

# Federazione Nazionale Collegi TSRM



Rassegna Stampa  
13 Agosto 2013

## **A settembre si riparte. Patto Salute e incontri ministero-sindacati. E se si unissero i tavoli?**

*Sarebbe certamente auspicabile e quanto mai opportuno che la coincidenza temporale di questi due fatti possa essere sfruttata per far partecipare, come protagonisti attivi e non come soggetti informati, alla realizzazione del nuovo Patto per la Salute non solo lo Stato e le Regioni ma anche i “produttori di salute”*



12 AGO - “*I have a dream*”: a settembre saranno attivati i gruppi di lavoro Ministero della Salute e Regioni sui temi dell’agenda del nuovo Patto per la Salute e a settembre dovranno essere calendarizzati anche gli [incontri](#) con i sindacati del comparto sanità, dirigenza compresa, su specifiche questioni, secondo gli impegni presi dal Ministro Lorenzin con le stesse organizzazioni sindacali nei recenti incontri.

Sarebbe certamente auspicabile e quanto mai opportuno che la coincidenza temporale di questi due fatti possa essere sfruttata per realizzare un evento che, a mia memoria, non si è mai realizzato: far partecipare, come protagonisti attivi e non come soggetti informati, alla realizzazione del nuovo Patto per la Salute non solo lo Stato e le Regioni ma anche i “produttori di salute” ossia i rappresentanti sindacali e perché no anche quelli professionali degli operatori del SSN, dipendenti pubblici e privati, con rapporto di lavoro dipendente e con rapporto di lavoro convenzionato.

Le motivazioni dell’opportunità di questa scelta sono varie e tutte valide: la prima è la constatazione che processi di modifica innovativa che il nuovo Patto per la Salute vuol attivare per difendere, consolidare e se fosse possibile estendere la capacità del SSN nella sua funzione pubblica di tutela della salute individuale e collettiva, hanno bisogno di attuarsi anche con la comprensione, la condivisione ed il coinvolgimento dei soggetti, *in primis* i professionisti sanitari, che dovranno quotidianamente programmarli, attuarli, monitorarli e verificarne gli effetti.

La seconda è la constatazione che la risorsa umana e professionale è il principale e centrale attore nell’erogazione delle prestazioni rese ai cittadini dal Servizio Sanitario Nazionale, risorsa umana costituita nella maggioranza da oltre 30 profili professionali laureati, tutti caratterizzati da uno specifico ed autonomo ambito d’intervento: è, quindi, impossibile non tenerne conto e con essa le loro numerose rappresentanze sindacali e professionali.

La terza è data dalla necessità dello stesso sistema di avviare una profonda modifica dell'organizzazione del lavoro, in molte realtà del Paese ferma a modelli ante Legge 833/78 e comunque datati, che sia funzionale all'evoluzione scientifica, tecnologica nonché dell'ordinamento e della formazione delle operatrici e degli operatori: dall'ospedale per intensità di cura alle cure primarie nel territorio presente sulle 24 ore, alle implementazioni delle competenze delle professioni sanitarie alla valorizzazione della carriera professionale e non solo di quella gestionale della dirigenza medica e sanitaria, sono alcune delle priorità la cui stessa progettazione ma soprattutto la sua realizzazione, condivisa e convinta, non può aver corso senza il confronto e la partecipazione attiva dei soggetti che di tale modifica non saranno solo i destinatari bensì i protagonisti.

La storia del Servizio Sanitario Nazionale, dallo scioglimento del precedente sistema mutualistico alla difesa e mantenimento delle sue caratteristiche di sistema universale, pubblico e solidaristico hanno visto in prima fila i sindacati, gli ordini, i collegi e le associazioni professionali rappresentative: questa ricchezza di idee e di impegno innovativo professionale e lavorativo per estrinsecare al massimo la sua potenzialità e capacità riformatrice dovrebbe avere la possibilità di svilupparsi in uno scenario unitario ed unificante che superi le consuete metodologie e ritualità della contrattazione, che possono avere ancora un senso ed una validità allorché si affrontino questioni meramente contrattuali e categoriali, ma sono insufficienti per la realizzazione di un disegno strategico di sistema.

L'auspicabile partecipazione delle rappresentanza sindacali e professionali del personale del SSN alla progettazione ed alla realizzazione del Patto per la Salute non dovrebbe, a mio avviso, estrinsecarsi nelle tre canoniche sedi negoziali e cioè l'area del personale a convenzione (MMG, PLS, Ambulatoriali etc.) quella delle dirigenze (medico.veterinaria e SPTA) e quella del Comparto; bensì per l'interdipendenza, l'interazione e l'integrazione funzionali di tutte e tre le aree dovrebbe svilupparsi in un unico tavolo di confronto con il Ministero e le Regioni, senza nulla togliere a successivi momenti specifici ma che successivamente dovrebbero essere ricondotti al tavolo di confronto unitario ed unificante.

E' quasi banale affermare che non si possa trattare la realizzazione delle cure primarie nelle 24 ore solo con le rappresentanze del personale convenzionato oppure dell'organizzazione dell'ospedale per intensità di cure e dell'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie solo con i sindacati del comparto per le evidenti implicazioni che la prima riveste con il personale dirigenziale e del comparto a rapporto di lavoro dipendente che dovrà contribuire a realizzarla e la seconda per il fatto che di queste innovazioni la dirigenza medica e sanitaria non è uno spettatore ma il coprotagonista.

Sperando che questo non rimanga un sogno di mezz'estate, l'avvio di un unitario ed unificante tavolo di confronto con le rappresentanze sindacali, maggiormente rappresentative, tutte nessuna esclusa, che sia in grado di dar vita ad un'intesa con Ministero della Salute e Regioni sui contenuti del nuovo Patto per la Salute può essere veramente non solo la novità positiva di un Esecutivo che supera l'epoca dei steccati e delle contrapposizioni in tutti i campi ma la possibilità di mettere in campo tutto il protagonismo attivo e positivo, con il necessario intreccio ed integrazioni dei saperi professionali, che le centinaia di migliaia di professionisti ed operatori sanitari potranno realizzare per la difesa, il mantenimento e, si auspica, il potenziamento e rilancio del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

***Saverio Proia***

12 agosto 2013

---



---

**NO A PUBBLICAZIONE**


---



---

## Ministro blocca protocollo di Stamina

ROMA Il protocollo di Stamina «dovrà essere utilizzato esclusivamente nell'ambito della sperimentazione promossa dal **Ministero della Salute**. È pertanto da escludersi qualsivoglia pubblicazione dello stesso». Lo precisa il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin**, sottolineando che dall'1 agosto scorso all'Istituto superiore di sanità «è stata avviata la discussione sulle patologie da includere nella sperimentazione».

La richiesta di rendere pubblico il protocollo Stamina è stata avanzata pochi giorni fa dal Movimento 5 Stelle, che ha stigmatizzato «il silenzio» perdurante del Ministero sul tema. Ministero che aveva risposto con una nota: «Il silenzio del ministro è rispettoso del Parlamento che ha votato, compreso il Movimento 5 Stelle, un provvedimento che ora va attuato e che non è più oggetto di va-

lutazioni politiche. La parola ora è alla scienza».

Il protocollo del metodo è stato consegnato all'Istituto superiore di sanità, per l'avvio della sperimentazione decisa dal Parlamento, appunto il primo agosto scorso dal presidente di Stamina Foundation, Davide Vannoni. Nel frattempo il Senato ha approvato, l'8 agosto, un ordine del giorno in merito alle cure compassionevoli nei confronti dei malati gravi in pericolo di vita per i quali non sussistono valide cure alternative, consentendo l'uso delle staminali. L'uso del metodo Stamina, però, continua a dividere: tra studiosi che ne contestano l'utilità e pazienti che ne assicurano l'efficacia, tanto che sono stati molti i casi finiti davanti a giudici che hanno dovuto decidere se far sottoporre o no alcuni pazienti alle cellule create con il metodo di Vannoni.

C.M.A.



**SANITÀ/1**

# I CERTIFICATI DI GRAVIDANZA ARRIVERANNO SOLO VIA RETE

**Saltano gli obblighi a carico della lavoratrice ma per l'avvio sarà necessario un decreto interministeriale**

**Maria Rosa Gheido**

Il decreto del fare (Dl 69/2013), nella sua versione definitiva, si occupa anche di semplificare gli adempimenti formali in materia di lavoro e previdenza. Va in questa direzione la modifica introdotta dall'articolo 34 del decreto all'articolo 21 del decreto legislativo 151/2011 sugli obblighi documentali della lavoratrice in maternità, al quale vengono aggiunti alcuni commi.

Il nuovo comma 1-bis introduce l'obbligo per il medico del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato di trasmettere telematicamente all'Inps, il certificato di gravidanza con la data presunta del parto, la certificazione di nascita del bimbo o di interruzione della gravidanza.

La disposizione non è immediatamente operativa: sarà un decreto interministeriale Lavoro-Salute-Economia a stabilire, entro sei mesi, le modalità di comunicazione di questi dati. Sarà, comunque, utilizzato il sistema di trasmissione del Dm 26 febbraio 2010, già in uso per i certificati di malattia che, come noto, vengono inviati telematicamente all'istituto previdenziale direttamente dai medici curanti.

Secondo il Governo, la telematizzazione dell'intero iter amministrativo degli obblighi documentali, relativi alla maternità, comporta effetti di semplificazione che direttamente coinvolgono anche le prestazioni legate ai congedi parentali, con un contestuale maggior controllo sull'erogazione dei trattamenti indennitari. Si potrà, così, agevolare l'interoperabilità dei dati di interesse in possesso di diverse amministrazioni pubbliche (agenzia delle Entrate, datori di lavoro pubblici, direzioni territoriali del lavoro, Asl e così via) funzionale ad una più rapida e completa definizione dei processi amministrativi.

Attualmente l'articolo 21 del decreto 151/2011 pone gli adempimenti a carico della lavoratrice stabilendo che prima dell'inizio del periodo di divieto di lavoro (astensione

obbligatoria) disciplinato all'articolo 16, lettera a) dello stesso decreto 151, la lavoratrice deve consegnare al datore di lavoro e all'istituto erogatore dell'indennità di maternità il certificato medico indicante la data presunta del parto. Inoltre, la lavoratrice è tenuta a presentare, entro 30 giorni, il certificato di nascita del figlio, ovvero la dichiarazione sostitutiva attestante la data del parto, a norma dell'articolo 46 del Dpr 445/2000.

**L'accesso dell'azienda ai dati**

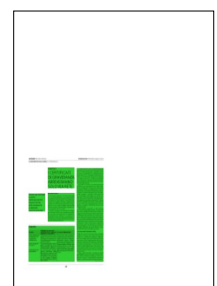
Nulla dice il nuovo decreto sulla consegna al datore di lavoro ma è dato ritenere che, come per i certificati di malattia, utilizzando le tecnologie open date i datori di lavoro potranno accedere direttamente alle certificazioni trasmesse all'istituto previdenziale, in modo da esonerare la lavoratrice anche da questo adempimento. Le nuove procedure troveranno applicazione a decorrere dal novantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del previsto decreto interministeriale.

Fino a quel momento, rimangono fermi gli obblighi vigenti, vale a dire che la lavoratrice deve trasmettere all'Inps, oltre che al datore di lavoro i certificati di gravidanza, di parto e di interruzione della gravidanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il quadro**

Evento	Obblighi documentali (articoli 19 e 21, decreto legislativo 151/2001)	Le nuove disposizioni
Prima dell'inizio del periodo di astensione obbligatoria	La lavoratrice deve consegnare al datore di lavoro e all'Inps il certificato medico indicante la data presunta del parto	A decorrere dal novantesimo giorno dopo l'entrata in vigore del decreto interministeriale Lavoro, Salute, Economia, tutti questi certificati saranno trasmessi telematicamente all'Inps dal medico del Ssn o con esso convenzionato. Fino a tale data restano fermi gli obblighi documentali del decreto 151
Entro 30 giorni dal parto	La lavoratrice deve consegnare il certificato di nascita del figlio oppure la dichiarazione sostitutiva	
Interruzione di gravidanza	Se avviene entro il 180° giorno dall'inizio della gravidanza comporta gli adempimenti previsti per la malattia; se successiva a tale termine richiede gli adempimenti previsti per il parto	



## INCHIESTA SULLA SANITÀ/1

# LA SALUTE DEGLI ITALIANI

## Ecco i 50 ospedali migliori (e i peggiori)

Lo studio di Agenzia per i servizi sanitari e ministero sulle prestazioni delle strutture: il Nord è virtuoso, ma anche il Centro...

### GRANDE INCHIESTA SULLA SANITÀ

# I 50 MIGLIORI OSPEDALI

In esclusiva, ecco lo studio di Agenzia per i servizi sanitari e ministero sulle strutture più efficienti (e quelle peggiori) per le varie patologie. Con più di una sorpresa...

di **ALESSANDRO GIORGIUTTI**

L'ospedale civile "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto ha un primato: vanta il più basso tasso di mortalità nei primi trenta giorni successivi al ricovero per infarto miocardico acuto: il 2,2 per cento. Ad appena due ore di macchina, spostandosi dalle Marche al Lazio, si incontra invece la struttura che registra i risultati peggiori: al "San Giovanni Evangelista" di Tivoli il 24,6 per cento dei malati muore entro il primo mese. La media nazionale è del 10,3

per cento. Alle Marche spetta un'altra medaglia: l'ospedale "Bartolomeo Eustacchio" di San Severino ha il tasso minore di mortalità nei 30 giorni successivi al ricovero per un ictus: l'1,5 per cento. La maglia nera resta quattro ore di macchina: è il barese (frazione Carbonara) ospedale "Di Venere", dove il tasso sale al 37,4 per cento, contro una media nazionale dell'11,6.

Lo studio sullo stato di salute degli ospedali italiani è stato fatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas), in collaborazione con il ministero della Salute. Un'analisi che ha incrociato i dati del Sistema informativo ospedaliero, l'immenso archivio in cui confluiscono le informazioni su tutti i ricoveri registrati in Italia, e quelli dell'Anagrafe tributaria. Il risultato è un elenco puntiglioso dei pregi e dei difetti del nostro sistema sanitario.

#### GLI INDICATORI

Oggi *Libero* pubblica la lista dei dieci migliori e dei dieci peggiori ospedali in riferimento a cinque dei 45 indicatori presi in esame dall'Agen-

nas. Oltre all'infarto miocardico acuto e all'ictus, si è presa in considerazione la mortalità a un mese dal ricovero dopo l'innesto di un bypass aortocoronarico. Con questa operazione si sostituisce un tratto di arteria coronaria ostruita con un segmento alternativo di vena o arteria. L'esito a breve termine (30 giorni, appunto) dell'intervento è un importante indice di qualità. Per trovare l'ospedale migliore, anche qui bisogna restare nell'Italia centro-adriatica. Non più le Marche, come per ictus e infarti, ma l'Abruzzo, con il "Mazzini" di Teramo, che però condivide il primato (lo 0,5 per cento di decessi contro una media nazionale del 2,45) con la palermitana casa di cura "Villa Maria Eleonora". Mentre i peggiori risultati sono quelli dell'azienda ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, con il 16,1 per cento di decessi.

Altro indicatore preso in esame: i giorni di degenza successivi a un intervento chirurgico di colecistectomia laparoscopica. Mediamente ne sono necessari quattro. I tempi si dimezzano in due strutture piemontesi, due toscane, una veneta, una marchigiana, una lombarda; mentre raddoppiano in due strutture abruzzesi, due laziali, una piemontese, una pugliese.

Infine, ci siamo soffermati sul tempo d'attesa per un intervento chirurgico in seguito alla frattura del collo del femore. In questi casi i tempi non sono una variabile secondaria: non è soltanto in questione il disagio personale del paziente. In effetti, specialmente per le persone anziane, che sono interessate con una certa frequenza dalla rottura del femore, una

lunga attesa prima dell'intervento corrisponde a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità. La soluzione ideale è che il paziente con femore rotto venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale. Ad oggi, c'è una sola struttura in Italia a garantire questa tempistica ed è l'ospedale "San Francesco d'Assisi" di Oliveto Citra, in provincia di Salerno.

Solo altri otto ospedali riescono a garantire l'operazione entro 48 ore: tre in Lombardia, tre nella Provincia autonoma di Bolzano, uno in Veneto e uno in Toscana. E se campano è il record positivo, campano è anche quello negativo: ben 31 giorni di attesa per chi bussa alla porta dell'ospedale "Landolfi" di Solofra, Avellino. Da notare: tra l'una e l'altra struttura, cioè tra un giorno d'attesa e un mese d'attesa, c'è meno di un'ora di macchina.

#### QUALCHE SORPRESA

I dati sono in parte sorprendenti per chi è affezionato ai luoghi comuni: non è raro infatti trovare strutture di eccellenza al Centrosud. Anche se è vero che al Sud si concentrano in genere le strutture con le prestazioni più negative.

La vicinanza di ospedali virtuosi e pessimi all'interno di una stessa area



geografica è un altro fattore degno di nota. Solo qualche esempio: la Campania ospita una struttura ottima per chi è colpito da un infarto a Battipaglia (il "Santa Maria della Speranza": mortalità dopo 30 giorni al 3,2 per cento) e una pessima a Santa Maria Capua Vetere (il "San Giuseppe e Melorio": mortalità al 21,8 per cento). Dopo un ictus, nell'ospedale "SS. Antonio e Margherita" di Tortona si ha solo il 6 per cento delle possibilità di morire nei primi trenta giorni di ricovero, ben al di sotto della media nazionale dell'11,6 per cento, ma all'ospedale "Santo Spirito" di Casale Monferrato la percentuale sale al 24,5 per cento. Tra le due strutture c'è poco più di mezz'ora di automobile. In Veneto tra l'ospedale di Conegliano e quello di Vittorio Veneto la distanza, in macchina, è ancora minore: nel primo la percentuale di decessi è del 20,3 per cento, nel secondo è del 5,4 per cento.

Prima di leggere le tabelle in questa pagina e nelle seguenti, due avvertenze, legate entrambe allo scrupolo di chi ha elaborato i dati. La prima: l'Agenas preferisce non parlare di «classifiche, graduatorie, pagelle, giudizi» bensì di «strumenti di valutazione (...) finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel Servizio sanitario nazionale».

Seconda avvertenza: nelle liste spesso non compaiono ospedali i cui dati pure sono stati raccolti, e che magari si piazzerebbero anche nelle parti alte. La scelta è dell'Agenas, che giudica, in quei casi, troppo alto il rischio d'errore, attribuendo magari alla qualità o all'inefficienza dell'ospedale interessato ciò che invece è imputabile alla sorte. Il dato viene quindi giudicato statisticamente non significativo e noi lo omettiamo.

Ultima precisazione: i valori si riferiscono al 2011 e sono "aggiustati", cioè corretti in modo da tener conto di fattori che potrebbero alterare i risultati, non rendendoli confrontabili: l'età e il genere del paziente, la gravità delle sue condizioni di salute, la presenza di altre malattie...

(1.Continua)

## INFARTO

(Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero)

### I DIECI MIGLIORI

	Struttura	Regione-provincia	Rischio
1	OSP. MADONNA DEL SOCCORSO - SAN BENEDETTO DEL TRONTO	MARCHE AP	2,17
2	OSP. S.MARIA SPERANZA - BATTIPAGLIA	CAMPANIA SA	3,19
3	OSP. S.GIOVANNI DI DIO - FRATTAMAGGIORE	CAMPANIA NA	3,29
4	OSP. SACRO CUORE DI GESU' - GALLIPOLI	PUGLIA LE	3,43
5	A.O. GARIBALDI - NESINA - CATANIA	SICILIA CT	4,02
6	OSP. S.MATTEO DEGLI INFERMI - SPOLETO	UMBRIA PG	4,13
7	OSP. DI MONDOVI' - MONDOVI'	PIEMONTE CN	4,18
8	OSP. CIVILE VILLA D' AGRI - MARSICOVETERE	BASILICATA PZ	4,14
9	OSP. S.CATERINA NOVELLA - GALATINA	PUGLIA LE	4,17
10	OSP. JAZZOLINO - VIBO VALENTIA	CALABRIA VV	4,21
	OSP. S.BARTOLOMEO DI SARZANA - SARZANA	LIGURIA SP	4,21

**MEDIA NAZIONALE** **10,28**

### I DIECI PEGGIORI

	Struttura	Regione-provincia	Rischio
10	OSP. S.BASSIANO - BASSANO DEL GRAPPA	VENETO VI	18,85
9	A.O. S.CARLO - POTENZA	BASILICATA PZ	19,29
8	OSP. UMBERTO I - SIRACUSA	SICILIA SR	19,47
7	OSP. IMMACOLATA CONCEZIONE - PIOVE DI SACCO	ENETO PD	19,47
6	A.O.U.U. UMBERTO I - ROMA	LAZIO RM	19,63
5	A.O. PIEMONTE - MESSINA	SICILIA ME	19,85
4	C.C.A. S.ANNA - POMEZIA	LAZIO RM	20,40
3	OSP. SAN PAOLO - NAPOLI	CAMPANIA NA	20,47
2	OSP. S.GIUSEPPE E MELORIO - SANTA MARIA CAPUA VETERE	CAMPANIA CE	21,83
1	OSP. S.GIOVANNI EVANGELISTA - TIVOLI	LAZIO RM	24,61

P&G/L



INCHIESTA SULLA SANITÀ/1

# ICTUS E BYPASS

## Sorpresa: strutture efficienti anche al Centrosud

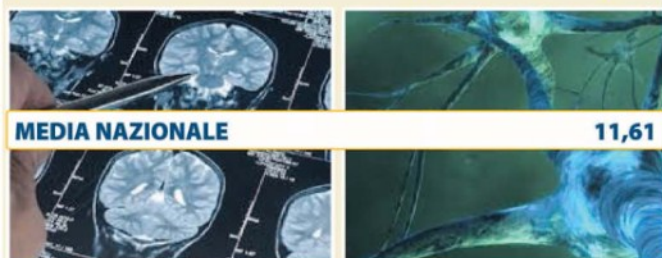
Sicilia, Calabria, Lazio: gli ospedali peggiori sono lì, ma non mancano isole virtuose. Gioiellini pure in Abruzzo e Marche

### ICTUS

(Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero)

#### I DIECI MIGLIORI

Struttura	Regione-provincia	Rischio %
1 OSP.B.EUSTACCHIO - SAN SEVERINO MARCHE	MARCHE MC	1,48
2 OSP.C. FATEBENEFRAELLI - ROMA	LAZIO RM	1,60
3 C.C.A. CASCINI - BELVEDERE MARITTIMO	CALABRIA CS	1,60
4 OSP. AZIENDALE DI MERANO - MERANO	P. AUT. BOLZANO BZ	1,73
5 OSP. S.MARIA DEL CARMINE - ROVERETO	P. AUT. TRENTO TN	2,06
6 A.O.U.U. DI MODENA - MODENA	EMILIA ROMAGNA MO	2,39
7 OSP. DI CITTA' DELLA PIEVE - CITTA' DELLA PIEVE	UMBRIA PG	2,67
8 OSP. DI GUASTALLA - GUASTALLA	EMILIA ROMAGNA RE	3,05
9 OSP. L.SACCO - MILANO	LOMBARDIA MI	3,07
10 C.C.A. PIERANGELI - PESCARA	ABRUZZO PE	3,60



**MEDIA NAZIONALE**

**11,61**

#### I DIECI PEGGIORI

Struttura	Regione-provincia	Rischio %
10 OSP. M.CHIELLO - PIAZZA ARMERINA	SICILIA EN	26,70
9 OSP. TRIGONA - NOTO	SICILIA SR	27,16
8 OSP. S.BARBARA - IGLESIAS	SARDEGNA CI	27,29
7 C.C.A. VILLA DEI FIORI - ACERRA	CAMPANIA NA	28,16
6 OSP. S.GIULIANO - GIUGLIANO IN CAMPANIA	CAMPANIA NA	29,64
5 OSP.GENZANO DI ROMA - GENZANO DI ROMA	LAZIO RM	31,38
4 OSP. A.CARDARELLI - CAMPOBASSO	MOLISE CB	31,88
3 C.C.A. PINETA GRANDE - CASTEL VOLTURNO	CAMPANIA CE	32,99
2 OSP. MARESCA - TORRE DEL GRECO	CAMPANIA NA	34,17
1 OSP. DI VENERE - BARI	PUGLIA BA	37,40

P&G/I

### BYPASS ALL'AORTA

(Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni dal ricovero)

#### I DIECI MIGLIORI

Struttura	Regione-provincia	Rischio %
1 C.C.A. VILLA MARIA ELEONORA - PALERMO	SICILIA PA	0,50
2 OSP.MAZZINI - TERAMO	ABRUZZO TE	0,52
3 C.C.A. S.ANNA HOSPITAL - CATANZARO	CALABRIA CZ	0,63
4 A.O.SAN CAMILLO-FORLANINI - ROMA	LAZIO RM	0,66
5 C.C.A. SANTA MARIA - BARI	PUGLIA BA	0,68
6 A.O.U.U. DI PARMA - PARMA	EMILIA ROMAGNA PR	0,74
7 OSP. S.CHIARA - TRENTO	P. AUT. TRENTO TN	0,86
8 C.C.A. CITTA' DI LECCE - LECCE	PUGLIA LE	0,92
9 A.O.G.M.LANCISI - ANCONA	MARCHE AN	0,96
10 1A.O.U.U. DI BARI - BARI	PUGLIA BA	1,02



**MEDIA NAZIONALE**

**2,45**

#### I DIECI PEGGIORI

Struttura	Regione-provincia	Rischio %
10 A.O.U.U. TOR VERGATA - RO MA	LAZIO RM	4,85
9 A.O. PAPARDO - MESSINA	SICILIA ME	5,57
8 IRCCSPUB S.MARTINO - GENOVA	LIGURIA GE	5,79
7 C.C.A. POLICLINICO DI MONZA - MONZA	LOMBARDIA MB	7,68
6 C.C.A. PINETA GRANDE - CASTEL VOLTURNO	CAMPANIA CE	8,06
5 A.O.U. V.EMANUELE - CATANIA	SICILIA CT	8,74
4 C.C.A.MONTEVERGINE - MERCOGLIANO	CAMPANIA AV	8,92
3 A.O. COLLI - P. MONALDI - NAPOLI	CAMPANIA NA	9,11
2 C.C.A.GAVAZZENI - BERGAMO	LOMBARDIA BG	14,33
1 A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO - CASERTA	CAMPANIA CE	16,09

P&G/I

INCHIESTA SULLA SANITÀ/1

# TEMPI D'ATTESA

## Ricoveri e degenze: ecco dove sono più veloci

Dopo una frattura al femore si dovrebbe aspettare non più di un giorno. C'è un ospedale in Campania dove ne servono 31

### COLECISTECTOMIA

(Colecistectomia laparoscopica: degenza totale)

#### I DIECI MIGLIORI

Struttura	Regione-provincia	GG attesa
1 A.O.S.CROCE E CARLE - CUNEO	PIEMONTE CN	2
1 A.O. CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO - ALESSANDRIA	PIEMONTE AL	2
1 C.C.A.S.MARIA - CASTELLANZA	LOMBARDIA VA	2
1 OSP.PER ACUTI - LEGNAGO	VENETO VR	2
1 OSP.PIANA - LUCCA	TOSCANA LU	2
1 AREA ARETUNA NORD - AREZZO	TOSCANA AR	2
1 OSP.DI TOLENTINO - TOLENTINO	MARCHE MC	2
2 IRCCSPR S.DONATO - SAN DONATO MILANESE	LOMBARDIA MI	3
2 IRCCSPR S.DONATO - SAN DONATO MILANESE	LOMBARDIA MI	3
2 OSP.CIVILE DI IVREA - IVREA	PIEMONTE TO	3



#### I DIECI PEGGIORI

Struttura	Regione-provincia	GG attesa
2 A.O.U.S. GIOVANNI DI DIO	SARDEGNA CA	7
2 AO.DI PERUGIA - PERUGIA	UMBRIA PR	7
2 A.O.U.U. UMBERTO I - ROMA	LAZIO RM	7
2 A.O.U.U. RIUNITI - FOGGIA	PUGLIA FG	7
1) 1) OSP.DEGLI INFERMI - RIVOLI	PIEMONTE TO	8
1 OSP. S.MARIA GORETTI - LATINA	LAZIO LT	8
1 A.O.S.GIOVANNI ADDOLORATA - ROMA	LAZIO RM	8
1 OSP. S.FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO	ABRUZZO AQ	8
1 OSP.MARIA S.S. DELLO SPLENDORE - GIULIANOVA	ABRUZZO TE	8
1 OSP.DI CASARANO - CASARANO	PUGLIA LE	8

### FRATTURA DEL FEMORE

(Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico)

#### I DIECI MIGLIORI

Struttura	Regione-provincia	GG attesa
1 OSP. S.FRANCESCO D'ASSISI - OLIVETO CITRA	CAMPANIA SA	1
2 OSP. RIUNITI DI PISTOIA - PISTOIA	TOSCANA PT	2
2 OSP.DI MONTECCHIO MAGGIORE - MONTECCHIO M.	VENETO VI	2
2 OSP.AZIENDALE DI BRUNICO - BRUNICO	P. AUT. BOLZANO BZ	2
2 OSP.AZIENDALE DI BRESSANONE - BRESSANONE	P. AUT. BOLZANO BZ	2
2 OSP. AZIENDALE DI MERANO - MERANO	P. AUT. BOLZANO BZ	2
2 OSP. DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI - VARESE	LOMBARDIA VA	2
2 C.C.A. POLIAMBULANZA - BRESCIA	LOMBARDIA BS	2
2 OSP. DI CIRCOLO BUSTO ARSIZIO - BUSTO ARSIZIO	LOMBARDIA VA	2
3 10) OSP. S.ANTONIO ABATE - TOLMEZZO	FRIULI V.G. UD	3



#### I DIECI PEGGIORI

Struttura	Regione-provincia	GG attesa
5 OSP.P.BORSELLINO - MARSALA	SICILIA TP	12
4 OSPS.MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI	CAMPANIA NA	13
4 OSP.CIVILE DI ANAGNI - ANAGNI	LAZIO FR	13
4 OSP.F.SPAZIANI - FROSINONE	LAZIO FR	13
4 OSP.CIVILE CONIUGI BERNARDINI - PALESTRINA	LAZIO RM	13
3 OSP. DI NOLA - NOLA	CAMPANIA NA	14
3 OSP.DI CASARANO - CASARANO	PUGLIA LE	14
3 OSP. CIVILE SASSARI - SASSARI	SARDEGNA SS	14
2 C.C.A. PINETA GRANDE - CASTEL VOLTURNO	CAMPANIA CE	17
1 OSP. LANDOLFI - SOLOFRA	CAMPANIA AV	31

# Una sanità da codice rosso. SI SALVA SOLO IL NORD

**Il costo di una protesi d'anca? Varia da 284 a 2.575 euro. I pasti giornalieri di un paziente? Da 9,40 a 50 euro. E c'è chi usa i fondi europei per coprire i buchi di bilancio...**

I tagli del governo tecnico sono stati pesantissimi. Eppure la spesa sanitaria di molte Regioni resta fuori controllo.

Roba da codice rosso. Qualche ragione c'è. E non sono solo di bilancio. Il costo di una siringa sterile varia da 2 a 65 centesimi. Una protesi d'anca da 284 a 2.575 euro. I pasti giornalieri di un paziente da 9,40 a 50 euro. Quelli di un dipendente da 4,62 al quadruplo. Eppure l'intero paniere di beni e servizi vale, da solo, oltre un terzo della spesa nazionale, la seconda voce dietro ai costi del personale.

Dai dati emerge che un blocco di Regioni (Lazio, Liguria, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna) accusa un deficit medio di 2 miliardi di euro, mentre altre (Lombardia e Veneto) evidenziano un utile di 134 milioni.

Il paradosso, ma non lo è, è che si spende più nelle Regioni con i conti a posto - poco più 1800 euro pro-capite - che non in quelle in rosso, con il record minimo di 1.700 euro della Calabria.

Tradotto: al Nord i soldi per la sanità si spendono meglio e con maggiore efficacia di prestazioni e risultati.

Il circuito resta perverso anche perchè non si può pensare di andare avanti come la Puglia dove **Nichi Vendola**

esibisce un risanamento ottenuto con il dirottamento dei fondi europei.

Ma cosa ci aspetta per il futuro? E' veramente a rischio la sostenibilità del sistema sanitario?

La spesa è destinata a salire dal 7 per cento sul pil attuale al 9% entro il 2025 (in particolare l'incremento è dovuto alle spese per i soggetti non autosufficienti). Di certo siamo al limite. Sicuramente spaccati in due, tra Regioni dove si paga e si pagherà sempre di più, e ci si cura peggio, e quelle dove accade il contrario.

Il risultato è una sanità che non è né uguale per tutti, in termini di prestazioni e prezzi, e che grava su tutti noi: l'Irpef nazionale, quello regionale, l'Irap, i ticket, le quote sulle Rc auto, le assicurazioni private per chi se le può permettere, e infine con i soldi che tiriamo fuori di tasca nostra per medicinali e medici fuori convenzione, se non addirittura in nero.

Non è solo una questione di controlli ma anche di diventare responsabili e trasparenti. E capire che la sanità è in continuo cambiamento. Che i malati cronici aumenteranno e sono la grande sfida odierna. La Lombardia è stata la prima ad attivare il progetto Creg. Una presa in carico del paziente cronico. I risultati sono ottimi. Tanto che perfino il Canada si è messo a studiare il modello introdotto. Perfino il nostro **Ministero della Salute** pare si sia svegliato.

Un passo avanti che non basta se non sarà affiancato dall'introduzione del finanziamento standard pro capite, mettendo definitivamente nel cassetto la disastrosa spesa storica.



## NOTIZIE

## In breve

**DIPENDENTI****Pa, i dati sulla salute non si danno a terzi**

Il Garante della privacy ha stabilito che viola le norme sulla protezione dei dati personali la pubblica amministrazione che comunica indebitamente informazioni sullo stato di salute di un proprio dipendente a terzi. La pronuncia si riferisce al caso di una professoressa universitaria, interdetta dal lavoro con un decreto rettorale che ne citava anche le condizioni di salute. Copia integrale del decreto era stata messa a disposizione di un altro docente e anche allegata al modulo di richiesta per la copertura resa vacante dalla malattia della professoressa. Il Garante ha prescritto all'amministrazione di conformare la gestione del trattamento dei dati personali alla disciplina del Codice della privacy.



# Copertura assicurativa obbligatoria per i medici Il governo si impegna: presto regole chiare per tutti

**Lucio Romano (Scelta Civica):  
una scelta vantaggiosa sia  
per i professionisti sia per  
i pazienti. Siglate già dallo scorso  
anno convenzioni collettive**

DI **FRANCESCA LOZITO**

**U**na assicurazione "operativa" per i medici. Il Governo si impegna in questi giorni a garantire che tutte le specializzazioni del settore abbiano una adeguata copertura assicurativa, in grado non solo di coprire da rischi ma anche di non far scivolare facilmente i medici verso un approccio professionale difensivo. Che danneggia prima di tutto i pazienti.

La Commissione Igiene e Sanità del Senato ha votato all'unanimità l'altro ieri un ordine del giorno, presentato da Lucio Romano di Scelta civica. «Il testo – spiega il senatore – impegna il governo a intervenire in modo organico, con opportuni provvedimenti, per regolamentare complessivamente la materia assicurativa dei sanitari tenendo conto delle specificità connesse sia alle diverse tipologie di professionisti interessati (medici dipendenti, liberi professionisti e convenzionati) che alle differenti specializzazioni mediche, per assicurare che sia obbligatoria, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale».

Una scelta che è senza dubbio vantaggiosa prima di tutto per i medici: «È un costo ma complessivamente costituisce – prosegue Romano – un indubbio vantaggio sia per il professionista, in quanto sostanzialmente il suo patrimonio personale è messo al riparo in caso di richieste di risarcimento danni, sia per l'assistito, in quanto questo ha a disposizione, in maniera effettiva e trasparente, una garanzia sicura di risarcimento, soprattutto nei casi di conseguenze gravi per comportamenti colposi nello svolgimento delle attività professionali».

Per fare in modo che le compagnie assicurative non fossero restie a stipulare le polizze di fronte a una professione così gravosa e rischiosa, così come accaduto già nel corso di quest'anno (da quando l'assicurazione è diventata obbligatoria per gli ordini professionali, ndr) sono state siglate già dallo scorso anno delle "convenzioni collettive" perché l'obbligo di assicurazione sia pienamente attuato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CLASSIFICAZIONE DEI RONZINI AFFIDATA AL SISTEMA VETERINARIO E NON PIÙ AGLI ALLEVATORI

# DAL PALIO ALLE CORSE, BASTA CAVALLI MALTRATTATI

Regole più severe con il testo **Lorenzin**. Tutelati animali e fantini, monitor sul doping**LARGO RAGGIO**

**Il governo punta anche a contrastare fenomeni come quello di esche e bocconi avvelenate in strada**

**ROMA.** Stretta sulle manifestazioni popolari che vedono primi "protagonisti" gli animali, come a esempio il celebre Palio di Siena. In arrivo, infatti, controlli ancora più stringenti, anche a tutela del benessere degli animali, insieme a regole più severe per fantini e cavalieri. La novità è contenuta nel cosiddetto "ddl **Lorenzin**", promosso dal **ministro della Salute**.

Le manifestazioni, si spiega nel disegno di legge, «devono essere autorizzate previa acquisizione del parere favorevole della commissione comunale o provinciale per la vigilanza, integrata da un medico veterinario dell'azienda sanitaria locale». Inoltre, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge, un decreto dei ministeri dell'Interno e della Salute dovrà indicare «i requisiti minimi di sicurezza per l'incolumità pubblica e per il benessere degli animali impiegati nelle manifestazioni».

E una "stretta" è prevista anche per i fantini: «È vietata la partecipazione alle manifestazioni di fantini e cavalieri - si stabilisce nel provvedimento - che hanno riportato condanne per maltrattamento e uccisione di animali, spettacoli o manifestazioni vietate, competizioni non autorizzate e scommesse clandestine». È inoltre vietata per 3 anni la partecipazione dei fantini che hanno riportato sanzioni disciplinari per l'uso di sostanze stupefacenti o dopanti e che, sulla base di un preventivo controllo a campione, da effettuarsi nelle quattro ore precedenti alla manifestazione, sono risultati positivi all'uso di alcol o di sostanze stupefacenti o dopanti.

Più in generale, il ddl mira a una maggiore tutela e benessere degli animali anche stabilizzando alcune norme previste in ordinanze ministe-

riali già più volte reiterate, che riguardano la tutela dalle aggressioni da cani, il possesso responsabile degli animali da compagnia e la lotta

al randagismo, la repressione del fenomeno dei bocconi e delle esche avvelenate a tutela sia degli animali sia della salute dell'uomo.

Prevista anche l'implementazione dell'uso dei sistemi informatizzati già esistenti per la gestione dei dati e delle informazioni inerenti le malattie animali e per il completamento della raccolta delle informazioni sulla sicurezza alimentare, provenienti sia dagli enti deputati che dagli operatori. Questo al fine di una efficace programmazione dei controlli e per affrontare adeguatamente le crisi sanitarie, oltretutto nell'ottica di un risparmio generale. Un altro intervento riguarda poi la riunificazione, sotto l'egida del sistema sanitario veterinario, del sistema di identificazione e registrazione degli equidi, in precedenza attribuito all'Unire (Unione nazionale incremento razze equine), e poi all'Assi (Associazione allevatori cavallo da sella sportivo italiano), ma in realtà mai realizzato compiutamente e che ha mostrato le sue lacune anche in occasione delle recenti frodi comunitarie riguardanti la carne di cavallo.

Obiettivo del ministro, con il ddl approvato, anche realizzare la possibilità di un ammodernamento del regolamento di polizia veterinaria, al fine di affrontare con misure tecniche più adeguate e meno penalizzanti per gli allevatori le malattie animali, tenendo conto del loro livello di diffusione e delle innovazioni tecniche e farmacologiche intervenute negli anni.

**GIO. M.**

**Sanità** Dopo la scoperta della presenza del virus dell'epatite C nelle sacche destinate alla produzione di farmaci

# Plasma infetto, controlli ai donatori

Telefonate a undicimila, due mesi per gli esami. Summit col ministero, task force già al lavoro

## Eccezioni

Chi è risultato negativo ai test successivi al prelievo sospetto sarà escluso dalle ispezioni

## Quantità

Sono 7.800 litri quelli contaminati, doveva lavorarli la Kedrion, una azienda lucchese

La Regione sottoporrà ad un controllo quasi undicimila donatori per individuare a chi appartengano le sacche di plasma che, risultate positive all'epatite C, hanno contaminato 7 mila e 800 litri di plasma destinato alla produzione dei farmaci nei silos dell'azienda lucchese Kedrion. Nei prossimi giorni, dagli uffici dell'assessorato regionale alla Sanità partiranno le prime telefonate e contemporaneamente nei centri di trasfusione, dove ogni anno si recano i quasi 250 mila donatori, verrà chiesto di sottoporsi a qualche seduta in più.

Al momento, dalla Regione sono cauti sulla possibilità di lanciare appello per la donazione di plasma, preferendo contare sulla sensibilità delle associazioni di volontariato e sugli stessi donatori che, magari, decideranno di donare, oltre al sangue, anche il plasma.

Una vera e propria task force si è messa in moto nel week end dopo una lunga serie di consultazioni con il ministero della Sanità, che ha già dettato le linee guida dell'operazione che dovrà fare chiarezza su quanto accaduto. Ed è già scattata la divisione dei compiti tra gli uffici dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma, la Regione e la Kedrion, da dove è partito l'allarme del plasma infetto. Ai dirigenti dell'azienda lucchese il ministero ha già chiesto tutti i dati e la documentazione degli imballaggi dei due silos che contenevano il plasma dei tredicimila donatori, compresi quelli del Friuli Venezia Giulia. Accertare che la causa scatenante

del contagio non si trovi all'interno dei locali dell'azienda è la procedura standard adottata in questi casi. Un semplice passaggio di routine, perché è quasi certo che il problema risieda nella materia prima, ovvero nel plasma arrivato dai laboratori della Toscana (o del Friuli Venezia Giulia). E infatti, in Regione sono già alle prese con le liste dei donatori toscani: in tutto sarebbero undicimila, perché le altre duemila sacche provenivano da donatori del Friuli.

Anche qui è scattata l'indagine interna ed è da qui che arriveranno i primi risultati, perché il sistema sanitario friulano è dotato di una sieroteca, dove sono conservate e catalogate tutte le provette dei donatori. In Toscana non è così, e il lavoro di ricerca sarà più lungo e articolato. «Ci vorranno un paio di mesi per ricontrollare tutti i donatori il cui plasma è finito in quei contenitori — conferma la dottoressa Simona Carli, del Centro sangue della Toscana — Per fortuna i donatori di plasma sono abituali, per cui chi è risultato negativo nei test successivi non dovrà essere ricontrollato».

Quasi 8 mila litri (dei 70 mila) di plasma della riserva annuale regionale che servivano a «autoprodurre» i farmaci emoderivati sono andati distrutti. Un danno etico ed economico (alcuni farmaci andranno pagati a prezzo pieno) a cui si tenterà di porre subito rimedio chiedendo ai cittadini ulteriori donazioni.

**Gaetano Cervone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le tappe

### Undicimila sacche

Il plasma è stato prelevato in Toscana tra la fine del 2011 e l'inizio del 2012 e poi congelato. Proviene da quasi tutti i centri toscani

### L'allarme

L'azienda lucchese di farmaci emoderivati Kedrion si è accorta tre settimane fa della contaminazione. Tutto il plasma, comprese 2.000 sacche provenienti dal Friuli, è stato distrutto

### Il danno

Le 11.000 sacche distrutte sono il dieci per cento circa delle donazioni raccolte in un anno in Toscana

