

LA VERTENZA SALUTE FA TAPPA A NAPOLI E A MILANO

"Siete proprio belli, riempite il cuore!". Carlo Lusenti apre il suo intervento davanti alla platea di medici e dirigenti sanitari riunita a Napoli con un'espressione commossa, sincera e irruente. E in effetti il colpo d'occhio offerto dalle tante bandiere fatte sventolare nella sala è forte. Ma, secondo la migliore tradizione sindacale, Lusenti riprende subito il controllo razionale della situazione e declina l'emozione in riflessione: "Uniti siamo tutto, divisi siamo niente". Il valore della Vertenza Salute sta proprio in questa sintesi: le sigle che rappresentano i professionisti del Ssn, riunite per denunciare il pericolo che minaccia la sanità pubblica italiana, minata dal sottofinanziamento e dalla cattiva politica. Dopo la giornata napoletana, la Vertenza Salute ha avuto una manifestazione pubblica anche a Milano, per indicare come i nodi della sanità siano comuni in tutto il Paese, al Sud come al Nord. Comuni, ma con specificità che li rendono ancora più gravi, come è riassunto nei due documenti (che pubblichiamo all'interno) dove si analizzano



LA SANITÀ AL CENTRO DELLA SFIDA ELETTORALE

SPECIALE ELEZIONI REGIONALI PAG 10-13



rispettivamente le criticità del Nord e del Sud. Sottostima del finanziamento del Ssn, "rottamazione" dei medici e della dirigenza sanitaria; svuotamento della contrattazione da parte della Riforma Brunetta; mancata approvazione dei Ddl sul Governo clinico e sul Rischio clinico e il nodo irrisolto dei rapporti tra Università e Servizi sanitari regionali sono i principali problemi della sanità italiana. Ma, nelle Regioni meridionali a questi si aggiungono un sistema di malagestione, inefficiente e clientelare, che produce sprechi e casi di cosiddetta "malasanità"; un patrimonio strutturale obsoleto e fatiscente; i maggiori tagli alle dotazioni organiche ed alle risorse finanziarie; i maggiori tagli alle risorse economiche per il personale; la presenza pesante del privato accreditato e, infine, la mancata stabilizzazione del personale precario generando fenomeni di caporalato. Nelle Regioni settentrionali, invece, alle problematiche generali si assommano i tagli alle dotazioni organiche ed alle risorse finanziarie; i tagli delle risorse economiche per il personale; la presenza del privato accreditato con funzioni spesso non vicarianti quelle del pubblico; la non completa stabilizzazione del personale precario; i sempre più pesanti adempimenti burocratici posti in carico alla dirigenza che sottraggono tempo all'assistenza.

servizi a pagg. 2-4

Sommario

SIGLATA PREINTESA 2008-2009

Lusenti: "Un buon risultato e una vittoria storica sull'indennità di esclusività". Il testo dell'intesa *pagine 5-6*

ACCORDO CONTRO LA MALASANITÀ

Marino (Pd) e Tomassini (Pdl) illustrano le strategie su governo clinico e responsabilità professionale *pagine 7-9*

IN ARRIVO LA "RU 486"

Solo sei Regioni hanno già deciso tra Day Hospital e ricovero ordinario. Le altre aspettano indicazioni da "Roma" *pagina 14*

PROSEGUE LA VERTENZA SALUTE

“DIFENDIAMO IL SSN”

Dopo la tappa romana la Vertenza Salute arriva a Napoli e a Milano. Il 9 febbraio scorso, in una sala stracolma al centro di Napoli c'erano quasi mille persone con in mano le bandiere di tutti i sindacati che hanno dato vita alla Vertenza Salute, per chiedere con forza al Governo nazionale e ai Governi regionali di occuparsi dei problemi della sanità italiana: scarsi finanziamenti, poca valorizzazione dei professionisti, strutture antiquate e fatiscenti, pochissima attenzione ai problemi della sicurezza. Cui si aggiungono la confusione tra decisioni nazionali e locali e, infine, gli effetti della cosiddetta Riforma Brunetta della PA sul personale sanitario. Problemi che sono indubbiamente di portata nazionale, ma che si declinano con alcune specificità nelle Regioni del Sud, dove il tessuto sociale ed economico è

più fragile, le strutture spesso sono antiquate e i ritardi delle amministrazioni locali più marcati, come sottolinea il documento “Le criticità della sanità del Sud” che fa da corollario alla piattaforma della Vertenza Salute e che pubblichiamo nelle pagine seguenti.

A Milano l'appuntamento è stato invece per il 16 febbraio, un'altra grande occasione per mostrare la decisa volontà dei sindacati della dirigen-



za medica e sanitaria di porre al centro dell'agenda politica i problemi della sanità e del Ssn. Anche in questo caso è stato messo a punto un testo specifico, il documento “Le criticità della sanità del Nord”, che affronta i nodi cruciali dei territori più industrializzati del Paese e che riportiamo di seguito.

Sia a Napoli che a Milano si sono alternati sul palco i rappresentanti di tutte le sigle sindacali che partecipano alla Vertenza Salute: Riccardo Cassi (Cimo-Asmd), Vincenzo Carpino (Aaroi-Emac), Massimo Cozza (FP Cgil

Medici), Aldo Grasselli (Fvm), Francesco Lucà (Fasid), Paolo Levoni (Sds Snabi). Antonio Castorina (Sinafo). In entrambe le manifestazioni è stato Carlo Lusenti a svolgere l'ultimo intervento, tirando le conclusioni e richiamando i motivi della protesta e dunque i principali mali della sanità italiana, “compromessa al sud dal rapporto di scambio tra voti e clientele e al nord dall'occupazione diretta da parte della cattiva politica di enormi pezzi del Ssn”.

In una situazione in cui, ha proseguito Lusenti, “i prima-

ri rischiano di diventare portaborse della politica”, bisogna chiedere con forza “una legge che delimiti gli spazi politici lasciando autonomo il governo della sanità”, quella legge sul governo clinico annunciata da tempo, ma che non riesce ad arrivare all'approvazione in Parlamento.

Dunque, in sintesi, le richieste della Vertenza Salute sono: meno cattiva politica,

Nelle foto in queste pagine alcuni momenti delle manifestazioni di Napoli e Milano



↳ Eva Antoniotti

La dirigenza del Ssn fotografa le criticità **DEL SUD E DEL NORD DEL PAESE**

Da Napoli a Milano: due documenti di critica e proposta

I sindacati - Anaao Assomed, Cimo Asmd, Aaroi Emac, Fp Cgil Medici, Fvm, Fassid, Fesmed, Sds Snabi, Aupi, Sinafo, Fedir Sanità, Sidirss - hanno stilato in occasione delle assemblee organizzate a Napoli e Milano, due documenti in cui fotografano le criticità della sanità. Alcune, come il problema della rottamazione dei medici e le conseguenze della riforma Brunetta, sono comuni su tutto il territorio nazionale mentre altre rispecchiano le problematiche specifiche delle differenti realtà locali

LE CRITICITÀ DELLA SANITÀ DEL SUD

La "Vertenza salute", promossa dalle organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa del Ssn, con la manifestazione del 4 febbraio a Napoli e con l'attenzione sui Servizi sanitari delle Regioni Meridionali, entra nel vivo e tocca le problematiche più sensibili dell'intera vertenza nazionale.

Gli Operatori dei Servizi sanitari regionali delle Regioni meridionali condividono con i colleghi delle Regioni del Centro Nord le seguenti problematiche:

- la sottostima del finanziamento del Ssn e gli indiscriminati tagli di spesa da parte delle Regioni;
- la rottamazione dei medici e della dirigenza tutta al raggiungimento dei 40 anni di contribuzione;
- lo svuotamento della contrattazione da parte della Riforma Brunetta;

- la mancata approvazione del Ddl sul Governo Clinico e sul Rischio Clinico;
- la mancata sottoscrizione del Ccnl biennio 2008-2009.

Ma ad esse si aggiungono le seguenti criticità delle Regioni meridionali:

- un sistema di malagestione, inefficiente e clientelare, che produce sprechi e casi di cosiddetta "malasanità";
- un patrimonio strutturale obsoleto e fatiscente;
- i maggiori tagli alle dotazioni organiche ed alle risorse finanziarie;
- i maggiori tagli alle risorse economiche per il personale;
- la presenza pesante del privato accreditato;
- l'annoso problema dei rapporti Università-Ssr
- la mancata stabilizzazione del personale precario generando fenomeni di caporalato.

Il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, tanto decantato e declamato dal Governo e dalla Conferenza delle Regioni, così come

recepito dalla Legge Finanziaria 2010, aggrava la situazione delle Regioni Meridionali in quanto soggette ai piani di rientro (specie quelle con gestione commissariale) aumentando con ciò la divaricazione e lo squilibrio con le regioni del centro-nord.

In conseguenza dello stesso Patto per la Salute si tagliano poi, a livello nazionale, circa 10mila posti letto ospedalieri (da 3,8 per mille abitanti a 3,3) entro il 2011, ma senza prevedere un potenziamento dei servizi territoriali e comunque, la contemporanea programmata diminuzione del personale, porterà ad un razionamento e non ad una razionalizzazione delle prestazioni. A questo va aggiunto il blocco automatico del turn-over del personale per le Regioni che risultano in squilibrio economico.

Norme e leggi non creano minimamente le condizioni per l'attivazione di quel

"circuitto virtuoso" capace di modificare in profondità il sistema gestionale affaristico-clientelare che tanto condiziona il Sistema sanitario regionale e lo sviluppo economico delle regioni meridionali. Il fondo sanitario nazionale italiano continua ad essere tra i più bassi di tutta la comunità europea e dei Paesi dell'Ocse (l'Italia è ormai al 19° posto per la spesa destinata alla sanità) con ripercussioni fortemente negative da una



parte sulla qualità e quantità delle prestazioni da garantire ai cittadini e, dall'altra, sulle condizioni di lavoro degli operatori sanitari.

Anche il nuovo Patto per la salute non risolve il problema oramai cronico dello spreco di risorse da parte delle Regioni del Sud che preferiscono fare ricorso a tagli indiscriminati delle voci di spesa invece di predisporre piani di risanamento gestionali e di ristrutturazione dei servizi, con il risultato che molti cittadini vedranno messa in discussione la stessa erogazione delle prestazioni essenziali.

Nella maggior parte di queste regioni la mancata riorganizzazione della rete ospedaliera e l'assenza di sviluppo dei servizi territoriali rischia di provocare un vuoto assistenziale nel quale saranno risucchiate prioritariamente le fasce di popolazione più deboli: gli anziani, i malati cronici o

segue a pag. 4

più attenzione per il Ssn, straordinaria conquista della società italiana, e più rispetto per i professionisti, che quotidianamente danno vita e realtà al servizio sanitario pubblico.

Ripreso da molti degli intervenuti anche il nodo della cosiddetta "rottamazione" dei medici introdotta dalla riforma Brunetta della PA, che consente di pensionare medici e dirigenti al raggiungimento dei 40 anni di contribuzione. Una misura che contraddice la volontà, più volte espressa dagli esponenti del Governo, di voler prolungare la permanenza al lavoro per uomini e donne e che, proprio per questa contraddizione, suggerisce un suo uso "opaco" se non punitivo nei confronti di dirigenti per qualche motivo "scomodi". Il ministro Brunetta è stato evocato anche in relazione alla "sperimentazione" avviata in alcune Aziende ospedaliere e territoriali per la valutazione del personale. "È assurdo - ha rimarcato il segretario nazionale dell'Anaao Assomed - voler introdurre delle 'pagelline', elaborate a Roma e senza nessuna consultazione preventiva con i rappresentanti dei professionisti, per compilare classifiche valevoli all'ospedale di Varese come a quello Cosenza; in una situazione - dove l'85% degli eventi avversi è da ricondurre a problemi di natura organizzativa e non all'imperizia dei medici".

Ai giornalisti presenti, Lusenti ha poi ricordato un elemento importante: "A Napoli come a Milano i camici bianchi presenti alle manifestazioni hanno utilizzato i loro giorni di ferie, dimostrando di credere profondamente nella bontà e nella necessità di questa vertenza".

Prossimo appuntamento il 9 marzo a Roma, per l'iniziativa conclusiva di questa prima fase della Vertenza Salute. Ma se sarà necessario per muovere le scelte della politica il prossimo passo potrebbe essere anche lo sciopero.



Il nuovo Patto per la salute non risolve il problema oramai cronico dello spreco di risorse da parte delle Regioni del Sud che preferiscono fare ricorso a tagli indiscriminati delle voci di spesa invece di predisporre piani di risanamento gestionali e di ristrutturazione dei servizi

I Dirigenti di Servizi sanitari regionali del Nord sono stanchi di subire il blocco continuo del turn-over, turni massacranti, aumentato rischio professionale dovuto anche a questioni organizzative che non competono ai dirigenti medici

segue da pag. 3

affetti da più patologie. Troppo spesso nell'attuazione dei piani di rientro, in particolare ad opera delle gestioni commissariali, vengono ignorate le rappresentanze degli operatori nei processi di riorganizzazione. Questi ultimi devono necessariamente avere una tempistica sostenibile, al netto dei tempi trascorsi inutilmente per inerzia delle forze politiche, e devono precedere i tagli o avvenire in modo coordinato con gli stessi. Invertire tale processo facendo prima i tagli e poi la riorganizzazione è pericoloso principalmente per l'utenza. Per questi motivi assisteremo sempre di più ad una sanità a due velocità (Nord e Sud) con livelli assistenziali insufficienti o addirittura pessimi in molte realtà meridionali dove non sarà possibile attivare regolari processi di ristrutturazione, ammodernamento e messa in sicurezza del patrimonio sanitario pubblico (ospedali, ambulatori e servizi territoriali, tecnologie). Una politica che non decide e la storica incapacità di



intervenire strutturalmente sui problemi determinerà nelle regioni del Sud ulteriori aumenti delle aliquote Irap ed Irpef e l'implosione dell'intero sistema sanitario regionale che renderà le prestazioni sanitarie sempre meno efficienti ed efficaci e soprattutto insicure per operatori e cittadini. Gli operatori sanitari del Sud sono stanchi di assistere ad incapacità programatorie e gestionali, a blocco continuo del turn-over, a turni massacranti, ad aumentato rischio professionale legato a cattiva organizzazione, ma soprattutto di essere considerati i responsabili del disagio dei pazienti e di un sistema condannato a galleggiare perché la politica che lo governa è incapace di

eliminare sprechi e corruzione e di garantire servizi adeguati ai reali bisogni dei cittadini.

LE CRITICITÀ DELLA SANITÀ DEL NORD

La "Vertenza salute", promossa dalle organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa del Ssn, con la manifestazione del 16 febbraio a Milano e con l'attenzione sui Servizi sanitari delle Regioni settentrionali, entra nel vivo e tocca le problematiche più sensibili dell'intera vertenza. Gli Operatori dei Ssr delle Regioni settentrionali condividono con i colleghi delle Regioni del Centro e del Sud le seguenti problematiche:

- la sottostima del finanziamento del Ssn e gli indiscriminati tagli di spesa da parte delle Regioni;
 - la rottamazione dei medici e della dirigenza tutta al raggiungimento dei 40 anni di contribuzione;
 - lo svuotamento della contrattazione da parte della Riforma Brunetta;
 - la mancata approvazione del Ddl sul Governo Clinico e sul Rischio Clinico;
 - la mancata sottoscrizione del Ccnl biennio 2008-2009.
- Ma ad esse si aggiungono le seguenti criticità delle Regioni settentrionali:
- i tagli alle dotazioni organiche ed alle risorse finanziarie;
 - i tagli delle risorse economiche per il personale;
 - la presenza del privato accreditato con funzioni spesso non vicarianti quelle del pubblico (Emergenza-Urgenza, Trapianti etc) e possibilità di selezionare la casistica;

- l'annoso problema dei rapporti Università-Ssr;
- la non completa stabilizzazione del personale precario;
- i sempre più pesanti adempimenti burocratici posti in carico alla dirigenza che sottraggono tempo all'assistenza.

Il Patto per la Salute taglia, a livello nazionale, circa 10mila posti letto ospedalieri (da 3,8 per mille abitanti a 3,3) entro il 2011, ma senza prevedere un potenziamento dei servizi territoriali e comunque, la contemporanea programmata diminuzione del personale, porterà ad un razionamento e non ad una razionalizzazione delle prestazioni.

I Dirigenti di Servizi sanitari regionali del Nord sono stanchi di subire il blocco continuo del turn-over, turni massacranti, aumentato rischio professionale dovuto anche a questioni organizzative che non competono ai dirigenti medici, ma soprattutto di essere considerati responsabili del disagio dei pazienti in un sistema che sempre più ha difficoltà a mantenere il diritto alla salute della collettività. Noi dirigenti faremo la nostra parte, ma la politica da che parte sta? Noi vogliamo fermarla e convincerla a modificare la rotta nell'interesse della salute dei cittadini.



Siglata la pre-intesa del CCNL II BIENNIO ECONOMICO 2008/2009 E CCNL INTEGRATIVO

UN BUON RISULTATO MALGRADO IL DIFFICILE CONTESTO LEGISLATIVO E SOCIO-ECONOMICO

La notte del 9 febbraio, a conclusione di un'intera giornata di trattativa no stop e dopo quasi tre mesi di confronto, è stato siglato dall'Anao Assomed e dalle altre Organizzazioni sindacali, con la tradizionale e scontata eccezione della Cgil Medici stavolta accompagnata dalla Uil Medici, la pre-intesa del Ccnl dell'area della Dirigenza medica e veterinaria riguardante il II biennio economico 2008/2009 e la sequela contrattuale del quadriennio normativo 2006/2009.

Il negoziato è stato ovviamente condizionato dal quadro legislativo vigente, in particolare dal D.lgs 150/09 (c.d. Brunetta) sul pubblico impiego recante, fra l'altro innovazioni in tema di codici di comportamento e sanzioni disciplinari nonché dalla difficile situazione socio economica in cui versa il Paese. Malgrado ciò i contenuti della pre-intesa siglata sono riusciti a tutelare le esigenze più importanti della categoria.

Anche questa volta l'azione della nostra Associazione, e soprattutto la capacità e competenza della delegazione trattante, ha rappresentato un riferimento certo e costante per tutto il tavolo sindacale. Per valutare compiutamente i contenuti della pre-intesa

puntualizziamo, di seguito, le posizioni di partenza in ordine agli argomenti principali paragonandole ai risultati conseguiti.

ORARIO DI LAVORO

Proposta Aran

a) Introdurre l'orario minimo abrogando, di fatto, le attuali 38 ore lavorative settimanali;

b) Introdurre il principio per cui l'orario aggiuntivo necessario al raggiungimento degli obiettivi costituisce un obbligo e la sua remunerazione avviene attraverso la retribuzione di risultato.

Testo pre-intesa

Nulla di tutto ciò ha trovato attuazione.

COPERTURA ASSICURATIVA

Premessa

Considerata l'importanza e la complessità dell'argomento era stata costituita una commissione tecnica mista Aran-Regioni-Sindacati al fine di redigere un documento da riversare nel testo della pre-intesa.

Proposta Aran

Non tenere in alcun conto il documento approntato in Commissione ma enunciare solo alcuni principi generici.

Testo pre-intesa

Sono enunciati i più importanti principi in materia di

↳ a cura della delegazione trattante Anao Assomed

copertura assicurativa formulati dalla commissione e si è demandato alla stessa il compito di individuare criteri e percorsi attuativi da presentare alle Regioni e alle Aziende.

CODICE DI COMPORTAMENTO E SANZIONI DISCIPLINARI

Premessa

Il Decreto Brunetta:

a) ha ribadito l'obbligo al rispetto dei codici di comportamento;

b) ha introdotto una procedura attuativa per provvedimenti disciplinari molto articolata e particolareggiata;

c) ha demandato ai rispettivi

Ccnl l'obbligo imperativo di individuare il ventaglio di violazioni e le correlate sanzioni disciplinari;

d) ha già esplicitato, per via legislativa e quindi al di fuori di ogni possibile modifica per via contrattuale, alcune tipologie di violazioni con le connesse sanzioni.

Tale decreto ha introdotto principi e metodi "padronali" che creeranno all'interno delle strutture sanitarie un pessimo clima ambientale, che nulla ha a che vedere con il nostro lavoro e la nostra professione.

Proposta Aran

a) Inasprire i principi e le nor-

me del decreto Brunetta tentando, addirittura, di rendere sanzionabili gli esiti delle valutazioni professionali, già normate fin dal Ccnl del 1996;

b) imporre il non reintegro in servizio per i dirigenti il cui licenziamento è dichiarato illegittimo in sede giudiziaria.

Testo pre-intesa

Il tentativo dell'Aran di dimostrarsi più brunettiana di Brunetta è andato a vuoto in quanto sul testo:

a) non vi è traccia della sanzionabilità della valutazione professionale;

b) sono state introdotte sanzioni intermedie che, di fat-

Lusenti: "Vittoria storica sull'indennità di esclusività"

"È un buon risultato" ha detto, Carlo Lusenti segretario nazionale dell'Anao Assomed. La sigla della pre-intesa "evidenzia non solo come non sia passato il tentativo di peggiorare le condizioni di lavoro (orario) ed economiche (Retribuzione Individuale di Anzianità) della categoria, ma presenta anche alcuni segnali positivi". Anche se "il difficile contesto legislativo e socio-

economico non ha consentito l'inserimento di ulteriori elementi migliorativi", Lusenti ha espresso soddisfazione per l'introduzione di elementi come il diritto al reintegro nel posto e nell'incarico, in caso di licenziamento ingiustificato, la rivalutazione della indennità di esclusività per la prima volta dopo 10 anni con contestuale abolizione del divieto di inserimento nella

massa salariale, l'attenuazione e modulazione delle sanzioni disciplinari previste dai decreti Brunetta per tutto il pubblico impiego, la possibilità di altri incrementi economici contrattati a livello regionale. Quanto alla mancata firma di Cgil Medici e di Uil Medici, secondo il segretario nazionale dell'Anao non si può che prendere atto della "distanza che separa le

organizzazioni confederali, in preda a logiche pseudo

egualitaristiche, dagli interessi dei medici".



Carlo Lusenti

to, attenuano la portata dei contenuti del decreto Brunetta;

c) sono stati introdotti ulteriori principi e procedure miranti ad accentuare la possibilità di difesa del singolo nonché a ridurre la soggettività e/o arbitrio delle aziende;

d) è stato posto obbligatoriamente in capo all'azienda l'onere della prova.

Il successo forse più importante, considerato il clima di odio e il contesto legislativo creato da Brunetta contro i professionisti del pubblico impiego è la "conquista" del diritto al reintegro in servizio in caso di licenziamento ritenuto giudiziariamente illegittimo.

INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ DI RAPPORTO

Premessa

Questa indennità, introdotta per legge nel 2000, rischiava una progressiva consunzione in quanto fino ad oggi era esclusa dalla massa salariale e quindi da ogni incremento in sede di rinnovo contrattuale.

Proposta Aran

L'attuale impostazione della struttura retributiva era ritenuta imm modificabile.

Testo pre-intesa

L'indennità è stata rivalutata in percentuale (3,2%) identica a quella della retribuzione tabellare con la contestuale abrogazione della norma contrattuale del Ccnl del 2000 che ne impediva la collocazione all'interno della massa salariale,

il che la rende suscettibile dei miglioramenti contrattuali futuri.

RETRIBUZIONE INDIVIDUALE DI ANZIANITÀ

Premessa

Questa tipologia di retribuzione rappresenta, per ogni singolo dirigente, il maturato economico delle classi e scatti di anzianità previste dal Ccnl fino al 1996. Per effetto di una disposizione del Ccnl 8 giugno 2000, secondo biennio, la retribuzione individuale di anzianità dei cessati dal servizio deve confluire sul fondo di posizione per le finalità da questo previste.

Proposta Aran

L'atto di indirizzo del Comitato di Settore all'Aran dirottava tali somme dalla retribuzione di posizione, certa e pensionabile, alla retribuzione di risultato, incerta e parzialmente pensionabile.

Testo pre-intesa

Ribadisce l'obbligo delle aziende alla destinazione originaria (retribuzione di posizione) di tali somme.

AUMENTI ECONOMICI

Premessa

Il valore complessivo degli aumenti economici ottenuti dal Ccnl è stato condizionato pesantemente dai limiti posti ai rinnovi dei contratti del Pubblico Impiego dalle Leggi Finanziarie e dagli Accordi Intercompartmentali.

Come è noto per l'anno 2008 dalle disposizioni sopra riportate è stato destinato un incremento dello 0,4% della massa salariale (indennità di vacanza contrattuale), e per l'anno 2009 un incremento del 3,2% complessivo della massa salariale.

Proposta Aran

- Aumento retribuzione tabellare +103,3 euro per Dir. medico = 1,84% massa salariale
- Aumento retribuzione unificata +13,39 euro medi per Dir. medico = 0,25% massa salariale
- Aumento fondo retribuzione posizione aziendale +34,61 euro per Dir. medico = 0,61% massa salariale
- Aumento fondo retribuzione risultato +28,02 euro per Dir. medico = 0,5% massa salariale

L'azione dell'Anao, e soprattutto la capacità e competenza della delegazione trattante, ha rappresentato un riferimento certo e costante per tutto il tavolo sindacale

Totale aumento

contrattuale + 179,32 euro per Dir. medico = 3,2% massa salariale

Testo pre-intesa

Aumento retribuzione tabellare = 1,84% massa salariale
Aumento retribuzione unificata = 0,40% massa salariale
Aumento indennità esclusività di rapporto = 0,46% massa salariale

Aumento fondo retribuzione posizione aziendale = 0,30% massa salariale

Aumento fondo retribuzione risultato = 0,2% massa salariale

Totale aumento

contrattuale + 179,32 euro per Dir. medico = 3,2% massa salariale

FINANZIAMENTO AGGIUNTIVO REGIONALE

Proposta Aran

La Parte Pubblica, in coerenza al contratto del comparto

ha proposto un finanziamento aggiuntivo regionale pari allo 0,8% della massa salariale da erogare nelle regioni in regola con il patto di stabilità. Tale finanziamento nella proposta era finalizzato al premio della "performance" di produttività in rapporto a un ventaglio di tipologie di obiettivi già individuati a livello nazionale.

Testo pre-intesa

Il contratto ha affidato le decisioni in merito al finanziamento aggiuntivo regionale, nel rispetto del limite del 0,8% della massa salariale per l'anno 2009, del patto di stabilità e della destinazione d'uso alla retribuzione variabile, a livello regionale previo confronto nel tavolo di coordinamento regionale. A tale tavolo sono state affidate anche le decisioni attuative in merito agli obiettivi e alle modalità di erogazione.

Incrementi indennità di esclusività di rapporto - Anno 2009

(Valori in euro)

	Incres. mensili	Incres. annuali con 13° mens.	% Incres. annuale	Nuovo valore indennità mensile	Nuovo valore indennità annuale con 13° mens.
Dirigente strutt. complessa	44,06	572,12	% 3,2	1.421,02	18.472,60
Dirig. con incarico art. 27 lett. b) e c) ccnl 2000 e anzianità → 15 anni	33,05	429,70	% 3,2	1.065,96	13.857,57
Dirig. con incarico art. 27 lett. b) e c) Ccnl 2000 e anzianità → 5 anni ← 15 anni	24,25	315,28	% 3,2	782,15	10.167,99
Dirigente con anzianità ← 5 anni	6,01	78,11	% 3,2	193,77	2.519,18

Incrementi anno 2009 parte fondamentale retribuzione

(Valori in euro)

	Incremento mensile stipendio tabellare	Incremento annuo stipendio tabellare in 13 mensilità	Incremento annuo % stipendio tabellare	Incremento mensile posizione unificata	Incremento annuo posizione unificata in 13 mensilità	Incremento annuo % posizione unificata	Incremento compl. mensile	Incremento compl. annuo in 13 mensilità
Dirigente strutt. Compl.	103,30	1.342,90	% 3,2	59,56	774,24	% 5,27 (medio)	162,86	2.117,14
Dirigente strutt. semplice o ex modulo funz.	103,30	1.342,90	% 3,2	38,05	494,60	% 5,27	141,35	1.837,50
Dirigente incarico lett. c) art. 27 ccnl 2000	103,30	1.342,90	% 3,2	18,62	242,08	% 5,27	121,92	1.584,98
Dirigente equiparato	103,30	1.342,90	% 3,2	14,08	181,00	% 5,27	117,38	1.523,90
Dirigente anzianità ← 5 anni	103,30	1.342,90	% 3,2	/	/	/	103,30	1.342,90

Maggioranza e opposizione si confrontano su
RISCHIO CLINICO E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

ACCORDO CONTRO LA “MALASANITÀ”

I nuovi e ripetuti episodi di malasanità, balzati alle cronache nelle scorse settimane, hanno riportato in primo piano l'urgenza di riforme che sappiano coniugare governo clinico, responsabilità professionale e sicurezza delle cure.

Ne abbiamo parlato con Ignazio Marino (Pd) e Antonio Tomassini (Pdl) che in queste interviste si rivelano in sintonia su molte delle ricette in discussione in Parlamento

Ignazio Marino (Pd)

Presidente della Commissione di Inchiesta sul Ssn

“La cattiva politica è la causa della cattiva sanità”

Presidente Marino, la malasanità è diventato un problema quotidiano. Sono aumentati gli errori medici o si è spezzata la fiducia dei cittadini nel sistema sanitario?

Che il rapporto tra sistema sanitario e cittadini sia in crisi è evidente e in parte anche comprensibile. È una questione politica, piuttosto che clinica. E la soluzione è proprio questa: separare la politica dalla clinica.

Intendiamo, la politica ha dato al sistema sanitario italiano alcune caratteristiche di cui dobbiamo essere orgogliosi.

La sua strutturazione, oltre che i risultati, gli hanno permesso di essere valutato al secondo posto, dopo la Francia, nella classifica dei migliori sistemi sanitari mondiali elaborata dall'Oms nel 2000. Se gli Stati Uniti, infatti, raggiungono punte di grande eccellenza clinica, tuttavia scendono agli ultimi posti della graduatoria a causa della mancata copertura sanitaria di una consistente quota di cittadini. Quello italiano è un sistema universale e questo ha un valore ineguagliabile. Tuttavia questo non significa che sia perfetto. Se infatti è un sistema universale, vi sono tuttavia importanti criticità nell'accesso alle cure e nella qualità delle prestazioni offerte. L'evento avverso, infatti, può verificarsi ovunque. Fa parte del rischio intrinseco degli interventi sanitari. Ma in Italia non è un caso se il fenomeno della malasanità si manifesta sempre nelle solite aree. Vi sono strutture in cui la mortalità a 30 giorni per bypass aortocoronarico è altissima. In Campania e in Calabria il ricorso al parto cesareo è la prassi e non l'eccezione. Se le linee guida per la frattura del femore suggeriscono che l'in-

segue a pag. 8



Ignazio Marino

Antonio Tomassini (Pdl)

Presidente della XII Commissione del Senato

“Ma bisogna proteggere anche medici e operatori”

Presidente Tomassini, ciclicamente si ripresenta la questione della “malasanità”, con casi clamorosi e allarmanti. È un effetto della “società dell'informazione” o il segno di una crisi della medicina nel nostro Paese?

A mio avviso sono diverse le considerazioni che si debbono fare in ordine alla questione “malasanità”. La prima informazione che dobbiamo fornire è che il rapporto tra casi curati e casi di “malasanità” è assolutamente a favore del primo e non del secondo. Ogni giorno 500.000 cittadini si ricovera-

no nei nostri ospedali, 3 milioni si recano dal proprio medico di medicina generale, 10 milioni entrano in una farmacia per un problema sanitario: i casi di malasanità rapportati a questo enorme flusso di prestazioni offerte, sono veramente pochi e questo è uno dei motivi per cui il nostro Servizio sanitario nazionale viene giudicato tra i migliori al mondo. Segnalato il dato obiettivo, vi è poi da sottolineare che la società dell'informazione comunica, spesso, “patologie di informazione” enfatizzando, magari con circostanze sbagliate, i casi di malasanità senza considerare la “foresta che cresce in silenzio” della buona sanità. Ma vi sono altre valutazioni da rendere note: ad esempio le diverse situazioni organizzative delle nostre Regioni, per cui, pur avendo una ottima sanità nella media nazionale con efficienza e professionalità, si passa bruscamente a situazioni deteriorate e inaccettabili dal punto di vista strutturale e professionale. Certamente mi sento di dire che la medicina non è in crisi nel nostro Paese, ma è necessario fare un'altra considerazione: se l'operatore sanitario diventa l'anello

segue a pag. 9



Antonio Tomassini

segue da pag. 7

Ignazio Marino

tervento debba essere fatto entro 24 ore, al Sud d'Italia nel 70% dei casi l'attesa supera i due giorni.

Allora non si tratta di eventi avversi dovuti agli intrinseci rischi clinici, ma si tratta di difetti del sistema. Difetti che se un tempo rimanevano sommersi, oggi vedono il cittadino reagire. Difetti che minano il significato di quell'universalità del sistema che ha reso a lungo il nostro Paese punta di diamante dei sistemi sanitari mondiali.

E in che modo è possibile intervenire sul sistema?

Come dicevo, le radici del problema vanno ricercate nella collisione tra politica e clinica. A livello regionale, ancor più che nazionale. Per questo il disegno di legge che ho recentemente presentato in Senato propone la creazione di un Authority indipendente. Oggi le verifiche sulle strutture sono carenti e vane perché chi è demandato a controllare è lo stesso "impresario" dell'azienda. Il "controllore" e il "controllato" sono la stessa entità. E questo comporta una tendenza a nascondere le criticità, perché ci si dovrebbe autoaccusare. Un'Autorità tecnica, nazionale, esterna e indipendente è indispensabile se si vuole veramente far emergere fatti e responsabili di cosa non funziona in una struttura sanitaria. L'Autorità che ho pensato avrebbe poteri ispettivi, con ricognizioni costanti e non annunciate, e il potere di sospendere o chiudere l'attività di un reparto e di una struttura le cui carenze comprometterebbero la qualità delle cure prestate.

Ma non esistono già enti o commissioni per la verifica delle strutture?

Non è esattamente così. Le commissioni parlamentari di inchiesta intervengono nel momento in cui un caso avverso si è già verificato, mentre l'Authority agirebbe in maniera preventiva, per far in modo non solo che quei casi non si verificano più, ma che non vi sia neanche il primo caso. Ricorda la vicenda di Castella-

neta di Puglia, dove ci fu una catena di morti in rianimazione legate a un errore nell'impianto che dispensava protossido di azoto al posto di ossigeno? O il caso della ragazza morta a Vibo Valentia per la mancanza di corrente elettrica in sala operatoria? O l'altro paziente morto perché i medici non erano in grado di procedere con una comune tracheotomia? Sono casi come questi che vogliamo evitare. Con ispezioni preventive, che assicurino che ogni ospedale abbia un gruppo elettrogeno in grado di sostenere le attività durante i black out, che assicurino che tutti gli impianti sono a norma e la manutenzione e la verifica costante. La sanità oggi non si basa solo sulle mani del medico, ma su tecnologie che devono essere verificate e anche ammodernate. Quanto alle istituzioni esistenti che hanno compiti di controllo, nei fatti non sono efficaci e per questo andrebbero sopresse e sostituite con un unico organismo tecnico, moderno e soprattutto indipendente dalla politica.

Per evitare i casi di malasanità, è necessario anche intervenire sulla formazione di base dei professionisti?

Il tutoraggio dovrebbe servire a formare i futuri professionisti affinché abbiano tutte le competenze necessarie per essere autonomi. Questa è la condizione essenziale, ma dove queste competenze non fossero raggiunte, chi è responsabile di una struttura, a vari livelli, dovrebbe essere in grado di selezionare personale competente. Ecco perché, nel riformare il sistema, occor-

re anche ridefinire i criteri di nomina di chi occupa ruoli di responsabilità. Per questo il mio progetto di legge prevede nuovi criteri per la nomina dei direttori generali e dei direttori di struttura complessa, oggi legati alla fedeltà politica piuttosto che al merito.

La sua proposta ha molti punti in comune con il ddl sul governo clinico in discussione alla Camera.

È vero. Perché è un aspetto di grande importanza.

Si sta anche discutendo il testo unificato sulla responsabilità medica. Non pensa che essa vada affrontata insieme al governo clinico?

Sì. E così dovrebbe essere. Il testo che avevo presentato, il n. 6, comprendeva entrambi gli aspetti, quelli legati al governo clinico e quelli legati alla responsabilità e al contenzioso in sanità. Tuttavia la Maggioranza ha ritenuto di dover affrontare le due aree separatamente e di dare la precedenza al Governo Clinico. Ma sono d'accordo, sono aspetti dello stesso problema e dovrebbero essere discussi insieme.

Tuttavia il testo sul Governo clinico ha avuto parere contrario della commissione per le Questioni Regionali. Pensa ci sia ancora spazio per un'Autorità nazionale di controllo?

A mio parere può e deve esserci. La sanità è una materia su cui lo Stato deve avere un forte ruolo per garantire che il diritto alla salute, l'efficienza del sistema e l'alta qualità delle cure sia uguale per tutti i cittadini, in qualunque Regione essi vivano. Mi sembra un grave errore chiamare in ingerenza la volontà di assicurare uguale diritti a tutti gli italiani.

Torniamo alla malasanità. Abbiamo visto che essa dipende da molteplici elementi. Come si fa ad affrontarli tutti insieme? Purtroppo non si può cambiare tutto in una notte. Ma su alcuni aspetti si potrebbe iniziare a lavorare fin da subito e a volte le risposte sono anche molto semplici. Per la responsabilità medica si parla

di depenalizzazione, di assicurazioni delle strutture e tanti altri elementi in campo giuridico, ma si parla poco di un salto culturale che può essere compiuto anche a prescindere dall'approvazione di una legge. In America, ad esempio, è prassi che ogni settimana si tenga il "meeting sulla mortalità e la morbilità". Sono degli incontri in cui il personale sanitario e i dirigenti discutono dei casi che durante la settimana hanno portato alla morte o al rischio morte del paziente per errori medici, di gestione del caso o strutturali. Non è un incontro per trovare i colpevoli, ma un incontro che serve ad analizzare quanto accaduto ed individuare il punto critico in modo che in futuro non si debba verificare la stessa situazione. Non c'è bisogno di una legge per iniziare a istituire questi meeting anche nelle nostre strutture sanitarie.

Le dirò un'altra ricetta che può sembrare "il rimedio della nonna", ma che in realtà è efficacissima. I reparti di ortopedia sono quelli in cui più frequentemente si verificano errori. Molto comune è quello di intervenire sull'arto sbagliato. Ecco, negli Usa è stata introdotta la consuetudine di chiedere al paziente di segnarsi con un pennarello l'arto da operare prima del suo ingresso in sala operatoria.

Una soluzione piuttosto bizzarra...

È vero. Ma lei non immagina quanti interventi sbagliati si sono evitati usando questo semplice rimedio. È chiaro che occorre migliorare gli aspetti organizzativi della presa in carico del paziente, ma se vi sono soluzioni così semplici ad affiancare quelle più complesse, perché non utilizzarle?

Ma i medici, sono anch'essi vittime?

La malasanità nuoce ai cittadini così come ai medici. Al di là dei singoli casi, è vero che c'è stata una grave rottura del "rapporto di fiducia medico-paziente", che ora è sta-

to sostituito dal "contenzioso medico-paziente". A volte le responsabilità sono individuali, ma bisogna riconoscere che il personale sanitario lavora in un contesto di criticità, legato anche alle difficoltà economiche che i sistemi sanitari e le singole aziende stanno vivendo. Questo influisce negativamente sia sulla prestazione singola che sulla affezione alla professione. A causa di questo, anche il rapporto tra medico e paziente si è incrinato. È diventato sempre più breve e di scarsa qualità il tempo che il medico dedica al colloquio, mentre numerosi studi dimostrano che il contenzioso diminuisce là dove il colloquio medico-paziente è costante e di qualità. Questo, infatti, permette ai pazienti e ai familiari di comprendere i rischi di una terapia e di accettarli. Così come permette loro di avere fiducia sulla buona fede del medico e non accusarlo di negligenza e disinteresse nei confronti della salute del paziente che ha in cura.

Se il dialogo è cattivo, anche il consenso informato rischia di essere visto come una strategia difensiva?

Quando io ho iniziato a fare il medico, il consenso informato non esisteva. Oggi posso dire che è stato uno dei più grandi passi che la sanità abbia compiuto. Ma spesso viene mal usato. Il consenso informato deve essere frutto di un profondo e chiaro dialogo. Farlo firmare al paziente 20 minuti prima che entri in sala operatoria è una stortura e una grossa sconfitta per uno strumento che invece punta a rafforzare il rapporto medico-paziente e che racchiude un significato molto importante. Se in parte è vero che tutela il medico, infatti, esso nasce soprattutto per offrire al paziente una reale consapevolezza e potere decisionale sulla sua salute. Anche in questo caso, sarebbe necessario un salto culturale. Ed è la classe medica a doverlo compiere, per poi trasmetterlo ai cittadini. (L.C.)

Oggi le verifiche sulle strutture sono carenti e vane perché chi è demandato a controllare è lo stesso "impresario" dell'azienda

segue da pag. 7

Antonio Tomassini

terminale della responsabilità senza alcuna protezione, finisce inevitabilmente nel rifugiarsi nel disimpegno e nella tattica difensiva, che è il primo vero generatore della malasania. Infine, con una punta di polemica mi permetto di ricordare che tra le varie realtà che non funzionano nel nostro Paese come la burocrazia, la cattiva amministrazione e la malagiustizia tutto sommato la cosiddetta "malasania" è tra i nostri difetti meno importanti.

Anche in Italia sta crescendo il ricorso al contenzioso legale da parte dei cittadini che ritengono di aver subito un danno dal medico o dalla struttura sanitaria, con il corollario fatto di assicurazioni sempre più costose e "medicina difensiva", che comporta a sua volta costi più elevati. Come pensa si debba intervenire? Il ddl che porta la sua firma, relativo alla responsabilità professionale del personale sanitario, come interviene su questi temi?

Anche in Italia sta crescendo il ricorso al contenzioso legale, perché la patologia da informazione ha creato una mentalità della certezza del risultato che in medicina non si potrà mai avere non essendo, la medicina, una scienza esatta. In più, un superato sistema di responsabilità professionale e la possibilità di perseguire penalmente ciò che all'estero è da tempo depenalizzato inducono molti cittadini a puntare sul contenzioso legale esattamente come si farebbe ad una lotteria. All'estero rischierebbero una procedura di rivalsa per lite temeraria o

per diffamazione, in Italia, data l'obbligatorietà del processo penale, possono intentare una causa senza correre nessun rischio. Tutto ciò, ribadisco, porta alla medicina difensiva. Il ddl che porta la mia firma, integrato da molti elementi scaturiti dalle audizioni e dalle proposte degli altri gruppi Parlamentari, cerca di ovviare a questi problemi, di superarli. In pratica il ddl riafferma la necessità e la responsabilità della struttura ad essere adeguatamente assicurata; non consente la rivalsa se non per dolo o colpa grave; favorisce il percorso dell'arbitrato; obbliga alla costituzione dell'elenco dei periti; infine attiva alcune regole di ordine generale, quale l'istituzione dell'unità di rischio preventivo e la creazione di un fondo di solidarietà sociale per gli eventi inopinabili, pone un tetto ai risarcimenti, e soprattutto evita il cumulo di rivalutazioni e interessi e riconosce alcuni aspetti usuranti della professione.

Pensa che la proposta del senatore Marino di istituire un'Authority di controllo indipendente potrebbe avere risultati positivi?

In linea teorica una Authority di controllo potrebbe funzionare. Ma dal punto di vista pratico esistono già numerose strutture deputate a questo, che andrebbero meglio coordinate; l'istituzione di Agenas è proprio in sintonia con questo percorso. Vi sono già due Commissioni di inchiesta parlamentare, una alla Camera e una al Senato, con poteri sostitutivi e di magistratura, ma

soprattutto vi è l'essenza stessa del Ministero che, in un'ottica federale e regionalistica, ha nelle sue missioni principali quelle del controllo. A questo vorrei aggiungere che è necessario, ancor prima dell'autorità di controllo, introdurre il concetto delle unità operative di rischio da attivare in tutte le aziende ospedaliere. Questo principio che era condiviso dal senatore Marino nella precedente legislatura è ricompreso nel disegno di Legge sulla Responsabilità Professionale Sanitaria che è in avanzata fase di esame presso la Commissione che ho l'onore di presiedere. Se però ho affermato che l'Authority potrebbe funzionare, voglio spiegarvi meglio. Il ddl presentato da Marino potrebbe essere trasformato creando presso il Ministero della Sanità una direzione che si occupi delle inchieste ministeriali, in caso di avvenimenti avversi. Si potrebbe così dare vita, di volta in volta, ad una Commissione con prevalenti ispettori esterni da scegliere tra elenchi a priori accreditati e preparati dal Ministero medesimo.

Le istituzioni mediche, a cominciare dalla Fnomceo, chiedono da tempo cambiamenti importanti nei percorsi formativi, con maggiore attenzione proprio ai temi della sicurezza. Crede sarà possibile rispondere a queste richieste?

Mi unisco anche io alle richieste della Fnomceo perché cambiare il modello formativo è ormai improrogabile. Sia per la necessità di adeguarsi ad una scienza che ogni 10 anni cambia interamente il proprio sapere, sia perché è necessario assicurare più potere alle società scientifiche che nell'evolversi di superspecialità devono avere sempre più le potestà di accredito dei professionisti. Su questo tema è fondamentale imporre un maggior rispetto ed una maggiore riconoscenza dei temi sulla sicurezza e proprio per questo bisogna cercare la quadra tra Information Technology, high technology systems, e il techno-

logy risk. Se è vero, infatti, che molte novità tecnologiche producono innovazioni e migliori cure, molte altre sono potenzialmente pericolose e possono trasformarsi in generatori di incidenti.

Anche il ddl sul governo clinico, attualmente in discussione alla Camera, potrebbe contribuire a ridare spazio alle professioni nell'organizzazione della sanità. È un provvedimento che si discute da tempo, pensa che concluderà il suo iter in tempi rapidi?

Mi risulta che il ddl sul Governo Clinico, ampiamente condiviso, sia in avanzata fase nell'iter legislativo della Camera. Se è giusto ribadire la centralità del paziente io credo che al suo fianco debba esserci il medico, con cui condividere le scelte e cimentarsi nell'alleanza terapeutica. Partecipare alle decisioni vuol dire iniziare un percorso inverso a quello che è avvenuto fino ad oggi. Finora, infatti, nelle aziende si è sviluppata una gerarchia burocratica, spesso autoreferenziale, che ha sempre più emarginato gli operatori sanitari.

Queste figure professionali si sono trovate, troppo spesso, strette nelle contraddizioni tra doveri e poteri e sempre anello terminale di una catena a cui attribuire ogni disfunzione, creando così il meccanismo deleterio della "medicina difensiva". Il loro ruolo, anzi lasciatemi dire il nostro ruolo, è quello di ribadire che la nostra funzione è baricentrica nell'organizzazione e quindi nella scelta e nella valutazione degli acquisti tecnologici, soprattutto nelle tecnologie avanzate; nella funzionalità e nella idoneità delle strutture; nell'organizzazione del lavoro e, particolarmente, nelle scelte concorsua-

li e di immissione nei vari corsi. Non dimenticherei, da ultimo, il ruolo fondamentale che i medici e gli operatori sanitari in generale devono svolgere nello sviluppo della formazione e nell'educazione medica continua.

I provvedimenti legislativi in materia di sanità devono tener conto che molti aspetti sono divenuti ormai di competenza esclusivamente regionale. È per questo che i tempi per l'approvazione di una legge sono sempre più lunghi?

È vero e lo abbiamo anticipato: ormai l'impostazione della sanità è di modello federale. Ma in questo non vedo aspetti negativi, piuttosto è necessario ridefinire le missioni che ogni livello istituzionale deve assumere. Le Aziende Sanitarie, ad esempio, devono avere il massimo di libertà nella sussidiarietà per ottenere la qualità e l'organizzazione più appropriata. Le Regioni devono poter lavorare in autonomia organizzativa scegliendo ciascuna l'abito su misura più congeniale che dipende dall'epidemiologia e dalla storia del loro territorio.

Lo Stato ha il fondamentale compito di evitare di essere considerato il padre-padrone che stabilisce il tutto per tutti. Deve, al contrario, fissare regole e garanzie generali per tutti nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, consentendo a chi rispetta le regole di erogare servizi in pari dignità. Riequilibrare con l'intervento sostitutivo le Regioni che non sono in grado di amministrare correttamente, infine, esercitare una forte azione di controllo. Proprio per questo ritengo che la missione primaria dello Stato non può e non deve essere surrogata surrettiziamente da una agenzia nazionale. (E.A.)

In Italia sta crescendo il ricorso al contenzioso legale, perché la patologia da informazione ha creato una mentalità della certezza del risultato che in medicina non si potrà mai avere non essendo, la medicina, una scienza esatta.

LA SANITÀ E LE ELEZIONI REGIONALI

Un viaggio nella sanità delle 13 Regioni che andranno al voto il 28 e 29 marzo. Programmi e desiderata dei diversi schieramenti politici che su una cosa la pensano allo stesso modo: sulla sanità ci si può giocare le elezioni

Siamo agli ultimi atti della campagna elettorale. Poche settimane per scegliere chi votare alle elezioni che il 28 e 29 marzo vedranno i candidati di 13 Regioni contendersi la presi-

denza delle Giunte. Poche settimane alla scelta e poche alle spalle per pesare le candidature. La campagna elettorale è infatti partita tardi, soprattutto in alcune Regioni, dove i partiti sono stati occupati fino all'ultimo nel-

la scelta dei candidati. Una cosa, però, è emersa subito con chiarezza: la campagna elettorale si sarebbe giocata in gran parte sulla sanità. Del resto il sistema sanitario si porta dietro circa il 75% dei bilanci regionali e ha

un peso indiscutibile nelle strategie e nelle scelte di natura politica, economica e sociale delle Regioni, tanto più adesso, con l'attuazione del federalismo. In molte realtà locali il Ssn è la prima "impresa" del territorio per risorse

impiegate ed occupati e in ogni caso è sulla sanità, sulla qualità dei servizi, sui tempi di attesa e la accessibilità alle cure che sempre ci si può giocare, nel bene e nel male, l'ambita poltrona di Governatore

LOMBARDIA

FORMIGONI VERSO IL 4° MANDATO

Roberto Formigoni non è messo in discussione. Il centrosinistra presenta l'ex presidente della Provincia, Filippo Penati. E poi Savino Pezzotta (Udc); Vittorio Agnoletto (Federazione della sinistra); Marco Capato (lista Bonino-Pannella); Claudio Crimi (Movimento Cinque stelle di Beppe Grillo)

	Totale spesa Ssr (mln euro)	16.904
	• diretta	9.551
	• convenzionata	7.353
	Dipendenti pubblici	102.418
	• sanitari	60.567
	• amministrativi	11.317
	Dipendenti privati	10.773
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	3,88
	• non acuti	0,77
	• residenziali	4,64
	Anziani in Adi (in %)	3,52
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	6,7
	Abitanti per farmacia	3.459

LA "FORZA" DEL PRIVATO

I lombardi, e soprattutto chi governa da ormai tre legislature, pongono il Ssr tra i fiori all'occhiello della Regione. E in effetti la qualità della sanità lombarda è universalmente riconosciuta al di là di dibattito sulla forte presenza della componente privata, che copre il 55% degli istituti. Un primato, quello della sanità lombarda conteso anche da Veneto, Emilia Romagna e Toscana (vedi schede). E a ben guardare i numeri ci sono: presentando il Rapporto "La valutazione dell'efficacia ospedaliera 2004-2008 per la Lombardia", il presidente Formigoni ha ricordato che la spesa regionale è più bassa della media nazionale (6,7% del Pil regionale contro l'8,7% del Pil nazionale); e anche il costo pro capite è inferiore, 1.600 euro pro capite contro i 1.700 a livello nazionale; le prestazioni ambulatoriali sono aumentate del 7,5% nel

solo 2008 rispetto al 2007, mentre i ricoveri in strutture pubbliche sono diminuiti del 10%. Ma Formigoni dimentica di citare che i cittadini, spesso, sono costretti a causa della insufficiente offerta pubblica, a ricorrere alle cure private, con un tasso di ospedalizzazione per acuti tra i più alti di Italia: 26,4 ogni mille abitanti (dati Aiop 2008). Anche se Formigoni sottolinea come la Lombardia - che non è la Regione con la maggior presenza del privato in sanità (si classifica, infatti, al settimo posto dopo Calabria, Lazio, Campania, Emilia Romagna, Sicilia e Abruzzo) - sia quella "in cui si realizza il miglior mix tra pubblico e privato".

VENETO

E ORA TOCCA ALLA LEGA

Per il centrodestra è candidato l'attuale ministro all'agricoltura Luca Zaia, mentre per il centrosinistra è Giuseppe Bortolussi della Cgia di

	Totale spesa Ssr (mln euro)	8.652
	• diretta	5.529
	• convenzionata	3.123
	Dipendenti pubblici	59.609
	• sanitari	39.669
	• amministrativi	6.231
	Dipendenti privati	3.416
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	3,71
	• non acuti	0,59
	• residenziali	0,40
	Anziani in Adi (in %)	5,14
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	6,9
	Abitanti per farmacia	3.685

Mestre. Udc e Unione Nordest sostengono Antonio de Poli, coordinatore Udc. Gianluca Panto è il candidato del Pnv, mentre per il partito "national" Veneto, o "Partito dei Veneti" il candidato è Silvano Polo, già sindaco di San Bonifacio

TRADIZIONE E CONTINUITÀ

Così come la Lombardia, la sanità veneta ha una lunga e gloriosa tradizione, con un'elevata offerta socio-sanitaria. Tuttavia, i sindacati denunciano mancanza di fondi e ri-

tardi nei pagamenti degli stipendi al personale medico e paramedico.

Accuse che il presidente Galan e l'assessore alla Sanità Sandro Sandri rispediscono al mittente affermando che invece i conti sono in ordine, tant'è che il saldo finale tra il risultato di gestione del 2008 (-201 milioni) e i finanziamenti disposti a copertura dalla Regione con la sua manovra finanziaria (216 milioni 743 mila euro) producono un attivo di oltre 15 milioni di euro. Secondo il presidente, il deficit della Regione è calcolato, prevedendo già le manovre per coprirlo e "non con ticket e tagli", ma "soprattutto con l'Irpef alle banche e sui redditi più alti".

Certo, la decisione della GlaxoSmithKline di chiudere il Centro Ricerche di Verona avrà delle ricadute sia economiche sia sulle numerose collaborazioni instaurate con la Regione, per esempio in materia di prevenzione e promozione della salute.

PIEMONTE

SFIDA ACCESA TRA PD E LEGA

Il Pd sceglie come candidato il presidente uscente Mercedes Bresso, sostenuta anche dall'Udc. Il Pdl ha nominato Roberto Cota, capogruppo Carroccio alla Camera. Poi Davide Bono per la lista "Movimento cinque stelle Piemonte" di Beppe Grillo; Renzo Rabellino, consigliere della Provincia di Torino, con una propria lista

	Totale spesa Ssr (mln euro)	8.253
	• diretta	5.397
	• convenzionata	2.856
	Dipendenti pubblici	57.472
	• sanitari	36.684
	• amministrativi	8.081
	Dipendenti privati	3.264
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	3,48
	• non acuti	0,91
	• residenziali	0,43
	Anziani in Adi (in %)	1,53
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	7,8
	Abitanti per farmacia	2.834

gio di bilancio quando siamo arrivati - ha aggiunto alludendo alla situazione al momento del suo insediamenti cinque anni fa, dopo dieci anni di governo di centrodestra guidato da Enzo Ghigo - ora avremmo 115 milioni di euro in più da spendere in servizi sanitari per i cittadini".

La candidatura di Bresso rappresenta, peraltro, il caso più significativo dell'alleanza tra centrosinistra e Udc, che non ha ritenuto di appoggiare il leghista Roberto Cota.

LIGURIA

BURLANDO TENTA IL BIS

Claudio Burlando sarà il candidato del centrosinistra appoggiato anche dall'Udc, mentre il centrodestra schiera Sandro Biasotti

	Totale spesa Ssr (mln euro)	3.225
	• diretta	2.174
	• convenzionata	1.051
	Dipendenti pubblici	25.895
	• sanitari	15.365
	• amministrativi	2.456
	Dipendenti privati	268
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	4,25
	• non acuti	0,92
	• residenziali	0,45
	Anziani in Adi (in %)	3,07
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	9,3
	Abitanti per farmacia	2.720

RISANAMENTO: MISSIONE COMPIUTA

La Liguria è la Regione d'Italia con il maggior numero di ultra sessantacinquenni, con tutte le conseguenze che questo ha sull'organizzazione e i costi assistenziali. Regione sottoposta al piano di rientro, ha comunque avviato un percorso di risanamento conquistando anche il plauso del Governo e recuperando 852 milioni di deficit con risparmi sui farmaci, negli ospedali e sul personale, ma senza strozzare i servizi. Non va ancora bene il day hospital, specie nella Asl di Genova: spesso serve a erogare semplici prestazioni am-

bulatoriali. Invece, è un'eccezione il day surgery, in particolare a La Spezia e a Savona. La Liguria, però, è sotto la media nazionale nel campo della prevenzione, e deve migliorare le liste di attesa. Buono, invece, il risparmio sulla spesa farmaceutica, grazie al ricorso dei generici. Quanto alle politiche del personale, c'è stato un taglio di 870 posti, e sono stati stabilizzati 1.042 precari.

Secondo l'Opposizione di centrodestra, tuttavia, la sanità ligure non è ancora in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini, in particolare per l'assistenza alle fragilità. E su questo preme Sandro Biasotti, candidato alla presidenza per il centrodestra della Regione Liguria, che promette di "riorganizzare la rete di assistenza per gli anziani ed i disabili, sviluppare le case della salute, ridurre le liste d'attesa a trenta giorni al massimo per le visite urgenti e 60 giorni al massimo per gli altri casi".

EMILIA ROMAGNA

ERRANI SI FA IN "QUATTRO"

Vasco Errani (Pd) sostenuto dal centrosinistra che corre per il quarto mandato; Anna Maria Bernini (Pdl) con l'appoggio della Lega; Gian Luca Galletti per l'Udc; tra i minori Giovanni Favia (Movimento Cinquestelle, Beppe Grillo), Werther Casali (candidato virtuale radicale in attesa delle firme necessarie). Ancora da definire sigle a sinistra del Prc

UN MODELLO QUASI PERFETTO

È indiscutibilmente uno dei sistemi sanitari regionali più efficienti del Paese, con un governo di centrosinistra forte guidato da Vasco Errani (a capo anche della Conferenza dei presidenti delle Regioni) e un assessorato alla sanità condotto da Giovanni Bissoni, una delle figure di riferimento delle politiche sanitarie italiane. Che si contende con la Toscana dell'assessore Enrico Rossi lo scettro dell'efficienza sanitaria targata centro sinistra. Spicca, in particolare, la qualità della rete delle cure primarie, sviluppata attraverso un'oculata riorganizzazione della rete ospedaliera.

Il segreto del successo emiliano è stato quello di intervenire per tempo e sulla base di una programmazione studiata in ogni dettaglio. L'accorpamento e la riduzione delle attività ospedaliere è avvenuto contestualmente alla creazione di risposte alternative sul territorio. Questo ha permesso di offrire ai cittadini risposte di salute appropriate ed efficaci, salvaguardando l'eccellenza della rete ospedaliera, punto di riferimento per molte altre Regioni italiane.

Un modello perfetto? Purtroppo nulla è perfetto. Due vicende balzate agli onori della cronaca hanno recentemente provocato uno scossone sui vertici regionali. Anzitutto l'indagine della magistratura su Cup2000 (la società controllata dalla Regione che gestisce il centralino unico delle prenotazioni di Bologna) nell'ambito dello scandalo che ha portato alle dimissioni del sindaco di Bologna Delbono, accusato di truffa. E poi il mancato ingresso del senatore e trapiantologo Ignazio Marino nello staff chirurgico del Policlinico Sant'Orsola di Bologna. Un'intercettazione tra due medici del Sant'Orsola - rilevata nel corso di un'inchiesta della Procura di Crotona - lasciava infatti credere che l'incarico fosse saltato a causa della candidatura di Marino alla segreteria del Pd contro Pierluigi Bersani, sostenuto dai vertici regionali. La polemica è rientrata subito, ma la vicenda ha comunque lasciato un'ombra sulla presenza della politica nell'affidamento degli incarichi.

	Totale spesa Ssr (mln euro)	8.125
	• diretta	5.533
	• convenzionata	2.592
	Dipendenti pubblici	59.209
	• sanitari	39.861
	• amministrativi	5.886
	Dipendenti privati	4.903
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	3,9
	• non acuti	0,91
	• residenziali	0,43
	Anziani in Adi (in %)	5,59
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	8,5
	Abitanti per farmacia	3.478

Il segreto del successo emiliano è stato quello di intervenire per tempo e sulla base di una programmazione studiata in ogni dettaglio. L'accorpamento e la riduzione delle attività ospedaliere è avvenuto contestualmente alla creazione di risposte alternative sul territorio. Questo ha permesso di offrire ai cittadini risposte di salute appropriate ed efficaci, salvaguardando l'eccellenza della rete ospedaliera, punto di riferimento per molte altre Regioni italiane.

TOSCANA

LA CORSA DELL'EX ASSESSORE

L'attuale assessore al diritto alla salute Enrico Rossi, sostenuto da Pd, Idv, Ps, Verdi e Federazione della Sinistra che riunisce Prc, Pdc e socialismo 2000 si candida per il centrosinistra. Pdl e Lega Nord sostengono il sindaco di Castiglion della Pescaia (Grosseto) Monica Faenzi, mentre l'Udc ha scelto il parlamentare Francesco Bosi. A correre per i Radicali è l'imprenditore Alfonso De Virgiliis

segue a pag. 12

segue Toscana LA "PRIMA" DELLA CLASSE

Si considera da sempre la prima della classe: buoni indici di salute per i cittadini, i conti della Regione sono a posto e il settore gode anche di iniziativa e innovazione. E non che non abbia il suo da fare, con 50.000 addetti, 16 Aziende sanitarie tra territoriali e universitario ospedaliero e oltre 40 ospedali, ciascuno con una propria vocazione, con caratteristiche, strutture e problematiche diverse. Le liste d'attesa e la spesa farmaceutica potrebbe migliorare anche in questa Regione, così come l'accesso improprio al Pronto Soccorso. Ma quel che contraddistingue la Toscana dalla maggior parte delle Regioni italiane, è che qui si cerca di migliorare qualcosa che è già adeguato. Anche per questo, dalle elezioni regionali non si aspettano grandi sorprese. A meno di clamorosi ribaltoni elettorali, sarà l'attuale assessore regionale alla Sanità Enrico Rossi il nuovo presidente della Toscana.

	Totale spesa Ssr (mln euro)	6.812
	• diretta	5.000
	• convenzionata	2.812
	Dipendenti pubblici	51.225
	• sanitari	35.103
	• amministrativi	5.110
	Dipendenti privati	851
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	3,92
	• non acuti	0,33
	• residenziali	2,90
	Anziani in Adi (in %)	2,13
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	8,9
	Abitanti per farmacia	3.306

MARCHE CENTRO SINISTRA STABILE

Gian Mario Spacca, governatore uscente, candidato dall'alleanza Pd-Udc-Idv-Verdi, con l'appoggio di Api, Alleanza Reformista e alcune liste civiche; Erminio Marinelli, vice sindaco di Civitanova Marche, candidato del Pdl e della Lega; Massimo Rossi, ex presidente della Provincia di Ascoli Piceno, candidato da Prc, Pdc e Sinistra Ecologia e Libertà; Marco Perduca, candidato della Lista Bonino-Pannella; Youry Venturilli, operaio della Merloni, candidato del Partito Comunista dei Lavoratori

	Totale spesa Ssr (mln euro)	2.687
	• diretta	1.916
	• convenzionata	771
	Dipendenti pubblici	19.518
	• sanitari	13.074
	• amministrativi	1.810
	Dipendenti privati	765
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	3,68
	• non acuti	0,56
	• residenziali	4,44
	Anziani in Adi (in %)	3,66
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	9,2
	Abitanti per farmacia	3.058

fornitrici di strumenti biomedicali, attestandosi al di sotto della media nazionale di 200 giorni (che in alcuni casi superano addirittura i due anni).

LAZIO LA SFIDA PIÙ ATTESA

La sfida è tra Renata Polverini per il Centrodestra, con il sostegno dell'Udc, e Emma Bonino per il centrosinistra. Si candidano anche Roberto Fiore segretario nazionale di Forza Nuova e l'ex consigliere comunale del centrodestra, Michele Baldi

	Totale spesa Ssr (mln euro)	11.104
	• diretta	6.285
	• convenzionata	4.819
	Dipendenti pubblici	53.613
	• sanitari	35.818
	• amministrativi	6.084
	Dipendenti privati	11.997
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	4,52
	• non acuti	1,18
	• residenziali	3,28
	Anziani in Adi (in %)	3,53%
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	9,8
	Abitanti per farmacia	3.638

L'INCUBO DEL DEFICIT

Si prepara ad essere una grande sfida quella del Lazio, e non solo perché a contendersi il governo della Regione sono due donne, ma anche perché il Lazio, tra scandali recenti e antichi, piani di rientro e rapporti con il Vaticano, è sicuramente una delle Regioni più difficili da gestire. E il campo sanitario lo è altrettanto, tra la grande mole di popolazione e turisti a cui assicurare assistenza, un deficit ormai cronico (che da

solo è la metà di quello nazionale) e una componente di strutture sanitarie religiose forte ma non sempre ben vista. Proprio sulla sanità, infatti, si sta principalmente giocando la campagna elettorale. La candidata del Centrodestra alla presidenza della Regione Lazio, Renata Polverini, ha subito dichiarato l'intenzione di rinegoziare con il Governo un piano di rientro sanitario. "Non credo - ha detto - che il primo modo per rientrare dal debito sia tagliare posti letto", anche se nel Lazio i letti superiori alla media nazionale e allo standard previsto del 3,5. Da parte sua, Emma Bonino mette le mani avanti e spiega fin da subito che nell'attuale condizione di bilancio e commissariamento, non sarà possibile ridurre le tasse. Però sarà possibile migliorare i servizi potenziando il territorio, in modo anche da ridurre le spese improprie a carico delle strutture ospedaliere. Ma il cavallo di battaglia della campagna Bonino è la trasparenza, dei conti e dei vertici della sanità.

UMBRIA L'INCOGNITA BINETTI

Ingresso all'ultimo momento per Paola Binetti tra le fila dell'Udc, a cui si è recentemente unita dopo aver lasciato il Pd per contrasti non sanabili con i valori del partito, che ha scelto di candidare Emma Bonino per il Lazio.

C'è poi Catuscia Marini (Pd), che raccoglie il sostegno di gran parte del centro sinistra. Rifondazione comunista ha presentato il sindaco di Gubbio, Orfeo Goracci. I radicali candidato Maria Antonietta Farina Coscioni. Il Pdl si affida a Fiammetta Modena. Il candidato di Movimento Umbria cinque stelle, che fa riferimento a Beppe Grillo, candida Filippo Gallinella

IL "PESO" CRESCENTE DEGLI ANZIANI

La sanità umbra non ha mai presentato particolari problemi di sostenibilità, ma registra comunque inapproprietezze dovute all'aumento della popolazione anziana e delle cronicità e a una sanità ancora non bene

sviluppata sul territorio. Anche la gestione delle liste d'attesa rimane un punto fortemente critico, così come si resta in guardia per il rischio che dopo il 2010 la spesa sanitaria umbra possa non essere più sostenibile per effetto dei tagli e delle richieste di aumento dei Lea.

La necessità, dunque, è quella di fare un grande investimento sulla medicina territoriale, ma i candidati si dicono preoccupati che la mancanza di fondi da parte del Governo possa ridurre gli investimenti e la qualità dei servizi. Coscioni ha posto anche il problema della trasparenza e della legalità negli appalti sanitari, sottolineando inoltre che "l'Umbria è la terza Regione italiana per suicidi, e la maggior parte deriva dalla mancata assistenza ai malati anziani".

PUGLIA ANCORA VENDOLA?

Nichi Vendola candidato del centrosinistra; Rocco Palese, candidato del centrodestra; Adriana Poli Bortone, candidata Udc e Io Sud; Michele Rizzi candidato Alternativa Comunista

	Totale spesa Ssr (mln euro)	7.083
	• diretta	4.214
	• convenzionata	2.869
	Dipendenti pubblici	38.040
	• sanitari	24.806
	• amministrativi	4.119
	Dipendenti privati	4.009
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	3,60
	• non acuti	0,45
	• residenziali	2,32
	Anziani in Adi (in %)	1,63
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	9,2
	Abitanti per farmacia	3.763

VOLTARE PAGINA DOPO GLI SCANDALI

Conti in rosso, indagini sugli appalti, furti, arresti e dimissioni eccellenti, malasanità. Se in tutta Italia la sanità è in parte una questione politica, in Puglia ne è alla completa mercé, di politici, di imprenditori, e anche di personaggi noti alle cronache per scandali sessuali. Il giro d'affari è da 7 miliardi, le inchieste numerose e destinate ad aprire una voragine ancora più ampia. Vicende vecchie, ma anche scandali nuovi, che alla fine non fanno uscire bene né l'ex Giunta di cen-

trodestra né quella di centrosinistra di Nichi Vendola, che pure, con le primarie, ha conquistato il 73% dei consensi, molti dei quali da camici bianchi, infermieri e precari della sanità. Un sostegno che si farà senz'altro sentire anche alle elezioni di marzo e tra i quali spunta, a sorpresa, anche Don Luigi Verzé. Il governatore gay e con l'orecchino ha promesso di aprire a Taranto il San Raffaele del Mediterraneo, che andrà ad aggiungersi alle case di cura per anziani di don Verzé in Puglia.

Lo sfidante principale è Rocco Palese, ex direttore sanitario dell'ospedale di Gagliano, che conosce i primari per nome, i bilanci al centesimo, gli ospedali al millimetro, e punta alla piccola imprenditoria sanitaria che guarda al Pdl per avere salvi i fatturati.

CALABRIA

LOIERO CONTRO TUTTI

Agazio Loiero, presidente uscente della Giunta, è il candidato del centrosinistra, ma senza Italia dei Valori. Scopelliti, sindaco di Reggio Calabria, è il candidato del Pdl e dell'Udc. Callipo, imprenditore, ex presidente di Confindustria Calabria, è sostenuto da Idv, da liste civiche e dai Radicali

L'OMBRA DELLA CRIMINALITÀ

Fare piazza pulita di tutti manager della sanità, senza più guardare alla politica. Si è presentato così Giuseppe Scopelliti, sindaco di Reggio Calabria e candidato del Pdl alla Regione. Ma a governare Asl e ospedali in Calabria è proprio l'intreccio di politica e criminalità che elargisce posti e appalti ad amici e familiari.

Dal centrosinistra si rifa invece avanti Loiero, candidatura a cui si era fermamente opposta anche la deputata Pd ed ex assessore alla sanità calabrese Doris Lo Moro. Lo staff di Loiero, d'altra parte, colleziona scandali e condanne, come il manager dell'Asl di Cosenza, Franco Pietramala, fedelissimo di Loiero e al centro, tra gli altri, dello scandalo dei rimborsi non dovuti alle cliniche private: oltre 200 milioni reclamati per prestazioni in eccedenza, e che il Consiglio di Stato aveva ritenuto illegittime. Quanto ai bilanci e all'assistenza, i numeri sono ingannevoli. Se la spesa sanitaria pro-capite è tra le più basse, molti studi dimostrano come questo

non si traduca in una buona assistenza. Anzi, la Calabria è al primo posto quanto a malasani e a carenza di servizi. Ma, intanto, ha evitato il commissariamento, grazie all'accordo per il ripiano del debito firmato a dicembre con il Governo. L'accordo prevede che vengano sbloccati i 700 milioni di euro necessari per l'ammodernamento tecnico-strutturale degli ospedali e la Regione Calabria si doterà di un Ufficio per il Piano di rientro, per la cui attuazione gli è stata affiancata la Regione Toscana.

BASILICATA

SFIDA DIETRO LE QUINTE

Vito De Filippo (Pd), governatore uscente, per il centrosinistra; Nicola Pagliuca (Pdl) per il centrodestra; Magdi Cristiano Allam, europarlamentare, per la lista "Io amo la Lucania"; Maurizio Bolognetti, Radicali italiani; Florenzo Doino, per il Partito comunista dei lavoratori e Miko Somma, per la lista Comunità lucana

UN MODELLO PER IL SUD

Se ne parla sempre poco, nonostante rappresenti per il Mezzogiorno una realtà particolare. Il Servizio sanitario della Basilicata si presenta infatti con una serie di risultati che danno prestigio alla Regione che, pur condividendo alcune situazioni comuni a tutte le Regioni del Sud, indi-

vidua percorsi virtuosi di programmazione socio-sanitaria regionale. Si tratta di una Regione piccola (e questo può rappresentare un punto di forza) ma con una orografia che crea problemi di viabilità e comunicazione, con un rischio che la espone alla migrazione sanitaria. Anche la struttura della popolazione è in qualche modo anomala, con una bassa fertilità che, assieme all'incremento della sopravvivenza ed al saldo negativo di migratorietà, provoca un invecchiamento decisamente più rapido e consistente rispetto alle altre Regioni del Mezzogiorno. In questo senso, anche se i tassi di ospedalizzazione totali sono minori rispetto all'Italia, tuttavia con una scarsa presenza di ricoveri chirurgici, mentre alto è il ricorso al ricovero per le fasce anziane di età, conseguenza alla scarsa presenza di strutture ad hoc e di servizi sul territorio.

CAMPANIA

DOPO BASSOLINO

Tre, al momento, i candidati: Vincenzo De Luca, per il centrosinistra, Stefano Caldoro, per il centrodestra, e Roberto Fico, per il "Movimento a 5 stelle Campania" di Beppe Grillo. L'Udc ancora deve sciogliere la riserva in merito ad un eventuale appoggio al candidato Pdl

SANITÀ SEMPRE IN EMERGENZA

La Campania rappresenta, insieme alla Calabria e al Lazio, una delle Regioni più difficili da governare. Deficit, scandali e corruzione pesano sulla Giunta Bassolino come un macigno. Per la sanità, ma non solo. La vicenda "rifiuti" è l'esempio su tutti. A più riprese il presidente della Regione ha tentato di difendere il suo operato, rivendicando l'esattezza dei conti e il credito che lo Stato ha nei confronti della Regione Campania. "Lo Stato deve alla Regione Campania 2 miliardi e mezzo di euro. Con assoluta certezza ci deve 1 miliardo e 777 milioni di euro che, appena versati, devono essere immediatamente girati alla Sanità pubblica e privata e ai creditori che attendono da tempo. Più il pagamento viene rinviato più aumentano gli interessi sulle nostre spalle".

Il problema è che non si tratta solo di un fatto "ragionieristico", ma di servizi che si offrono, e quando si paragonano i dati della Regione Campania a quelli di altre Regioni, si evidenzia - ad esempio - un uso indiscriminato e inappropriato del ricovero ospedaliero e un record di tagli cesarei.

Sulla sanità regionale, però, pesano anche le gravi vicende di malaffare. Tra le più note, quella della Soresa, la società per azioni nata nel 2003 per volontà della giunta Bassolino con il compito di contenere e azzerare il debito pubblico della sanità campana. La società, nel cui Cda compaiono molti politici vicini a DS e Margherita, non ha tuttavia risolto il problema

del debito pubblico della sanità campana, che anzi, è continuato ad aumentare. La regione Campania per ripianare il debito ha ottenuto la disponibilità da parte di 3 banche: Credit Suisse, Caylor e Lehman Brother. La Soresa per gestire al meglio la consulenza per l'accertamento del credito e la procedura di transizione si è rivolta a tre società: la Carrington&Cross Srl, la Fmg Partners Corporate Advisor srl la Possillipo Finance Srl.

Sulla cordata si è però presto aperta un'inchiesta che ha portato, alla fine di novembre, al sequestro, da parte della Guardia di Finanza, di oltre tre milioni di euro. Si contestano i reati di false fatturazioni e infedele dichiarazioni dei redditi, oltre al fatto che le Società incaricate non avevano né la struttura operativa né le dotazioni necessarie e le risorse per svolgere il compito assegnato.

Fonte dei dati: elaborazione de Il Bisturi su dati Federfarma, Aiop (Rapporto Ospedali e Salute, 2008) e ministero della Salute (Sistema informativo sanitario 2009 e Annuario Statistico 2007)

	Totale spesa Ssr (mln euro)	3.338
	• diretta	2.023
	• convenzionata	1.315
	Dipendenti pubblici	22.421
	• sanitari	15.375
	• amministrativi	3.529
	Dipendenti privati	3.131
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	4,03
	• non acuti	0,51
	• residenziali	3,42
	Anziani in Adi (in %)	2,49
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	10,2
	Abitanti per farmacia	2.641

	Totale spesa Ssr (mln euro)	9.856
	• diretta	6.170
	• convenzionata	3.686
	Dipendenti pubblici	53.964
	• sanitari	38.908
	• amministrativi	6.640
	Dipendenti privati	7.044
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	3,35
	• non acuti	0,34
	• residenziali	2,35
	Anziani in Adi (in %)	1,16
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	9,3
	Abitanti per farmacia	3.644

	Totale spesa Ssr (mln euro)	1.018
	• diretta	686
	• convenzionata	332
	Dipendenti pubblici	7.301
	• sanitari	4.733
	• amministrativi	633
	Dipendenti privati	35
	Posti letto (x 1.000 ab.)	
	• acuti	3,70
	• non acuti	0,25
	• residenziali	11,14
	Anziani in Adi (in %)	4,35
	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	9,7
	Abitanti per farmacia	2.927

La pillola abortiva **DIVIDE LE REGIONI**

RU 486: DAY HOSPITAL O RICOVERO?

Un'inchiesta de Il Bisturi rivela che, alla vigilia dell'arrivo della pillola abortiva, solo 6 Regioni hanno deciso (3 per il ricovero ordinario e 3 per il Day Hospital) quale via di somministrazione adottare. Le altre aspettano indicazioni da Roma e c'è qualcuno che ha rimandato la scelta al dopo elezioni di marzo

↳ Stefano Simoni

Ormai manca solo la "fustella". Una volta che il Poligrafico dello Stato terminerà la stampa delle etichette, contenenti il codice a barra e le altre indicazioni di legge, la ditta francese produttrice della RU 486 inizierà a spedire le confezioni in tutta Italia. Questione di qualche settimana al massimo (si parla di metà marzo), hanno confermato dal quartier generale di Parigi della Exelgyn. Tutto a posto, quindi? Non tanto, perché al momento – secondo i dati raccolti da Il Bisturi - solo sei Regioni italiane (Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana, Trento e Veneto) hanno già deciso come somministrare la RU 486 alle donne che vorranno effettuare l'aborto farmacologico in alternativa a quello chirurgico. Tutte le altre non hanno ancora preso una decisione. In particolare, Lombardia, Toscana e Veneto hanno deliberato per il ricovero ordinario per tutta la durata dell'interruzione di gravidanza (normalmente tre giorni), mentre Emilia Romagna, Piemonte e P.A. di Tren-

to, hanno seguito la via della possibilità del day hospital, prevedendo appositi protocolli che consentono comunque il monitoraggio costante della donna, anche al di fuori dell'ospedale, per l'arco di tempo necessario all'aborto. Le altre Regioni aspettano indicazioni. Indicazioni che potrebbero prendere la forma di vere e proprie linee guida nazionali, come auspicato dal ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Maurizio Sacconi (che ha mantenuto la delega politica per le questioni etiche) e dal sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella o, come preferito dalle Regioni, di un'intesa in Conferenza Stato-Regioni.

Sacconi: "il Governo detterà "ulteriori linee guida sull'obbligo di ricovero ospedaliero per l'aborto farmacologico"

Su tutto peserà senz'altro il parere del Consiglio superiore di sanità, annunciato dal ministro Ferruccio Fazio (anche se la richiesta formale di parere non è stata ancora inoltrata al neo presidente Enrico Garaci), che tornerà a pronunciarsi sulla RU 486 dopo averlo già fatto in occasione della sperimentazione della pillola all'ospedale S. Anna di Torino nel biennio 2004/2005.

Comunque ad oggi nulla è ancora stato deciso e il quadro che emerge dall'indagine è quello di una preoccupante confusione, almeno nelle Regioni ancora indecise sul da farsi.

In questi ultimi casi, infatti, pur essendo state fatte riunioni, attivati tavoli tecnici e commissioni sanitarie allo scopo di raccogliere i pareri degli esperti e per sviluppare analisi dei costi a seconda degli scenari prospettabili, per il momento si è stabilito di aspettare. E tra le motivazioni poste figura anche l'esito delle elezioni di marzo, "perché – hanno rilevato alcuni interlocutori – questa decisione non è solo sanitaria ma an-

che etica e politica".

Quindi per il momento il rischio che si possa aprire una via regionale alla RU 486 è reale. E lo sa bene il Governo. Da qui l'annuncio della richiesta di un parere al Coss per, ha spiegato il ministro della Salute Ferruccio Fazio "una valutazione della situazione attuale e in particolare della disomogeneità a livello regionale e se e come stilare delle linee guida uniformate a livello nazionale".

Dal suo canto il ministro Sacconi ha fatto sapere che il Governo detterà "ulteriori linee guida sull'obbligo di ricovero ospedaliero per l'aborto farmacologico. E questo perché, secondo Sacconi, "anche se l'Agenzia del farmaco è stata chiara ed ha indicato la necessità di un pieno e continuo controllo ospedaliero, il Governo ritiene che l'aborto farmacologico debba svolgersi in condizioni di ricovero ospedaliero ordinario per essere coerente con la legge 194 e per la salute della donna". Per questo, ha spiegato Sacconi, il Governo procederà ad emanare ulteriori linee guida per chiarire la necessità di ricove-

ro nell'utilizzo della pillola abortiva.

Ancora più netta il sottosegretario Roccella che esprime un secco "no al day hospital: la pillola RU486 deve essere somministrata in regime di ricovero ospedaliero ordinario, come previsto dalla legge 194. Nella direttiva comunitaria sul mutuo riconoscimento – ha sottolineato – è stabilito chiaramente che prevale la legge nazionale, e la nostra legge sull'aborto stabilisce la necessità del ricovero ordinario. In questo senso c'è anche il parere del ministro Sacconi che abbiamo inviato all'Unione Europea e che comunicheremo anche alle Regioni". Sono queste ultime, scandisce Roccella, "a doversi dotare di linee guida compatibili". La questione, insomma secondo il sottosegretario, non lascia adito a dubbi: "La pillola abortiva va somministrata in regime di ricovero ordinario e con attento monitoraggio. Le regioni dovranno rispettare la legge: è una direttiva comunitaria che lo impone".

Ma, al momento, le Regioni, o si sono già divise o aspettano.

Le Regioni e la RU 486

Sì al day hospital

Emilia Romagna
Piemonte
P.A. di Trento

Solo ricovero ordinario

Lombardia
Toscana
Veneto

Non hanno ancora deciso

Abruzzo
Basilicata
Calabria
Campania
Friuli Venezia Giulia
Lazio
Liguria
Marche
Molise
Puglia
Sardegna
Sicilia
Umbria
Valle d'Aosta

Nota: La P.A. di Bolzano non ha risposto all'inchiesta
Fonte: indagine de Il Bisturi, febbraio 2010

Si è insediato l'organo di consulenza **IN MATERIA SANITARIA DEL GOVERNO**

ECCO IL NUOVO CSS

Il nuovo Consiglio Superiore di sanità taglia il nastro di partenza. Il massimo organo di consulenza in materia sanitaria del Governo si è infatti insediato agli inizi del mese di febbraio, alla presenza del ministro della Salute Ferruccio Fazio. A presiederlo sarà Enrico Garaci, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, affiancato dai vicepresidenti Eugenio Santoro, direttore scientifico del Cen-

tro trapianti Multiorgano dell'Ospedale San Camillo Forlanini di Roma, da Antonio Emilio Scala preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Vita Salute S.Raffaele di Milano e da Alberto Albertini Direttore Istituto di Tecnologie Biomediche del Cnr e Presidente dell'area di ricerca del Cnr di Milano. Sono stati nominati anche i presidenti delle 5 sezioni in cui è articolato. Presidente eletto

a presiedere la I Sezione "Programmazione sanitaria, Lea, finanziamento e spesa Ssn; ricerca sanitaria sistema informativo" è Giovanni Simonetti, direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica del Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma. La II sezione "Requisiti strutture sanitarie per accreditamento, qualità, Asl e ospedali, professioni sanitarie e formazione, sangue, emo-

derivati e trapianti sarà presieduta da Alberto Zangrillo, direttore del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale S.Raffaele di Milano. Presidente eletto alla III sezione "Igiene e sicurezza lavoro, inquinamento, malattie infettive, bioterrorismo, tossicodipendenze, acque minerali" è Gualtiero Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene e della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Pre-

ventiva dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. La IV sezione "Nutrizione, alimenti e sicurezza alimentare, animali e veterinaria" è presieduta da Massimo Castagnaro, preside della Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università di Padova. Infine a guidare la V Sezione "Farmaci e dispositivi medici" è Alberto Albertini, direttore dell'Istituto di Tecnologie Biomediche del CNR di Milano.

I componenti del nuovo CSS

PRESIDENTE

Enrico Garaci
Presidente dell'Iss

VICE-PRESIDENTE

Eugenio Santoro
Ds del Centro trapianti
Multiorgano Ospedale San Camillo Forlanini di Roma

VICE-PRESIDENTE

Antonio Emilio Scala
Preside della Facoltà dell'Università S.Raffaele di Milano

VICE-PRESIDENTE

Alberto Albertini
Direttore istituto di tecnologie biomediche e Presidente dell'area di ricerca del Cnr di Milano

Andrea Bacigalupo
Servizio di ematologia e trapianto di midollo osseo A.O. San Martino di Genova

Roberto Bernabei
Professore Ordinario di Medicina Interna presso l'Università Cattolica "Sacro Cuore" di Roma

Amedeo Bianco
Presidente della Fnomceo

Giovanni Biggio
Professore Ordinario di Neuropsicofarmacologia presso l'Università degli Studi di Cagliari

Giuseppe Brancato
Dirigente area tecnico sanitaria e della riabilitazione della A.O. Universitaria Meyer di Firenze

Silvio Brusaferrò
Professore Ordinario di igiene generale e applicata presso l'Università di Udine

Massimo Castagnaro
Preside della facoltà di Veterinaria Università di Padova

Giuliano Cerulli
Professore Ordinario di Clinica Ortopedica e Traumatologia presso l'Università di Perugia

Stefano Cinotti
Direttore Generale I.Z.S. Lombardia ed Emilia Romagna - Professore Ordinario di Clinica Medica Veterinaria presso l'Università degli Studi di Bologna

Ettore Cittadini
Professore Ordinario di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università di Palermo

Pietro Crovari
Professore Emerito di Igiene della Facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Genova

Bruno Dalla Piccola
Direttore Scientifico dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Ircss

Francesco Dammacco
Professore Ordinario di Medicina Interna Dipartimento Medicina e Oncologia, Università degli Studi di Bari

Claudio Fabris
Professore Ordinario di Pediatria - Neonatologia presso l'Università di Torino

Silvio Garattini
Direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano

Enrico Gherlone
Primario del servizio di Odontoiatria dell'Istituto Scientifico Universitario "S. Raffaele" di Milano

Maria Carla Gilardi
Direttore Istituto di bioimmagini e fisiologia molecolare Cnr

Miriam Guana
Presidente Federazione nazionale collegi ostetriche

Roberto Iadicco
Vice Direttore Agi

Maria Paola Landini
Direttore Uo di microbiologia Policlinico S. Orsola di Bologna

Gianluigi Lenzi
Professore Ordinario di neurologia presso l'Università "La Sapienza" di Roma

Giovanni Lucignani
Direttore Dipartimento Servizi Diagnostici Ao+ "S. Paolo" di Milano

Paolo Magistrelli
Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia Università Cattolica di Roma

Giulio Maira
Professore Ordinario di Neurochirurgia Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Mario Maj
Direttore del Dipartimento di psichiatria della II Università di Napoli

Maria Grazia Marciani
Direttore del Dipartimento di neuroscienze Facoltà di Medicina e Chirurgia

Guido Marinoni
Medico di famiglia, Bergamo

Marco Onofri
Responsabile struttura complessa di Cardiologia - P.O. Busto Arsizio

Anna Teresa Palamara
Professore Ordinario di Microbiologia presso la Facoltà di Farmacia dell'Università di Roma "La Sapienza"

Giuseppe Paolisso
Professore Ordinario di medicina interna e geriatria II Università di Napoli

Roberto Passariello
Direttore dell'Istituto di radiologia dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma

Lorenzo Pavone
Professore Ordinario di pediatria - Direttore Unità Operativa Clinica Pediatrica I presso A.O.

Ungaro
Università "Policlinico Vittorio Emanuele" di Catania

Fabio Pigozzi
Professore Ordinario di Medicina Interna presso l'Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Michele Poerio
Direttore Dipartimento Chirurgia specialistica Asl Rm G

Eleonora Porcu
Responsabile Centro Sterilità Procreazione Medica Assistita Università di Bologna - Policlinico S. Orsola Malpigi

Antonio Quaranta
Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari

Gualtiero Walter Ricciardi
Direttore Istituto Igiene e Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina preventiva presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Antonio Rizzotto
Direttore dell'Uoc urologia Ospedale Civile "Belcolle" di Viterbo

Armando Santoro
Direttore del Dipartimento oncologia medica ed ematologia, Istituto Clinico Humanitas, Rozzano

Eugenio Santoro
Ds del Centro Trapianti Multiorgano Ospedale San Camillo - Forlanini di Roma

Antonio Emilio Scala
Professore Ordinario di Chimica e Propedeutica Biochimica, Facoltà di Medicina e Chirurgia Università "Vita Salute" San Raffaele di Milano

Eugenio Scanziani
Preside Facoltà Medicina Veterinaria Università di Milano

Annalisa Silvestro
Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Giovanni Simonetti
Direttore Dipartimento Diagnostica per Immagini Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma

Alberto Spanò
Direttore del Dipartimento di Diagnostica Strumentale dell'Azienda RM/B di Roma

Mario Stirpe
Presidente IRCSS "Fondazione G.B. Bietti" di Roma per lo Studio e la Ricerca in Oftalmologia - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Alberto Zangrillo
Professore Ordinario di Anestesia - Direttore Dipartimento Anestesia e Rianimazione Ospedale San Raffaele di Milano

Claudio Zanon
Direttore Struttura Complessa Chirurgia Oncologia - Tecnologie Biochimiche Applicate presso l'Azienda San Giovanni Maggiore

Battista di Torino
Giovanni Zotta
Consigliere della Corte dei Conti

SCUOLA CARLO URBANI
per la Formazione dei Medici per la Cooperazione Internazionale

6° CORSO DI FORMAZIONE

EVENTO ECM

PROGRAMMA PRELIMINARE
FIRENZE 12 marzo - 29 maggio 2010

OBIETTIVO DEL CORSO

Proporre un livello di formazione di "base" in merito all'organizzazione del lavoro delle équipes sanitarie, nell'ambito della cooperazione internazionale in particolare modo orientata verso i progetti di sviluppo umano. Il corso ha ottenuto crediti dalla Commissione NFC.

DURATA DEL CORSO

6 Moduli quindicinali della durata di 4 + 8 ore da tenersi da settembre a novembre 2009, il venerdì pomeriggio ed il sabato mattina e pomeriggio per complessive 72 ore. Il Corso è riservato ai medici ed alle altre professioni sanitarie interessati alle problematiche della cooperazione

DIRETTORE DEL CORSO

Paolo Quondam

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Egidio Di Pedè
Enrico Reginato

RECAPITI

Telefono e fax: 055 496035
e.mail: segr.toscana@anaao.it

SEDE DEL CORSO

Residence Palazzo Ricasoli
Via Mantellate, 2 - Firenze
telefono 055 352151 fax 055 495001

DOCENTI

MARCO ANSELMO Malattie Infettive - Ospedale di Savona
ALESSANDRO BARTOLONI Malattie tropicali - Università Firenze
FRANCO BONANNI Esperto problematiche Albania, America Latina e Centro America
LUIGI CAFIERO referente UNDP Albania
DANTE CARRARO Direttore Medici con l'Africa CUAMM

LUCIANO CARRINO Ministero degli Affari Esteri- UNDP Roma
GIORGIO CORTASSA Esperto in medicina d'urgenza e problematiche della Cina
VALERIO DEL BONO Malattie Infettive - Ospedale San Martino di Genova
GIANLUCA FALCITELLI ONG CISP Roma
LUIGI FERRANINI Dipartimento salute mentale - Ospedale Galliera Genova

PIERGIORGIO GABASSI Psicologia delle organizzazioni e del negoziato - Gorizia
SILVIO GALVAGNO Chirurgo ONG CCM - Torino
GIUSEPPE GIAGNORIO Medicina d'Urgenza - Ospedale di Gorizia
ANTONIO GUERCI Antropologia Medica - Genova
ROSARIO LEMBO Contratto Mondiale per l'acqua

ALESSANDRO LORETTI Esperto in salute pubblica e Azione umanitaria - Ginevra
GAVINO MACIOCCO Istituto d'igiene dell'Università di Firenze
AMBROGIO MANENTI Direttore WHO Office Iran
GIUSEPPE MEO Chirurgo ONG CCM - Torino
GIACOMO NEGROTTA Responsabile UNDP Libia

FAUSTO ORECCHIO Istituto d'Igiene - Università Cattolica Roma
GABRIELLA PAGANO Malattie Infettive - A.O. San Martino Genova
LUCA SCALI Dirigente medico, epidemiologo - Siena
ANGELO STEFANINI Istituto di Igiene Università di Bologna
GIUSEPPE TOMMASINI Esperto problematiche Africa orientale

PROGRAMMA

MODULO I
venerdì 12 - sabato 13 marzo 2010

CONOSCENZA DI BASE

venerdì
15.00-17.00 Modello partecipativo, alternative alla cooperazione bilaterale e commerciale, cooperazione multilaterale, sviluppo umano, prospettive per la cooperazione decentrata
Luciano Carrino
17.00-19.00 UNDP ARTGOLD Libano: dai progetti ai piani di sviluppo
Luigi Cafiero
sabato
9.00-13.00 Programmazione e costruzione di un progetto di cooperazione per lo sviluppo
Franco Bonanni
13.00-14.00 Pausa
14.00-17.00 Primary Health Care
Luca Scali
17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

MODULO II
venerdì 26 - sabato 27 marzo 2010

VISIONE GENERALE: PER CAPIRE

venerdì
15.00-19.00 Antropologia della salute, costumi e religione nella molteplicità e nella diversità
Antonio Guerci
Sabato
9.00-11.00 Malattie croniche nei PVS
Giuseppe Tommasini
11.00-13.00 Disponibilità d'acqua. Acqua: diritto o bisogno? Le guerre per l'acqua
Rosario Lembo
13.00-14.00 Pausa
14.00-17.00 Disaster reduction, monitoraggio dei trend globali, allarmi precoci e contingency planning
Alessandro Loretti
17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

MODULO III
venerdì 9 - sabato 10 aprile 2010

ALLARGARE LA VISIONE

Venerdì
15.00-17.00 Epidemie globali: nord e sud del pianeta. Equità e sistemi sanitari in evoluzione
Gavino Maciocco
17.00-19.00 Il Sentiero difficile: 10 anni di Cooperazione sanitaria in Tibet
Gianluca Falcitelli
sabato
9.00-11.00 La disastrosa sindrome cinese. Troppo tardi, troppo poco?
Giorgio Cortassa
11.00-13.00 le équipes sanitarie
Giorgio Cortassa
13.00-14.00 Pausa
14.00-17.00 Acqua e malattie trasmissibili
Fausto Orecchio
17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

MODULO IV
venerdì 23 - sabato 24 aprile 2010

MALATTIE DEL SUD DEL MONDO 1

venerdì
15.00-17.00 Globalizzazione e salute: i rapporti tra FMI, WTO e WHO -
Paolo Quondam
17.00-19.00 Malattie infettive: inquadramento generale
Gabriella Pagano
sabato
9.00-11.00 Malattie ad elevata contagiosità e PVS
Marco Anselmo
11.00-13.00 AIDS: diffusione, prevenzione e spazi terapeutici nei Paesi in via di sviluppo -
Valerio Del Bono
13.00-14.00 Pausa
14.00-17.00 Malaria, realtà e territori
Alessandro Bartoloni
17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

MODULO V
venerdì 14 - sabato 15 maggio 2010

MALATTIE DEL SUD DEL MONDO 2

venerdì
15.00-17.00 Ruolo delle ONG in Medio Oriente -
Angelo Stefanini
17.00-19.00 Sistemi sanitari in Africa: ruolo dell'ONG "Medici con l'Africa Cuamm"
Dante Carraio
Sabato
9.00-11.00 Cooperazione sanitaria in Palestina e in Iran -
Ambrogio Manenti
11.00-13.00 Urgenze mediche -
Giuseppe Giagnorio
13.00-14.00 Pausa
14.00-17.00 Comunicazione e negoziazione in aree di crisi -
Piergiorgio Gabassi
17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

MODULO VI
venerdì 28 - sabato 29 maggio 2010

ATTRIBUZIONE E PRESA IN CARICO

venerdì
15.00-17.00 Organizzazione di un intervento di cooperazione internazionale
Giacomo Negrotto
17.00-19.00 Salute mentale nei paesi in via di sviluppo e durante periodo bellico
Luigi Ferranini
sabato
9.00-11.00 Chirurgia nei paesi PVS
Giuseppe Meo
11.30-13.00 Chirurgia di guerra -
Silvio Galvagno
13.00-14.00 Pausa
14.00-16.00 Gestione delle ferite di guerra: ruolo dell'équipe
Silvio Galvagno
16.00-18.00 Questionario di valutazione finale

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anao Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Lusenti
Direttore responsabile
Silvia Procaccini
Comitato di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,
Costantino Troise

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORIALE

Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario
Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano
n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb.

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di febbraio 2010