

AL VIA LA "VERTENZA SALUTE" PER SALVARE IL SSN



servizi alle pagine 2-6

Assemblee in tutta Italia, tre manifestazioni a Napoli, Milano e Roma a cui potrebbe far seguito uno sciopero nazionale a marzo. È la "Vertenza Salute" per salvare il Sistema sanitario nazionale, lanciata dai 130mila dirigenti del Ssn "per dire no a chi vuole distruggere la sanità italiana". "Il rischio più grande - denunciano i 130 mila dirigenti del Ssn - è quello di arrendersi di fronte a una realtà di disfacimento del sistema sanitario pubblico italiano, che ormai non offre più neanche la consolazione di un Centro-Nord che tutto sommato se la cava". Insomma, il 2010 non è ancora arrivato ma, perlomeno per la sanità, già si prospetta un clima di aspro confronto. Le danze di protesta si apriranno il 19 gennaio,

in cui ci sarà una giornata di mobilitazione nazionale, con assemblee di medici, veterinari e altri dirigenti del Ssn nei luoghi di lavoro. In seguito, arriveranno pure due manifestazioni regionali, a Napoli il 4 febbraio e a Milano il 16 per puntare l'attenzione sui problemi del Centro-Sud e del Nord, e una manifestazione nazionale a Roma il 9 marzo. Rimane poi da giocare la carta dello sciopero nazionale se non dovessero arrivare risposte convincenti dalle Istituzioni, come ha affermato a chiare note Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anaa Assomed. "C'è un quadro allarmante e drammatico, che ha portato i sindacati dei medici e degli altri dirigenti delle Asl e degli ospedali pubblici italiani, ad aprire una vera e propria 'Vertenza salute' per richiamare l'attenzione di Governo, Parlamento,

Regioni ed opinione pubblica sul progressivo e apparentemente inarrestabile degrado della sanità pubblica italiana", hanno dichiarato le sigle sindacali (nelle pagine seguenti pubblichiamo il documento unitario presentato da Anaa Assomed - Cimo-Asmd - Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici - Fvm - Fassid - Fesmed - Sds Snabi - Aupi - Sinafo - Fedir Sanità - Sidirss). I sindacati stigmatizzano l'atteggiamento delle istituzioni: "Non è arrivata nessuna risposta alle esigenze dei cittadini e degli operatori che vogliono un servizio più efficiente, moderno e di qualità in tutto il Paese". Si annunciano "nuove chiusure di posti letto ospedalieri senza prevedere alcun servizio alternativo e sussistono risposte inadeguate alla impellente domanda di assistenza per gli anziani ed i non autosufficienti. *segue in seconda pagina* ➔

Sommario |

FAZIO MINISTRO DELLA SALUTE

Rinasce il dicastero della Salute. Il neo ministro ha giurato al Quirinale il 15 dicembre scorso
pagina 8

SIGLATO IL PATTO PER LA SALUTE

Governo e Regioni chiudono un negoziato difficile, ma il nuovo patto 2010/2012 soddisfa solo in parte
pagine 9-10

LA SALUTE DEGLI ITALIANI

Presentata la Relazione sullo stato sanitario del Paese. Siamo longevi, in buona salute ma aumentano i cronici
pagine 11-13

Mobilitata tutta la DIRIGENZA DEL SSN

FERMIA MOLI

Nessuna risposta alle esigenze dei cittadini e degli operatori che vogliono un servizio più efficiente, moderno e di qualità in tutto il Paese. Nuove chiusure di posti letto ospedalieri senza prevedere alcun servizio alternativo. Risposte inadeguate alla impellente domanda di assistenza per gli anziani ed i non autosufficienti. Nessuna risposta alla piaga delle liste d'attesa che le Regioni scaricano su medici ed operatori costretti a lavorare in condizioni inaccettabili

segue dalla prima

Nessuna risposta alla piaga delle liste d'attesa che le Regioni scaricano su medici ed operatori costretti a lavorare in condizioni inaccettabili".

"E intanto – sottolineano i sindacati – continua lo scandalo delle nomine politiche di primari e direttori generali, dove si guarda più alla tessera di partito che alla qualità delle persone. Aumentano



le denunce e gli scandali che mostrano una connivenza sempre più diffusa tra sanità

e malaffare. Passa sotto silenzio la denuncia fatta dal Capo della Protezione civile Guido Bertolaso sul fatto che sono almeno 500 gli ospeda-

li italiani a rischio di crollo per terremoto o altre calamità naturali". Critiche anche sui mancati interventi per l'ammodernamen-

to degli ospedali che "necessiterebbero, insieme a scuole e altri edifici di pubblica utilità, di un grande piano nazionale di sicurezza ed ammodernamento strutturale e tecnologico".

"Assordante – denunciano i dirigenti del Ssn – il silenzio calato sulla denuncia dei numerosi casi di intimidazioni subite, in particolare ma non solo, dai veterinari del Ssn che continuano a subire ogni giorno attacchi e violenze inaudite che mirano a impedire loro di svolgere con serenità e in sicurezza i compiti di prevenzione sanitaria, eradicazione delle malattie degli animali e sicurezza alimentare".

Le dieci proposte delle organizzazioni sindacali

1. Maggiori risorse economiche più adeguate al fabbisogno del Ssn, valutabili in almeno 110 miliardi di euro per il 2010 e 115 miliardi di euro per il 2011 (oggi il Patto ne prevede solo 106,2 per il 2010 e 108,6 per il 2011), accompagnate da un maggiore rigore nel controllo della spesa sanitaria da parte delle Regioni.

2. Un Piano nazionale per la ristrutturazione, l'ammodernamento e la messa in sicurezza del patrimonio sanitario pubblico (ospedali, ambulatori, servizi territoriali, tecnologie) con uno stanziamento di almeno 15 miliardi di euro nei prossimi dieci anni (il Patto ne

stanziava poco più di 5).

3. Garanzia che i decreti attuativi del federalismo fiscale non mettano in discussione in alcun modo l'unitarietà del sistema sanitario e il diritto dei cittadini ad avere la stessa quantità e qualità dei servizi erogati.

4. Emanazione dei nuovi più volte annunciati Livelli di assistenza che diano risposta alle nuove esigenze dei cittadini, a partire dagli anziani, i disabili, le donne e gli affetti da malattie rare che aspettano da anni risposte assistenziali e servizi adeguati.

5. Abrogare la norma che autorizza i

direttori generali delle Asl a mandare in pensione anzitempo i medici del Ssn.

6. Garantire comunque il turn over negli ospedali e nelle Asl per non mettere a rischio la qualità del servizio e la stessa sicurezza delle cure.

7. Fuori la cattiva politica dalla sanità, a partire dalle nomine di manager e primari che devono essere affidate a criteri basati esclusivamente sul merito professionale dei candidati.

8. Sanare lo scandalo delle migliaia di medici ed altri dirigenti precari. La sanità non può vivere nella precarietà professionale perché deve contare sempre su professionisti motivati, giustamente valorizzati e non

"ricattabili" da parte dell'amministrazione.

9. Provvedimenti concreti sulla sorte della libera professione intramoenia a pochi mesi dalla scadenza dell'ennesima proroga (31 gennaio 2010).

10. Rivalutazione economica e professionale della dirigenza del Ssn già a partire dal biennio 2008-2009 non ancora definito e della indennità di esclusività il cui importo è fermo al 2002, e soprattutto con una complessiva rinegoziazione dei trattamenti economici e normativi della categoria nella prossima tornata contrattuale, per la quale nella finanziaria 2010 non vi sono le necessarie risorse.

L'intervento del segretario nazionale **CARLO LUSENTI**

Fermiamo la cattiva politica che distrugge la sanità

"I 130mila medici che rappresentiamo hanno un fine, tutt'altro che banale: ribaltare la visione dei problemi nel nostro Paese che si poggia su una serie di luoghi comuni. Due su tutti. Primo che il Ssn costa troppo, secondo che lo spreco sia colpa dei professionisti del settore". Così Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anao Assomed, ha spiegato alla stampa i motivi che hanno spinto i sindacati a dare il via alla Vertenza salute.

"Non è vero che la spesa sanitaria è eccessiva, è un dato falso - ha detto - quel che si spende in Italia è molto meno di quanto investito dagli altri Paesi, tant'è che l'Italia è ormai al 19° posto per la spesa destinata alla sanità". Secondo luogo comune: i responsabili dei dissesti della sanità sono i professionisti. "La colpa dello spreco - ha ribadito con forza - è della cattiva politica, degli amministratori incapaci, degli affaristi, che stanno distruggendo un presidio di civiltà oltre che il diritto alla sicurezza dei cittadini. I professionisti che lavorano in questi servizi sono due

volte vittime: primo, perché ci lavorano dentro in condizioni pessime e secondo, perché vengono accusati a loro volta di questi disastri causati da altri. Noi vogliamo invertire questa ottica e difendere un diritto costituzionalmente garantito, stiamo parlando del lavoro delicatissimo portato avanti da 130mila professionisti. Pretendiamo più rispetto per il nostro lavoro. E il nostro slogan "fermiamoli" - ha aggiunto - vuol dire proprio questo: fermiamo i cattivi amministratori nominati dalla politica che non risolvono le vere criticità della sanità. Chiediamo regole chiare, leggi che risolvano una volta per tutte le troppe questioni ancora aperte e che sono ancora lontane dall'essere approvate, dal governo clinico al rischio clinico, tra le molte". E ancora, è necessaria anche un'operazione verità sul nuovo Patto della salute, da poco chiuso fra Governo e Regioni. Le risorse sono aumentate rispetto alla prima versione, ma restano scarse per la spesa corrente e ancor di più per gli investimenti. Questo ha ripercussioni fortemente

negative sulla qualità e quantità delle prestazioni ai cittadini e sulle condizioni di lavoro degli operatori, che sono appunto vittime di una situazione provocata dalla pessima gestione di cattivi amministratori nominati dalla politica". Ecco perché i medici, ha spiegato il segretario nazionale, hanno deciso di organizzare delle giornate di mobilitazione. "Non si tratterà di manifestazioni di piazza e vi prenderanno parte tutti gli addetti ai lavori - ha chiarito Lusenti - ma se durante questo percorso di dialogo e di trasmissione delle proposte non avremo ascolto, saremo allora costretti, nella prossima primavera, a mettere mano alle armi finali della tradizionale azione sindacale, ossia giornate di sciopero e una manifestazione nazionale". Attendiamo risposte, ha quindi chiosato Lusenti "siamo persone responsabili che esercitano la responsabilità come elemento distintivo della propria professionalità. E nessuno lo deve dimenticare".



Dure critiche anche nei confronti del nuovo Patto per la Salute, appena siglato in Conferenza Stato-Regioni. "Non risolve il problema - tuonano i medici - ormai cronico dello spreco di risorse da parte di molte Regioni, che, in accordo con il Governo, preferiscono fare ricorso, ancora una volta, a tagli indiscriminati delle voci di spesa, quali la rottamazione dei Medici invece di predisporre piani di risanamento gestionale e di

ristrutturazione dei servizi, con il risultato che molti cittadini vedranno messa in discussione la stessa erogazione delle prestazioni essenziali".

"L'ulteriore riduzione del numero - aggiungono i sindacati - di posti letto per acuti (3,3 per mille abitanti) ne produrrà un ulteriore taglio (si calcolano quasi 10 mila letti in meno) che in presenza di un forte ritardo della riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi ter-

ritoriali rischia di provocare un vuoto assistenziale nel quale saranno risucchiate prioritariamente le fasce di popolazione più deboli".

IL DOCUMENTO UNITARIO PRESENTATO DA ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FP CGIL MEDICI - FVM - FASSID - FESMED - SDS SNABI - AUIPI - SINAFO - FEDIR SANITÀ - SIDIRSS

LA NOSTRA VERTENZA

PREMESSA

Da molti mesi assistiamo ad un indiscriminato attacco, da parte di esponenti del Governo centrale e dei Governi regionali ai medici, ai veterinari ed all'intera dirigenza del Ssn, anche con aggettivi ignobili rivolti contro chi cura e tutela la salute dei cittadini.

È la tipica politica demagogica che, inserendosi nella linea di congiunzione tra l'attività della pubblica amministrazione ed il consenso popolare, non opera distinzioni che salvaguardino la delicatezza e la specificità di settori deputati alla difesa di beni costituzionalmente protetti, qual'è la tutela della salute.

IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Il finanziamento del Ssn rimane sottostimato come da sempre. Il fondo sanitario nazionale italiano continua ad essere tra i più bassi di tutta la comunità europea e dei Paesi dell'OCSE 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.

Non si intravedono cambiamenti, nonostante la recente sottoscrizione del Patto per la salute, in questa politica che non trova risorse aggiuntive da investire nel SSN, per ammodernare le strutture e far fronte ai bisogni di assistenza sanitaria dei cittadini.

IL PATTO PER LA SALUTE 2010-2012

Anche se, sotto il profilo strettamente economico il Patto rappresenta un timido passo in avanti, non risolve il problema di molte Regioni, che, in accordo con il Governo, continueranno a fare ricorso, a tagli indiscriminati delle voci di spesa, piuttosto che aggredire gli sprechi che determinano i disavanzi, con il risultato che molti cittadini vedranno messa in discussione la stessa erogazione delle prestazioni essenziali.

Il mancato intervento sul deficit di carattere strutturale delle Regioni determinerà nuovi aumenti delle aliquote Irap ed Irpef destinati a pesare ulteriormente sia sul sistema produttivo, sia sulle spalle degli incolpevoli cittadini e dei medici di quelle Regioni dove i ritardi o i malaffari della politica hanno procurato (e continuano a procurare) profonde ferite nel sistema sanitario regionale.

L'ulteriore riduzione del numero di posti letto per acuti (3,3 per mille abitanti), ne produrrà un ulteriore taglio accrescendo le preoccupazioni sulla sorte del Ssn di fronte all'evidente ritardo della riorganizzazione della rete ospedaliera.

In molte Regioni il taglio di posti letto in assenza di una contestuale riqualificazione dell'assistenza territoriale rischia di provocare un vuoto assistenziale nel quale saranno risucchiate prioritariamente le fasce di popolazione più deboli, gli anziani, i malati cronici, i portatori di polipatologie.

Tale scenario inquina ulteriormente il mondo del lavoro del Ssn e nega ai suoi operatori il supporto indispensabile per espletare al meglio la propria professionalità e per assumersi le connesse responsabilità.

Tale scenario inquina ulteriormente il mondo del lavoro del Ssn

segue a pag. 4 ➔

➔ segue da pag. 3

e nega ai suoi operatori il supporto indispensabile per espletare al meglio la propria professionalità e per assumersi le connesse responsabilità.

UN MODELLO COMPATIBILE DI FEDERALISMO

L'attuale contesto del Ssn appare ancora in fase di transizione e profonda trasformazione nel rapporto tra Stato e Regioni e tra Regioni ed Autonomie locali.

La riforma del titolo V della Costituzione del 2001 ha creato una situazione permanente di conflitto di competenze tra Stato e Regioni che rende impossibile ogni tentativo di correggere le attuali disfunzioni del sistema sulle quali nessuno vuole seriamente intervenire. Si è acuita, di conseguenza, la crisi del carattere unitario del Servizio sanitario la cui disarticolazione, con la presenza di più sistemi a diversa velocità di crescita, comporta una perdita complessiva di coesione sociale ed una progressiva riduzione di garanzie formali e sostanziali. La stessa qualità e sicurezza delle cure, come le cronache dimostrano, è divenuta una funzione del codice postale ed il rischio clinico una variabile della latitudine.

Oggi appare fondato il pericolo di una modulazione inaccettabile dei diritti dei cittadini a fronte dell'incapacità di troppe Regioni di organizzare e gestire un Servizio sanitario efficiente ed efficace con la grave conseguenza di acuire sempre di più il divario tra Nord e Sud. L'introduzione del federalismo all'interno di un Ssn, finanzia-

to dalla fiscalità generale, senza prevedere precise dinamiche perequative e solidaristiche rischia di creare una ulteriore sperequazione tra Regioni ricche e Regioni povere.

Il livello di servizi sanitari, a cui i cittadini di alcune Regioni possono accedere, rischia di dipendere essenzialmente dal grado di solidarietà manifestato dagli abitanti delle Regioni ricche; il che cambia radicalmente lo spazio dei diritti e muove verso un contesto in cui essi cessano di essere un bene pubblico nazionale, costituzionalmente garantito, per assumere una valenza locale.

Se la strada verso la devoluzione regionale appare senza ritorno, alcuni elementi fondamentali devono essere mantenuti nell'ambito di una competenza unitaria e quindi nazionale.

In particolare chiediamo:

- la definizione ed il finanziamento dei Lea accompagnati da pochi e chiari indicatori di offerta e da standard qualificanti, soggetti però a rigorosa verifica, lasciando a livello regionale il compito di organizzare la risposta.
- un fondo di perequazione di tipo verticale gestito dallo Stato;
- l'uniformità dei requisiti di accreditamento di strutture e professionisti;
- l'omogeneità dello stato giuridico del personale.

LO STATO GIURIDICO

L'applicazione indiscriminata anche ai medici, ai veterinari e a tutta la dirigenza del Ssn della rottamazione al raggiungimento di 40 anni contributivi, provvedimento di dubbia costituzionalità, è un attacco particolarmente grave.

Malgrado le proteste e gli appelli unitari della categoria, i dubbi di alcuni ministri e le ripercussioni sul bilancio Inpdap, valutabili in un aggravio di spesa di circa 3 miliardi di euro, con ostinazione degna di miglior causa, il Governo ha reintrodotta con il decreto anticrisi, legiferato ponendo per ben due volte la fiducia, questa norma incomprensibile che, per di

più, ha annullato la precedente volontà contraria espressa palesemente dal Parlamento. Cambiando le regole in corsa si sottrae ai medici ed agli altri dirigenti sanitari la libertà decisionale, acquisita a proprie spese, in merito all'età di quiescenza per attribuirle alle amministrazioni sanitarie, lasciando in balia del potere discrezionale e ricattatorio delle direzioni generali una generazione di professionisti che costituiscono la spina dorsale del sistema sanitario.

A fronte delle giuste proteste della dirigenza del Ssn, il portavoce del ministro Brunetta non ha trovato di meglio che irridere le organizzazioni sindacali dei medici, dei veterinari e dell'intera dirigenza del SSN accusandole di protestare contro un provvedimento, la rottamazione, a suo dire inesistente!!!

Espellere dal sistema professionisti a soli 58-60 anni di età vuol dire aggravare ed anticipare la crisi demografica della professione medica, in netta controtendenza con le declamate politiche previdenziali ed in contraddizione con lo stesso aumento dei limiti di età di quiescenza decretato per le donne del pubblico impiego, dottoresse comprese.

Si priva così il Ssn di esperienze e competenze professionali senza alcuna garanzia di ricambio e, quindi, con gravi rischi per la tenuta del sistema sanitario pubblico manifestando, nel contempo, una schizofrenia legislativa laddove si guardi ad attuali ddl che, pur carenti, vanno nel senso esattamente opposto alla rottamazione.

• In questo contesto il decreto di Riforma del pubblico impiego prevede lo svuotamento della contrattazione (in aperta contraddizione con il processo di privatizzazione del rapporto di lavoro), ulteriori sanzioni, l'accorpamento delle aree contrattuali con limitazione dell'autonomia dell'area medica, mentre giacciono in Parlamento su binari morti, anche per la netta opposizione delle Regioni,



provvedimenti legislativi di miglioramento del sistema, come quello sulla governance e quello sul rischio clinico. Inoltre, non si adotta alcun provvedimento concreto sulla sorte della libera professione intramoenia a pochi mesi dalla scadenza dell'ennesima proroga (31 gennaio 2010).

- La cosiddetta Operazione trasparenza, che coinvolge il pubblico impiego, ma non altre categorie pure retribuite dai cittadini quali magistrati ed universitari, anche molto criticate, dimostra ulteriormente una politica forte con i deboli, ma incapace di colpire le principali cause del degrado del sistema Italia, dietro le quali si nasconde chi è in grado di esercitare forti pressioni sulla classe politica per mantenere anacronistici privilegi.
- Il sistema formativo ha ormai raggiunto il livello di allarme, per la persistenza di condizioni di extraterritorialità per le Facoltà di Medicina, ancora una volta legittimate quale variabile indipendente del sistema. Comunque in evidente crisi è l'intero sistema formativo universitario delle professioni sanitarie che va completamente ripensato e ridisegnato.

IL GOVERNO CLINICO

Da anni si discute di riformare il sistema sanità ed ogni Go-

verno cerca di mettervi mano, vanamente per la compatta opposizione delle Regioni di tutti i colori politici. Sembrano tutti solidali, Governo, opposizione, forze sindacali, organizzazioni manageriali, ma quando si arriva al vero nocciolo del problema, chi gestisce la Sanità contrasta la vera consistenza della riforma: eliminare il controllo politico dalla gestione.

La Commissione Affari Sociali della Camera ha licenziato un progetto unificato di riforma che non sembra modificare le storture del sistema.

I professionisti del Ssn dovrebbero utilizzare il governo clinico non solo quale mezzo per partecipare attivamente alle scelte strategiche, ma quale vero e proprio strumento di rilancio culturale, scientifico ed operativo, sostituendo la visione dirigista con quella fondata su una maggiore responsabilità degli attori del sistema.

Certo alla politica competono le decisioni di programmazione in sanità e la scelta dei modelli organizzativi, ma non è più tollerabile l'ingerenza della logica partitica nelle nomine dei Direttori Generali o, ancora peggio, nelle nomine dei Direttori di Struttura Complessa. Le scelte e le consequenziali nomine, dovrebbero sempre avvenire sulla base di una selezione che parta dal "saper fare" e da quello "che si è fatto" valutando, in tutti i campi, i risultati raggiunti.

LA RESPONSABILITÀ CLINICA

Recenti studi della Fiaso (la Federazione delle Aziende sanitarie e Ospedaliere) hanno dimostrato che circa l'85% degli eventi avversi sono da



Da anni si discute di riformare il sistema sanità ed ogni Governo cerca di mettervi mano, vanamente per la compatta opposizione delle Regioni di tutti i colori politici

ricorrere a problemi di natura organizzativa che, tuttavia, espongono i cittadini a danni evitabili ed i professionisti sanitari a contenziosi logoranti con un aumento progressivo della medicina difensiva (il cui costo è calcolato in circa 12mld di euro/anno) oltre ad incrementi dei costi di gestione e dei premi assicurativi.

A fronte di ciò la dirigenza sanitaria viene riconosciuta responsabile, in sede processuale, solo entro un range tra il 10 e il 20% dei contenziosi nelle numerose cause presentate in sede civile e penale (circa 30.000 nel solo anno 2007). Tutto questo richiede una profonda rivisitazione della legislazione sul rischio clinico con l'introduzione di strumenti quali:

- il riconoscimento della responsabilità civile a carico della struttura;
- la costituzione di un fondo per l'alea terapeutica;
- la realizzazione di camere di conciliazione in sede stragiudiziale e l'attivazione indifferibile di una vera attività di risk management, normata da legge, in tutte le aziende a fronte di unità operative esistenti, oggi, solo sulla carta.

LE CONDIZIONI DI LAVORO

- Strutture di Pronto soccorso tecnicamente impossibilitate a dare adeguate risposte ed inadeguate al surplus di prestazioni richieste.
- Carezza, per blocco del turnover, di personale indispensabile per garantire i servizi essenziali.
- Persistenza, da più di un decennio, del precariato con riflessi negativi sull'assistenza.
- Scarsità di risorse necessarie per chi deve affrontare l'assistenza delle patologie croniche in aumento progressivo.
- Mancanza di programmazione dei carichi di lavoro con turni massacranti che incidono sulla qualità dell'assistenza e sullo stato di salute degli operatori con incremento del rischio di eventi avversi.

- Presenza di strutture spesso fatiscenti "dotate" di tecnologie obsolete e inadeguate.
- Direttori generali il cui unico fine e la cui unica modalità di valutazione da parte della Regione è il "risparmio" sulla pelle di chi lavora nel Ssn e dei cittadini.

Se non è il quadro di un sistema al collasso si avvicina molto.

I Medici sono stanchi di essere considerati responsabili del disagio dei pazienti e di un sistema condannato a galleggiare perché incapace di eliminare sprechi e corruzione e di programmare i servizi in maniera adeguata ai bisogni dei cittadini.

Ancora oggi sprechi e spese improprie permangono, addirittura, anche nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro e la corruzione continua a manifestarsi al sud come al nord.

Viviamo un sistema la cui riorganizzazione esiste solo tra annunci e fughe in avanti e la cui unica preoccupazione/ossessione, spesso solo di facciata, è il controllo dei costi.

A chi ed a cosa serve una sanità sfinita, demotivata ed impoverita nelle sue professionalità ma con il bilancio in pareggio?

Ciò che è accaduto nell'ultimo anno, in specie al Sud, rimanda a problemi organizzativi e strutturali e non è riconducibile esclusivamente agli inevitabili errori medici.

In particolare, la categoria denuncia il mancato rispetto di normative che regolano la sicurezza e chiede una celere riorganizzazione della rete ospedaliera che assicuri non un ospedale per campanile, ma strutture organizzate a rete, in sinergia con un territorio potenziato. Occorre garantire la qualità dei servizi e l'equità di accesso, riqualificare la spesa al riparo dalle invadenze della politica assumendo la qualità professionale e la gestione del rischio clinico come obiettivi di politica aziendale.

Se il Ministro del Welfare è ancora dell'idea che "la valorizzazione del personale del Ssn, a partire dalla dirigenza, è condizione imprescindibile per salvaguardare la sanità pubblica" questo è il momento di dimostrarlo.

E chiediamo al neo Ministro della Salute Prof. Ferruccio Fazio di portare avanti concrete azioni di cambiamento, al di là di tanti impegni solo verbali. D'altra parte anche il Ministro del Tesoro ha recentemente e pubblicamente elogiato la nostra sanità sostenendo che essa "è fra le migliori d'Europa e presenta livelli straordinari grazie al personale medico ed infermieristico".



Chiediamo alla politica di far seguire alle parole i fatti proprio per non disperdere ciò che la politica stessa considera un patrimonio: il nostro servizio sanitario nazionale.

IL PRECARIATO

Sono circa 43.000 i professionisti della sanità operanti nel sistema pubblico con un lavoro flessibile, spesso con contratti atipici di breve durata, a causa del blocco delle assunzioni imposto dalle leggi finanziarie e dai vari piani di rientro. La dirigenza esprime da sola 8.239 precari (circa il 60% donne) tra medici, veterinari e dirigenti sanitari, professionali, tecnici ed amministrativi (in base al Conto annuale 2008 della Ragioneria Generale dello Stato).

Un'alta percentuale di precarizzazione del lavoro si evidenzia poi nell'area della prevenzione veterinaria, con 1200 ve-

Sono circa 43.000 i professionisti della sanità operanti nel sistema pubblico con un lavoro flessibile, spesso con contratti atipici di breve durata, a causa del blocco delle assunzioni imposto dalle leggi finanziarie e dai vari piani di rientro

terinari precari a fronte dei circa 6.000 dirigenti contrattualizzati.

In questa situazione appare indispensabile avviare in tutte le Regioni procedure di consolidamento in ruolo di tale personale per non disperdere importanti professionalità.

Quando il precariato dura, come spesso accade, 8 o 10 anni si determinano drammi personali e professionali che non è più possibile sottovalutare e che, tra l'altro, hanno innegabili ricadute negative sull'assistenza.

LE LISTE D'ATTESA

Liste d'attesa con tempi eccessivamente lunghi, nonostante l'impegno profuso dai medici, sono frutto prioritariamente dell'impovertimento delle risorse che comporta una carezza di personale e di tecnologie, un inefficace coordinamento tra servizi ospedalieri e territoriali ed una inadeguata programmazione organizzativa.

Tutto ciò danneggia il servizio pubblico in quanto orienta, troppo spesso, i cittadini verso il privato.

Non si potrà ottenere alcuna riduzione delle liste di attesa se non si interverrà con decisione sui fattori che le determinano e che abbiamo sopra indicato. I proclami demagogici, ai quali assistiamo da anni, non portano a nulla.

OSPEDALE-TERRITORIO

Il territorio deve garantire le prestazioni di base e la continuità assistenziale, integrandosi con i compiti propri dell'ospedale.

Pensiamo ad una sinergia di progetti di cura e di modelli organizzativi dei servizi al cui centro devono restare i bisogni del paziente, in un proces-

so di assunzione e dismissione armonica e condivisa di responsabilità, di funzioni e compiti che non abbandoni nessuno in una terra di nessuno.

L'Ospedale si deve caratterizzare sempre più quale luogo di terapie complesse per pazienti acuti, ricco di professionalità sofisticate e moderne tecnologie, che vede nel prossimo futuro l'organizzazione dei servizi secondo modelli dipartimentali articolati in funzioni per intensità di cura e lo sviluppo di ospedali pubblici e privati in reti integrate di area vasta o regionali.

Tali modelli spostano l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale con l'obiettivo che questo si svolga in modo unitario e ciò risulta utile per:

- garantire la continuità assistenziale ospedale/ospedale e ospedale/territorio,
- evitare inefficaci ed inefficienti duplicazioni di servizi,
- ricomporre due esigenze: la razionalizzazione dei servizi e l'accessibilità agli stessi.

Le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul territorio ed in vicinanza con la aree residenziali dei pazienti, utilizzando anche, in modo integrato, le grandi professionalità espresse dal mondo ospedaliero.

È necessario investire risorse sul territorio per promuovere e sostenere quei modelli organizzativi che meglio garantiscono continuità assistenziale, pratiche assistenziali pluriprofessionali e pluridisciplinari ed un sistema di continua reciproca comunicazione usufruendo delle nuove tecnologie, imple-

segue a pag. 6

➔ segue da pag. 5

mentando gli strumenti di sinergia, quali il piano di dimissione.

In definitiva il moderno processo assistenziale richiede una presa in carico globale del paziente, attraverso una forte integrazione tra risorse territoriali ed ospedaliere: sviluppo delle cure primarie e dell'integrazioni socio sanitarie a livello distrettuale, assistenza domiciliare integrata, ricoveri ospedalieri limitati alle fasi critiche e di instabilità clinica, sviluppo di modelli low-care, come day-hospital, day service, ambulatori dedicati per il follow-up delle malattie croniche (scompenso cardiaco, bronchite cronica ostruttiva, diabete mellito, ipertensione arteriosa, ecc.).



IL CONTRATTO DI LAVORO

La proposta del Governo per il rinnovo del contratto continua a sancire una riduzione secca della capacità economica della categoria senza che questa sia controbilanciata da eventuali benefici fiscali, senza una chiara previsione di un recupero del tasso inflattivo e senza, soprattutto, la rivalutazione dell'indennità dell'esclusività di rapporto, ferma dal 1 gennaio 2002 che, di fatto, sottrae oltre 300 euro mensili per ogni anno dallo stipendio.

I decreti delegati previsti dalla legge di riforma del pubblico impiego approvati dal Consiglio dei Ministri, quietamente asseverati dal Parlamento e dalle Regioni, prevedono una sterilizzazione della con-

trattazione affidando la disciplina di importanti aspetti organizzativi alla legge e non alla negoziazione tra le parti, con buona pace della tanto sbandierata privatizzazione dei rapporti di lavoro e nel rispetto della prassi, tipicamente italiana, di non rispettare i patti sottoscritti.

È chiara l'intenzione di non remunerare adeguatamente un lavoro al quale non si riconosce né ruolo né valore, sebbene venga svolto in condizioni sempre più difficili, tutti i giorni e le notti dell'anno, a tutela della salute dei cittadini.

Ciò accade a fronte di una continua riduzione degli organici ed in assenza di profondi processi riorganizzativi e strutturali, che aggravano drammaticamente la situazione dei medici, dei veterinari e dell'intera dirigenza del Ssn che produce ogni anno 10 milioni di ore oltre il normale orario di lavoro, mai retribuite. Questo sovraccarico di lavoro del personale sanitario, fatto non trascurabile, espone sempre più i cittadini al rischio di eventi avversi.

In assenza di certezze sul futuro economico e normativo dei contratti di lavoro cresce la rabbia e la frustrazione di una categoria che rimane il perno centrale di una Sanità Pubblica che, a parole, si vuole più equa ed efficiente.

LA SICUREZZA DEI VETERINARI DEL SSN NEI TERRITORI A LEGALITÀ LIMITATA

I veterinari del Servizio sanitario nazionale continuano a subire ogni giorno attacchi e violenze inaudite che mirano a impedire loro di svolgere con serenità e in sicurezza i compiti di prevenzione sanitaria, eradicazione delle malattie degli animali e sicurezza alimentare. È una situazione di emergenza che sta diventando sempre più grave. Ancora una volta ribadiamo con forza che quello delle intimidazioni e delle aggressioni dei sanitari che operano per preveni-

re illeciti, frodi e pericoli per la salute non può e non deve essere un problema esclusivamente del personale sanitario, abbandonato a fare da bersaglio anche per la criminalità organizzata. Le intimidazioni ai dipendenti pubblici hanno costi sociali ed economici pesantissimi. Le istituzioni, per non perdere la loro credibilità, devono farsene carico senza imperdonabili ritardi! L'ennesima vicenda di violenza è solo di qualche giorno fa e riguarda il personale del servizio veterinario di Sciacca, in Sicilia.

Occorre urgentemente un intervento legislativo per la loro protezione ed un risarcimento economico a favore di quei colleghi che hanno subito danni fisici, psichici e materiali non solo nel tempo di lavoro, ma in tutti i casi riconducibili a cause derivanti dal proprio lavoro.

CONCLUSIONI

L'intera dirigenza del Ssn merita e chiede più rispetto ed una maggiore valorizzazione dell'impegno e della complessità del compito che ogni giorno si assume a tutela del diritto alla salute della collettività.

Nessuno pensi di poter costruire aziende sanitarie tecnocratiche senza la cultura professionale dei medici o addirittura contro i medici.

Il senso di responsabilità di una categoria - che non può e non vuole sfuggire al ruolo di essere anche parte della classe dirigente - e la passione civile che la fa identificare con i luoghi del suo lavoro, induce a sollecitare una maggiore considerazione per l'impegno e le difficoltà con cui quotidianamente viene assicurata la tutela della salute dei cittadini.

Solo l'apertura di una nuova stagione di lotta da parte di tutte le forze che hanno a cuore il patrimonio del Ssn potrà salvare il sistema da un evidente e progressivo abbandono.

Noi faremo la nostra parte ma la sfida è per tutti.

Rinnovo del contratto II BIENNIO 2008-2009

TRATTATIVE IN STAND BY, SI RIPARTE A GENNAIO

È ancora in salita la strada per il rinnovo del contratto II biennio 2008-2009 dei medici e dei veterinari del Ssn. La seduta all'Aran il 21 dicembre si è, infatti, conclusa con un nulla di fatto e con un rinvio al 13 gennaio 2010. La seduta era stata preceduta da due incontri tecnici dedicati all'approfondimento delle problematiche relative alle sanzioni disciplinari. E con molte le aspettative da parte dei sindacati: l'incontro doveva infatti segnare un punto di svolta, ma così non è stato. La proposta di distribuzione economica è stata giudicata da tutti i rappresentanti sindacali insoddisfante e irricevibile. E solo la buona volontà ha fatto sì che la trattativa non subisse una traumatica interruzione. Ma vediamo cosa ha messo sul piatto l'Aran. Dall'Agenzia sono arrivati un aumento medio di 103,30 euro lordi mensile sul tabellare, un aumento medio di 62,63 euro mensili lordi sul risultato e un incremento medio di 13,39 euro lordi mensili sulla posizione unificata. Peccato però che non sia arrivata nessuna risposta: sullo 0,8% richiesto dai sindacati, sulla rivalutazione dell'indennità di esclusività, sulla Ria e sulla richiesta di rivedere alcune voci relative al disagio medico.

E non è finita qui: è stata avanzata dalla parte pubblica una proposta irricevibile relativamente all'orario di lavoro. Una proposta che per l'Anao Assomed è addirittura peggiorativa dell'esistente. L'Aran, all'intervento dell'Anao Assomed, ha infatti precisato

che non è sua intenzione modificare le norme contrattuali sull'orario di lavoro, rendendosi disponibile ad una semplice manutenzione che definisca meglio i confini tra orario e straordinario. Non è comunque una questione pregiudiziale affrontare il tema dell'orario di lavoro.

La risposta dell'Anao Assomed e di tutti i sindacati è stata ferma e decisa sull'impossibilità di continuare il confronto a queste condizioni. Quanto alle sanzioni conservative, il gruppo tecnico non ha fatto registrare passi in avanti: le distanze fra la proposta sindacale e quella dell'Aran erano ampie e tali sono rimaste. Il gruppo tecnico si riunirà quindi nuovamente il 13 gennaio 2010. Ma alla fine del 2009 ancora non è stata stabilita una data certa per la seduta plenaria delle delegazioni trattanti.



Le sanzioni disciplinari: **DALLA LEGGE BRUNETTA AL CONTRATTO DI LAVORO**

NO AD ECCESSI E SOPRUSI SANZIONATORI

Il rinnovo del Ccnl II biennio economico 2008-2009 presenta alcuni argomenti di particolare rilievo: la rivalutazione della indennità di esclusività di rapporto, ferma ai valori iniziali del 2000; le risorse aggiuntive regionali dello 0,8%, che si sommano all'incremento già fissato del 3,2%; le sanzioni disciplinari.

In particolare puntiamo i riflettori sulle sanzioni disciplinari che rivestono una rilevanza particolare, in considerazione anche del nuovo contesto legislativo e della intrinseca complessità.

La firma del Ccnl quadriennio normativo 2006-2009 e primo biennio economico 2006-2007 fu resa possibile perché Aran e Regioni accettarono la richiesta di parte sindacale di rinviare alla trattativa per il secondo biennio economico (2008-2009) la parte relativa alla introduzione delle sanzioni disciplinari per la Dirigenza Medica, già previste nell'atto di indirizzo del Comitato di settore per il contratto 2006-2009.

Parimenti il tema delle sanzioni disciplinari ha costituito fino ad ora, insieme alla previsione della destinazione della Ria ai fondi aziendali per la retribuzione di risultato, il principale ostacolo alla prosecuzione della trattativa per

il biennio economico 2008-2009, che iniziata il 22 dicembre 2008 si è subito bloccata per la indisponibilità dell'Anao Assomed e delle altre sigle dell'intersindacale medica a trattare l'argomento.

Come era prevedibile ciò che non era stato possibile ottenere sul tavolo contrattuale il Governo lo ha affermato con il Decreto legislativo 150/2009 (la cosiddetta legge Brunetta), che definisce le sanzioni disciplinari per i dipendenti pubblici (articolo 68 e seguenti), nonostante le numerose e forti iniziative di protesta sindacale.

Le sanzioni disciplinari contenute nel Decreto legislativo, in vigore dal 16 novembre 2009, si configurano come norme imperative che si applicano ai rapporti di lavoro, non possono in alcun modo essere modificate dai contratti di lavoro pena la loro automatica decadenza. Tuttavia alcune circoscritte materie sono demandate alla contrattazione collettiva che in ogni caso potrà operare esclusivamente nei limiti della legge. In sintesi la norma legislativa rafforza il potere disciplinare del datore di lavoro, sempre più assimilato al datore di lavoro privato e rende l'azione disciplinare obbligatoria. Viene rinviata ai contratti la definizione della tipologia del-

le sanzioni e delle relative infrazioni.

Ne consegue che il contesto all'interno del quale si esercitano il ruolo sindacale e la contrattazione si inverte radicalmente. Se prima del Decreto legislativo 150/2009 l'introduzione per via contrattuale delle sanzioni disciplinari per la dirigenza medica era inaccettabile per la specificità della dirigenza medica nel contesto del Pubblico impiego, oggi, dopo l'introduzione per legge delle sanzioni disciplinari per tutta la dirigenza del pubblico impiego, il tavolo contrattuale diventa la sede in cui affermare i caratteri distintivi della dirigenza medica e le caratteristiche peculiari della professione.

Il contratto diventa quindi lo strumento attraverso il quale stabilire alcune norme di garanzia come presentate al tavolo di trattativa dall'Anao Assomed:

- modulare e attenuare l'effetto del nuovo sistema sanzionatorio introdotto per legge, circoscrivendo il suo raggio di azione;
- definire procedure di garanzia che evitino l'applicazio-

ne autocratica e automatica, da parte delle Direzioni aziendali, delle nuove norme di legge;

- identificare specifiche infrazioni riferibili alla professione medica, compatibili con la complessità e le responsabilità ad essa collegate, piuttosto che soggiacere ad un generico e indistinto codice comportamentale uguale per tutto il pubblico impiego;
- definire i confini di un modello sanzionatorio che annulli i pericolosi cortocircuiti che si possono verificare nelle mani di Amministrazioni aziendali particolarmente zelanti nella interpretazione ed applicazione del dettato legislativo.

I diversi tipi di infrazioni disciplinari e di conseguenti sanzioni riportate recentemente dalla stampa specializzata, rappresentano solo un esempio di come Aran e Regioni intendono disciplinare la materia e certamente tale esempio non rappresenta la posizione dell'Anao Assomed.

Sarà solo il contratto, se si arriverà ad un ragionevole accordo, a definire i profili della materia disciplinare e i suoi

effetti. A trovare possibili soluzioni di questa complessa e sgradevole materia imposta per legge, e non annullabile per contratto, sono indirizzati i lavori della commissione tecnica Aran-Sindacati che ha iniziato i lavori il 17 dicembre 2009, dalla loro conclusione dipenderà il buon esito della tornata contrattuale.

Il tempo a disposizione è poco e la volontà dell'Anao Assomed di arrivare alla firma del contratto è stata esplicitamente dichiarata, ma con la ferma convinzione che non sarà possibile nessuna scorciatoia che eluda un solo aspetto della materia e che possa esporre la professione del medico ad eccessi e soprusi sanzionatori.

La delegazione trattante Anao Assomed è ben consapevole dell'importanza della posta in gioco e della indispensabile ricerca di un punto di equilibrio che sollevi i medici dalla semplicistica e grossolana assimilazione ai dipendenti del pubblico impiego, garantendo contemporaneamente gli elementi identitari della professione e la specificità di ruolo della dirigenza medica



IL NEO TITOLARE DEL DICASTERO ha giurato il 15 dicembre scorso al Palazzo del Quirinale

Ferruccio Fazio È IL NUOVO MINISTRO DELLA SALUTE

Prima sottosegretario, poi viceministro al Welfare con delega alla Salute, ora nuovo ministro della Salute. Nato a Garessio (Cn) nel 1944, Ferruccio Fazio si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa nel 1968, si è specializzato in Medicina nucleare nel 1970 e in Malattie dell'apparato respiratorio nel 1975.

Del suo lungo curriculum vale la pena ricordare l'incarico di direttore di servizi di Medicina nucleare e radioterapia presso l'Istituto scientifico universitario San Raffaele di Milano, l'insegnamento come professore ordinario di Diagnostica per immagini e radioterapia all'Università degli studi di Milano-Bicocca, la direzione dell'Istituto di bioimmagini e fisiologia molecolari del Cnr e il ruolo di segretario del Comitato nazionale per le scienze biologiche e mediche del Cnr.

Ma vediamo nel dettaglio quali sono state le sue principali tappe professionali.

Dal 1977 al 1980 è stato Primario e Senior Lecturer in medicina e radiologia presso la Royal Postgraduate Medical School all'Hammersmith Hospital dell'Università di Londra, dove ha installato la prima Pet in Europa.

Dal 1980 è stato pioniere in Italia nell'utilizzo della Pet per attività di ricerca e clinica presso

l'Istituto scientifico universitario San Raffaele. Dal 1980 al 1988 è stato Professore incaricato e poi associato di Medicina nucleare presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano e dal 1987 al 1999, sempre presso la stessa Università, Professore ordinario di Medicina nucleare.

È autore di oltre 300 pubblicazioni in estenso su riviste recensite da Science Citation Index (Sci). Nel 1992 è stato insignito della Laurea Honoris Causa in Medicina e Chirurgia dall'Università svedese di Lund e sempre nello stesso anno ha vinto il premio "Fondazione Internazionale Fatebenefratelli" – "Medical Humanities" in Neuroscienze. Nel 2005 ha vinto il Premio Internazionale "Vivisalute".

Nominato nel maggio 2008, insieme a Francesca Martini e Maria Eugenia Roccella, sottosegretario del Welfare con delega alla Salute nel nuovo Governo Berlusconi, Fazio è stato fin da subito l'interlocutore

di riferimento in materia sanitaria. Il suo ruolo e il suo volto sono diventati noti a tutta Italia soprattutto a seguito della minaccia pandemia di Influenza A, ma anche fuori dai riflettori è stato lui il principale rappresentante del Governo sulla Salute, trattando di Piani di rientro, di medicina del territorio, di ospedali e ammodernamento tecnologico, di Lea e Piano Salute, con l'intenzione di sviluppare la sanità del Sud a partire dalla razionalizzazione della rete ospedaliera e l'ammodernamento tecnologico. Ma soprattutto, con la realizzazione vera, in tutta Italia, dell'assistenza territoriale, perché "se si aumentano i servizi nel territorio si riducono i costi". A lui toccò anche spiegare le intenzioni del Governo quando il 20 maggio 2009 il premier Berlusconi, partecipando all'inaugurazione di una struttura privata accreditata, affermò che "all'Italia serve una riforma sanitaria e il modello da seguire è quello pubblico-privato

ispirato a tre principi: la libertà di ogni cittadino nella scelta del medico, quella di andare a farsi curare dove vuole e il pagamento a prestazione". Nei fatti, spiegò Fazio, si tratterebbe di "attivare i fondi strutturali per finanziare le opere di riqualificazione degli ospedali con il 50% di finanziamento a fondo perduto e il 50% di project financing". Secondo Fazio "potrebbero dunque crearsi delle situazioni in cui, all'interno degli ospedali pubblici, ci saranno delle unità gestite privatamente. La riqualificazione de-

gli ospedali è l'obiettivo da raggiungere e, se per arrivare a questo può essere utile il contributo del privato, allora ben venga". Detto questo Fazio può essere senz'altro annoverato tra i fan del Ssn: "Non c'è sistema migliore, ha recentemente dichiarato".

Quali saranno le intenzioni e le azioni concrete che Fazio realizzerà ora che è a capo del rinato e autonomo ministero della Salute – anche se con il forte ruolo dato all'Economia che ne ridimensiona le effettive competenze – ce lo dirà il tempo. Di sicuro, al momento, c'è che il neo-ministro dovrà vedersela con il lancio del federalismo e dei costi standard, sui quali le Regioni hanno già mostrato il pugno duro. E toccherà a lui vedersela con i medici, che hanno appena ripreso la "Vertenza salute" riguardo alla quale pretendono risposte alle criticità e alle istanze presentate al Governo da oltre un anno e cadute nel silenzio. E poi governo clinico, proroga dell'intramoenia, istituzioni dei nuovi albi per le professioni sanitarie, piani di rientro e controllo della spesa sanitaria. Vecchi e nuovi problemi che hanno già riempito la sua nuova scrivania da ministro.



Giorgio Napolitano e Ferruccio Fazio

Il commento dell'Anao Assomed **SULLA NOMINA DI FAZIO**

Auspichiamo collaborazione e confronto

L'Anao Assomed nel ribadire la sua approvazione per il ripristino del Ministero della Salute, esprime soddisfazione per la nomina di Ferruccio Fazio alla guida del dicastero. "Abbiamo più volte ribadito che avere un ministero della Salute autonomo è necessario. La nomina di Ferruccio Fazio ministro è il compimento di questo processo. Siamo quindi

soddisfatti". È questo il commento sulla nomina del neoministro del segretario nazionale Anao Assomed, Carlo Lusenti.

"Abbiamo avuto modo di apprezzare sin dall'insediamento del Governo Berlusconi – ha ricordato Lusenti – la sensibilità di Fazio anche in qualità di medico, nei

confronti dei problemi della categoria e ci auguriamo di poter contare sulla collaborazione e sul confronto reciproco. Queste qualità saranno indispensabili per affrontare i numerosi mali che affliggono il sistema sanità del nostro Paese e per risolvere i problemi che derivano dalle pessime condizioni di lavoro dei professionisti che in essa

operano". E il primo banco di prova sarà, per il nuovo Ministro, la Vertenza Salute.. "Ci auguriamo – ha concluso il segretario nazionale – che il nuovo Ministero, forte della sua autonomia, possa essere un interlocutore privilegiato attraverso il quale raggiungere quegli obiettivi indispensabili per la sopravvivenza del servizio sanitario pubblico"

Siglato l'accordo Governo Regioni **PER LA SANITÀ DEL PROSSIMO TRIENNIO**

ECCO IL PATTO PER LA SALUTE

Un braccio di ferro durato mesi, un'aspra contesa che finalmente ha trovato il 3 dicembre a Palazzo Chigi, la sua tregua con l'intesa definitiva siglata tra Governo e regioni sul nuovo Patto per la Salute 2010-2012 che confluirà, in parte, nel maxi emendamento del ministero dell'Economia alla Finanziaria 2010. Invariate rispetto alla preintesa del 23 ottobre scorso le risorse messe a disposizione dallo Stato per il Ssn per un totale di 332 miliardi di euro in tre anni. Così, per il 2010 le risorse per la sanità ammontano a 106,2 miliardi, nel 2011 a 108,6 miliardi e per il 2012 saliranno a 111,7 miliardi. A queste somme vanno poi aggiunti 5,6 miliardi di euro per gli interventi in edilizia e tecnologia. Novità per le regioni con i conti rosso per cui potranno scattare aumenti di Irap (+0,15%) e Irpef (+0,30%). Disposto anche il taglio di 9.800 posti letto negli ospedali entro giugno 2011 e la diminuzione delle cure in ospedale per trasferirle agli ambulatori, mentre rimane in sospeso il capitolo della farmaceutica. Ecco i punti più salienti dell'accordo.

FABBISOGNO FINANZIARIO

Fissati gli stanziamenti per il prossimo biennio: 104.614 milioni di euro per il 2010 e 106.934 milioni di euro per il 2011, comprensivi della riattribuzione dell'importo di 800 milioni di euro e dei 50 milioni da erogarsi in favore dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù e

non comprensivo delle somme destinate al finanziamento della medicina penitenziaria. Inoltre, sono state previste risorse aggiuntive pari a 1.600 milioni di euro per l'anno 2010 e a 1.719 milioni di euro per il 2011. Per il 2012, invece, lo Stato si è impegnato ad assicurare fondi aggiuntivi così da garantire un incremento del livello del finanziamento rispetto al 2011 del 2,8%.

Oltre a queste risorse concorrono anche gli incrementi da rinnovo contrattuale pari a quelli derivanti dal riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale nell'ordine di 466 milioni di euro annui a cui si aggiunge il finanziamento a carico del bilancio dello Stato di 584 milioni di euro per l'anno 2010 e di 419 milioni di euro per l'anno 2011. Lo Stato, inoltre ha garantito nel bilancio pluriennale 2010-2012 ai fini del finanziamento dell'edilizia sanitaria, a complemento delle risorse stanziare per il 2009 (1.174 milioni di euro), 4.715 milio-

ni di euro. Infine, è stato aggiunto 1 mld di euro ai 23 mld già previsti dal programma straordinario di interventi in edilizia sanitaria.

MONITORAGGIO DELLA SPESA

Governo e Regioni, con il supporto dell'Agenas avvieranno il monitoraggio di alcuni settori: riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera; assistenza farmaceutica; governo del personale; qualificazione dell'assistenza specialistica; meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato; accordi sulla mobilità interregionale; assistenza territoriale e post acuta; potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria rilancio delle attività di prevenzione.

RAZIONALIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA

Le misure prevedono un taglio complessivo di 9.800 po-

sti, la diminuzione del personale e la scrematura delle cure in ospedale per trasferirle al day hospital o all'ambulatorio. I provvedimenti prevedono una riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Ssr, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungo-degenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. I termini per le regioni sottoposte ai piani di rientro è fissato entro il 31 dicembre 2010 e per le altre regioni entro il 30 giugno 2011.

ACCREDITAMENTO E ASSISTENZA FARMACEUTICA

Prorogato al 31 dicembre 2010 il termine entro il quale concludere il processo per l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture private operanti per conto del Servizio

sanitario nazionale. La norma fa slittare nuovamente quanto previsto dalla Finanziaria 2008 (legge n. 294/2007). Tutto rimandato, invece, per la questione degli extra sconti per i farmaci. Governo e Regioni si sono impegnati a costituire un apposito tavolo entro 30 giorni, composto da tre rappresentanti regionali, tre rappresentanti ministeriali, un rappresentante dell'Aifa ed uno dell'Agenas che formuli una organica proposta.

ASSISTENZA AGLI ANZIANI E AI NON AUTOSUFFICIENTI

Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si dovranno agevolare i processi di deospedalizzazione, la dotazione di posti letto di residenzialità e del-

I COMMENTI

Errani: "Un'intesa impegnativa"

Così il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, dopo la ratifica del patto per la salute. "Una intesa che ci consente di governare la sanità" ha spiegato Errani, "e che è importante perché nasce da una impegnativa iniziativa delle Regioni durata

otto mesi per sbloccare i fondi. Senza questi fondi sarebbe stato impossibile governare la sanità. Vogliamo trovare ora le forme per assicurare qualità e garantire i livelli di assistenza. È stato un lavoro lungo e impegnativo, ma portato avanti nell'interesse del Paese".

"L'accordo prevede diversi punti", ha aggiunto Errani, "e tutti devono essere onorati. Se non è rispettato questo patto", avverte ancora il presidente della Conferenza delle Regioni, "si aprirebbe di nuovo una fase molto critica nelle relazioni tra Regioni e Governo.



Vasco Errani

C'è un accordo fatto con il Presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, e noi vogliamo essere coerenti con esso".

segue a pag. 10

le strutture di semiresidenza e dovrà essere rafforzata l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente Dpcm di fissazione dei Lea.

EQUILIBRIO FINANZIARIO E PIANI DI RIENTRO

La stretta che apporta il nuovo Patto per la salute per le Regioni in deficit rafforza le regole già in vigore. Se viene superato il disavanzo standard strutturale (5%) scatta automaticamente l'obbligo del piano di rientro con blocco del turnover e delle spese non obbligatorie. Se il piano di rientro non ottiene il parere favorevole a seguito della verifica tecnica scatterà la nomina del governatore a commissario ad acta, egli avrà 30 giorni di tempo per mettere a punto il piano, con la collaborazione di Aifa e Agenas e la sua attuazione. Potranno essere nominati anche dei sub commissari go-

vernativi, ma essi potranno intervenire esclusivamente per attuare specifiche parti del piano di rientro. Nel momento in cui scatta il commissariamento saranno bloccati automaticamente i trasferimenti erariali non obbliga-

tori, decadranno tutti i direttori generali, sanitari e amministrativi delle Asl e ospedali-azienda, come pure quelli dell'assessorato. Inoltre, scatteranno in modo automatico l'aumento delle addizionali oltre il tetto massimo, che il

nuovo Patto per la salute ha fissato allo 0,15% oltre il massimo per l'Irap e allo 0,30% in più per l'Irpef. Per le regioni in deficit vi sarà la possibilità di utilizzare i fondi Fas per coprire i disavanzi e di ottenere (solo per i de-

biti sanitari ante 2005) un anticipo di 1 miliardo di euro dallo Stato, rimborsabile al massimo in 30 anni.

Il commento DELL'ANAAO ASSOMED

“Poco ottimismo, molta preoccupazione”

“La firma del patto per la Salute 2010-2012 tra Regioni e Governo mette fine ad una lunga stagione di conflitto istituzionale che ha messo a dura prova la resistenza del sistema, ma la crescente sperequazione tra Regioni ricche e Regioni povere, tra Regioni virtuose e Regioni in deficit non consente un facile ottimismo”.

È questo il giudizio dell'Anao Assomed sull'atto firmato il 3 dicembre scorso da Esecutivo e Regioni. “Il maggiore finanziamento nel triennio 2010-2012, che accoglie solo in parte la richiesta delle Regioni, ma non risolve il problema ormai cronico della differenza tra stima del fabbisogno ed effettiva spesa sanitaria – ha precisato il sindacato –, spingerà molte Regioni a fare ricorso ancora una volta a tagli indiscriminati

delle voci di spesa, con il risultato che molti cittadini vedranno messe in discussione la stessa erogazione delle prestazioni essenziali”. Inoltre, il rafforzamento dei Piani di rientro per le Regioni in deficit determinerà nuovi aumenti delle aliquote Irap ed Irpef destinati a pesare ulteriormente sia sul sistema produttivo sia sulle spalle degli incolpevoli cittadini di quelle Regioni dove i ritardi o i malaffari della politica hanno procurato profonde ferite nel sistema sanitario regionale. E ancora, la riduzione del numero di posti letto per acuti (3,3 per mille abitanti), destinato a produrre un ulteriore taglio di 9.800 posti letto, non fa che accrescere preoccupazioni di fronte al ritardo della riorganizzazione della rete ospedaliera. “È facile

prevedere che – sottolinea l'Anao – in molte Regioni il taglio di posti letto negli ospedali e la chiusura dei piccoli ospedali con meno di 100 posti letto provocheranno un vuoto assistenziale nel quale saranno risucchiate le fasce di popolazione più deboli, gli anziani, i malati cronici, i portatori di polipatologie”. I ritardi della politica sanitaria finiranno poi con l'aggravare ulteriormente le già difficili condizioni di lavoro dei medici del Ssn. La riduzione stabile delle dotazioni organiche, il ridimensionamento dei fondi a disposizione dei contratti integrativi e l'abbattimento degli standard per la determinazione delle strutture semplici e complesse, che smantellano istituti contrattuali, contribuiranno a trasferire sulle spalle dei medici il peso del

mantenimento della qualità e della sicurezza delle cure. Le Regioni continueranno a fare ricorso a forme di lavoro precario dei medici per tamponare le falle di un sistema che sul blocco del turnover costruisce gli unici fondamenti della riduzione del costo del lavoro. In questo scenario, conclude l'Anao, che conferma un sistema a doppia velocità e che vede i medici inseguiti da provvedimenti legislativi tra loro contrastanti e delusi da un mancato rinnovo contrattuale, il nuovo Patto per la Salute 2010-2012, costruito su rigide logiche economicistiche, rischia di inquinare ulteriormente l'atmosfera del mondo del lavoro del Ssn e di negare ai medici il giusto supporto indispensabile per affrontare le loro responsabilità.

segue da pag. 9 | I COMMENTI

Fazio: “Il Governo è soddisfatto”

Così il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha commentato la ratifica del patto per la salute per il triennio 2010-2012 arrivata il 3 dicembre in conferenza Stato-Regioni. “Si tratta di un patto che contiene punti molto qualificanti”, ha ag-

giunto Fazio, “tra cui il monitoraggio dei livelli di assistenza. Si tratta di un elemento qualificativo e molto importante che viene fatto in collaborazione con la Agenas”. Per quanto riguarda uno dei temi sollevati dalle Regioni, quello del com-

missariamento in caso di deficit di bilancio sanitario, il ministro Ferruccio Fazio ha spiegato che “nel patto non è stata presa, in questa sede, la decisione sulle Regioni che devono essere prese come modelli standard. Alla stessa maniera non si è

parlato di Regioni che rischiano il commissariamento”.



Ferruccio Fazio

“Il patto – ha affermato il ministro del Welfare Sacconi – definisce delle regole apparentemente elementari, ma spesso non ancora effettive. Ad esempio la norma che prevede che per governare la sanità si conoscano i flussi finanziari”. Per il titolare del Welfare, nel nuovo patto si è dato il là ad una «contabilità omologa per i dati, che

possono essere così confrontati dando anche stimoli alla competitività”. Il ministro riconosce, in ogni caso che, con il nuovo patto, non si è ancora giunti all'adozione di costi standard per stabilire e guidare la spe-

sa sanitaria, ribadendo tuttavia che questa resta la strada che si dovrà battere in futuro “e non stiamo certo chiedendo l'impossibile dato che i costi standard verranno tarati su realtà che già li applicano”.

Sacconi: “E adesso i costi standard”



Maurizio Sacconi

Presentata la **RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE**

ITALIANI LONGEVI MA SEMPRE PIÙ "CRONICI"

Questa la fotografia del rapporto sulla salute degli italiani presentato il 10 dicembre scorso dal Ministro Sacconi e dal Viceministro Fazio (dal 15 dicembre scorso neo Ministro della Salute). Viviamo, infatti, sempre più a lungo ma crescono esponenzialmente le malattie croniche mentre desta allarme il diffondersi di stili di vita "poco sani"

La Relazione sullo stato sanitario del Paese conferma la fotografia di un'Italia sostanzialmente in buona salute, anche per merito del suo sistema sanitario. Un sistema che, pur con le sue anomalie (soprattutto geografiche), si sta affermando tra i sistemi con il miglior rapporto "costo-beneficio" nel Mondo. Un traguardo affatto scontato fino a un quindicennio fa, quando il trend di crescita esponenziale della spesa appariva incontrollabile e non accompagnato da una parallela crescita della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati. Allora, e siamo nella prima metà degli anni '90, il sistema seppe correggersi avviando l'aziendalizzazione delle Asl, cui fece seguito nel 2001 la delega totale alle Regioni della gestione dei servizi, unita alla responsabilità di spesa. Dopo i primi anni di assestamento i risultati si sono cominciati a vedere. Merito anche del pugno di ferro dell'Economia nel confronto con le Regioni "spendaccione" (la logica dei Piani di rientro ha funzionato), ma anche di una progressiva affermazione di una nuova classe di manager e dirigenti sanitari, orientata finalmente alla qualità delle cure e dell'assistenza.

Il processo di ammodernamento e riqualificazione ovviamente non si può considerare concluso. Ma, fermi restando i ritardi storici del Sud (sui quali tuttavia ancora non emerge un vero programma nazionale di rinascita), oggi il sistema si sta effettivamente ristrutturando. A partire dalla progressiva costruzione di una rete di servizi integrata, dove ospedale e territorio lavorano insieme su obiettivi comuni, fino alla grande sfida della prevenzione primaria delle malattie, attraverso il cambiamento degli stili di vita e del contesto ambientale e lavorativo, con il supporto di adeguate attività di screening e diagnosi precoce. Ecco in sintesi i punti più qualificanti della Relazione.

STRUTTURA E DINAMICA DEMOGRAFICA

La popolazione italiana si stima abbia raggiunto al 1° gennaio 2009 il traguardo storico dei 60 milioni. Gli stranieri residenti nel nostro Paese sono circa 3 mln e 900 mila, con un incremento di 462 mila persone rispetto al 2008 e rappresentano il 6,5% del totale della popolazione. Le percentuali sono più elevate nelle regioni del Nord

e del Centro che nel Mezzogiorno. Nel 2009 l'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di over 64 e quella con meno di 15 anni) è pari a 143%. Il processo di invecchiamento investe tutte le regioni d'Italia, particolarmente quelle settentrionali e centrali. Gli over 64 hanno raggiunto il 20,1% della popolazione mentre gli under 18 sono soltanto il 17%.

MORTALITÀ GENERALE, ASPETTATIVA DI VITA E STATO DI SALUTE PERCEPITO

In Italia si vive di più: si è passati, infatti, da una speranza di vita alla nascita di circa 74 anni per gli uomini e di 80 per le donne nei primi anni '90, a 78,4 e 84 anni, rispettivamente per gli uomini e per le donne, nel 2006. Il divario tra uomini e donne, seppure in lieve diminuzione, rimane elevato e pari a quasi 6 anni. Si muore di più in Campania dove si registra la situazione più svantaggiata in termini di mortalità, sia per gli uomini che per le donne. Il quadro migliore è invece quello delle Marche.

È in continua diminuzione il trend relativo alla mortalità infantile: dal 2001 al 2006 c'è stata una riduzione del 19%

per i maschi e del 31% per le femmine.

Circa il 61% degli italiani si considera in buona salute, mentre solo il 6,7% valuta negativamente le proprie condizioni di salute. Sono in particolare le donne a dare una valutazione negativa, soprattutto con il crescere dell'età.

CRONICITÀ E DISABILITÀ

Artrosi e artriti guidano la classifica delle patologie croniche più diffuse nel 2004-2005 (18,3%), seguono l'ipertensione arteriosa (13,6%) e le malattie allergiche (10,7%). Tra le donne, le malattie croniche maggiormente presenti sono l'artrosi e l'artrite, l'osteoporosi e la cefalea. Gli uomini invece sono colpiti prevalentemente da bronchite cronica, enfisema e infarto. In generale, il 13,1% della popolazione è affetto da almeno una fra le patologie croniche più rilevanti, le donne si confermano in peggiori condizioni di salute e lamentano, infatti, almeno una patologia cronica rilevante nel 17,2% dei casi contro il 10,3% degli uomini. Invecchiando sono invece gli uomini a riferire cronicità più gravi: il 45,5% rispetto al 38,9% delle donne. A livello territoriale si sta peggio nelle Regioni del Sud e nelle Isole.

I dati Istat stimano che, tra il 2004 e il 2005, le persone con disabilità sono circa 2 milioni e 600 mila (il 66% sono donne), pari a circa il 5% della popolazione italiana. I tassi di disabilità più elevati si registrano nelle Regioni meridionali: il primato va alla Sicilia con il 6,6% della popolazione disabile.

CAUSE DI MORTE E MALATTIE

Il 70% dei decessi (370mila l'anno) sono dovuti a tumori e patologie cardiovascolari. Per gli uomini le neoplasie rappresentano il 35,1% delle cause di morte e le malattie del sistema circolatorio il 34,9%, mentre per le donne le patologie circolatorie sono la causa preminente (43,8%),

LA SALUTE DEGLI ITALIANI

SPERANZA DI VITA ANNI '90

74 anni

Uomini

80 anni

Donne

2006

78,4 anni

Uomini

84 anni

Donne

UN POPOLO IN SALUTE...

61%

Degli italiani si dichiara in buona salute

...MA CRESCONO LE "CRONICHE"

13,1%

Degli italiani affetto da malattie croniche

CAUSE DI MORTE

43,8%

Prima causa di morte sono le malattie cardiocircolatorie

i tumori invece si attestano sul 25,6%. La terza causa di morte è rappresentata dalle malattie dell'apparato respiratorio (7,4% tra gli uomini e 5,4% tra le donne). Tra le prime 10 cause di morte, per le donne, figurano i disturbi psichici e comportamentali, per gli uomini invece le malattie infettive.

LE PRINCIPALI MALATTIE

Le malattie cardiovascolari nel 2003 hanno causato 240.253 morti (140.987 uomini e 135.266 donne), pari al 41,1% dei decessi totali. Negli uomini la mortalità è trascurabile fino all'età dei 40 anni, emerge fra i 40 e i 50 anni e poi cresce in modo esponenziale con l'età. Nelle donne il fenomeno si manifesta a partire dai 50-60 anni e cresce rapidamente.

Nel 2006 si sono registrati oltre 168 mila decessi per cancro, il 30% di tutte le morti. Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte nel nostro Paese, ma nell'ultimo decennio la mortalità è diminuita soprattutto per effetto della migliore sopravvivenza dei malati: alla fine degli anni '70 la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di cancro era del 33% ed è salita al 47% nei primi anni '90.

È scesa negli ultimi 20 anni la mortalità per tumore del colon-retto in entrambi i sessi, ma la sua incidenza è cresciuta fra gli uomini. Il cancro del polmone diminuisce tra gli uomini e aumenta fra le donne: per queste, tra il 1970 e il 2002, il tasso di mortalità è quasi raddoppiato. Dal 1990 è invece diminuita del 2% l'anno la mortalità per tumore al seno. Il tumore alla prostata è la patologia più diffusa tra gli uomini: sono stati circa 36.500 i nuovi casi nel 2008.

Aumenta il diabete come conseguenza dell'epidemia di obesità legata a modificazioni degli stili di vita: sono circa 2,5 milioni le persone colpite. Le percentuali relative alla prevalenza del 3,9 al Nord, del 4,1 al Centro e del

4,6 al Sud in linea con un analogo gradiente Nord-Sud di prevalenza di obesità. Nel 2006 in Italia sono avvenuti 35.751 decessi per malattie dell'apparato respiratorio (57% fra i maschi) che rappresentano il 6,4% di tutte le morti.

DISTURBI PSICHICI

Aumenta l'ospedalizzazione psichiatrica nella fascia d'età fra i 12 e i 15 anni. La prevalenza dei disturbi mentali più comuni (depressione, distimia, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, fobia semplice e sociale, agorafobia, disturbo post-traumatico da stress, disturbo da abuso/dipendenza da alcool) nella popolazione generale non è inferiore al 7%. I dati relativi alle situazioni di acuzie, fanno emergere un tasso di 26,7 ricoveri psichiatrici per 10mila abitanti. I Tso rappresentano il 9% di tutti i ricoveri annui in Italia, ed il tasso per 10mila abitanti è pari a 2,5, con una marcata variabilità regionale. Per quanto riguarda le attività svolte nei Centri di salute mentale, i dati di prevalenza indicano che i pazienti in trattamento attivo in 626 Centri censiti sui 708 totali sono 457.146 con una media per servizio di 730 pazienti in trattamento attivo.

MALATTIE PROFESSIONALI

Aumentano in Italia le malattie professionali. Dall'ultimo rapporto annuale dell'Inail, infatti, risultano pervenute 28.497 denunce di patologie professionali manifestatesi nel 2007, con un aumento rispetto all'anno precedente del 7%, a fronte di una crescita del numero degli occupati dell'1%. Al primo posto tra le malattie denunciate c'è l'ipoacusia, anche se presenta un trend in diminuzione. Tra le patologie da lavoro emergenti si registra un notevole incremento di tendiniti, patologie muscolo scheletriche e malattie respiratorie. Quanto alle patologie tumorali, relativamente all'anno 2007, la rilevazione

evidenzia 1.700 casi, di cui circa la metà risulta costituita da neoplasie da asbesto, seguite dai tumori di trachea, pleura e laringe e dai mielomi multipli. In particolare per i tumori vescicali si è passati dai 79 casi registrati nel 2003 ai 200 del 2007.

STILI DI VITA

La pigrizia uccide quanto molte patologie: per inattività fisica (e le malattie ad essa correlate) muoiono ogni anno solo nel nostro paese qualcosa come 28mila persone, il 5 per cento del totale, mentre per la stessa causa ammontano al 3,1% gli anni di vita in buona salute persi per invalidità e morte prematura. Si stima che siano attribuibili al fumo dalle 70mila alle 83mila morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Una recente stima indica in 24.061 il numero delle morti per cause alcol correlate fra i soggetti sopra i 20 anni, di cui 17.215 tra gli uomini e 6.846 tra le donne, che rappresentano, rispettivamente, il 6,23% di tutte le morti maschili e il 2,45% di quelle femminili.

SALUTE MATERNA E NEONATALE

Secondo i dati del Certificato di assistenza al parto, nel 2005, sono stati realizzati 511.436 parti. Nell'80% delle gravidanze state effettuate più di 4 visite di controllo; in media sono state eseguite 4,3 ecografie per ogni parto e nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, ogni 100 parti sono state effettuate circa 16 amniocentesi e circa 3 esami dei villi coriali. Si conferma il ricorso eccessivo al parto per via chirurgica: allo stato attuale l'Italia è ai primi posti in Europa con un tasso di tagli cesarei pari al 38,2%.

In Italia, per il periodo 1998-2002, il rapporto di mortalità materna risulta pari a 3/100mila. Nel 2007 le interruzioni volontarie di gravidanza sono state 127.038, con un tasso di abortività pari a 9,1 per 1.000 donne in età feconda, con un decremento del 3,1 rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda la salute del neonato si rilevano pesi inferiori ai 1.500 grammi nell'1% dei nati, un peso compreso tra 1.500 e 2.500 grammi nel 5,8% e i nati a termi-

ne con peso inferiore ai 2.500 grammi rappresentano circa il 2% dei casi. Il tasso di natalità è di 2,8 nati morti ogni 1.000 nati. Tra le cause di natalità si evidenziano condizioni morbose ad insorgenza perinatale, problemi fetali e placentari.

SALUTE INFANTILE E DELL'ADOLESCENTE

Si riducono i tassi di mortalità infantile. Le cause più frequenti sono le condizioni morbose di origine perinatale, traumatismi ed avvelenamenti, le malformazioni congenite e i tumori. La riduzione della mortalità ha interessato maggiormente i bambini fino a un anno di età, e in maniera comunque significativa i bambini da 1 a 14 anni. La prima causa di morte nella fascia d'età 1-14 anni è rappresentata dai tumori seguiti dalle cause esterne di traumatismo e avvelenamento. Le patologie che si presentano più frequentemente per la fascia di età 0-14 anni sono le malattie allergiche (9,6%), seguite dall'asma bronchiale (2,9%) e dalla cefalea ed emicrania ricorrente (0,9%). Un maggior numero di maschi

Classifica delle prime dieci cause di morte (numero assoluto e percentuale dei decessi) per sesso. Residenti in Italia - Anno 2006

Cause di morte	Uomini N° decessi	% decessi
Tumore	96.107	35,06
Malattie del sistema circolatorio	95.714	34,92
Malattie del sistema respiratorio	20.340	7,42
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	13.995	5,11
Malattie dell'apparato digerente	11.606	4,23
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	9.648	3,52
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	8.304	3,03
Malattie del sistema genitourinario	4.348	1,59
Malattie infettive e parassitarie	3.826	1,40
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	3.752	1,37
Altro	6.491	2,37
Totale	274.131	100,00

Cause di morte	Donne N° decessi	% decessi
Malattie del sistema circolatorio	123.279	43,85
Tumore	72.022	25,62
Malattie del sistema respiratorio	15.293	5,44
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	13.825	4,92
Malattie dell'apparato digerente	11.409	4,06
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	10.986	3,91
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	9.409	3,35
Disturbi psichici e comportamentali	5.777	2,05
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	5.491	1,95
Malattie del sistema genitourinario	4.720	1,68
Altro	8.947	3,18
Totale	281.158	100,00

(3,8%), rispetto alle femmine (2%) soffre di asma.

LE RISPOSTE DEL SSN

INTERVENTI DI PROTEZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE

Per ridurre fattori di rischio connessi agli stili di vita, a supporto del Piano nazionale di prevenzione 2005-2007 e del programma "Guadagnare salute" (che hanno sostenuto azioni efficaci per individuare i problemi prioritari del Paese e contrastare fumo, abuso di alcol, dieta scorretta e inattività fisica) sono stati promossi e finanziati, da parte del Centro nazionale di prevenzione e controllo delle malattie, progetti per favorire buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica, in particolare nelle fasce di età pre-scolare e scolare. Sono state inoltre avviate attività inter-settoriali d'intesa con i ministeri delle Politiche giovanili, delle Politiche agricole alimentari e forestali e dell'istruzione.

La prevenzione oncologica viene attuata attraverso politiche inter-settoriali, programmi di vaccinazione contro l'Hpv, programmi di screening (mammella, cervice uterina e colon-retto). Per la prevenzione cardiovascolare sono state previste due linee di intervento: la diffusione carta del rischio cardiovascolare (con il supporto dei medici di famiglia) e la prevenzione delle recidive in soggetti con precedenti eventi. Per la prevenzione odontoiatrica, in attesa di un Piano nazionale ad hoc, il Ministero ha avviato iniziative ed emanato linee guida.

CURE PRIMARIE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Per promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e governo dei percorsi sanitari e socio sanitari è stato avviato un processo di riorganizzazione delle cure primarie. Sono state svilup-

pate varie tipologie di medicina associativa e di gruppo, e sperimentate da parte di molte Regioni nuove modalità erogative quali i Nuclei di cure primarie, Unità territoriali di assistenza primaria e Case della salute (previsti dalle Finanziarie 2007-2008 fondi dedicati). L'assistenza primaria è garantita da 46.799 Mmg e 7.638 Pdl. Nel 2007, la continuità assistenziale ha 24 e sette giorni su sette, a livello distrettuale ha visto impegnati 13.109 medici titolari, con una media di 22 per 100mila abitanti; effettuate 16.754 visite per un totale di 20.746.487 ore di attività.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Hanno usufruito dell'Adi 474.567 pazienti, con una media nazionale di 803 casi trattati per 100mila abitanti, di cui 81,2% anziani e 8,8% pazienti in fase terminale della malattia.

EMERGENZA URGENZA

L'area del sistema di emergenza urgenza rappresenta uno dei nodi più critici della programmazione sanitaria. L'impianto del sistema 118 è costituito dalle 103 Centrali operative (Co) con il "Numero 118" attivo su tutto il ter-

ritorio nazionale. Il 75% delle Co opera in aree provinciali, il 13% in aree sub provinciali ed il 12% in aree sovra provinciali. L'interconnessione informatica con i Dea di I e II livello è garantita solo nel 22% delle Centrali. La metà delle Co dispone di un sistema per la conoscenza della disponibilità di p.l. in area critica. Nel 2005 nel 5% dei casi è stato assegnato il codice di gravità bianco, nel 30% il codice verde, nel 46% il codice giallo e nel 19% il codice rosso. C'è una netta prevalenza di codici gialli nel Sud (50%) e nelle Isole (60%). I Pronto soccorso, nel 2007, erano 569 (Ps), di cui 530 presso strutture di ricovero pubbliche e 39 presso strutture private accreditate.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Come obiettivo da raggiungere gradualmente è prevista la razionalizzazione della rete ospedaliera, fissando standard sui posti letto e sul tasso di ospedalizzazione. Nel 2007 è stato stimato un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 199 per mille residenti, in diminuzione rispetto al biennio precedente, in cui il tasso raggiungeva il valore di 211 per mille nel 2006 e 213 per mille nel 2005.

Trend in discesa per il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri in regime ordinario, incrementato il tasso di ospedalizzazione di quelli diurni. A livello nazionale la dotazione media è di 319 posti letto per struttura; 3,8 posti letto per mille abitanti nei reparti per acuti. La Regione con il maggior numero di p.l. è il Molise (5 p.l. per mille abitanti), mentre in Piemonte e Campania è inferiore a 3,5 per mille. Nei reparti di riabilitazione e lungodegenza la dotazione è di 0,6 p.l. per mille abitanti. È quasi doppia nella P.A. di Trento, nel Lazio e Molise. La degenza media, quale indicatore sintetico dell'efficienza ospedaliera, si è stabilizzata, a livello nazionale, intorno a 6,7 giorni nei reparti per acuti con una considerevole variabilità a livello regionale. Trend in diminuzione per i ricoveri ordinari con Drg medico, mentre è sostanzialmente stabile quello dei dimessi con Drg chirurgico (rappresentano circa il 25% delle dimissioni in regime ordinario). Per quanto riguarda il Day hospital aumentano le dimissioni con Drg medico e, in modo più consistente, le dimissioni con Drg chirurgico, pur in presenza di una riduzione complessiva dei ricoveri ospedalieri.

TUTELA SALUTE MENTALE

I Dipartimenti di salute mentale censiti nel 2007 sono 214, articolati in 708 Centri di salute mentale, con un tasso di 1,81 strutture ogni 150mila abitanti, valore quasi doppio rispetto allo standard tendenziale definito dal Progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000", che prevede un bacino di utenza per ciascun Csm non superiore a 150mila abitanti. I posti letto ospedalieri pubblici nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura e nei reparti di Dh è pari a 4.722, con un tasso di 0,8 p.l. pubblici ogni 10mila abitanti, valore inferiore al target fissato dal Progetto obiettivo. Il numero totale dei posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche e private è pari a 6.780 posti letto, con una percentuale media a livello nazionale di p.l. pubblici pari al 69,6%. I Centri diurni censiti nel 2007 sono 755, con un tasso di 1,93 strutture ogni 150mila abitanti. Le strutture residenziali sono complessivamente 1.577, per un totale di 17.576 posti letto residenziali (tasso nazionale di 2,99 p.l. ogni 10mila abitanti, a fronte dello standard tendenziale di 1 p.l. ogni 10mila).

Popolazione e persone di 65 anni e più per tipo di malattia cronica dichiarata

(per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Confronto Anni 1999-2000 e Anno 2005

	Popolazione Persone di 65 anni e più		Popolazione Persone di 65 anni e più	
	1999	2000 2005 1999	2000 2005	1999
Diabete	3,7	4,5	12,5	14,5
Cataratta	3,2	2,8	15,4	12,4
Ipertensione arteriosa	11,9	13,6	36,5	40,5
Infarto del miocardio	1,1	1,7	4,0	6,3
Angina pectoris	0,9	0,7	3,4	2,5
Altre malattie del cuore	3,4	3,2	12,5	11,3
Asma	3,1	3,5	6,9	6,5
Malattie della tiroide	2,8	3,2	4,6	5,0
Artrosi, artrite	18,4	18,3	52,5	56,4
Osteoporosi	4,7	5,2	17,5	18,8
Ulcera gastrica o duodenale	3,0	2,3	7,3	5,3
Cirrosi epatica	0,2	0,3	0,6	0,7
Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia)	0,9	1,0	2,7	2,7
Cefalea o emicrania ricorrente	9,0	7,7	10,5	8,7
Diabete	3,7	4,5	12,5	14,5
Cataratta	3,2	2,8	15,4	12,4
Ipertensione arteriosa	11,9	13,6	36,5	40,5
Infarto del miocardio	1,1	1,7	4,0	6,3
Angina pectoris	0,9	0,7	3,4	2,5
Altre malattie del cuore	3,4	3,2	12,5	11,3
Asma	3,1	3,5	6,9	6,5
Malattie della tiroide	2,8	3,2	4,6	5,0
Artrosi, artrite	18,4	18,3	52,5	56,4
Osteoporosi	4,7	5,2	17,5	18,8
Ulcera gastrica o duodenale	3,0	2,3	7,3	5,3

Fonte: Relazione sullo stato sanitario del Paese 2007-2008

I risultati del Rapporto Ocse **UNO SGUARDO ALLA SANITÀ**

IN ITALIA SI VIVE DI PIÙ, SI SPENDE DI MENO, MA TROPPI I CESAREI E I BAMBINI OBESI

La sanità italiana costa meno degli altri Paesi industrializzati e dà risultati di salute migliori. Sono dunque notizie positive, quelle che arrivano dagli ultimi dati Ocse. D'altra parte, per quanto ci si possa lamentare, è noto da tempo che il sistema sanitario italiano, pubblico e universalistico, è tra i migliori al mondo. Tuttavia, questo non significa che le cose siano davvero così rosee. La cronaca politica nazionale di tutti i giorni dimostra, infatti, le difficoltà economiche e finanziarie del Ssn. Ma anche alcuni indicatori Ocse bocchiano il nostro Paese. Primo tra tutti quello sul record di tagli cesarei

↳ Lucia Conti

Quarto Paese per aspettativa di vita (81,4 anni in media), ma secondo per ricorso al taglio cesareo (39,7 ogni 100 bambini nati) e quinto per obesità giovanile. Sono alcuni dei risultati di salute emersi nel confronto tra i Paesi dell'Ocse e

pubblicati sul Rapporto "Uno sguardo alla sanità", diffuso l'8 dicembre scorso. L'Italia si posiziona bene anche rispetto alla mortalità per infarto in ambito ospedaliero (4,9% nel 2007) e per mortalità per cancro alla prostata (16,2% nel 2006), ma si attesta sulla media

Ocse per morti causate dal tumore al seno (21,1% nel 2006) e crolla all'ultimo per quanto riguarda la spesa dedicata all'organizzazione della salute pubblica e ai programmi di prevenzione, che in Italia occupa solo lo 0,6% del totale della spesa sanitaria a fronte del 3% di

media Ocse, del 3,3 degli Stati Uniti, 3,7 della Germania e della punta del 7,3% registrato in Canada.

E proprio per quanto concerne la spesa sanitaria emerge che il nostro Paese è tra quelli che spendono meno in rapporto al Pil: 8,7% contro la media dell'8,9% dei principali Paesi industrializzati e ben distanti dal 10,4% e 11% registrato da Germania e Francia, per non parlare del 16% degli Usa. Inoltre, la spesa italiana pro capite nel 2007 è

risultata pari a 2.686 dollari contro la media Ocse di 2.984 (3.588 in Germania, 3.601 in Francia e 7.290 negli Usa). Nel 1997-2007, però, la spesa pro capite nella sanità in Italia è cresciuta del 2,4% l'anno, uno dei tassi più bassi dell'Ocse e decisamente inferiore alla media che è stata pari al 4,1%, rileva inoltre il rapporto.

Tuttavia, quando si inizia a parlare di copertura statale delle spese, si scopre che in Italia lo Stato copre 2.056 dollari su 2.686 e negli Usa 3.307 su 7.290 (la Germania 2.758 su 3.588 e la Francia 2.844 su 3.601). La spesa sanitaria in Italia viene finanziata per il 76,5% da fonti pubbliche, contro una media Ocse del 73%. Ma ad eccezione di Usa e Messico, in tutti i Paesi Ocse la sanità è finanziata prevalentemente dal pubblico.

Alta la spesa farmaceutica, pari a 518 dollari pro capite contro la media Ocse di 461. Risparmiare non vuol dire necessariamente trascurare la salute dei cittadini, come del resto spendere tanto non significa assicurare uno stato di salute migliore. Quindi, a fronte della spesa che sostengono Italia, Francia, Germania e

Stati Uniti, vediamo quali sono i loro risultati di salute.

L'Italia, come detto, è al quarto posto per longevità: 81,4 anni in media. A poca distanza, la Spagna e la Francia con 81 anni, mentre gli Stati Uniti scendono a 78,1, al di sotto anche della media di 79,1 anni e al 24mo posto nella graduatoria dei 30 Paesi Ocse. I giapponesi sono i più longevi, con 82,6 anni di media, mentre la maglia nera spetta alla Turchia, con 73,2 anni.

Il Giappone è anche il Paese con la quota più alta di popolazione anziana (21,5), ma la Germania e l'Italia lo seguono rispettivamente con il 20,2 e il 19,7. Risultati dovuti anche alla bassa natalità. Se la media Ocse è infatti di 1,7 figli per donna, in Italia il dato scende a 1,4 e in Giappone e Germania a 1,3. Tra i Paesi europei, il record di nascite se lo aggiudica la Francia, con 2 figli per donna.

L'Italia registra invece risultati migliori dei cugini d'Oltralpe. La mortalità per cancro al seno, ad esempio, è 21,1 donne ogni 100mila casi contro il 23,1 dei francesi, mentre la mortalità per tumore alla prostata è di 16,2 uomini ogni 100 casi contro il 21,1 dei francesi.

Anche per quanto riguarda il diabete il Belpaese registra dati migliori della maggior parte del resto d'Europa, con un tasso di 5,9 contro il 6,6 della Spagna, il 6,7 della Francia e l'8,9 della Germania. Migliori ancora, però, sono gli inglesi e i norvegesi, rispettivamente con il 3,6 di popolazione diabetica. Agli ultimi posti della classifica dei trenta, invece, Stati Uniti e Messico, rispettivamente con il 10,3 e il 10,8. Sul fronte del peso forma, però, le cose peggiorano: il 18,3 dei bambini italiani tra gli 11 e i 15 anni sono sovrappeso od obesi, contro la media Ocse del 13,8, il 12% di Germania e Regno Unito e il 10,5% della Francia. Il record negativo, anche in questo caso, spetta agli Stati Uniti, con il 29,8% di bambini in sovrappeso od obesi.

↳ L'attività di ricovero per acuti nei Paesi Ocse - Anno 2007

	Posti letto per acuti (ogni 1.000 abitanti)	Tasso di occupazione media di degenza	Durata media dei ricoveri (in giorni)
Australia	3,5	74%	5,9
Austria	6,1	79%	5,7
Belgio	4,3	75%	7,2
Canada	2,7	89%	7,3
Repubblica Ceca	5,2	72%	7,7
Danimarca	2,9	n.p.	3,5
Finlandia	3,7	n.p.	4,6
Francia	3,6	74%	5,3
Germania	5,7	76%	7,8
Grecia	3,9	73%	5,6
Ungheria	4,1	69%	6,0
Islanda	n.p.	n.p.	n.p.
Irlanda	2,7	87%	5,9
Italia	3,1	78%	6,7
Giappone	8,2	76%	1,9
Corea	7,1	n.p.	n.p.
Lussemburgo	4,4	72%	7,3
Messico	1,0	60%	3,9
Paesi Bassi	3,0	64%	6,3
Nuova Zelanda	n.p.	n.p.	5,9
Norvegia	2,9	88%	5
Polonia	4,6	n.p.	5,9
Portogallo	2,8	73%	6,8
Repubblica Slovacca	4,9	68%	7
Spagna	2,5	78%	6,6
Svezia	2,1	n.p.	4,5
Svizzera	3,5	85%	7,8
Turchia	2,7	65%	4,4
Regno Unito	2,6	83%	7,2
Stati Uniti	2,7	67%	5,5
Ocse	3,8	75%	6,5

L'ASSISTENZA PSICHIATRICA IN ITALIA (prima parte)

LA PSICHIATRIA NEL SECONDO MILLENNIO

↳ Leo Mencarelli - Componente segreteria nazionale Anaao Assomed

Negli articoli pubblicati sui precedenti numeri di *Dirigenza Medica* sono stati ampiamente illustrate le varie fasi di evoluzione dell'intervento in psichiatria nel XIX secolo e cioè il periodo dell'istituzione manicomiale, il declino del manicomio come istituzione e l'orientamento della psichiatria moderna verso il modello della psichiatria di comunità.

La tipologia di strutturazione dei servizi e conseguentemente il modello di intervento operativo è dipendente tuttavia non solo dall'evoluzione culturale medica, ma anche dalla quantità di risorse assegnate ed utilizzate per l'intervento in psichiatria.

N. Sartorius ha recentemente affermato che i livelli di intervento assistenziale nello sviluppo della psichiatria sono essenzialmente tre: il primo che possiamo definire di base, corrisponde al livello della medicina generale che rappresenta il primo filtro all'insorgenza della malattia; il secondo quello delle strutture intermedie; il terzo quello dell'ospedale.

Orbene da molti anni, secondo quanto riportato dall'Oms,

la maggior parte degli Stati del mondo per quanto riguarda la psichiatria investono in maniera massiccia sul primo e sul terzo livello, mentre l'Italia con la sua storia è stato il Paese nel mondo che ha investito maggiormente sul secondo livello, quello delle strutture intermedie. Questo ha portato alla nascita dei centri di salute mentale, degli ambulatori nel territorio e di una gestione della patologia secondo il modello comunitario.

I Paesi cosiddetti a medio reddito e con risorse disponibili, possono contare su efficienti servizi ospedalieri per l'acuzie, servizi ambulatoriali, servizi territoriali, strutture residenziali di tipo comunitario per in assistenza a lungo termine ed infine riabilitazione e lavoro. I Paesi, invece, a basso reddito possono contare solo sull'assistenza ospedaliera e sulla assistenza sanitaria di base, con scarsi servizi ambulatoriali intermedi.

Il livello e la quantità delle risorse disponibili, più che l'aspetto culturale, orienta quindi verso una modulazione dell'intervento e dell'assistenza psichiatrica rispetto ad un altro.

Alcune considerazioni vanno

fatte sul modello assistenziale in Italia (quello *community care based*), sull'evoluzione della società nel suo complesso e come ciò sia ipoteticamente in grado di influenzare l'evoluzione futura dell'assistenza psichiatrica.

Se utilizziamo la definizione di "comunità" secondo l'Oxford Dictionary vengono indicate: le persone che vivono in un determinato luogo, località specifiche che comprendono tutti gli abitanti di quel luogo, le persone che vivono in quel luogo e che hanno tutti interessi comuni".

La comunità è quindi primariamente un luogo geografico.

Alcune di queste considerazioni sono importanti anche per la psichiatria. Infatti i concetti sopra esposti possono bene individuare alcuni aspetti della comunità psichiatrica. Come riporta Benedetto Saraceno avere una assistenza di comunità significa avere dei servizi vicini all'abitazione del paziente. Questi servizi debbono essere costituiti da un equilibrato mix di assistenza *community-based* ed assistenza ospedaliera, con una netta prevalenza della prima sulla seconda.

Tali servizi nati dalle ceneri del manicomio dovrebbero essere gestiti da una équipe multidisciplinare e multiprofessionale per prendere in carico globalmente gli utenti, secondo il metodo della continuità terapeutica, formulare diagnosi le più precoci possibili, attuare trattamenti terapeutici integrati e tempestivi, garantire supporto sociale, lavoro protetto, ed operare in stretto collegamento con i servizi sociali e sanitari di base (medici di medicina generale).

L'approccio individuale alla malattia ed il supporto sociale come sopra definito permetterebbero di effettuare una vera integrazione degli interventi, con miglioramento del risultato globale e riducendo i rischi di una frammentazione dell'intervento e quindi di un esito scadente.

A questo nella realtà italiana si affiancano da anni interventi di razionalizzazione e riorganizzazioni gestionali continue basate su criteri prevalentemente economici che non permettono di erogare servizi in maniera integrata, condivisa e socialmente apprezzata in maniera uniforme su territorio nazionale.

Le équipes vengono progressivamente ridotte, si tende a selezionare il necessario, a ridurre il non indispensabile e conseguentemente il modello di integrazione sociale come precedentemente inteso riduce progressivamente la sua coerenza ed efficacia.

Spostare servizi dall'ospedale alla comunità non richiede soltanto un cambiamento dei luoghi di trattamento, ma sostanzialmente un riorientamento delle risorse e dell'atteggiamento degli operatori. Spostare risorse dall'ospedale al territorio come ipotizzato dagli ultimi Piani sanitari nazionali si scontra costantemente con: i finanziamenti insufficienti, la ricentralizzazione delle risorse, la presenza di istituzioni psichiatriche troppo grandi, la difficoltà ad erogare prestazioni psichiatriche presso gli ambulatori della medicina di base, il ridotto numero degli operatori.

I nostri servizi territoriali sono nati 40 anni fa sulla scia della chiusura del manicomio e sostanzialmente per la deistituzionalizzazione e dimissione dei soggetti psicotici. Sono quindi servizi strutturati prevalentemente per l'assi-

stenza sanitaria a soggetti psicotici e con elevata gravità di malattia e la riabilitazione psicosociale, nata per il reinserimento degli stessi soggetti nell'ambito della comunità, ha assunto il ruolo cardine di sviluppo dell'intervento utilizzando come luogo fisico la comunità.

Barman nel suo libro "Missing Community" afferma che la parola comunità è un luogo intimo, confortevole, che sa di buono, un posto dove avere un fuoco quando fa freddo e un tetto quando piove.

Nella comunità c'è un forte senso di appartenenza al gruppo e di solidarietà tra i suoi membri, un ritrovarsi insieme che ha anche una notevole appartenenza affettiva.

Come dice U. Garimberti una comunità sociale tradizionalmente intesa si fonda sulla solidarietà, sulla sicurezza sociale, sull'aiuto reciproco.

Dopo la chiusura del manicomio per i nostri pazienti abbiamo teorizzato ed applicato, i concetti di inclusione sociale, l'abitare la società, il viverla, il diritto di cittadinanza,

B. Saraceno in un suo libro del 1995 ("la fine dell'intrattenimento") faceva riferimento a queste a questi nuovi aspetti della assistenza psichiatrica in contrapposizione al modello di intervento basato prevalentemente su interventi terapeutici, intuitivi ed esperienziali poco "evidence-based" come diremmo oggi. Tentativi di creare qualcosa nel deserto precedentemente esistente.

Senza una struttura sociale di tipo comunitario intesa in modo tradizionale tutto ciò sarebbe stato improponibile. Oggi però questa società sta cambiando, sta evolvendo velocemente verso qualcosa di diverso. La comunità intesa in senso tradizionale tende a non esserci più.

Da molti anni, secondo quanto riportato dall'Oms, la maggior parte degli Stati del mondo per quanto riguarda la psichiatria investono in maniera massiccia sul primo e sul terzo livello, mentre l'Italia con la sua storia è stato il Paese nel mondo che ha investito maggiormente sul secondo livello, quello delle strutture intermedie

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	MODULO II venerdì 26 - sabato 27 marzo 2010	MODULO III venerdì 9 - sabato 10 aprile 2010	MODULO IV venerdì 23 - sabato 24 aprile 2010	MODULO V venerdì 14 - sabato 15 maggio 2010	MODULO VI venerdì 28 - sabato 29 maggio 2010
CONOSCENZA DI BASE	VISIONE GENERALE: PER CAPIRE	ALLARGARE LA VISIONE	MALATTIE DEL SUD DEL MONDO 1	MALATTIE DEL SUD DEL MONDO 2	ATTRIBUZIONE E PRESA IN CARICO
<p>venerdì 15.00-17.00 Modello partecipativo, alternative alla cooperazione bilaterale e commerciale, cooperazione multilaterale, sviluppo umano, prospettive per la cooperazione decentrata <i>Luciano Carrino</i></p> <p>17.00-19.00 UNDP ARTGOLD Libano: dai progetti ai piani di sviluppo <i>Luigi Cafiero</i></p> <p>sabato 9.00-13.00 Programmazione e costruzione di un progetto di cooperazione per lo sviluppo <i>Franco Bonanni</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Primary Health Care <i>Luca Scali</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p>	<p>venerdì 15.00-19.00 Antropologia della salute, costumi e religione nella molteplicità e nella diversità <i>Antonio Guerci</i></p> <p>Sabato 9.00-11.00 Malattie croniche nei PVS <i>Giuseppe Tommasini</i></p> <p>11.00-13.00 Disponibilità d'acqua. Acqua: diritto o bisogno? Le guerre per l'acqua <i>Rosario Lembo</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Disaster reduction, monitoraggio dei trend globali, allarmi precoci e contingency planning <i>Alessandro Loretti</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p>	<p>Venerdì 15.00-17.00 Epidemie globali: nord e sud del pianeta. Equità e sistemi sanitari in evoluzione <i>Gavino Maciocco</i></p> <p>17.00-19.00 Il Sentiero difficile: 10 anni di Cooperazione sanitaria in Tibet <i>Gianluca Falcitelli</i></p> <p>sabato 9.00-11.00 La disastrosa sindrome cinese. Troppo tardi, troppo poco? <i>Giorgio Cortassa</i></p> <p>11.00-13.00 le équipes sanitarie <i>Giorgio Cortassa</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Acqua e malattie trasmissibili <i>Fausto Orecchio</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p>	<p>venerdì 15.00-17.00 Globalizzazione e salute: i rapporti tra FMI, WTO e WHO - <i>Paolo Quondam</i></p> <p>17.00-19.00 Malattie infettive: inquadramento generale <i>Gabriella Pagano</i></p> <p>sabato 9.00-11.00 Malattie ad elevata contagiosità e PVS <i>Marco Anselmo</i></p> <p>11.00-13.00 AIDS: diffusione, prevenzione e spazi terapeutici nei Paesi in via di sviluppo - <i>Valerio Del Bono</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Malaria, realtà e territori <i>Alessandro Bartoloni</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p>	<p>venerdì 15.00-17.00 Ruolo delle ONG in Medio Oriente - <i>Angelo Stefanini</i></p> <p>17.00-19.00 Sistemi sanitari in Africa: ruolo dell'ONG "Medici con l'Africa Cuamm" <i>Dante Carraio</i></p> <p>Sabato 9.00-11.00 Cooperazione sanitaria in Palestina e in Iran - <i>Ambrogio Manenti</i></p> <p>11.00-13.00 Urgenze mediche - <i>Giuseppe Giagnorio</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Comunicazione e negoziazione in aree di crisi - <i>Piergiorgio Gabassi</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p>	<p>venerdì 15.00-17.00 Organizzazione di un intervento di cooperazione internazionale <i>Giacomo Negrotto</i></p> <p>17.00-19.00 Salute mentale nei paesi in via di sviluppo e durante periodo bellico <i>Luigi Ferranini</i></p> <p>sabato 9.00-11.00 Chirurgia nei paesi PVS <i>Giuseppe Meo</i></p> <p>11.30-13.00 Chirurgia di guerra - <i>Silvio Galvagno</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-16.00 Gestione delle ferite di guerra: ruolo dell'équipe <i>Silvio Galvagno</i></p> <p>16.00-18.00 Questionario di valutazione finale</p>

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. Scarlattini, 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 novembre 2009