



## I primi dieci anni di Vivilasanità al servizio della Puglia

Decennale del periodico A.F.O.R.P.

IN QUESTO NUMERO:

Seguici anche su:  
[www.aforp.it](http://www.aforp.it)



### BEPPE MARCHITELLI

Le spese sanitarie delle famiglie raggiungono i 35mld

Pag. 2

### FILIPPO ANELLI

Difendere con decisione i valori alla base dell'essere medico

Pag. 5

### VITANGELO DATTOLI

Integrare le due grandi Aziende universitarie in maniera veloce

Pag. 7

### OTTAVIO NARRACCI

Il confronto è il metodo necessario per poter giungere a delle soluzioni sostenibili

Pag. 9

### ALESSANDRO DELLE DONNE

Garantire al maggior numero di persone i più elevati livelli di assistenza possibili

Pag. 11

### TOMMASO ANTONIO STALLONE

Apprezzamenti per la qualità delle cure ed il valore Scientifico dell'IRCCS che dirigo

Pag. 14

### GIUSEPPE NUZZOLESE

Sulla centralizzazione degli acquisti pesano i costi di coordinamento

Pag. 15

### CONFERENZA STATO REGIONI

Accordo tra le Regioni per il riparto del Fondo Sanitario, più di 110 miliardi

Pag. 17

### SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Tutti i finanziamenti per la sanità degli ultimi 20 anni

Pag. 18

E' certo: i dati mostrano le differenze e aspettativa di vita tra Nord e Sud

# Le spese sanitarie delle famiglie raggiungono i 35mld



di **BEPPE MARCHITELLI**  
 PRESIDENTE A.F.O.R.P.

 @beppemarchitelli

Al World Economic Forum che si è tenuto in gennaio, tra l'altro è emerso che nazionalismi e populismi non spaventano i mercati che trovano sempre una nicchia da ritagliarsi, sottolineando che è in atto un divorzio tra democrazia e libero mercato. Dal canto suo Credit Suisse sostiene che il picco della globalizzazione è oramai alle spalle, cercando di inquadrare questa recessione geopolitica. Sembrerebbe che per i prossimi dieci anni i trend politici siano quelli regionali, tenendo conto dell'insieme mondo ovviamente, ognuno disegna il proprio sistema. John Major sostiene che il nostro modello di democrazia liberale, sociale ed economica non è intoccabile ed è messa fortemente in discussione. L'8,6% della popolazione mondiale possiede l'85% delle ricchezze e l'1% ne controlla il 50%. Sono additate proprio le democrazie, che non hanno fatto nulla per evitare che ciò accadesse. Oggi le maggiori e più importanti trasformazioni stanno avvenendo nell'85% dei Paesi non occidentali. Questa premessa ci mostra meglio le iniziative in atto verso posizioni ed idee a sostegno del rilancio dell'Europa, si parla di 150mld all'anno già dal 2019, in primavera sono previste le elezioni europee, che potrebbero realizzare piani di investimenti pubblico-privato con progetti decisi da stati membri e istituzioni locali. L'intento è di ripartire dalla gente e dai suoi bisogni concreti, dopo anni di equilibri di bilancio si passa ad iniziative fondate su investimenti, innovazione e posti di lavoro. Quelli che le imprese tentano di tutelare e garantire fermo restando un sistema a livello strutturale equilibrato.

L'annoso problema dei ritardi nei pagamenti da parte della P.A., ci porta a ricordare i molteplici titoli sui quotidiani verso tempi ridotti di pagamento dello Stato ai fornitori. Vero. Eppure non sono perfettamente a regime. Infatti l'Italia non è ancora nei Paesi in regola, quelli cioè che pagano il debito commerciale entro 30 giorni dalla fattura. Precisando che da tempo non si configura tale criticità da parte della Regione Puglia. Sono passati tre anni dall'apertura di procedura di infrazione di Bruxelles verso il nostro Paese oltre il deferimento alla Corte di Giustizia, ma in Italia rischiamo ancora molte salate.

**E' stato esplicitato molto bene dal Presidente Onorario della Corte dei Conti: "L'amministrazione vive senza conti e i conti senza amministrazione"**

La conseguenza dei ritardi nei pagamenti in termini e linguaggio di impresa significa: riduzione di investimenti o licenziamenti, oltre i ritardi verso i propri fornitori che innescano un vortice senza uscita. A questo aggiungiamo lo split payment, cioè la scissione di pagamento con il quale la P.A.

versa l'IVA all'erario e non al fornitore, è poca cosa quindi definire le imprese che sopravvivono a questo inferno dantesco come "miracolate". Quel che più lascia perplessi è che dopo 4 anni non esiste una stima ufficiale dei debiti: 56mld per il Governo, 75mld per la Banca d'Italia. In ogni caso i passi fatti in avanti restano solo un successo a metà, occorre affrontare le cause strutturali e questo non è stato fatto. Alle nostre imprese viene chiesto il bilancio certificato, mentre i bilanci pubblici in Italia decidono gli impegni di spesa, ma non i pagamenti. Tutto questo è di competenza della politica. E' stato esplicitato molto bene dal Presidente Onorario della Corte dei Conti:

“L’amministrazione vive senza conti e i conti senza amministrazione”. Si è cercato di porre rimedio e il sistema di monitoraggio dei pagamenti dovuti, entrerà in funzione forse a fine 2018. In tema sanità è quella privata con 52% a superare il pubblico 48%. La difficoltà del pubblico non significa però più privato, la riduzione del peso dello Stato in sanità è sostenuta dai cittadini. Il dato della società Mbs Consulting è chiaro: ogni anno le famiglie spendono per prestazioni sanitarie e sociali più di 109mld, di cui il 35mld in prestazioni sanitarie e farmaci, cioè il 15% del loro reddito pari al 6,5% del Pil italiano. In questo spazio avanza il welfare aziendale come si legge dall’analisi svolta, le aziende diventerebbero a tutti gli effetti degli operatori sociali oltre che economici. Rispettando la realtà territoriale e di comunità. Ma questo affiancamento allo Stato, non risolve la questione della sostenibilità delle cure. Perché come precisa l’Osservatorio della Cattolica, un conto è la sanità integrativa prevista dalla riforma Bindi che integra tutte quelle prestazioni non comprese nei LEA, altro discorso le forme assicurative sanitarie che hanno come scopo quello di

intermediare i 35mld di spesa sanitaria privata. Concludendo che le diseguglianze sociali sarebbero più esasperate. Una nuova complicazione si fa strada nel mare magnum delle problematiche del settore ed è quella che rappresenta l’Italia nel 2023, con il pensionamento di 45mila medici di cui 15mila di famiglia. Esattamente 2200 medici di base che andranno in pensione nei prossimi dieci anni. Viene meno, anche in questo caso, il diritto alla salute. Assistendo, purtroppo o per fortuna, ad una brevissima campagna elettorale i cui echi a parere di molti, non vicini alle reali necessità del Paese, emerge

prepotente la totale assenza di impegno serio e programmatico verso la sanità. La legislatura che si è conclusa ha imposto un importante definanziamento alla sanità, minando di fatto i LEA a vantaggio delle esigenze di finanza pubblica confermando una totale mancanza di programmazione sanitaria. Il riparto del Fondo sanitario nazionale per il 2018 corrisponde a 110mld trend sempre negativo dagli ultimi anni, dal punto di vista di chi tiene conto ad es. partendo dal 2012. Agire sulla sostenibilità equivale a tenere conto anche della corruzione. Le stime sui costi di corruzione per il sistema sanitario del



nostro Paese si attestano intorno al 5% della spesa sanitaria pubblica (World Bank 2014) cioè 6mld circa. Questo troppo spesso induce a proposte semplicistiche come appunto la riduzione della spesa sanitaria del 5% convinti di eliminare in automatico la stessa percentuale di corruzione. Il Rapporto Oasi 2017 ha inteso affrontare l’argomento con un approccio diverso sottoponendo un questionario ai responsabili anticorruzione delle ASL italiane, hanno risposto 83 aziende sanitarie su 202. Questo è già un dato. Anche il permanere dei differenti sistemi sanitari regionali, 21 per l’esattezza, determinano sprechi oltre le diseguglianze influenzando gli

esiti di salute. In tutto questo lo Stato si limita ad assegnare le risorse ed a verificare l’adempimento dei LEA. Senza tener conto che nel 2016 sono stati 4mld quelli della mobilità sanitaria da Sud verso Nord. Il dato certo è che davanti alle Asl non siamo tutti uguali: le Regioni del centro-nord più virtuose e quelle del sud meno, confermando la disparità tra cittadini a seconda della loro residenza. Alle diseguglianze di salute, non dimentichiamo, che si affiancano le difficoltà di accesso alle cure sanitarie. L’Università Cattolica del Sacro Cuore, conferma la stretta relazione tra condizione economica e

salute, sottolineando che bisogna tarare meglio il finanziamento alle Regioni. Tuttavia proprio in queste ore è stato siglato il riconoscimento di competenze aggiuntive fra Governo e le regioni Lombardia – Veneto - Emilia Romagna, cioè il trasferimento di competenze anche quelle in sanità. Quindi è avviato il meccanismo dell’autonomia differenziata in attesa che il prossimo Parlamento si esprima nel merito. Questo forse renderà più difficile realizzare quanto segnalato dall’Osservatorio e cioè una divisione più equa del Fondo sanitario nazionale. Se aggiungiamo che un fattore distintivo di un buon sistema sanitario è l’innovazione tecno-

logica allora potremmo aprire un corretto parallelo. Ma in sintesi per essere artefici dei cambiamenti non occorre procedere con tagli e limitazioni, ma con adeguata programmazione ed illuminata sensibilità, così da poter ammodernare il Servizio Sanitario Nazionale partecipando ognuno per il proprio ruolo ed intervenire anche trasversalmente per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato. Se crediamo di tenere in vita e quindi investire sul Ssn. La Puglia con il suo Programma Operativo sanitario 2016-2018 delinea le azioni passate e quelle dell'anno in corso. Molteplici gli interventi ed in particolare quelli mirati verso il dato demografico della popolazione che sta invecchiando cambiando il profilo dei bisogni nella nostra regione. Le criticità da superare, oltre le nomine dei Direttori Generali, sono ancora il numero della mobilità passiva e delle lunghe liste d'attesa. Certo l'impegno è grande, ma soffre senza progettualità e per l'assenza di regole certe che possano consentire ad ogni impresa, l'equa partecipazione agli impegni da assumere. Questo aspetto va rimesso in mano a coloro che hanno il dovere di legiferare nel merito e che responsabilmente consentano al Paese Italia di tornare ad essere competitivo. L'auspicio è quello che l'aspettativa non sia vanificata dall'esito elet-

torale e dalle promesse che porta con sé, perché sappiamo già che ogni promessa nei programmi presentati potrebbe diventare un debito. E questo

so il sistema sanitario nazionale! Infine, come avrete notato, quest'anno ricorre il decennale di questo editoriale. Dieci anni di lavoro straordinario e vivace che nasce con l'intento di una informazione puntuale e trasparente. Abbiamo guardato e guardiamo oltre oceano raccontando delle dinamiche europee, nazionali e regionali portandole all'attenzione dei nostri numerosi lettori. Abbiamo trascorso insieme questi primi dieci anni cercando di assolvere alla funzione che il comparto sanità rappresenta, nel rispetto reciproco dei ruoli per noi e per i nostri lettori. Abbiamo risposto alle molteplici richieste di argomenti che da più parti ci sono state sollecitate auspicando di aver soddisfatto. L'impegno di uomini e donne che con tenacia hanno contribuito di volta in volta alla realizzazione del nostro editoriale. Tante le categorie e tanti i professionisti seri ed impegnati nella rappresentanza del proprio ruolo e territorio, che non elenco solo nel timore di lasciare indietro qualcuno. Convinti come me ed insieme impegnati nel vedere

non aiuta certo né la ripresa tantomeno le imprese che vorrebbero investire. Infatti dall'analisi dell'Osservatorio sui conti pubblici diretto da Carlo Cottarelli, emerge che ogni partito con le sue promesse mette a rischio il bilancio dello Stato. E non certo per interventi ver-

i nostri sforzi concreti e coraggiosi realizzarsi. Pronti davanti alla serietà degli eventi e a volte alla gravità delle situazioni a rispondere con responsabilità. La stessa che ci permette di guardare in faccia i nostri interlocutori quotidianamente.

**AFORP**  
 Associazione Fornitori Ospedalieri  
 REGIONE PUGLIA  
**CAMPAGNA SOCI 2018**

**Scegli A.F.O.R.P.**  
**PER DARE FORZA  
 ALLE NOSTRE IMPRESE**

**Per difendere  
 il nostro futuro**

**AFORP**  
 Associazione Fornitori Ospedalieri-Regione Puglia  
 Via Giuseppe Papalia, 16, 70126 Bari  
 tel.info **080.5544651**

**www.aforp.it**  
 segreteria.papalia@aforp.it

**AFORP**

**TRASPARENZA**

**SEZIONE DOCUMENTALE SANITA' REGIONE PUGLIA**

**DETERMINAZIONI - LEGGI - DELIBERE**

**WWW.AFORP.IT**

Mi aspetto un triennio di attivismo, per riconquistare l'autonomia, la libertà e l'autorevolezza della professione

# Difendere con decisione i valori alla base dell'essere medico

**Filippo Anelli**, presidente dell'Ordine dei Medici di Bari, è stato eletto, il 24 gennaio 2018, all'unanimità dal nuovo Comitato Centrale, che resterà in carica fino al 2020, nuovo presidente della Fnomceo, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

**Cosa ha pensato appena è stato eletto ai vertici nazionali degli ordini dei medici?**

“Ho avvertito innanzitutto una grande responsabilità. Ci troviamo in un momento storico particolarmente critico per la professione, che richiede di difendere con decisione i valori alla base dell'essere medico. Mi rendo conto che come Presidente della Federazione dovrò affrontare sfide importanti, a partire dall'unità della categoria che è imprescindibile per poter vincere le molte battaglie del prossimo triennio. Non potrei affrontare queste battaglie se non avessi alle spalle

una squadra forte come quella che si è coagulata attorno alla mia candidatura e che mi ha permesso di vincere le elezioni con un consenso plebiscitario. Ora, testa bassa e pedalare”.

**Secondo lei perchè va rifondata la professione del medico a partire dal codice deontologico?**

“L'ultima versione del codice deontologico ha portato ad una frattura all'interno della professione perché ha modificato

alcuni aspetti che erano fondanti, come il binomio di scienza e coscienza. E' dal recupero di questi elementi, attraverso una revisione del codice deontologico, che dobbiamo partire per ricompattare la categoria, ma anche per riaffermare il carattere non esclusivamente tecnico dell'essere medico. Ciò che distingue da oltre due millenni la nostra professione è la dimensione profondamente umanistica, che di fronte al paziente porta il medico a non applicare semplicemente delle linee guida ma a interrogarsi sui bi-

“Vuol dire che a seconda dell'area geografica in cui vivi hai una diversa speranza di vita e un'offerta di servizi sanitari differente. L'Istat nella ricerca “Health for all” parla di un'Italia divisa in due, con scarsa assistenza al Sud, cittadini insoddisfatti dei servizi sanitari, una spesa sanitaria che pesa di più sul Pil rispetto al resto del Paese. L'Italia in media spende per la Sanità l'8,89% sul Pil, ma nelle regioni del sud ci si attesta dal 12% al 14%. Eppure, in termini assoluti ovviamente la spesa sanitaria pubblica pro ca-



sogni di salute a 360° dell'essere umano che ha di fronte. Dobbiamo riappropriarci di questa peculiarità per una presa in carico più efficace del paziente, per recuperare il rapporto di fiducia con i cittadini e, in ultima analisi, per riconquistare un ruolo e un'autorevolezza che, relegati alla dimensione di tecnico-burocrati, abbiamo in parte perso”.

**Lei ha parlato di superamento delle disuguaglianze territoriali, ciò vuol dire che ci sono cure di serie A e cure di serie B?**

“È inferiore al sud (poco sopra i 1700 euro in Calabria e Campania contro una media nazionale di oltre 1800 euro). Negli ultimi anni la spesa sanitaria privata cresce di più al sud che al nord. Un chiaro segnale del fatto che i cittadini cercano di compensare le carenze del pubblico ricorrendo alla spesa out of pocket. Le disuguaglianze territoriali investono anche il numero dei posti letto per acuti e non acuti, i tempi di attesa per le visite specialistiche e quindi l'efficacia dell'attività di prevenzione, il numero dei cen-

tri di eccellenza: il nord ha il 45% della popolazione italiana e il 58% di ospedali ad alta specialità, il sud ha il 35% della popolazione e il 24% di ospedali ad alta specialità. Insomma, guardando tutti gli indicatori, dal punto di vista della Sanità e della salute dei cittadini, ci troviamo di fronte ad un paese diviso in due, con 21 sistemi sanitari differenti, che non sono più in grado di garantire l'uguaglianza dei cittadini in tutto il territorio nazionale".

**Nel suo programma è prevista la collaborazione interprofessionale e l'apertura verso associazioni, stakeholders, dai giuristi ai filosofi, dagli economisti ai funzionari della**

**pubblica amministrazione?**

"Proprio per le peculiarità della professione medica, per la sua dimensione non esclusivamente scientifico-tecnica, ma intellettuale e umanistica, credo che sia essenziale avviare un dibattito su cosa significhi essere medici oggi aprendosi anche ad altri ambiti del sapere. Solo da questo confronto a tutto campo può nascere una figura di medico capace al tempo stesso di ribadire i valori fondanti della professione e di rispondere ai bisogni di salute e alle sfide tecnologiche del terzo millennio".

**Lei è stato tra i promotori della rivolta dei camici bianchi avvenuta nel**

**novembre scorso. Ci sarà ancora bisogno di scendere in piazza?**

"I medici non amano scendere in piazza. In Puglia, a novembre scorso, l'abbiamo fatto perché credevamo non ci fossero altre strade per far sentire il nostro disagio.

E, con grande senso di responsabilità, abbiamo manifestato senza interrompere i servizi ai cittadini. Sicuramente, mi aspetto un triennio di attivismo, per riconquistare l'autonomia, la libertà e l'autorevolezza della professione. Combatteremo per questi obiettivi in tutte le infinite, pacifiche forme di espressione che sono garantite alla società civile".



*Federazione Nazionale  
 Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri*

## Primo obiettivo sarà di completare l'evoluzione urbanistica degli Ospedali Riuniti

# Integrare le due grandi Aziende universitarie in maniera veloce

**Vitangelo Dattoli**, dopo dodici anni di guida dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, recentemente, è stato nominato dal Governatore Michele Emiliano, nuovo Direttore degli Ospedali Riuniti di Foggia. Il Direttore Dattoli ha illustrato il suo programma a tutte le testate giornalistiche tra cui il Mattino di Foggia e ha confermato al nostro periodico alcuni punti programmatici.

**Perché il Presidente Emiliano ha scelto lei. Si sente davvero un campione manager della sanità?**

“Ringrazio il presidente Emiliano per aver espresso in più occasioni, anche a Foggia e in maniera sistematica, giudizi lusinghieri nei miei confronti. I dati oggettivi sono l'esperienza e la durata di un incarico con risultati positivi che ho raggiunto nell'altra Azienda Universitaria. Per dodici anni sono stato al Policlinico di Bari e per i prossimi tre anni spero e credo di farlo

agli Ospedali Riuniti di Foggia. Questo ci offre due riscontri: dando per scontato che vi sia un riconoscimento di valore confermato, c'è la possibilità di integrare le due grandi Aziende universitarie in maniera veloce, che sono oggi, la radice del successo. Perché ormai si ragiona per sistema e quindi il sistema delle Aziende Universitarie pugliesi, se messo in linea ed in modo omogeneo, c'è la possibilità di ottenere risultati sia come risposta alla domanda di salute sia come aspetti gestionali. Penso, ad

esempio, a convenzioni internazionali come sistema di facoltà e Aziende e come Aziende miste, piuttosto che averle come Bari o come Foggia”.

**Quali sono i punti del suo programma?**

“Quattro sono gli obiettivi che ci prefiggiamo di raggiungere e per l'esattezza indicati nella presentazione, con il Presidente Emiliano, il 19 dicembre scorso.

**Primo obiettivo** sarà di completare l'e-

tanti lustri. Completare l'evoluzione da un punto di vista sismico, impiantistico, tecnologico e da un punto di vista delle HUB dei due plessi. Particolare attenzione sarà rivolta al “D' Avanzo” che diventerà la piastra ambulatoriale dei servizi della sanità, integrata tra Policlinico e Asl.

**Terzo obiettivo** riguarda la dotazione organica che dovrà essere all'altezza delle sfide e prevediamo di assumere 700 dipendenti tra dirigenti medici, am-



voluzione urbanistica degli Ospedali Riuniti. Diventerà il Policlinico di Foggia, chiudendo in maniera anche evidente la interclusa strada Via Pinto e con le infrastrutture di parcheggi e di superficie, con strade perimetrali, che consentiranno di avere un vero e proprio Policlinico.

**Il secondo obiettivo** riguarda gli immobili e precisamente l'edilizia ospedaliera. Da abbattere e ricostruire il monoblocco che rappresenta una spada di damocle la cui problematica viaggia da

ministrativi, infermieri, ausiliari e operatori socio sanitari.

**Quarto obiettivo** sarà quello di potenziare l'integrazione con l'Università, con un forte contributo economico che la regione darà per poter acquisire, tramite budget, docenti per poter recuperare e integrare le scuole di specializzazione e quindi l'offerta anche didattica oltre che assistenziale e di ricerca”.

**Come è possibile far comprendere ai**

**cittadini la validità degli obiettivi che la sua gestione si pone soprattutto rispetto alle liste d'attesa?**

“Procedere sulle due dimensioni. Quella programmatica dovrà essere monitorata con una cadenza quadrimestrale o semestrale. Ci sottoporremo con piacere ad

addetti ai lavori. Poi bisogna rispondere attraverso una reingegnerizzazione dei modelli organizzativi, per quanto possibile, alle difficoltà oggettive. Tra cui le liste di attesa e del pronto soccorso. Il primo è un problema particolare non solo risolvibile dall'Azienda, il secondo è risolvibile dall'azienda per quanto ri-

ter affrontare insieme, nei migliori dei modi, la sfida delle liste di attesa e dei pronti soccorsi meno congestionati con meno codici bianchi”.

**I cittadini di Capitanata possono essere soddisfatti dalla qualità dei servizi sanitari?**



“E' una delle province dove si registra la più alta mobilità passiva, che significa, fuga per rispondere alla propria domanda di salute al di fuori della provincia, al di fuori della regione. Forse perchè Foggia è inserita in un contesto regionale abbastanza diffuso con Campania, Basilicata e Molise che sono a due passi. Però è anche vero che sono aree oggetto di attrazione, quindi mobilità attiva, da parte delle principali punte di qualità dell'offerta, tra le quali il nostro Policlinico oltre altre grandi ospedali presenti sul territorio. Bisogna insistere nel coprire da

una illustrazione dello step raggiunto sui quattro filoni di sviluppo e obiettivi da raggiungere. Con un continuo colloquio con il pubblico, con i nostri cittadini, con i nostri utenti, con gli operatori, con gli

guarda il modello organizzativo. I due sono osmoticamente collegati alla rete ospedaliera e a tutti i presidi presenti sul territorio. Naturalmente bisogna arrivare al giusto equilibrio, per po-

un punto di vista qualitativo e quantitativo l'offerta sanitaria, per dare una risposta efficace ed efficiente all'altezza dei bisogni e sono sicuro che i foggiani continueranno per la parte emergenza-urgenza, la



Un vero e proprio veicolo di promozione umana, sociale, economica

# Il confronto è il metodo necessario per poter giungere a delle soluzioni sostenibili

**Si aspettava che Emiliano la nominasse ai vertici dell'Asl Lecce? E' rimasto sorpreso?**

“Sono rimasto sorpreso perchè la nomina è arrivata prima del completamento del precedente mandato. Si sono rimasto sorpreso”.

**Lei arriva alla Direzione generale dell'Asl Lecce dopo le esperienze alla Bt e soprattutto ritorna nella sua vecchia Asl, dopo aver svolto l'incarico di Direttore sanitario. Quali saranno i primi interventi che farà per migliorare la qualità dei servizi?**

“Lavorare per procedere, d'intesa con la Regione, alla definizione della rete dei servizi e della rete ospedaliera innanzitutto, in quanto il riordino definito dal regolamento dell'anno 2017, ancora non si è attuato. E' noto che la Regione propone la locazione di un nuovo Punto nascita nel Salento e questo Punto nascita potrebbe essere allocato nella zona

settentrionale della provincia, tra Galatina e Copertino. Questo comporterà un riassetto dell'organizzazione degli ospedali.

Noi dobbiamo procedere, al più presto, alla definizione della Rete dei servizi sia per quanto riguarda gli ospedali che relativamente ai Presidi territoriali di assistenza, in modo tale, da poter calare l'organizzazione dipartimentale in questa organizzazione di Rete e dare, in questo modo, all'Azienda lo strumento organizzativo per garantire il migliora-

mento della qualità dell'assistenza”.

**La sua Direzione generale dovrà confrontarsi da subito con le popolazioni di Copertino, Casarano e Galatina dove saranno chiusi alcuni reparti. Non sarà facile farlo capire alle popolazioni?**

“Premesso che la Regione Puglia tiene in mano la bussola della programmazione, è evidente che la Direzione generale della Asl cerca di favorire il verificarsi di situazioni di contesto che rendono

**Dovrà occuparsi della realizzazione del nuovo ospedale del basso Salento. Ci saranno spazi e coperture finanziarie per realizzare l'importante opera?**

“Se la Regione Puglia ha già avviato la prima Conferenza di Servizi, con i sindaci dei comuni interessati, vuol dire che le coperture finanziarie ci sono. Anche qui il pallino è in mano alla Regione. L'Azienda sanitaria espletterà gli atti successivi che sono progettazione e affidamento dei lavori una volta definito il



più agevole il confronto e di condizioni di dialogo, determinate dal fatto che, ci siano già esperienze maturate e consolidate negli ospedali.

Per cui si può riflettere su qualche spostamento, senza per questo andare ad alterare l'equilibrio complessivo della programmazione dei posti letto.

In ogni caso, il confronto, è lo strumento ed è il metodo necessario per poter giungere a delle soluzioni sostenibili. Non è certo la via giudiziaria quella per raggiungere questo obiettivo”.

perimetro di gioco. Dopo che la Regione Puglia avrà reperito i finanziamenti, provenienti da una fonte di finanziamento ministeriale e i sindaci avranno definito, in maniera compiuta, la sede dove allocare la nuova struttura”.

**E' previsto un piano per assumere nuovo personale e di quale entità sarà?**

“C'è un piano assunzionale che è finalizzato a sostituire i rapporti a tempo determinato in prima battuta, poi cerca-

re progressivamente di garantire i posti che sono allo stato dei fatti scoperti. Si tratta come minimo di un centinaio tra personale dirigente e più del doppio di infermieri. Abbiamo un piano assunzionale abbastanza importante dell'ordine di alcune centinaia di unità".

**Per lei, che ha maturato un'esperienza importante nell'ambito del management, qual'è il segreto per far funzionare meglio la sanità pugliese? Cosa c'è da fare e di più affinché funzioni al meglio?**

"Occorre visione e un patto forte tra management, medici e personale. Dobbiamo essere consapevoli che le risorse

umane sono la principale risorsa della nostra Azienda. E mettere nelle condizioni di esprimere al massimo i loro potenziali, creando condizioni organizzative di sicurezza, consentendo loro di lavorare in luoghi appropriati e crean-

do le condizioni per favorire un accesso veramente omogeneo ed equo della popolazione, degli utenti ai servizi. Ga-

co. Deve sentirsi fortemente inserita nel contesto sociale ed economico del territorio della regione. Non dimentici-



rantendo quindi un accesso equilibrato tra le diverse prestazioni. L'Azienda deve essere consapevole di essere lo strumento di sviluppo della comunità, in termini di garanzia di qualità della vita, quindi di tutela della salute e anche un fattore di sviluppo economi-

chiamo che tutto il mondo della sanità rappresenta una parte importante del Pil della regione. Quindi un soggetto attivo e non un soggetto meramente che eroga dei servizi. Un vero e proprio veicolo di promozione umana, sociale, economica".



I risultati non sono del singolo Direttore Generale ma di tutta l'organizzazione

# Garantire al maggior numero di persone i più elevati livelli di assistenza possibile

**Perché il Presidente Emiliano ha scelto proprio Lei nel ruolo di Direttore Generale dell'Asl BAT?**

“L’incarico che il Presidente Michele Emiliano mi ha conferito mi lusinga ed è segno di apprezzamento per il lavoro svolto nella funzione di Direttore Amministrativo del Policlinico di Bari ed esprime una grande fiducia nei miei riguardi, che voglio ricambiare con il massimo impegno e responsabilità.

Conosco bene il contesto della ASL BAT

onora e mi responsabilizza particolarmente, in quanto ogni scelta, ogni decisione, ogni provvedimento che adotterò non assurgerà soltanto a rango di atto dovuto, in quanto di gestione di procedimenti finalizzati alla tutela di un diritto assoluto e indisponibile, come quello della salute, ma avrà il valore di un atto sentito, per il particolare legame affettivo che mi unisce a questo territorio, in cui ho vissuto per ben 35 anni”.

**Quali saranno i suoi primi passi**

e le risorse secondo logiche di processi, funzioni delle aree cliniche ed amministrative nell’ambito di una razionale pianificazione, programmazione e controllo nell’utilizzo delle risorse e delle quali avverto la responsabilità, con lo scopo di garantire al maggior numero di persone i più elevati livelli di assistenza possibili. E’ necessario, quindi, tenendo nel debito conto l’esigenza normo-guidata di garantire le cure effettivamente indispensabili e rispondenti alla domanda di salute secondo evidenze scientifiche, erogare i



in quanto avevo già svolto l’incarico di Direttore dell’Ufficio Legale, con un approccio assolutamente trasversale su tutte le tematiche che interessavano l’azienda, non solo di carattere tipicamente giudiziale, ma anche gestionale e strategico e questo rappresenta un vantaggio conoscitivo delle peculiarità distintive dell’Azienda e di tutti i soggetti che vi operano.

Voglio, quindi, affermare che l’incarico che la Giunta della Regione Puglia mi ha conferito con DGR n. 114/2018 mi

**nell’ambito del riposizionamento dell’Asl BAT?**

“Il compito che mi accingo a svolgere si profila come una sfida, in quanto, nel pieno rispetto delle identità di ogni comunità di questo territorio, occorre garantire l’assolutezza del diritto alla salute, attraverso principi di umanizzazione delle cure, sotto il segno della efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità ed economicità, nel rispetto, sì, delle regole economiche, ma organizzando i servizi

livelli essenziali di assistenza con qualità e con minore impiego di risorse, perché sono fermamente convinto che oggi non sia impossibile fare meglio e spendere di meno, anzi oggi rappresenta un modo innovativo e doveroso per gestire in maniera più coscienziosa la salute dei cittadini anche a beneficio delle tasche dei contribuenti, senza nocumento per la qualità e quantità di prestazioni.

Il piano strategico che intendo proporre all’Azienda che mi accingo a guidare, punta proprio a dare concreta attuazio-

ne ai principi espressi non solo nell'art. 32 della Cost., ma anche nell'art. 97 Cost., declinandoli in termini di capacità aziendale di:

- produrre servizi effettivamente rispondenti a concreti bisogni di salute (efficacia),
- garantire la sicurezza dei pazienti, attraverso metodiche di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione fondate sull'evidence based medicine (appropriatezza),
- erogare servizi rispondenti in maniera soddisfacente alla reale domanda di salute dei pazienti e di qualità con lo stesso o addirittura minore impegno di risorse, garantendo coevamente LEA ed un equilibrio economico di lungo periodo delle aziende (qualità, efficienza ed economicità), introducendo un processo di rinnovamento culturale, anche con l'ausilio delle Università pugliesi, nell'utilizzo consapevole e responsabile delle risorse pubbliche, non nel senso di appropriazione delle risorse, ma nel senso di utilizzo delle stesse "come se fossero le proprie" e, quindi, con un atteggiamento da "buon padre di famiglia", nella presupposizione che appartenga ad ognuno di noi un maggior senso di responsabilità ed oculatezza nella gestione dei propri beni.

Sommessamente, ritengo che tale approccio comportamentale e mentale sia l'unico che può davvero garantire la piena attuazione degli obiettivi di mandato istituzionale della ASL (secondo le quattro "e" – efficacia, efficienza, economicità ed equità), facendo le cose giuste e di qualità, con il minor impiego di risorse pubbliche, senza rischiare di rimanere imbrigliati in logiche meramente ragionieristiche, ma, al contempo, generando un contesto di ergonomia del paziente, nel quale la sicurezza delle cure passano attraverso quella delle strutture sanitarie e degli operatori che vi lavorano, grazie a modelli caratterizzati da moderni-

tà tecnologica, organizzativa e culturale. Non possiamo negare che sia assolutamente necessario garantire piena attuazione al suddetto precetto costituzionale facendo prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, sia a livello ospedaliero che territoriale; per far ciò, occorrono tutte le necessarie risorse, organizzative, tecnologiche e strutturali e quindi medici, infermieri, amministrativi, apparecchiature, letti, computer, farmaci e altri beni di consumo, risorse che sono scarse per definizione.

In un contesto di crescente diminuzione delle risorse della P.A. e di introduzione di meccanismi di controllo che richiedono gestioni sempre più performanti, appare ormai ineludibile cercare di of-

mortalità - per 1000 abitanti / periodo dato; numero di ricoveri (residenti), per blocchi di malattie e per regime di ricovero; distribuzione domanda ed esame competitors) a cui si unisca una analisi del contesto interno (per flussi di attività - mobilità passiva / attiva, liste di attesa e analisi DRG / SDO) e dell'organizzazione (con particolare riferimento agli skill professionali, al requisito tecnologico - parco tecnologico, apparecchiature elettromedicali, informatizzazione, etc. - ed al requisito strutturale - logistica, dimensioni, allocazione strutture, distanze, standard alberghiero, etc.).

Occorre, quindi, procedere all'adeguamento dei setting assistenziali secondo gli standard nazionali, garantendo, sicuramente, i ricoveri ospedalieri per acuzie e intensità di cure, mirando alla massima qualità erogata e percepita, ma al contempo mirando anche alla deospedalizzazione dei PDTA, attraverso il potenziamento tecnologico ed organizzativo delle strutture territoriali, al fine di implementare le campagne di screening e prevenzione, agevolando l'accessibilità alle cure ed alla diagnosi, prima di giungere all'ospedale ed alla cronicità".

### **E' previsto un piano di investimento per le attività innovative?**

"Subentro all'incarico svolto dal dott. Narracci, con l'intenzione di operare nella logica di conservazione degli atti efficacemente adottati e di continuità dell'azione amministrativa; ho preso atto, quindi, dell'opera di rinnovamento e implementazione del parco tecnologico aziendale, che ha interessato tutti i settori, dagli ecografi di vario livello fino



fruire servizi sanitari in quantità e qualità maggiore, in tempi minori e in maniera sempre più coerente con i bisogni di salute della collettività, ma con applicazione di sempre più condivisi strumenti di pianificazione, programmazione e controllo delle attività svolte nella logica, sì, di processi di budgeting, ma anche di misurazione degli esiti di efficacia delle risposte alla domanda di salute e di efficienza della macchina organizzativa, a valle di una attenta analisi epidemiologica e statistica (distribuzione della popolazione % per fasce d'età; distribuzione della popolazione per comparimento geografico; tassi di natalità e

alle tecnologie a maggiore complessità come le TAC, le RMN, le gamma camere per la medicina nucleare, la stessa radioterapia, le tecnologie per alta specialità come la neurochirurgia e per la chirurgia laparoscopica robotizzata. Ma non finisce qui. Ho da subito effettuato diversi sopralluoghi nei presidi ospedalieri di Andria, Trani, Bisceglie e Barletta e ne esco ancor più determinato nella volontà di prosecuzione della introduzione di innovativi sistemi tecnologici trasversali a sostegno, sì, dell'attività clinica, ma anche puramente amministrativa. Mi riferisco, ad esempio, alla informatizzazione delle sale operatorie, attraverso la quale si possono meglio ottimizzare i tempi di sala operatoria (pre e post intervento), di sanificazione, di degenza ed i consumi di risorse (materiali ed umane) nonché si possono informatizzare tutte le informazioni, con valenza medico legale piena, attinenti all'intervento chirurgico effettuato in favore di un paziente qualsiasi, con una piena integrazione con il Dossier Sanitario Elettronico e l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, che rappresenteranno la vera rivoluzione nella gestione delle informazioni, chirurgiche e non solo, di tutti i cittadini bisognosi di cure. Ma il mio impegno più sostanzioso si riverserà nell'utilizzo di decine di milioni di euro di investimenti FESR per l'acquisto di importanti tecnologie (Acquisto n. 2 mammografi digitali per le senologie di Andria e Barletta; Completamento Dotazione Rete Raccolta Sangue; Realizzazione Cpt Bisceglie Viale degli Aragonesi e potenziamento del sistema territoriale soccorso; Potenziamento del servizio di medicina nucleare; Potenziamento diagnostica immagini territoriale (TAC Multi-Slice16+Digital Diretto Polif.) Distretti 1-3; N. 7 Apparecchiature radiologiche multifunzione; Creazione della rete territoriale ambulatoriale di refertazione e condivisione delle informazioni diagnostiche integrate al FDE; Automazione dei magazzini dell'assistenza farmaceutica territoriale; Automazione del Laboratorio di Microbiologia; N. 2 campimetri computerizzati da destinare alla U.O. Oftalmologia P.O. di Barletta; l'audiometria obiettiva, etc.) , per le quali già dal

primo giorno del mio insediamento sto alacremente lavorando con tutto il mio staff di professionisti. Senza, ovviamente, trascurare gli investimenti già avviati per l'implementazione dei servizi assistenziali, tra cui quelli in fase di immminente aggiudicazione, quali l'Hospice di Minervino Murge e il servizio domiciliare di riabilitazione psichiatrica".

**Recentemente si è parlato di realizzare un nuovo ospedale al servizio delle popolazioni del Nord barese. C'è qualcosa di vero?**

"Sì, c'è molto di vero.

Abbiamo già tenuto la prima conferenza dei servizi dopo il mio insediamento, in occasione della quale è stata definita la localizzazione in contrada Macchia di Rosa, località Andria, del futuro Ospeda-



le da quasi 400 posti letto.

Si attende ora la delega da parte della Regione Puglia ad effettuare i primi studi di fattibilità, prodromici agli atti di reperimento fondi, progettazione ed indizione della procedura ad evidenza pubblica per la successiva realizzazione".

**Lei all'interno della Asl BAT ha svolto, nel passato, alti compiti di tipo amministrativo e legali. Adesso è atteso ad un compito più impegnativo. In che modo ha accolto questa sua nuova sfida personale?**

"Sono convinto sostenitore della tesi in base alla quale le competenze amministrative non siano incompatibili con quelle attinenti alla materia della governance clinica, ma che, piuttosto, si possano integrare perfettamente con quelle appartenenti a tutte le altre aree aziendali, attraverso la cultura della multidimensionalità e interdisciplinarietà dei saperi e delle competenze.

Con i numeri, una volta prodotti, non si può litigare e quando si manifestano, spesso, il dato è irreversibile; ma con i processi che producono quei numeri si può discutere e fare molto. Se si pianificano i processi e le funzioni e si perde un po' del tempo in più alla progettazione dei processi per articolare le giuste risposte alle domande di tutti i fabbisogni, i numeri che si producono saranno con ogni probabilità quelli attesi e sarà più difficile discostarsi dagli indicatori di performance assegnati. È una questione di chiarezza, trasparenza e condivisione degli obiettivi con tutti coloro che sono chiamati a collaborare nel loro raggiungimento. I risultati non sono del singolo Direttore Generale, ma di tutta l'organizzazione, perché credo fermamente nel team building management: in una squadra ciò che risulta vincente non è solo chi fa goal, ma è tutto lo schema.

In questa ambiziosa, ma necessaria, opera, è mia intenzione far sapere che i Sindaci del Territorio della ASL BAT non rappresentano per me solo degli stakeholders, ma partner di questa lungimirante sfida che faccio di questa terra non solo uno splendido richiamo di visitatori e investitori, ma un territorio che, distinguendosi anche in ambito sanitario, possa recuperare parte della mobilità passiva,

che produce un doppio danno (una spesa da rimborsare a favore di altre regioni e un ricavo che non incassiamo), nella piena consapevolezza che ciò che si sa e che si vuole fare, si deve attuare, anche attraverso il superamento concettuale delle barriere geopolitiche. Opererò nella consapevolezza che la collettività attende, oltre ad una implementazione delle attività dei PTA di Trani e Canosa di Puglia e dei Distretti Socio Sanitari, anche la realizzazione del nuovo Ospedale di Andria ed il potenziamento di quelli di Barletta e di Bisceglie ed auspico, nella piena condivisione del riconoscimento della universalità del diritto alla salute e di tutte le azioni che responsabilmente andrò a porre in atto per poterlo garantire nella sua pienezza, di poter attuare al meglio un articolato, ma ormai avviato, percorso di reale integrazione tra ospedale e territorio regionale, nella forma della complementarietà e sussidiarietà, oltre che della omogeneità della offerta sanitaria".

Il nostro Ente è centro di riferimento per il tumore del colon-retto

# Apprezzamenti per la qualità delle cure ed il valore Scientifico dell'IRCCS che dirigo

**Lei è stato recentemente nominato nuovo Direttore Generale dell'istituto "De Bellis", dopo un periodo, in cui ha svolto le mansioni di Commissario Straordinario. Cosa cambia con la nuova nomina?**

"La nomina del Commissario straordinario comporta generalmente un gestione ordinaria garantendo le attività di base. Generalmente il Commissario Straordinario non prende decisioni di particolare rilievo strategico, che sono di appannaggio solitamente di una Direzione Generale con pieni poteri".

**Lei è a capo di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico che è un ospedale di eccellenza nel quale vengono svolte attività di ricerca clinica. Ritene che i cittadini pugliesi attribuiscono, al suo Ente ospedaliero, il giusto valore scientifico e medico?**

"Ritengo di sì e non solo i cittadini che si rivolgono a noi che hanno una provenienza varia a livello regionale ed extra-regionale, anche altri soggetti terzi ufficiali come il Ministero della Salute, Agenas, con il piano Nazionale Esiti, la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, esprimono apprezzamenti per la qualità delle cure ed il valore Scientifico dell'IRCCS che dirigo".

**E' previsto un piano di investimento per le attività di ricerca e innovazione dell'Istituto "De Bellis"?**

"Certamente, la candidatura alla procedura negoziale con la Regione Pu-

glia in attuazione dell'azione 9.12 del P.O.R. Puglia 2014-2020 si innesca nel complessivo disegno di ammodernamento dell'Istituto Scientifico l'investimento ha 8 direttive ed altrettanti obiettivi specifici, che qui ne elenco le più importanti:

1. Potenziamento Day Service chirurgici (allestimento di una sala operatoria che mira ad un percorso esclusivo.)
2. Potenziamento diagnostica per im-

una diagnosi più rapida in caso di infezioni gravi)".

**In che modo sarebbe possibile ridurre le liste d'attesa e soprattutto difendere il SSR dalla nota criticità della mobilità passiva sovra regionale?**

"Facendo conoscere le capacità e le qualità delle prestazioni sanitarie che sono indirizzate alla cura delle malattie oncologiche in gastroenterologia, ricordo infatti nella rete oncologica istituita

dalla Regione Puglia, il nostro Ente è centro di riferimento per il tumore del colon-retto, anche attraverso incontri con gli ordini provinciali dei medici di Regioni limitrofe e alzando il livello di professionalità e tecnologia ad uno standard di rilievo nazionale".

**Nella sua gestione, seppur non di lunghissima durata, quali risultati ritiene di dover comunicare alla pubblica opinione?**

"Stiamo ottenendo una notevole riduzione dei costi pur mantenendo alti gli standard di investimento e stiamo fortemente migliorando l'appropriatezza delle prestazioni e l'aumento della mobilità attiva extra-regionale".

**Dirigere un Istituto di ricerca è complicato? Come riesce a contemperare tutte le esigenze?**

"Dedicando tempo e mettendoci la passione nell'unico interesse per il cittadino".



magini (nuova T.A.C. aggiornamento tecnologico R.S.M. e nuovi ecografi )

3. Potenziamento Day Service ed endoscopici (nuovi più colonne endoscopiche più moderne con tecnologia avanzata)
4. Interazione ospedale-territorio, ospedalizzazione domiciliare più la Terapia Intensiva (telemedicina)

5. Interazione ospedale -territorio, Patologia clinica (elevazione standard qualitativi della diagnostica attraverso nuove strumentazioni per



## L'Ente Ospedaliero "Saverio de Bellis" di Castellana Grotte

L'Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia "Saverio de Bellis" è una struttura ospedaliera ad indirizzo specialistico gastroenterologico medico e chirurgico che opera in tale campo quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico. L'Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia "Saverio de Bellis" è un Ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che persegue finalità di ricerca, clinica e traslazionale, e di formazione nel campo biomedico, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari in campo nazionale e internazionale, insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. L'Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia "Saverio de Bellis" è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Puglia nel cui ambito svolge funzioni relativamente alle attività e formazione. Sul piano regionale è regolamentata sulla base di una normativa nazionale quale ente di riferimento e di riferimento. L'organizzazione e funzionamento dell'Ente, dalle disposizioni legislative n.288 del 2003, sono disciplinate dalle disposizioni statali e regionali in materia di Aziende Sanitarie in quanto applicabili. L'operare all'interno del Servizio Sanitario Regionale in collaborazione con le altre Aziende Sanitarie impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economico-finanziaria. Le scelte dell'Istituto dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema aziendale e di contribuire a quello più generale della Regione Puglia. Il ruolo dell'Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia "Saverio de Bellis" nella rete regionale rappresenta un importante impegno che va a sommarsi all'attività di un IRCCS, prevalentemente orientato alla chirurgia gastroenterologica e alla gastroenterologia endoscopica ed epatologica innovative e all'attività di eccellenza e di sperimentazione nei settori epatogastroenterologico e nutrizionale, assurgendo negli anni recenti a sede regionale di riferimento per le patologie acute, croniche e neoplastiche dell'apparato digerente, più recentemente, per le patologie metaboliche e alimentari.



Che gli organi deputati ad impartire le regole facciano le scelte giuste

# Sulla centralizzazione degli acquisti pesano i costi di coordinamento



**di GIUSEPPE NUZZOLESE**  
 PRESIDENTE A.E.P.&L.

Il tema della centralizzazione degli acquisti, ormai al centro del dibattito da alcuni anni, ha trovato concreta attuazione nella Regione Puglia in maniera parallela con l'attività svolta dal soggetto aggregatore Innova-puglia per precisa volontà della normativa statale (DPCM 24/12/2015) e regionale e con le procedure espletate dalle singole Aziende Sanitarie, in qualità di Capofila, nella forma delle Unioni Temporanee di Acquisto.

Quale che sia il percorso avviato, a parte ogni considerazione in ordine ai vantaggi, reali o presunti, dell'aggregazione della domanda e dei suoi concreti benefici, di cui si è abbondantemente discusso, resta il fatto che i c.d. costi di coordinamento, attinenti la raccolta dei fabbisogni e la loro omogeneizzazione, si stanno ripercuotendo sui tempi di conclusione dei procedimenti amministrativi per l'aggiudicazione delle gare.

Tale circostanza, come è facilmente intuibile, si riflette sui contratti aziendali, in scadenza e/o scaduti, che finiscono per esplicitare i propri effetti in regime di proroga. Purtroppo tecnicamente per molti di essi non può parlarsi di proroga contrattuale, bensì, in assenza di una precisa previsione ex ante, di mero affidamento diretto con potenziali rischi distorsivi per la concorrenza.

In questa situazione, proliferano le c.d. "procedure ponte", che hanno sicuramente il pregio di regolarizzare i rapporti contrattuali, ma, assumendo il carattere della temporaneità ed urgenza, spesso sono frutto di istruttorie sommarie, che, da un lato rischiano di non generare risultati ottimali per i bisogni rappresentati dalle Unità Ospedaliere e dall'altro possono generare esiti negativi sulle strategie del mercato e sugli effetti boomerang

che questo può sortire, sotto il profilo della qualità delle prestazioni e/o dei prodotti.

Una cosa è certa, il problema delle proroghe contrattuali in un sistema come quello sanitario, caratterizzato da una forte componente di complessità, che si sviluppa in un mercato soggetto ad una rapida innovazione tecnologica, e che spesso nella sua quotidianità richiede interventi urgenti, così come accertato dall'Anac nella sua Relazione Annuale al Parlamento del 14 luglio 2016 per l'anno 2015, diviene in questo contesto quasi un fatto "fisiologico", benché censurabile. Ed è in questa contraddizione in termini che

i Proveditori e gli operatori della sanità, addetti all'approvvigionamento di beni e servizi, manifestano la necessità di poter usufruire almeno di una regolamentazione, che tenga conto di quanto sinteticamente detto, per poter svolgere al meglio il proprio compito, nel rispetto di tutti i soggetti, pubblici e privati, coinvolti, senza perdere di vista la propria mission e il suo principale destinatario: il paziente.

Sarebbe auspicabile, per esempio, che vengano sottratti alla regolamentazione di aggregazione delle Aziende Sanitarie, le forniture di servizi o in genere tutte quelle soluzioni progettuali (anche di forma di partenariato pubblico-privato) caratterizzate da una forte specificità aziendale.

In questo generale contesto, la categoria che mi onoro di rappresentare continua faticosamente, ma fiduciosamente, a svolgere il proprio dovere, nella speranza che gli organi deputati ad impartire le regole, facciano le scelte giuste per coniugare le esigenze di legittimità con quelle di efficacia ed efficienza.



Organizzato da

A.E.P.&L.



Alla Puglia oltre sette miliardi di euro (7.303.674.113) quasi 63 milioni di euro in più rispetto al 2017

# Più di 110 Miliardi, quasi un miliardo in più rispetto allo scorso anno

“Per il terzo anno consecutivo la Conferenza delle Regioni ha trovato un accordo per il riparto del Fondo Sanitario in tempi brevi. Si tratta per il 2018 di 110,1 miliardi, quasi un miliardo in più rispetto al 2017”.

Lo ha dichiarato il Presidente, Stefano Bonaccini, commentando l'esito della Conferenza delle Regioni e province autonome che si è riunita oggi. Una cifra che sommando ulteriori riparti successivi – relativi a obiettivi di piano e piccoli fondi vincolati – raggiunge, per il 2018, poco meno di 113,4 miliardi.

“Questo risultato ha sempre qualcosa di straordinario perché è comunque



difficile contemperare le diverse e legittime esigenze territoriali in un settore così delicato e nevralgico come la sanità. Grazie alla tempestività con cui abbiamo raggiunto in modo unanime l'accordo – ha concluso Bonaccini – è adesso possibile per tutte le Regioni una programmazione puntuale sul territorio ed è questo un vantaggio di non poco conto per i bilanci regionali”.

Soddisfazione è stata espressa anche dai coordinatori delle Commissioni Sanità e Bilancio, i cui Assessori sono stati i protagonisti dell'accordo raggiunto oggi dalla Conferenza delle Regioni.

“Si è lavorato intensamente in questi giorni – hanno dichiarato l'Assessore al Bilancio della Regione Lombardia, Massimo Garavaglia (Coordinatore della Commissione Affari finanziari della Conferenza delle Regioni) e l'Assessore della Regione Piemonte, Antonio Saitta (Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni) – nell'ambito di un confronto interregionale ricco di spunti e, come sempre in queste occasioni, di dialettica interna. Si è dovuto fare i conti con specifiche situazioni territoriali, agendo con buon senso e con interventi di

riequilibrio. Alla fine ragionando anche su ambiti relativi alla incidenza della popolazione anziana o dei giovani, e guardando ad altri indici, facendo un lavoro di razionalizzazione anche sul fronte della mobilità sanitaria si è raggiunta una sintesi che dà certezze contabili ad un settore fondamentale per i cittadini come la sanità”.

Alla Puglia sono stati assegnati oltre sette miliardi di euro e precisamente 7.303.674.113 per l'anno 2018. L'anno scorso alla Puglia furono assegnati 7.240.852.374. Rispetto all'an-

no 2017 alla Puglia sono stati assegnati 62.821.739 milioni di euro in più.

Regioni	Riparto finale 2017
PIEMONTE	8.083.133.698
V D'AOSTA	230.419.399
LOMBARDIA	17.963.680.824
BOLZANO	912.904.617
TRENTO	958.972.554
VENETO	8.840.927.263
FRIULI	2.251.328.925
LIGURIA	3.053.746.074
E ROMAGNA	8.093.292.447
TOSCANA	6.876.394.382
UMBRIA	1.640.284.997
MARCHE	2.831.873.891
LAZIO	10.505.576.659
ABRUZZO	2.403.202.281
MOLISE	574.188.201
CAMPANIA	10.254.024.529
PUGLIA	7.240.852.374
BASILICATA	1.052.380.229
CALABRIA	3.501.227.134
SICILIA	8.959.427.683
SARDEGNA	2.990.633.534
<b>TOTALE</b>	<b>109.218.471.696</b>

Regioni	Totale finale 2018
PIEMONTE	8.136.165.800
V D'AOSTA	231.894.380
LOMBARDIA	18.154.132.188
BOLZANO	927.574.966
TRENTO	969.106.695
VENETO	8.917.104.995
FRIULI	2.266.252.682
LIGURIA	3.059.081.683
E ROMAGNA	8.163.443.643
TOSCANA	6.933.747.012
UMBRIA	1.647.610.739
MARCHE	2.833.768.881
LAZIO	10.621.542.541
ABRUZZO	2.418.562.354
MOLISE	576.226.865
CAMPANIA	10.350.188.068
PUGLIA	7.303.674.113
BASILICATA	1.054.153.732
CALABRIA	3.525.523.850
SICILIA	9.026.339.471
SARDEGNA	3.015.395.340
<b>TOTALE</b>	<b>110.131.490.000</b>

Il tasso di crescita annuo è crollato

# Dai 64 miliardi del 2000 ai 114,3 del 2019

Gli anni d'oro per il finanziamento al Servizio sanitario nazionale sono stati il 2001 e il 2005, quando gli aumenti percentuali annui hanno raggiunto rispettivamente il 10,86% e l'8,5 per cento. E comunque nel periodo che va dal 2000 al 2009 il finanziamento ha mantenuto una media di aumenti percentuali annui del 5,6 per cento, con punte, oltre il 2001 e il 2005, del 6,1% nel 2002 e sul versante opposto del 3% nel 2009.

Un presagio, l'ultimo dato, del periodo che dal 2010 al 2019 (con le previsioni della legge di Bilancio 2018 che per il 2019 sono da verificare) che dal secondo Patto per la salute in poi registra invece una media dello 0,92% con l'anno migliore, il 2014, al 2,4% e il peggiore, il 2013, al -0,9 per cento. Dal 2010 in poi sono gli anni dei piani di rientro e delle manovre che hanno "saltato" quasi dieci anni di rinnovi contrattuali e bloccato inesorabilmente il turn-over. Anni in cui la sanità nelle Regioni ha davvero dovuto stringere la cinghia.

La storia dei finanziamenti 2000-2019 è contenuta nelle tabelle che il settore Salute e Politiche sociali della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha elaborato assieme a un quadro sinottico che spiega i provvedimenti dell'ultima legge di Bilancio e presenta anche un quadro dei finanziamenti del fondo nazionale per le politiche sociali, partito da quasi 1,9 miliardi nel 2004 per ridursi, nel 2017, a circa 778 milioni.

Le Regioni, proprio a proposito dei fi-

nanziamenti per la sanità, aggiungono al quadro sinottico delle norme approvate anche i contenuti del documento approvato a dicembre 2017 dai governatori e consegnato in Conferenza Unificata in cui avevano chiesto al Governo di focalizzare la propria attenzione anche su altre politiche prioritarie che hanno una diretta ricaduta sui cittadini per un "adeguato e coerente finanziamento:

- mantenimento del livello di finanziamento pubblico del Servizio Sanitario

nuovi Lea in assenza di ulteriori determinazioni";

- flessibilità del costo del personale sanitario rispetto al limite "spesa dell'anno 2004 diminuita dell'1,4 per cento", limite non più coerente e attuale "rispetto alle evoluzioni organizzative e di erogazione dei servizi sanitari, soprattutto se si prevede che ciò avvenga nel rispetto degli equilibri di bilancio così non necessitando di copertura finanziaria";

- riattivazione del Tavolo di confronto



Nazionale al di sopra del 6,5% del Pil; - rinnovo del contratto dei dipendenti settore sanità con risorse stimate e necessarie di circa 1,4 miliardi che a regime implicano un costo ulteriore a decorrere rispetto alla legislazione vigente di circa 700 milioni. Il documento sottolinea anche che il fabbisogno sanitario previsto in 113,4 miliardi circa per il 2018 (ridotto di 604 milioni dall'Economia a metà 2017) "non risulta coerente con l'obiettivo del rinnovo contrattuale né con l'erogazione dei

per la definizione di una nuova governance della spesa farmaceutica;

- finanziamento del Fondo funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali;

- finanziamento strutturale degli indennizzi emotrasfusi (legge n. 210/1992).

Di risorse ne mancano all'appello quindi. E le Regioni lo sottolineano quantificandole.

Fonte: Quotidianosanità

Con il prezioso apporto di esperti comunicatori e di un board scientifico di altissimo spessore

# Anelli, vogliamo dare un contributo di certezza partendo dalle evidenze scientifiche

Dottoremaeveroche, è il nuovo sito della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – Fnomceo che si propone di rispondere ai principali dubbi sulla salute dei cittadini, rinsaldando nel contempo il rapporto con il medico. Il sito è stato presentato alla Stampa nell'ambito dell'evento "La comunicazione della Salute al tempo delle fake news: il ruolo del giornalista quale 'garante' dell'informazione", che si è svolto presso l'Auditorium Cosimo Piccinno del Ministero della Salute di Lungotevere Ripa 1 a Roma. L'incontro, che ha visto tra i relatori i giornalisti Piero Angela (Superquark), Marco Piazza (Presi Diretta), Valentina Petrini (Piazzapulita, Nemo), il Segretario della Federazione Nazionale Stampa Italiana (FNSI) Raffaele Lorusso e il Segretario aggiunto Mattia Motta, il farmacologo Silvio Garattini (direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano) e molti altri, è stato organizzato in collaborazione con Eaci (European Association on Consumer Information, Gruppo di Specializzazione della FNSI). "Le "bufale" o "fake news", quando incidono sulla salute rischiano di trasformarsi in vere e proprie azioni criminose, colpevolmente sostenute o meno da interessi economici, o soltanto dalla scellerata supponenza dell'ignorante – ha spiegato Cosimo Nume, responsabile Area Strategica Comunicazione Fnomceo -. Da questa premessa è partito il nostro lavoro con il prezioso apporto di esperti comunicatori e di un board scientifico di altissimo spessore, oltre ad un team tecnico di comunicazione". "C'è la con-

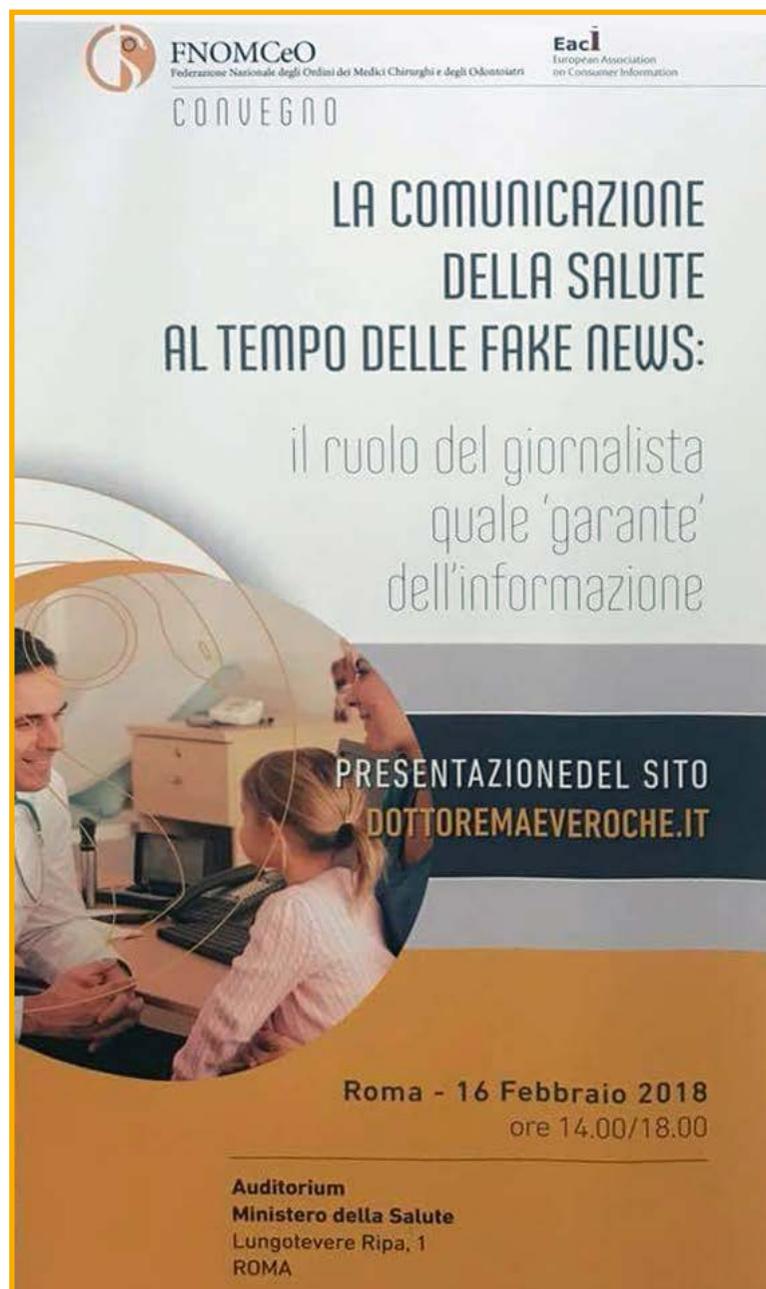
sapevolezza – ha continuato Alessandro Conte, coordinatore del Gruppo di lavoro Fnomceo per il sito – che concentrare tutti i nostri sforzi e risorse a contrastare le fake news o bufale corrisponderebbe al tentativo di svuotare un lago usando

porto degli esperti di settore, bene che le istituzioni sostengano quanti già impegnati a garantire un'informazione sanitaria trasparente ed accessibile, ma nell'agenda politica i lavori della diga vanno cominciati adesso, rilanciando il senso critico e l'autonomia decisionale degli adulti di domani, con integrazioni efficaci e credibili ai percorsi formativi".

"Il medico deve attenersi, nell'esercizio della sua professione ma anche nel suo ruolo sociale, alle migliori evidenze scientifiche disponibili – ha concluso Filippo Anelli, presidente Fnomceo -. Deve farlo per Legge, come chiaramente ribadito dagli ultimi provvedimenti approvati dal Parlamento. Deve farlo per dovere deontologico; deve farlo per senso etico, non solo nei confronti dei pazienti ma dell'intera società. Quando come Ordine, come rappresentanti della professione, parliamo in pubblico, organizziamo convegni, campagne di informazione, corsi di aggiornamento, dobbiamo sempre tenere presente che noi siamo l'ente posto dalla legge a garantire la qualità della professione medica e la tutela del diritto alla salute. E la salute si tutela anche con la diffusione di un'informazione trasparente e veritiera". Ora, a rispondere – e ad aiutare i medici a rispondere – ai dubbi dei cittadini arriva Dottoremaeveroche, il nuovo sito della Federazione Nazionale

degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri che è online agli indirizzi

[www.dottoremaeveroche.it](http://www.dottoremaeveroche.it)  
<https://dottoremaeveroche.it>



dei secchielli: molta fatica, un illusorio abbassamento del livello nei mesi d'estate più secchi ed altrettanta frustrazione alla successiva stagione delle piogge. Bene, dunque, che i medici elaborino strategie comunicative nuove con il sup-





**dottoressa, ma è vero che...?**

[chi siamo](#) [media gallery](#) [AREA RISERVATA PROFESSIONISTI](#)

[TUTTE LE RISPOSTE](#) [NAVIGAZIONE CONSAPEVOLE](#) [LE RUBRICHE](#)

Cerca le risposte alle domande più frequenti sulla salute

🔍

Siamo al 54° posto nella classifica di Transparency International che monitora la percezione in 180 Paesi nel mondo

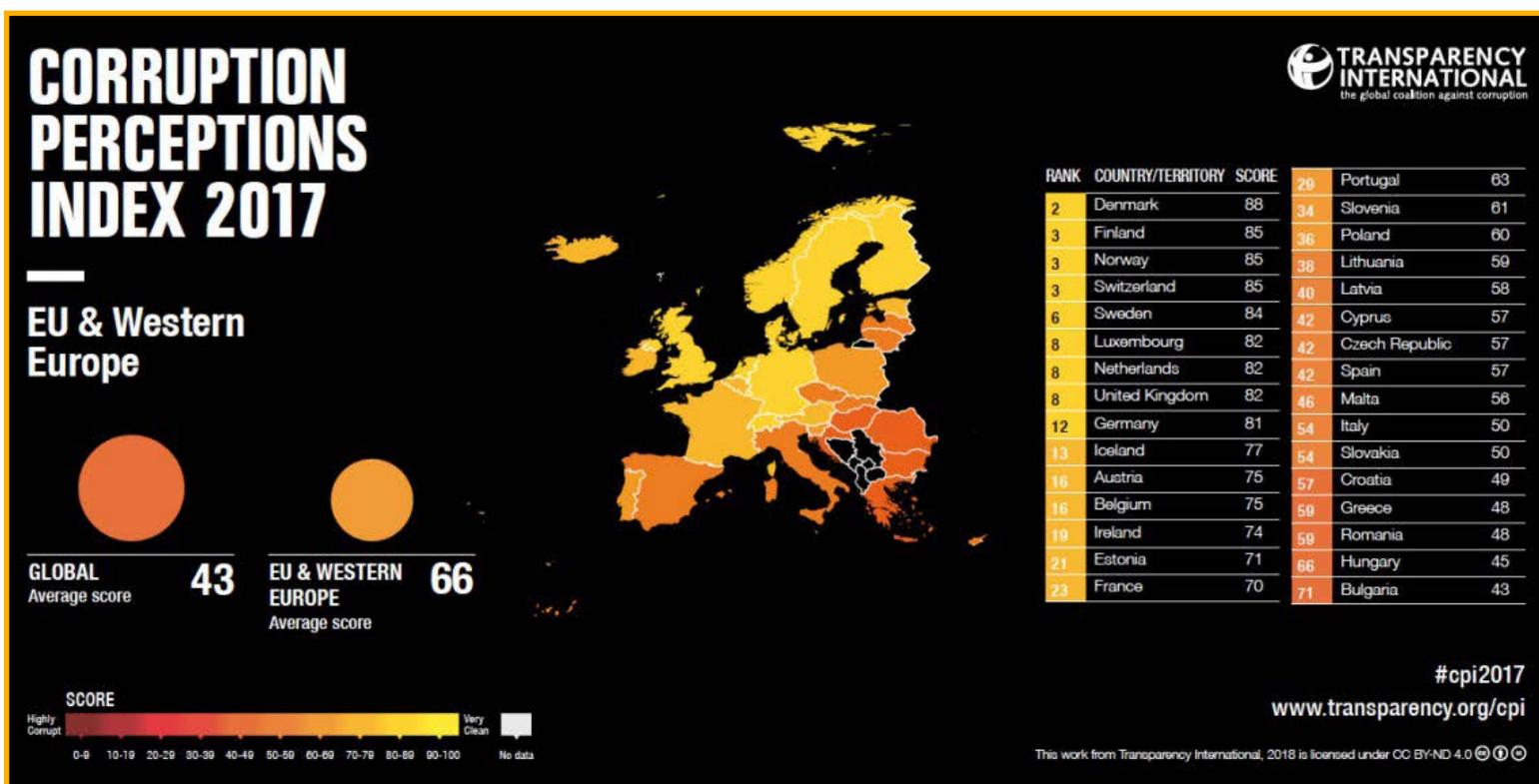
# Corruzione, l'Italia migliora ma c'è ancora tanta strada da fare

L'Italia avanza nella classifica di Transparency International, che monitora l'indice di corruzione percepita in 180 Paesi nel mondo, passando da sessantesima a cinquantaquattresima. Una positiva scalata di sei posizioni che fa riflettere, ma non basta. Il punteggio assegnato al nostro Paese è 50, in una scala da 0 (molto corrotto) a 100 (non corrotto). Siamo ancora lontani, quin-

una cultura della legalità, che deve partire dalle scuole. C'è ancora molto da fare».

L'Italia non è più fanalino di coda dell'Europa, poiché si posiziona al venticinquesimo posto su trentuno Stati considerati, ma è ben lontana dalla vetta. L'avanzamento del nostro Paese è però costante ormai dal 2012, anno di applicazione della cosiddetta "legge

zione della corruzione nella pubblica amministrazione. Secondo Transparency International, i Paesi che raggiungono la sufficienza a livello mondiale, nelle tabelle relative al 2017, sono soltanto 37. Nei primi posti della classifica restano Danimarca e Nuova Zelanda, mentre la Somalia si attesta nell'ultima posizione, con un punteggio di 9/100.



di, dalla sufficienza, anche se il balzo in avanti è significativo.

## Il caso italiano

«Il bicchiere è mezzo pieno perché il nostro Paese migliora rispetto al passato, ma il giudizio è ancora insufficiente, resta ancora molto da fare – sostiene Davide Del Monte, direttore di Transparency International Italia –. Dove agire? Due sono i problemi principali: la trasparenza sui finanziamenti della politica e la regolamentazione dell'attività di lobby. Se vogliamo andare oltre, possiamo parlare anche di

Severino", la legge anticorruzione. Da allora, quando l'Italia era al settantesimo posto, sono state scalate diciotto posizioni in classifica. Altro elemento che ha aiutato il miglioramento italiano è stato l'insediamento di Raffaele Cantone a capo dell'Anac, Autorità nazionale anticorruzione, momento storico che ha contribuito a modificare la percezione del fenomeno corruttivo in Italia.

## Una panoramica

L'indice, chiamato Cpi (Corruption Perception Index), riguarda la perce-

## Come si calcola l'indice

Il Cpi viene calcolato tramite una serie di fonti che forniscono la percezione di uomini d'affari e di esperti nazionali sul livello di corruzione nel settore pubblico mentre non viene considerata la percezione del singolo cittadino. Nel caso italiano, tra gli indicatori utilizzati sono presenti, tra gli altri, l'indagine del World Economic Forum, l'IMD World Competitiveness Yearbook e il Global Insight Country Risk Ratings.

Fonte: La Stampa

# Primo portale istituzionale di informazione contro le bufale

# Bussola dell'Istituto Superiore di Sanità per orientarsi nel mare del web su [www.ISSalute.it](http://www.ISSalute.it)

Con 4 sezioni, centinaia di fake news smascherate e oltre 1700 schede su cause, disturbi, cure e prevenzione delle malattie, è online da oggi ISSalute il primo portale istituzionale di informazione contro le bufale. Presentato oggi presso l'Istituto Superiore di Sanità (Iss) da Piero Angela, maestro della comunicazione scientifica al grande pubblico, è quotidianamente aggiornato e in grado di offrire ai visitatori una bussola per orientarsi nel mare del web, strumento a cui ben un italiano su 3 si affida per ottenere informazioni sulla salute.

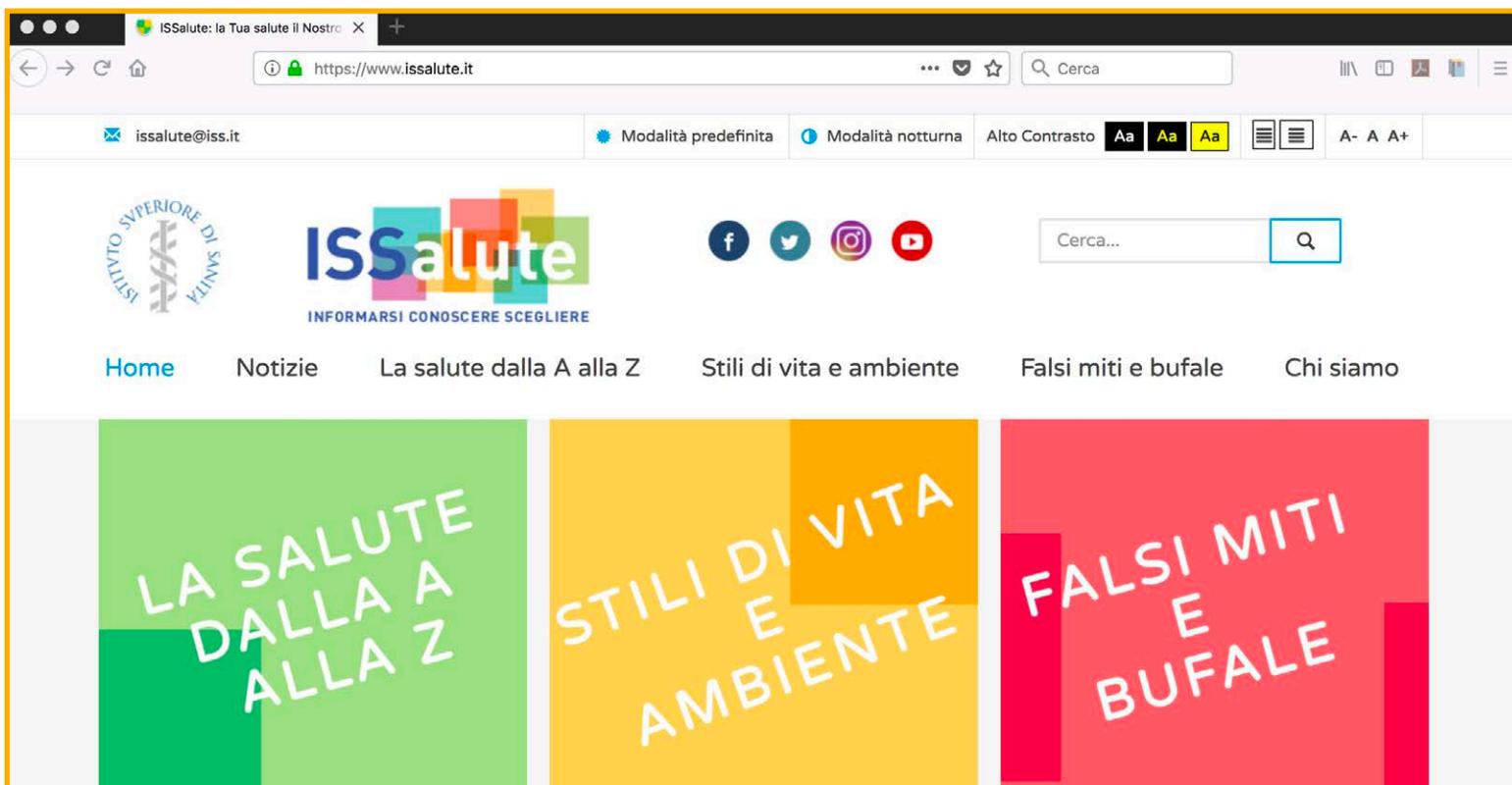
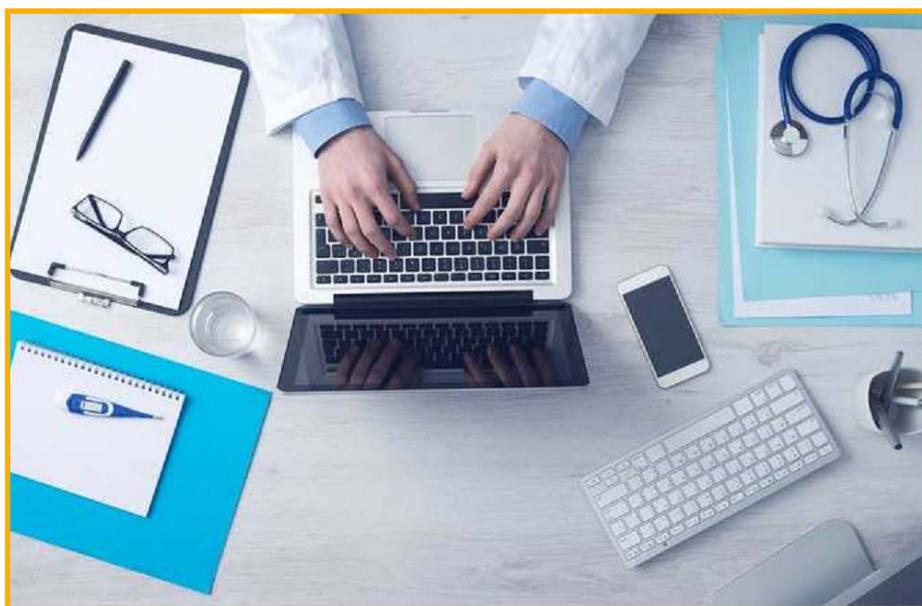
Realizzato dagli esperti dell'Istituto Superiore di Sanità è per il cittadino una vera e propria enciclopedia digitale e interattiva della salute pensata per fornire una corretta informazione scientifica scritta in un linguaggio chiaro,

semplice e accessibile a tutti. Ma vuole essere anche uno strumento nelle mani dei cittadini perché possano diffondere e condividere i contenuti tramite blog e social

network. Il portale, è organizzato in sezioni: La salute A-Z; Stili di Vita e Ambiente; Falsi miti e Bufale. A queste si aggiunge anche una dedicata alle News, quotidianamente aggiornata dall'agenzia ANSA

sui temi di attualità in medicina e ricerca. L'obiettivo, spiega Walter Ricciardi, presidente dell'Iss, "è spiegare ai cittadini il valore della ricerca e di tutta la conoscenza prodotta dall'intera comunità scientifica per renderla fruibile al maggior numero di persone possibile, senza discriminazione di reddito o di livello di alfabetizzazione". Tutti i contenuti pubblicati su ISSalute sono stati realizzati da un Comitato Redazionale, composto da ricercatori e tecnici dell'ISS, e sono stati valutati ed approvati dal Comitato Scientifico, in collaborazione con un Team di Esperti. "È un'informazione certificata all'origine - conclude Ricciardi - perché prodotta negli stessi luoghi in cui si fa ricerca e si produce conoscenza scientifica".

(ANSA).



A disposizione 70 milioni di euro

# Firma tra Ministero della Salute e la Regione Puglia

È stato sottoscritto a Roma, tra Ministero della Salute, rappresentato dal direttore generale Andrea Urbani, e Regione Puglia, rappresentata dal direttore del Dipartimento Promozione della salute, del benessere Sociale e dello Sport Giancarlo Ruscitti, il Protocollo di Intesa per rafforzare la sanità a Taranto e per disciplinare gli aspetti operativi, i tempi e le modalità di erogazione delle risorse. In particolare il progetto presentato dalla Regione Puglia ha l'obiettivo "di acquisire beni e servizi necessari alla realizzazione di interventi di ammodernamento tecnologico delle apparecchiature e dei dispositivi medico-diagnostici delle strutture sanitarie pubbliche ubicate nei Comuni di Taranto, Statte, Crispiano, Massafra e Montemesola, avvalendosi, in via esclusiva, della CONSIP S.p.A., nonché alla conseguente e necessaria formazione e aggiornamento professionale del personale sanitario".

Il Protocollo ha una durata di 24 mesi nel

corso dei quali, oltre una relazione di avvio attività con relativo crono programma, la Regione Puglia avrà l'obbligo di fare relazioni trimestrali, di cui una finale riepilogativa



per ciascun anno. L'importo economico complessivo previsto per il progetto è di 70 milioni, di cui 50 milioni a valere sull'esercizio finanziario 2017 e 20 milioni, a valere sull'e-

sercizio finanziario 2018. Lavori e apparecchiature interesseranno, tra le altre cose, la Radioterapia (con 17.054.146,00), la Radiologia (con 5.882.840,00), l'Endoscopia (con 3.605.110,00), il Comparto Operatorio (con 14.554.170,87), le sale operatore di Urologia (con 962.580,00), le sale operatorie di Ginecologia (con 974.780,00), le sale operatorie generali (con 2.731.580,00), la Medicina nucleare (con 4.205.849,96).

Il Ministero della Salute ha individuato come referente del protocollo, nominato dalla stessa Regione, il dirigente pro tempore della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche presso il Dipartimento promozione della salute del benessere sociale e dello sport per tutti, che avrà fondamentalmente, tra gli altri compiti, quello di garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione del Protocollo, segnalando eventuali scostamenti rispetto ai tempi e alle modalità di esecuzione previsti.



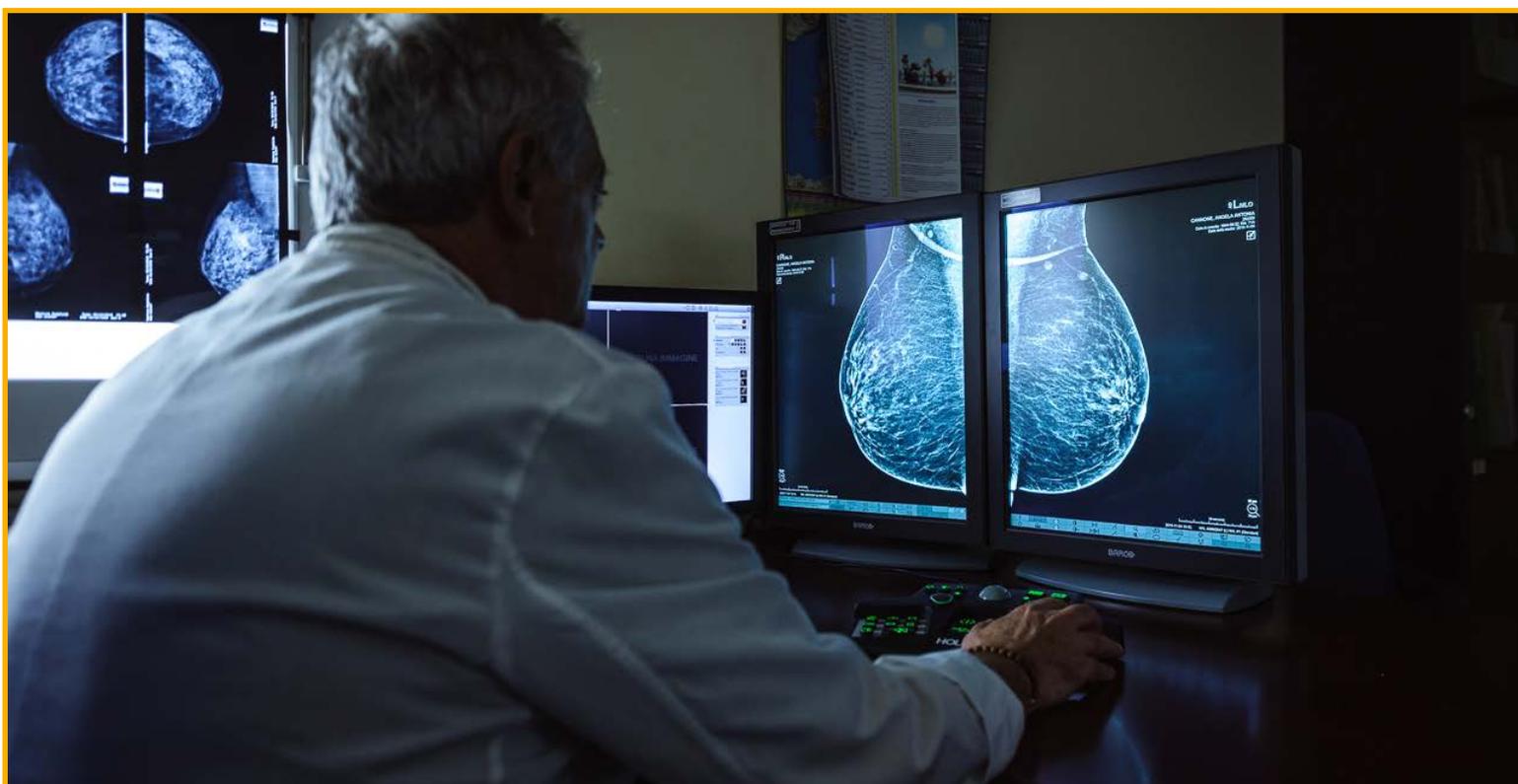
Risultati ottenuti grazie al nuovo modello organizzativo

# Stop alle liste d'attesa: per una mammografia con priorità bastano pochi giorni

Già in servizio le apparecchiature di Casarano, Cittadella della Salute di Lecce, PTA di Poggiardo e Polo Oncologico. Mammografo installato anche a Campi Salentina e, in

precedenza. Lavori ultimati anche nel seminterrato del vecchio Poliambulatorio di Martano, che potrà perciò accogliere il nuovo mammografo. Il cantiere è stato chiu-

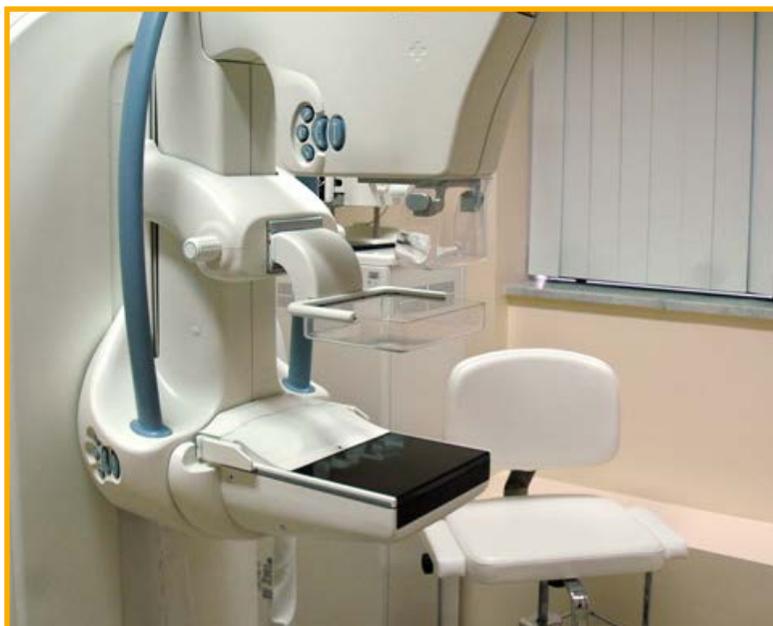
sono pronti per la consegna e installazione che avverranno, come previsto, nella prima decade di marzo 2018. La ditta fornitrice ha già confermato il rispetto dei tempi,



queste ore, si sta procedendo a Gagliano del Capo. Stop alle liste d'attesa: per una mammografia con priorità bastano pochi giorni. Sono già sei i nuovi mammografi installati: il cronoprogramma sta dunque procedendo sostanzialmente come previsto. Ad oggi, dei nove acquistati, sono stati installati, collaudati e sono in servizio i mammografi destinati alla Radiologia di Casarano, Cittadella della Salute di Lecce, PTA di Poggiardo e Polo Oncologico di Lecce. Quello per il PTA di Campi Salentina è stato installato e collaudato, mentre a Gagliano del Capo si sta procedendo all'installazione in queste ore. Cinque mammografi su sei sono stati montati nell'ultimo mese, di fatto recuperando parte del tempo perduto

so nella giornata del 14 febbraio, sei giorni in anticipo rispetto alla data prevista del 20 febbraio. Gli ambienti necessari ad ospitare l'apparecchiatura sono stati adeguati e

tenuto conto che questi sono strettamente cadenzati dal calendario di consegna degli altri mammografi. A seguire si procederà, secondo il cronoprogramma, per il PTA di Maglie e per l'Ex Dispensario, completando l'intervento nel rispetto dei parametri tecnici e di sicurezza. Per quanto riguarda i tempi d'attesa per eseguire una mammografia, il monitoraggio d'inizio febbraio conferma l'andamento molto positivo degli ultimi mesi: l'esame, infatti, si può effettuare in 3-5 giorni, garantendo le priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa. Risultati ottenuti grazie al nuovo modello organizzativo previsto dal progetto della ASL Lecce "Noi insieme a te per la prevenzione".



# I risultati della ricerca pubblicati sulla prestigiosa rivista Oncogene del gruppo Nature **Ricercatori dell'Università del Salento scoprono terapia di precisione**

Scoperto un nuovo ventaglio di terapie di precisione per la cura del tumore del colon retto, una patologia che resta in cima alla classifica dei big killer, nonché la seconda per frequenza in Italia e nel mondo. Il progetto di ricerca è stato finanziato da Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro) e coordinato dalla dottoressa Malù Coluccia, in col-

gia di precisione (targeted therapy) che punta a colpire le cellule tumorali senza danneggiare le cellule sane, mettendo in luce i processi biologici che il tumore può utilizzare selettivamente per diventare più resistente alle terapie, sia radio/chemioterapiche tradizionali sia basate sull'assunzione di farmaci molecolari di nuova generazione.

ne ma non la sopravvivenza delle cellule cancerose. Il progetto di ricerca ha scoperto il legame di beta-Catenina con un circuito molecolare che può stabilizzare dall'interno la cellula tumorale rappresentando, proprio per questo, un nuovo "tallone d'Achille" specifico del cancro al colon-retto.



laborazione con il professore Michele Maffia, docente dell'Università del Salento e responsabile del Laboratorio di Proteomica Clinica del Polo Oncologico "Giovanni Paolo II" di Lecce.

## **Cura del cancro: cos'è la terapia di precisione in oncologia**

Ogni tumore è una patologia complessa con un caratteristico identikit di alterazioni molecolari sulla base delle quali è possibile sviluppare razionalmente delle terapie mirate, più efficaci e meno tossiche. Questo è l'obiettivo dell'oncologia

## **Tumore del colon retto: ricercatori Unisalento scoprono bersaglio di terapie di precisione**

Nel caso del cancro del colon retto, una proteina chiamata beta-Catenina viene 'accesa', cioè mostra un'espressione esagerata e non fisiologica solo nelle cellule tumorali. Malgrado il ruolo chiave che la beta-Catenina riveste nelle fasi precoci di insorgenza di questo tumore, farmaci intelligenti diretti con precisione contro questa proteina hanno finora mostrato una limitata efficacia terapeutica, riuscendo a bloccare la proliferazio-

## **Cancro del colon, scoperta nuova proteina bersaglio dai ricercatori dell'Università del Salento**

Tumori: 'terapia di precisione' scoperta all'Università Salento. I risultati della ricerca, pubblicati a fine gennaio sulla prestigiosa rivista Oncogene del gruppo Nature, dimostrano che l'inattivazione prolungata della beta-Catenina innescata nelle cellule tumorali una risposta metabolica adattativa, nota in termini tecnici come autofagia che le costringe a praticare l'autocannibalismo, ovvero cominciano a degradare se stesse pur di

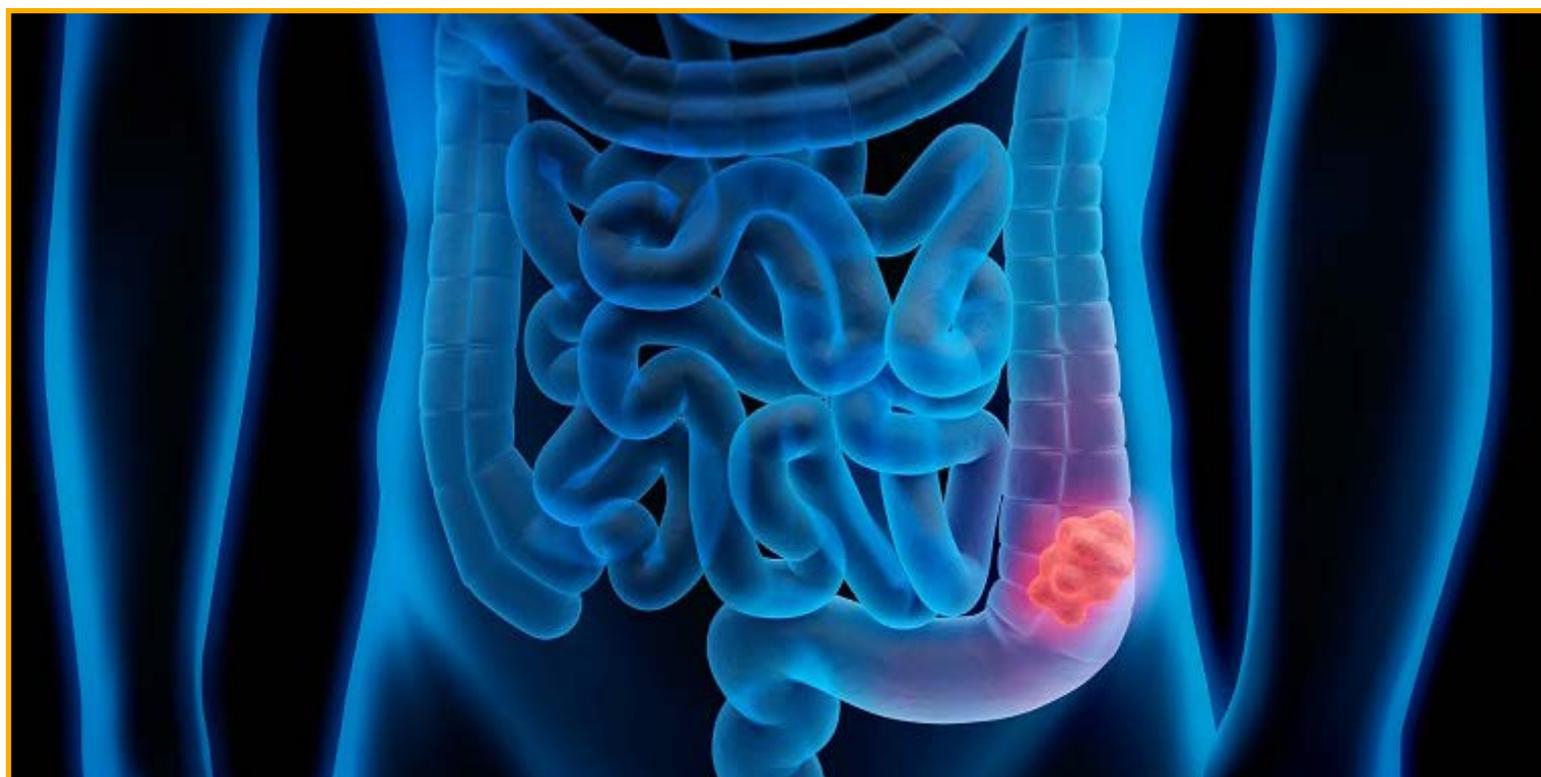
sopravvivere. La regolazione di questo particolare meccanismo di auto-protezione dipende in modo specifico da variazioni nei livelli di espressione e nella distribuzione intracellulare di un'altra proteina, NHERF1, che questo studio correla per la prima volta direttamente allo stato di attivazione oncogenica della beta-Catenina. I ricercatori leccesi, grazie anche alla collaborazione con il Dipartimento di Chimica e Tecnologie del Farmaco dell'Università La Sapienza di

Roma, hanno fatto un passo ulteriore sviluppando razionalmente (attraverso studi computazionali e di strutturistica) un nuovo inibitore di NHERF1 senza effetti significativi sulle cellule sane, capace invece di uccidere le cellule del cancro al colon-retto quando utilizzato in combinazione con antagonisti della beta-Catenina. Sul piano clinico queste scoperte, per ora limitate a modelli sperimentali in vitro, incoraggiano una sperimentazione nei pazienti per valutare se la com-

binazione di inibitori di beta-Catenina e NHERF1 possa diventare un nuovo, efficace protocollo terapeutico nelle fasi precoci della malattia.

Di fatto, questo studio già identifica in NHERF1 un nuovo marcatore di resistenza nel cancro del colon retto, utile per selezionare meglio i pazienti da trattare con farmaci attualmente in uso nella pratica clinica.

Fonte:Affari Italiani



A stabilirlo un Tavolo tecnico con tutti i rappresentanti delle istituzioni sanitarie regionali

# Sarà realizzato un ospedale di primo livello da 400 posti letto

Il nuovo ospedale della provincia Bat si farà in contrada Macchia di Rosa, ad Andria. A stabilirlo – informa una nota della Asl Bt – un tavolo tecnico al quale hanno partecipato tutti i rappresentanti delle istituzioni sanitarie regionali, la Direzione della Asl Bt, il Sindaco di Andria Nicola Giorgino e i rappresentanti politici della provincia.

La zona individuata è grande 19 ettari e consentirà la realizzazione di un ospedale di primo livello da 400 posti letto, così come stabilito dal piano di riordino ospedaliero della Regione Puglia. "Questo è il primo importante passo per

la realizzazione del nuovo ospedale – dice Alessandro Delle Donne, Direttore Generale della Asl Bt – e sono felice di

al Bonomo di Andria. Ora aspettiamo la delega ufficiale da parte degli organi regionali per dare avvio a tutti gli atti amministrativi necessari per dare a questa provincia il suo nuovo ospedale". "Intanto – continua Delle Donne – possiamo già annunciare che avvieremo un tavolo tecnico con i responsabili del Comune di Andria per lavorare con loro alla definizione di tutti gli atti necessari, a partire dallo studio di fattibilità.

Sarà mia premura dare la massima priorità a questo importante progetto e seguirne da vicino tutto l'iter procedimentale".



## Nell'Unità Operativa di Radioterapia è stato installato un secondo acceleratore lineare Unique

# Dotazione di 20 posti letto dell'Unità Operativa di Pneumologia

Il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano ha inaugurato la divisione di Pneumologia e della nuova

svolta attività ambulatoriale con un'ampia offerta di assistenza, consultabile in dettaglio sul sito istituzionale dell'ASL e

migliorare l'efficacia delle cure offerte alla popolazione dell'intera provincia. Con la nuova attrezzatura, guidati dalle



dotazione tecnologica del Servizio di Radioterapia dell'Ospedale Perrino di Brindisi. Nella dotazione di 20 posti letto dell'Unità Operativa di Pneumologia, diretta dal Dr. Eugenio Sabato, quattro posti letto sono dedicati alla semintensiva respiratoria e due ai pazienti con problematiche neuromuscolari (Sclerosi Laterale Amiotrofica - Distrofia Muscolare ecc.). Inoltre, due posti letto sono dedicati e connessi alla rete OSA (Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno) territoriale per pazienti complessi. Presso la divisione sarà anche

sul sito dedicato [www.pneumologiabrindisi.it](http://www.pneumologiabrindisi.it). Nell'Unità Operativa di Radioterapia, diretta dal Dr. Maurizio Portaluri, è stato installato un secondo acceleratore lineare "Unique" che contribuirà a

immagini di elevata precisione, sarà possibile trattare circa 40 pazienti al giorno per trattamenti ad intensità modulata, arcoterapia e stereotassici. Per completare l'offerta di oncologia radioterapica a supporto della chirurgia senologica e oncologica, la ASL ha già avviato le procedure per acquisire anche un acceleratore da sala operatoria con cui sarà possibile l'esecuzione della radioterapia intraoperatoria (IORT) grazie alla professionale e preziosa collaborazione del Dr. Saverio Cinieri Direttore dell'U.O.C. di Oncologia e del Dr. Stefano Burlizzi Dirigente Responsabile dell'U.O. Breast Unit - Chirurgia Senologica.



L'AReSS ha il mandato di lavorare sulle reti cliniche e sui Pdta

# Un cantiere dove lavorano fianco a fianco tutte le figure che ruotano attorno al paziente Sm

Dopo la Sardegna, la Puglia. Il tacco dello Stivale diventa realtà di punta per insegnare alla sanità italiana come raccogliere – e vincere – la sfida delle patologie croniche ad alta complessità. Banco di prova la sclerosi multipla, considerata dagli esperti "un paradigma" con il suo "target giovane" che per tutta la vita, a seconda della forma e della fase di malattia, avrà bisogno

delle istituzioni ai manager di Asl e ospedali fino agli infermieri, new entry del nuovo ciclo.

"Entro fine anno – annuncia Valeria Tozzi della Sda Bocconi School of Management – inizieremo a replicare l'esperienza fatta in Sardegna anche in Puglia, dove c'è un'Agenzia per i servizi sanitari e socio-sanitari che ha il mandato di lavorare sulle reti cliniche

le grandi strutture di offerta per la neurologia – prosegue l'esperta – attraverso lo sviluppo di modelli di integrazione ospedale-territorio che valorizzino le cosiddette cure di transizione, così che il paziente non rimanga solo dopo che ha avuto l'assistenza dei grandi centri specialistici, ma possa trovare risposte anche dai servizi territoriali". Infine, la mossa numero 3 sarà "confrontare tut-



di un mix su misura di assistenza sanitaria e sociale. Esportare nella regione dei trulli il 'modello Sardegna' elaborato nell'ultima edizione è fra i 3 obiettivi del terzo biennio di attività del Multiple Sclerosis Management Lab (MsmLab), nato nel 2013 dalla collaborazione tra Sda Bocconi e Biogen Italia, patrocinato dalla Società italiana di neurologia (Sin) e ripartito a Milano. Un 'cantiere' dove lavorano fianco a fianco tutte le figure che ruotano attorno al paziente Sm: dai neurologi ai farmacisti, dai rappresentanti

e sui Pdta, i Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali. Potendo contare su una banca dati degli assistiti, vorremmo utilizzare l'algoritmo usato in Sardegna affinché anche in Puglia lo sviluppo di una rete clinica per la neurologia si basi su dati reali e osservazioni effettive rispetto ai percorsi che concretamente i pazienti seguono all'interno della regione".

Operazione Puglia, dunque, ma non solo. Nell'arco del biennio "vogliamo continuare a supportare l'Asl Roma 1 nelle sue funzioni di committenza verso

ti i progetti regionali avviati sui Pdta per la sclerosi multipla": l'analisi dei punti di forza e di debolezza ispirerà "una linea guida di riferimento", per far sì che le esperienze passate possano "contaminare" e fertilizzare quelle future.

Per la MsmLab Week 2018 che inaugura il terzo biennio del 'laboratorio', spiega Tozzi a margine dell'evento in Bocconi, "abbiamo pensato al macrotema della presa in carico" da declinare in "3 filoni. Il primo, forse il più importante – riflette la docente – è quello

della multiprofessionalità e multidisciplinarietà, perché i processi di diagnosi e cura della sclerosi multipla coinvolgono non solo la neurologia, ma anche altri professionisti fra cui gli infermieri che rappresentano i nuovi destinatari" del progetto.

"Il secondo grande filone sono le cure di transizione". Per far fronte all'emergenza cronicità, le aziende sanitarie vivono "trasformazioni così profonde e diffuse a livello nazionale - osserva l'esperta - che stanno nascendo soluzioni nuove per sostenere l'integrazione fra servizi dell'ospedale e servizi per il territorio". Quindi "ragioneremo con i professionisti su quali possono essere le opportunità per la sclerosi multipla". Perché se ancora esiste una lacu-

riguarderà l'analisi dell'evoluzione dei Pdta, ossia "quello che noi denominiamo Population Health Management. Utilizzando i database amministrativi delle Regioni è possibile non solo integrare informazioni da database come quelli dell'Istat, ma anche aggregare informazioni cliniche per riuscire a conoscere i percorsi effettivi dei pazienti e dare soluzioni concrete rispetto al problema della presa in carico".

Da un lato "la complessità diagnostico-terapeutica" che chiama in causa "il sapere specialistico", dall'altro "la cronicità" che introduce "l'aspetto assistenziale e sociale". Ecco perché, ragiona Mancardi, la sclerosi multipla presenta tutte le facce di "una situazione che in neurologia viviamo molte

attore della sanità perché - afferma Cristina Negrini, direttore Market Access dell'azienda americana in Italia - producendo farmaci specialistici per le malattie neurologiche, si pone come un partner del Servizio sanitario nazionale. E come partner del Ssn sente il dovere di non occuparsi solo di prodotti farmaceutici, ma anche di tutto ciò che sta intorno alla cura del paziente".

In particolare MsmLab, "un'iniziativa di successo" che "nello scorso biennio ha interessato oltre 180 attori della sanità", non si occupa tanto di farmaco, bensì "prevalentemente di gestione, del percorso che il paziente fa per ricevere le cure necessarie alla sua condizione clinica. In questo percorso c'è ovviamente anche la terapia farmaco-



na nell'assistenza ai malati, secondo il presidente della Sin, Gianluigi Mancardi, riguarda proprio il rapporto ospedale-territorio. "La disabilità associata a sclerosi multipla - avverte - ha delle sue specificità" per cui, anche "dopo che paziente ha fatto riferimento ai grossi centri per ricevere le terapie, ha ancora bisogno dello specialista". Ciò significa che "quest'ultimo deve andare sul territorio, o che il territorio deve in qualche modo rapportarsi con l'ospedale, per garantire al paziente i trattamenti più adeguati lungo tutto il suo percorso. Nelle fasi iniziali, così come in quelle più tardive". Il terzo filone di studio, riprende Tozzi,

volte: con il Parkinson, con altre malattie degenerative, con le demenze, con le patologie neuromuscolari". La Sm, insomma, è una 'scuola' da cui si può imparare tanto. "Il primo grande risultato raggiunto in questi anni - evidenza Tozzi - è che abbiamo costruito una comunità", un team "stabile che si interroga periodicamente rispetto a cosa sta accadendo nel sistema". Per la terza volta "si riuniscono all'interno di una Settimana circa 120 persone che mettono a fattor comune l'interesse congiunto di migliorare la qualità delle cure per la sclerosi multipla". Professionisti della sanità, ma anche dell'industria. "Biogen è a tutti gli effetti un

logica, ma non è un aspetto prevalente - puntualizza Negrini - Quello che interessa a MsmLab e ai suoi partecipanti è capire quali sono attualmente i percorsi di cura del paziente e quali i miglioramenti che possono essere apportati" in un'ottica di appropriatezza. Si mira a "proporre, con quello che già esiste, dei percorsi più efficaci". Perché "quando i percorsi sono più efficaci ed efficienti diventano anche più economici: si risparmiano sprechi e si danno la cura giusta, l'esame giusto, il ricovero giusto al momento giusto".

Fonte: Adnkronos Salute

Attenzione sul paziente e sulla scelta del prodotto qualitativamente migliore

# Ricerca della qualità e della migliore e più avanzata tecnologia

**Come e quando nasce la vostra azienda?**

“L'azienda nasce nell'anno 1954 come impresa individuale fondata da Franco Bernardini; nel corso degli anni al fondatore subentra la figlia Cecilia che dà nuovo impulso all'azienda e ne cura la trasformazione in S.a.s. e poi, nell'anno 2010, in S.r.l.

A seguito della prematura scomparsa di

Cecilia, assume l'incarico di A.U. il marito Paolo Petrucci.

Ruolo di fondamentale rilievo, sia sotto il profilo tecnico che commerciale, è svolto dai figli Marcella e Marco”.

**Perché la vostra azienda ha deciso di occuparsi di fornitura per la Pubblica Amministrazione e quali sono stati i beni e i servizi che vi hanno consentito di crescere nell'ambito del Ssr?**

“Sin dalle sue origini l'azienda ha avuto come target sia il commercio al dettaglio che la fornitura ai grandi utilizzatori ed alla P.A.”

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

“La nostra azienda si impegna costantemente nella ricerca della qualità e della migliore e più avanzata tecnologia



accompagnando i clienti nel corretto ed ottimale impiego dei prodotti forniti, anche nella fase post-vendita”.

**Per consolidarsi sul mercato avete previsto di effettuare nuovi investimenti nonostante non vi sia una attenzione particolare, verso le imprese del Sud, da parte della Pubblica Amministrazione?**

“I nuovi recenti investimenti hanno ri-

guardato il potenziamento e diversificazione delle scorte e dei prodotti anche attraverso l’ampliamento dei locali destinati al magazzino”.

**Quali passi dovrete ancora compiere per rimanere stabilmente sul mercato e se incontrate difficoltà nel partecipare alle gare?**

“Sollecitare la P.A. a focalizzare l’attenzione sul paziente e sulla scelta del

prodotto qualitativamente migliore, più idoneo a garantire le cure necessarie sino alla guarigione”.

**Perché avete aderito all’A.F.O.R.P. e quali potrebbero essere le prospettive dell’Associazione?**

“Trovare un punto di riferimento comune alle imprese del settore, capace di offrire garanzie e sostegno nei rapporti con la P.A.”

## Profilo aziendale

La qualità, la professionalità e l’efficienza sono i pilastri su cui da anni si fonda il lavoro dei professionisti di Medic’s, punto di riferimento su tutto il territorio regionale per la vendita, la manutenzione e la consulenza di dispositivi medico-chirurgici ed apparecchiature mediche.

L’azienda propone infatti soluzioni innovative e strumentazioni altamente tecnologiche in ambito ospedaliero e sociosanitario. In tal senso, la sua mission è quella di mettere a disposizione del personale medico tutte le competenze acquisite nel corso degli anni dai suoi specialisti.

Fondata nel 1954 da Franco Bernardini come piccola ditta individuale, Medic’s è la prima realtà imprenditoriale di Lecce e provincia a commercializzare apparecchiature elettromedicali e dispositivi medico - chirurgici. Nei primi tempi, si occupa soprattutto di rifornire di apparecchiature medicali il Presidio Ospedaliero Multizonale Vito Fazzi. Con l’ingresso all’interno della società di Cecilia Bernardini, secondogenita del fondatore, gode di un rinnovato vigore e trova la forza per crescere sempre di più, grazie a un impegno costante all’insegna della qualità e dell’assistenza tecnica che accompagna il cliente nel corretto impiego del prodotto, anche nelle fasi post vendita. La clientela si estende così a territori geografici sempre più ampi, raggiungendo la provincia di Brindisi e gli altri capoluoghi pugliesi.

Con il tempo, Medic’s si concentra sulla costante formazione dei suoi collaboratori, creando un organico valido e altamente professionale. Grazie al consolidamento della sua politica, basata sulla correttezza e sull’estrema qualità dei servizi offerti, l’azienda rappresenta sempre più un cardine nel settore medicale pugliese e nella vendita dei migliori dispositivi medico - chirurgici presenti sul mercato.

Di seguito, l’organigramma dello staff di professionisti di cui Medic’s Biomedica si avvale per la gestione delle diverse aree.

**AMMINISTRATORE:** Paolo Petrucci

**DIREZIONE COMMERCIALE:** Marcella e Marco Petrucci

**UFFICIO AMMINISTRATIVO:** Antonella Spedicato

**UFFICIO ORDINI:** Agnese Liaci

**UFFICIO GARE:** Tony Di Vita

**MAGAZZINO:** Luca Greco, Sandra Piccinno, Paolo Manzone, Roberto Capirola

**ASSISTENZA TECNICA:** Manuele Babila

**PERSONALE SPECIALIZZATO ADDETTO ALLA VENDITA E CONSULENZA:**

Gregorio Brunetti - Simona De Cataldo - Katia Giese - Monica Girardo - Francesca Quarta



## Campagna nuovi Associati 2018

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.PeL. (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](mailto:segreteria.papalia@aforp.it) / [info@aforp.org](mailto:info@aforp.org)

oppure [aforp@pec.it](mailto:aforp@pec.it)

Seguici anche su:

[www.aforp.it](http://www.aforp.it)





## GLI ASSOCIATI DELLA RETE AFORP


Seguici su:

[www.aforp.it](http://www.aforp.it)





# VIVILASANITA'

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità



## Periodico di Informazione ed Approfondimento

Iscritto al Tribunale di Bari al n. 21  
del Registro della Stampa  
in data 19 maggio 2009

### EDITORE AFORP

Associazione Fornitori Ospedalieri  
Regione Puglia  
**Via Papalia, 16 - 70126 BARI**  
Tel.: 080 5544651

### DIRETTORE EDITORIALE BEPPE MARCHITELLI

### DIRETTORE RESPONSABILE DOMENICO DE RUSSIS

### IMPAGINAZIONE & GRAFICA RENZO DIBELLO **rengraf.com**

PER COMUNICAZIONI E PROPOSTE  
[ufficiostampa@aforp.it](mailto:ufficiostampa@aforp.it)

Seguici anche su:

[www.aforp.it](http://www.aforp.it)

