Nord Italia?

Sarebbe fin troppo facile parlare dei tagli agli sprechi e della necessità dell'efficientamento dei servizi e delle prestazioni erogate, a partire dalla riduzione delle liste d'attesa. Ma la verità è che le Regioni meridionali, e la Puglia in particolare, risentono enormemente di una distribuzione delle risorse del Fondo nazionale iniqua e da rivedere, e che automaticamente amplifica un gap già marcato, e che la mobilità passiva in aumento esponenziale finisce beffardamente per amplificare. Quanto sarebbe migliore, al netto di errori e programmazioni sbagliate e disservizi assortiti che nessuno vuole nascondere, la sanità pugliese se potesse contare delle stesse risorse attribuite a Regioni come Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia? E' una constatazione, prima ancora che una rivendicazione. E se non si avrà il coraggio di affrontare questa situazione con coraggio, coscienza e determinazione, ci saranno sempre cittadini e territori privilegiati e altri gravemente e ingiustamente penalizzati. Nonostante professionisti e strutture d'eccellenza che anche in Puglia non mancano, e vengono riconosciute. Ma con gli stessi addetti ai lavori spesso impossibilitati a crescere e affermarsi nella loro terra, per mancanza di opportunità altrove normali e ordinarie.

Ritiene che un piano di investimenti in sanità, così come altre Regioni hanno programmato in questi ultimi mesi, possa aggiungere qualità e ridurre gli sprechi?

Se si ha una visione e una prospettiva d'insieme, mi sembra un percorso obbligato. Basti pensare alla



crescita della Casa Sollievo della Sofferenza, la struttura immaginata da San Pio, oggi una realtà di eccellenza e sperimentazione riconosciuta a livello internazionale. La qualità è necessaria anche e soprattutto per arginare il fenomeno della mobilità passiva, non solo spina nel fianco del bilancio regionale, ma anche fattore di enorme disagio per i diretti interessati e per le loro famiglie, costrette a spostarsi altrove (con costi notevoli a loro carico, oltre a quelli per il servizio sanitario) per avere diagnosi e cure in tempi più rapidi e in strutture e località ritenute all'altezza di aspettative, esigenze ed emergenze. Ogni 'viaggio della speranza' rappresenta una sconfitta: per questo occorre investire in qualità e servizi, una spesa nell'immediato che si tradurrà in risparmi considerevoli nel futuro. Ma occorrono più risorse a disposizione per la Puglia, perché quelle attuali sono insufficienti anche per la più virtuosa delle amministrazioni, a prescindere dal colore politico.

Come è possibile salvaguardare l'imprenditoria dei piccoli fornitori vista l'esigenza della centra-lizzazione degli acquisti? E' stato considerato il rischio di consegnare nelle mani delle lobby economiche la sanità pugliese?

Il rischio c'è, ma alla luce delle risorse assegnate, largamente insufficienti, non è più possibile e tollerabile che una siringa abbia una forbice di prezzo assolutamente spropositata tra una Regione e un'altra, e addirittura tra un'Asl e un'Asl, per fare solo il più classico degli esempi. Le imprese che operano nella sanità pugliese, a mio parere, dovrebbero agire di squadra per reggere il confronto con le lobby, evitando un'eccessiva frammentazione che equivale a un'automatica perdita di competitività. E vigilare segnalando eventuali anomalie e scorrettezze, perché uno dei limiti della politica e della classe dirigente dei nostri tempi è che troppo spesso la magistratura è chiamata a supplire alla carenza di controlli e di vigilanza da parte di enti e istituzioni. Non possiamo e non dobbiamo abdicare a una funzione che è una nostra prerogativa fondamentale, e che quando viene a mancare produce enormi danni non solo sul piano economico ma anche su quello della credibilità complessiva del sistema, travolto ogni volta da scandali che hanno ovviamente un grande impatto sull'opinione pubblica.

Consultazioni preliminari di mercato e Tavoli Tecnici al centro del confronto

Governare insieme questo cambiamento del procurement, nell'interesse della Regione Puglia, dei suoi cittadini e del sistema delle imprese

Consultazioni preliminari di mercato e attivazione di tavoli tecnici per favorire risparmio e qualità di beni e servizi del Ssr sono stati gli argomenti trattati nel corso di un incontro promosso da Innova Puglia rappresentata da Gennaro Ranieri (Amministratore Unico), Bruno Marolla (Responsabile servizio Empulia), Antonio Scaramuzzi (Responsabile Servizio Gare e Appalti), la delegazione A.F.O.R.P. formata dal Beppe Marchitelli (Presidente) e Giovanni Spagnoletta (Presidente Probi-viri), i rappresentanti di Assobiomedica Fernanda Gellona (Direttore Generale Assobiomedica Italia), Maurizio Carabellese (Delegato Regione Puglia), Nino Storelli (Delegato Regione Puglia). L'Amministratore Unico Gennaro Ranieri,



nell'introduzione, ha spiegato i motivi dell'incontro. "Vuole essere un'occasione per riunire i rappresentanti di Confindustria-Assobiomedica e A.F.O.R.P. per l'attenzione che InnovaPuglia e la Regione Puglia rivolge all'imprenditoria del territorio. Bisogna eliminare il rischio di soffocare le piccole imprese per l'effetto collaterale che è portato dall'aggregazione della spesa. E' l'inizio di un cammino che può avere sviluppi positivi attraverso la consultazione



preliminare di mercato. E' questa un'attività prevista dal codice degli appalti anche se la normativa che la regola non è esaustiva. Vi è la necessità che la consultazione preliminare sia aperta anche alle rappresentanze di categoria dei fornitori. Il soggetto aggregatore ha il compito di pubblicare la gara telematica ed espleta le operazioni di gara con la successiva aggiudicazione, ma è importante puntare ad un nuovo modello di aggregazione. Ovvero istituire Tavoli Tecnici con le migliori esperienze professionali per migliorare la qualità e per massimizzare il risparmio alla Pubblica Amministrazione".

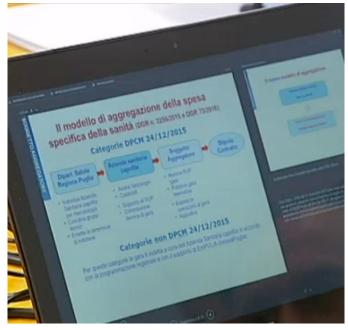
Il Direttore Generale di Assobiomedica Gellona ha accolto con favore l'iniziativa di InnovaPuglia. "E' un'ottima collaborazione fattiva che permette con il valore esperienziale delle nostre imprese associate, il nostro coinvolgimento nella consultazione preliminare con l'obiettivo di fare bene le gare. Ritengo che sia opportuno che vengano coinvolte, in questo processo, anche le società scientifiche affinchè vi sia un sistema di utile condivisione pre-gara, per la professionalità che ogni componente esprime". Ha infine chiesto una politica industriale da parte della Regione Puglia.

Il Presidente A.F.O.R.P. Marchitelli che ha salutato positivamente il cambio di corso di InnovaPuglia, per favorire maggiore trasparenza, ha affermato quanto segue. "Noi siamo portatori di interesse nel rispetto del valore della legalità e della trasparenza. E' estremamente positivo che si dia seguito a questo confronto preliminare di mercato che porterà benefici non solo al Ssr ma all'intera economia della Regione Puglia. Ha rimarcato l'importanza dell'incontro promosso da InnovaPuglia per l'opportunità che si offre a tutto il mondo delle imprese ed ha chiesto che vengano istituiti Tavoli Tecnici, che possano consentire la partecipazione delle società scientifiche e mediche, al fine di favorire appropriatezza e qualità.

Dobbiamo fare ancora altri sacrifici ma non siamo rassegnati. Vogliamo partecipare per cogliere l'opportunità che ci viene offerta per sburocratizzare il Ssr ed eliminare il contenzioso". Ha chiesto infine un crono programma con una nuova attività che possa differenziare la domanda per valori quantitativi e qualitativi ed un maggiore coinvolgimento della Regione Puglia e delle forze politiche alle problematiche che investono le imprese.

In conclusione l'ing. Gennaro Ranieri ha rassicurato i presenti che l'iniziativa odierna, definita "pre-consultazione di mercato" è solo la prima di altre che dovranno tenersi al fine di governare insieme questo cambiamento del procurement, nell'interesse della Regione Puglia e dei suoi cittadini e del sistema delle imprese.





Questo meccanismo genera anche appetiti criminali e strozza i piccoli imprenditori

Gestisce appalti troppo grandi così a vincere sono sempre gli stessi

Noi di Vivilasanità riprendiamo una interessante e pertinente intervista, raccolta dal quotidiano torinese "La Stampa", con Michele Corradino, Consigliere di stato e Commissario Anac e autore del libro " È normale... lo fanno tutti: storie dal vivo di affaristi, corrotti e corruttori". Dichiarazioni del Commissario Anac che rispecchiano soprattutto le criticità della Centrale d'acquisto Consip. Qui di seguito riportiamo integralmente l'intervista che offre molti spunti di riflessione. "Il clamore mediatico deve servire a ripensare alcuni aspetti dei maxi appalti Consip", dice Michele Corradino, Consigliere di Stato e Commissario dell'Autorità Anticorruzione, autore del libro "È normale... lo fanno tutti: storie dal vivo di affaristi, corrotti e corruttori", (Chiarelettere).



L'Autorità si è recentemente occupata della Consip. Che cosa è emerso?

"Due contestazioni: carenze organizzative e inadeguata analisi economica nella definizione dei lotti di gara".

Anche di quella sotto indagine?

"Non precisamente ma anche su quella gara abbiamo evidenziato anomalie e chiesto spiegazioni". Il sistema Consip è ancora valido?

"Le centrali uniche di acquisto hanno due vantaggi: sono molto efficaci nella riduzione dei costi e aiutano ad evitare la polverizzazione delle stazioni appaltanti".

LA STAMPA

05-03-2017 4 Pagina Foglio

"Gestisce appalti troppo grandi così a vincere sono sempre gli stessi"

Il Commissario anticorruzione Corradino: questo meccanismo genera anche appetiti criminali e strozza i piccoli imprenditori



che su quella gara abbiamo evidenziato anomalie e chiesto spiegazioni».

Il sistema Consip è ancora vali-

poi il gigantismo: gare immense come quella sotto indagine possono nascondere insidie».

Quali sono i rischi?

«Gli appalti troppo grandi non «Le centrali uniche di acqui- tengono conto del contesto

Che lezione bisogna trarre?

«Questa inchiesta prova che bisogna regolamentare il fenomeno lobbistico. Non possiamo pensare a una pubblica amministrazione asettica, iso-

Quante ce ne sono in Italia?

"Un rapporto governativo ne censisce 32mila, ma la stima è per difetto. Per esempio il centro di costo per "Comune di Roma" ne nasconde molti altri e nel ministero dell'Istruzione ogni scuola bandisce le sue gare. Decine di migliaia di stazioni appaltanti significano altrettante interpretazioni normative. Impossibile controllare: per noi, per le procure, per chiunque".

E gli svantaggi?

"Il sistema Consip andrebbe utilizzato con cautela. Non tutti i beni e servizi si prestano. Ad esempio il facility management é onnicomprensivo: dalle pulizie alla vigilanza. E poi il gigantismo: gare immense come quella sotto indagine possono nascondere insidie".

Quali sono i rischi?

"Gli appalti troppo grandi non tengono conto del contesto economico sociale, delle esigenze dei territori, delle differenze dei servizi. E tagliano fuori in radice le piccole e medie imprese, al contrario di ciò che prescrive l'UE. Vincono sempre gli stessi, che poi subappaltano i lavori, talvolta strozzando i piccoli". Che cosa propone?

"Di ripensare questo gigantismo delle gare, che genera appetiti anche criminali e costringe i perdenti ad armare ogni ricorso giurisdizionale immaginabile. Infatti si finisce sistematicamente al Tar".

La Consip sostiene di avere anticorpi alla corruzione.

"Senza entrare nello specifico, temo che i meccanismi corruttivi siano in grado di aggirare i controlli, per quanto raffinati".



Che lezione bisogna trarre?

"Questa inchiesta prova che bisogna regolamentare il fenomeno lobbistico. Non possiamo pensare ad una pubblica amministrazione asettica, isolata dal mondo. Ma servono due condizioni: tracciabilitá dei rapporti lobbistici e par condicio. I grandi gruppi entrano ovunque senza bussare, i piccoli restano fuori".

Dal punto di vista fenomenologico, dopo questa inchiesta aggiungerebbe un capitolo al suo libro?

"Ci eravamo abituati al facilitatore, il soggetto a libro paga di un imprenditore per metterlo a contatto con i funzionari pubblici. Non commette illeciti li media. In queste intercettazioni emerge il prototipatore, colui che scrive bandi di gara per favorire l'imprenditore da riproporre anche altrove. D'intrattenimento di un'evoluzione della specie. Un facilitatore seriale: ormai nella corruzione la realtà supera la fantasia".



Mobilità sanitaria: la Puglia con saldo negativo di oltre 186 mln di euro

La Lombardia è la migliore, la Campania è la peggiore

Mobilità sanitaria interregionale. Nel 2015 una spesa di oltre 4,100 miliardi per curarsi fuori regione. Ecco chi ci guadagna e chi ci rimette Le Regioni hanno condiviso oggi la tabella dei saldi della mobilità sanitaria 2015 che andrà comunque a pesare sul riparto 2017. Come ormai da anni è "tradizione", la migliore, quella che dalla mobilità incassa di più, è la Lombardia con un saldo positivo per quasi 598 milioni, seguita da Emilia Romagna (+346 milioni circa), Toscana (+146) e Veneto (poco meno di +113 milioni). La peggiore è la Campania, con un rosso di oltre 282 milioni, seguita in negativo dalla Calabria con oltre 276 milioni di buco e poi dal Lazio che supera i -240 milioni. Vale 4,154 miliardi la ricerca di cure migliori o più sol-



lecite in Regioni diverse da quelle di residenza. Tra dare e avere la mobilità sanitaria 2015 – quella che per scelta delle stesse Regioni peserà sul riparto 2017 – e che è oggi all'esame finale dei governatori dopo il parere favorevole degli assessori alla regionali alla Sanità, dà un quadro tristemente conosciuto della situazione dell'assistenza.

Il Nord e le Regioni tradizionalmente virtuose hanno i conti (il saldo tra dare e avere) in nero. Per le altre, quasi tutte del Sud e praticamente tutte quelle in piano di rientro, le cifre sono in rosso e cinque di loro (Campania, Calabria, Lazio, Sicilia e Puglia), da sole hanno un





saldo negativo che supera il miliardo.

Come ormai da anni è "tradizione", la migliore, quella che dalla mobilità incassa di più, è
la Lombardia con un saldo positivo per quasi 598 milioni, seguita da Emilia Romagna
(+346 milioni circa), Toscana (+146) e Veneto (poco meno di +113 milioni). La peggiore
è la Campania, con un rosso di oltre 282 milioni, seguita in negativo dalla Calabria con
oltre 276 milioni di buco e poi dal Lazio che
supera i -240 milioni.

Unica eccezione nella parte alta della classifica è il Molise che chiude il bilancio in positivo: +25,25 milioni. Tuttavia è ormai noto che il saldo in nero è legato all'Irccs Istituto neurologico mediterraneo di Isernia (Neuromed) a cui affluiscono pazienti da tutta Italia, creando un dato più che positivo di mobilità. Nella parte bassa della classifica invece ci sono tutte le Regioni in piano di rientro, tre a statuto speciale, Valle d'Aosta, Trento e Sardegna, che si appoggiano la prima al Piemonte e alla Lombardia (e all'estero in Francia), la seconda a Veneto, Lombardia e Bolzano e la terza, la Sardegna, con i debiti maggiori verso Lombardia, Lazio e Piemonte. Ci sono poi tra le Regioni in rosso e non (o non più) in piano di rientro Basilicata, Liguria e Marche. Per la prima e la seconda la mobilità maggiore è tutta "confinante", nelle Regioni cioè più Vicine: per la Basilicata sono Puglia, Campania, Calabria e per la Liguria sono Piemonte, Lombardia, Toscana. Anche dalle Marche c'è una mobilità di confine verso Lazio, Emilia Romagna e con una quota elevata (quasi 48 milioni) Abruzzo, ma una quota consistente di spesa (9,5 milioni) va anche in Puglia.

Tra i debiti più elevati verso Regioni non confinanti, c'è quello della Campania verso la Lombardia (quasi 12 milioni, ma la Regione ne ha anche più di 6 verso l'Emilia Romagna, 5,8 con la Toscana, quasi 4 verso il Piemonte, circa 3 con il Veneto). Dei saldi di mobilità fanno parte anche circa 40 milioni che riguardano voci come il registro di donatori di midollo osseo e le cellule staminali (unico polo il Galliera di Genova), la plasmaderivazione e gli emocomponenti, concentrate tutte su poche Regioni, i 192 milioni per l'ospedale bambino Gesù di Roma e i poco meno di

TOTALE	4.154.366.903	4.154.366.903	0
ACISMOM	42.847.272	0	42.847.272
B GESU'	192.193.736	108.203	192.085.533
CAMPANIA	137.768.550	420.235.487	-282.466.937
CALABRIA	27.491.781	303.894.164	-276.402.384
LAZIO	302.022.584	542.193.917	-240.171.333
SICILIA	69.207.009	260.354.011	-191.147.002
PUGLIA	129.611.945	315.818.280	-186.206.336
ABRUZZO	102.566.673	175.596.038	-73.029.365
SARDEGNA	17.085.723	87.614.317	-70.528.594
MARCHE	105.677.930	154.591.321	-48.913.391
PIEMONTE	212.610.819	259.944.227	-47.333.408
LIGURIA	150.694.157	187.505.673	-36.811.517
BASILICATA	80.554.728	105.061.915	-24.507.187
TRENTO	50.143.257	63.028.768	-12.885.510
V D'AOSTA	11.890.779	20.254.644	-8.363.866
BOLZANO	28.452.790	23.126.125	5.326.665
FRIULI	90.389.727	77.350.887	13.038.840
UMBRIA	107.875.808	90.133.976	17.741.832
MOLISE	91.646.419	66.396.099	25.250.320
VENETO	345.071.993	232.437.569	112.634.424
TOSCANA	330.197.342	183.813.640	146.383.702
E ROMAGNA	590.559.899	244.732.523	345.827.376
LOMBARDIA	937.805.981	340.175.118	597.630.864
REGIONI	CREDITI 2015	DEBITI 2015	SALDI 2015

43 per l'Ordine di Malta. Circa 275 milioni quindi, poco meno del 7% del valore intero della mobilità.

Ci sono infine circa 100,3 milioni di mobilità per ricoveri privati tra il 2013 e il 2015 che le Regioni hanno concordato di calcolare al 50 per cento. Anche in questo caso la quota positiva più alta è della Lombardia, seguita però nell'ordine da Veneto, Umbria, Toscana ed Emilia Romagna, mentre in negativo il saldo peggiore è quello del Lazio e a seguire di Campania, Marche e Sicilia. Si tratta tuttavia di importi relativamente bassi: per la Lombardia, calcolando appunto il 50%, sono poco più di 30 milioni, per il Lazio sul versante opposto un rosso di circa 15 milioni. Per quanto riguarda l'incidenza della mobilità sul riparto dei fondi per il 2017, per le Regioni vale l'accordo già raggiunto a settembre 2016, in cui si è stabilito di diluire gli effetti in due esercizi: la mobilità 2015 e il relativo conguaglio nel riparto 2017, i conquagli della mobilità 2014 nel riparto 2018 insieme ai dati relativi al 2016.

Fonte: Quotidiano sanità

Per forniture e assistenza tecnica di qualità

La centralizzazione degli acquisti toglie la possibilità di fare investimenti per il futuro alle piccole imprese

Come e quando nasce la sua azienda?

Inizio la mia attività il 1° luglio 1972 presso Maggiolini e fino al 31 dicembre 1977.

Il 1° gennaio 1979 inizio la mia avventura, insieme con mio cognato, fondando la SERTEL S.n.c. divenuta nel il 13 settembre 1991 PUGLIA MEDICAL S.r.I. La Puglia Medical S.r.I. nasce dunque nel 1991 dalla SERTEL Snc e con queste prerogative si afferma sempre più nel contesto di Puglia e Basilicata.

Perché decide di occuparsi di fornitura beni e servizi per la Pubblica Amministrazione?

Perché nasco come dipendente venditore alla Pubblica Amministrazione sul territorio pugliese, poi quasi per scherzo parlando con mio cognato che si occupava di assistenza tecnica, decidemmo di met-



terci in proprio per fornire un servizio completo vendita e assistenza tecnica verso questo sistema.

Quale caratterizzazione ha la sua azienda e come si è evoluta negli anni?



La caratteristica è la puntualità nella consegna oltre che ad avere anche il servizio di assistenza tecnica. Questo ha fatto sì che l'azienda è riuscita nel tempo a dare un servizio valido ed efficiente.

Per consolidarsi sul mercato ha previsto di effettuare nuovi investimenti?

Al momento non è possibile programmare degli investimenti, considerato il panorama nella sanità che è alquanto "opaco".

Quali passi dovrete ancora compiere per rimanere stabilmente sul mercato?

Sarebbero molti i passi da fare, ma, al momento siamo abbastanza demotivati, le prospettive sempre più orientate verso l'accentramento degli acquisti, tolgono per ovvi motivi la possibilità a piccole imprese come la nostra di pensare che ci sarà ancora spazio per noi.

Perché ha aderito all'A.F.O.R.P. e quali potrebbero essere le prospettive dell'Associazione?

Ritengo sia stato un operazione assolutamente da fare, in quanto sentivamo il bisogno di avere qualcosa che ci rappresentasse e l'AFORP rappresenta questo. Ci auguriamo che l'AFORP continui sempre nella sua "impresa" e che in questa avventura ci vedrà sempre vicini.

Profilo aziendale

La Puglia Medical s.r.l., società che opera nel settore biomedicale dal 1979, si occupa della distribuzione e assistenza di Dispositivi Medici tecnologicamente diversi attraverso la valutazione

di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obbiettivo della Puglia Medical s.r.l. consiste

quindi, grazie alla professionalità, all'esperienza e all'efficacia di tutto lo staff, nel valutare gli effetti

reali e/o potenziali della tecnologia fornita, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita.

Da diversi anni ha esteso la sua attività imprenditoriale con il noleggio e sanificazione di sistemi antidecubito evoluti ad altissima tecnologia delle diverse tipologie, che vanno, dall'altissima terapia alla prevenzione per diverse esigenze.

L'azienda si avvale della collaborazione di tecnici specializzati che sono in grado di assicurare un servizio di assistenza tecnica completo ed efficiente, in grado di intervenire in luogo entro 24 ore dalla chiamata. L'attività viene svolta in Polignano a Mare (Ba) alla via Vito Cosimo Basile 103/111 in locali di proprietà.

Dal 1998 la Puglia Medical s.r.l. ha ottenuto la certificazione del suo sistema qualità secondo le norme UNI EN ISO 9001, avente come oggetto: "Commercializzazione ed assistenza di apparecchiature e prodotti elettromedicali e scientifici. Erogazione di servizi di noleggio, sanificazione ed assistenza tecnica di sistemi antidecubito"



Da Loran il sostegno informatico per i ginecologi addetti all'IVG

Massima tracciabilità e sicurezza con il modulo MediCloud IVG

Per LORAN, la sanità è sempre stata il principale campo di attività, e sviluppare i modi per ottimizzarla uno dei suoi obiettivi principali. La mission LORAN è infatti contribuire al processo di informatizzazione che investe la sanità pubblica, per garantire sicurezza e tracciabilità delle attività cliniche e ospedaliere. È in questo ambito che si colloca MediCloud IVG, il modulo specifico del software MediCloud Ginecologia, facente parte della vasta gamma di moduli che offre la suite MediCloud. MediCloud IVG è stato progettato e sviluppato con il prezioso contributo di medici ginecologi AOGOI referenti delle attività di IVG nelle strutture pubbliche, così come regolamentata dalla L.194/78.

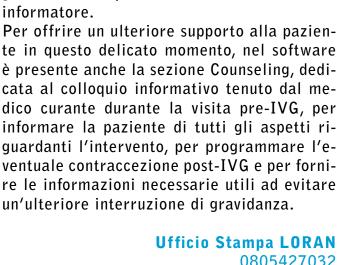
Con il software il medico ha a disposizione

uno strumento pratico e preciso che lo aiuta ad indicare ed eseguire la terapia più adatta. Nel caso di terapia farmacologica il software permette di inserire la data di programmazione e di somministrazione; in caso di IVG chirurgica, è possibile programmare l'intervento e tenere traccia di ogni sua fase. MediCloud IVG offre inoltre altre importanti funzioni, utili alla struttura sanitaria per la migliore assistenza alla paziente e per la sicurezza legale. In ambito legale, infatti, il software consente di caricare il modulo di informativa sulla privacy ed i template di consenso per le diverse fasi dell'IVG, oltre che per le diverse procedure chirur-

giche utilizzate, con data e nome del medico

Per offrire un ulteriore supporto alla paziente in questo delicato momento, nel software è presente anche la sezione Counseling, dedicata al colloquio informativo tenuto dal medico curante durante la visita pre-IVG, per informare la paziente di tutti gli aspetti riguardanti l'intervento, per programmare l'eventuale contraccezione post-IVG e per fornire le informazioni necessarie utili ad evitare un'ulteriore interruzione di gravidanza.





0805427032 www.loransrl.net



Campagna nuovi Associati 2017

Per gli Imprenditori del Servizio Sanitario Regionale

"Con AFORP si conta di più"

L'A.F.O.R.P. (Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia), rappresenta le realtà della Sanità che operano nelle Regioni Puglia e Basilicata.

Nasce il 10 Maggio 1984 con l'intento di riunire le imprese, sia regionali che extra territoriali, del settore Sanità che si occupano di forniture di beni e servizi alle Aziende Sanitarie pubbliche e private.

La nostra mission

Lavoriamo per tutelare gli interessi economici e professionali delle aziende associate, mettendo a disposizione il nostro consolidato know-how nel settore delle forniture ospedaliere e la conoscenza qualificata per affrontare le criticità tenendo presente le diverse realtà territoriali.

Alcune attività ed iniziative

- L'A.F.O.R.P., consapevole dell'importanza del ruolo Istituzionale che rappresenta, stabilisce fattivi rapporti con la Regione e recentemente ha incontrato il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano insieme ai vertici aziendali di Innovapuglia ed Empulia, manifestando disponibilità ed una ampia collaborazione verso la realizzazione di Tavoli Tecnici che consentano di dare voce alle esigenze delle PMI.Numerose anche le attività rivolte verso la Commissione Sanità, l'A.E.P.e.L. (Associazione Economi Puglia e Lucania), l'A.Re.S. (Agenzia Regionale Sanitaria). Inoltre sono costanti i momenti di incontro con i professionisti del Servizio sanitario regionale al fine di risolvere problematiche e promuovere iniziative.
- Organizziamo attività di formazione e aggiornamento per le Leggi regionali e nazionali oltre sui lavori di recepimento del nuovo Codice degli Appalti.
- Garantiamo assistenza di informazione e di comunicazione alle aziende offrendo servizi editoriali e multimediali necessari per lo svolgimento di una moderna attività imprenditoriale.
- La nostra segreteria associativa è aperta tutti i giorni dalle ore 09.00 alle ore 12.00 per soddisfare i quesiti delle imprese associate.

Perché associarsi

Perché insieme siamo più forti! Poter contare su una Associazione riconosciuta dalle Istituzioni politiche ed amministrative del settore Sanità, che riunisce aziende che condividono le stesse esperienze e gli stessi interessi, significa far parte di una grande realtà associativa. L'A.F.O.R.P. in questi ultimi trent'anni ha acquisito forza e credibilità: questo è il nostro valore aggiunto che ci consente di far fronte ai cambiamenti socio-economici in atto riconoscendo l'importanza di fare Sistema.

Chi può diventare socio A.F.O.R.P.

Tutte le aziende che esercitano attività commerciale per la fornitura di beni e servizi nel settore delle forniture ospedaliere comprese società cooperative, laboratori, Rsa.

tel.: 080.5544651 (ore 9.00 - 12.00) e-mail: segreteria.papalia@aforp.it oppure aforp@pec.it

www.aforp.it

Gli Associati della rete A.F.O.R.P.























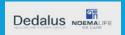




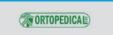










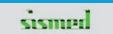










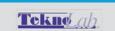






























MEDIPOINT

WWW.AFORP.IT





ASSOCIATI UFFICIO STAMPA TRASPARENZA CONTATTI LINK UTILI LOGIN

BREAKING NEWS Borraccino, numerosi gli errori del Piano di Riordino ospedaliero



Search... Submit

ASSOCIATI

Eurohospital s.r.l.





Twitter del Presidente

Tweet di @beppemarchitell



HOME

ASSOCIATIONE

AFORP @beppemarchitell

Senatori ex Pd sostengono che la #sanità per gli ultimi Governi non è stata una priorità.Chiare finalmente le

L'informazione viaggia su Twitter

E' un servizio A.F.O.R.P. che si offre al mondo della sanità per un aggiornamento veloce, in tempo reale e sintetico.



Segui il Twitter del **Presidente Marchitelli** clicca qui:

https://twitter.com/beppemarchitell

vivila**sanità**

Anno VIII n.29 - Marzo 2017

Registrazione n° 21 del 19 maggio 2009 al Tribunale di Bari

Editore - AFORPVia Papalia, 16 - 70126 Bari
Tel:080/5544651

Direttore Editoriale
Benne Marchitelli

Direttore Responsabile

Art Designer

Per comunicazioni e proposte: ufficiostampa@aforp.it

www.aforp.it