

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italie



Rassegna Stampa del 09.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Farmacie dei servizi. In arrivo nuove sentenze del Tar Lazio

Attesa per le nuove sentenze che riguarderanno un'altra serie di ricorsi. Questa volta l'oggetto è l'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali infermieristiche e fisioterapiche.

08 FEB - Sono stati discussi oggi e trattenuti in decisione innanzi alla terza sezione quater del Tar del Lazio la seconda serie dei ricorsi proposti dalle associazioni di operatori sanitari, tra gli altri Anisap, Simfer ed Ursap nonché dal Collegio dei Chimici nell'ambito dei ricorsi con i quali è stato chiesto l'annullamento dei decreti del Ministero della Salute 16 dicembre 2010 pubblicati in Gazzetta Ufficiale 19 aprile 2011 che pongono in attuazione il decreto legislativo n. 153/2009 per l'introduzione di nuovi servizi in farmacia.

In particolare i ricorsi oggi discussi avevano ad oggetto l'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali, per la parte relativa alle prestazioni erogabili dagli infermieri e le prestazioni fisioterapiche. Anche in questa occasione la Fofi, Utifar e Federfarma hanno ribadito le proprie difese spiegando come i decreti non rappresentano una sostituzione del farmacista ad altri operatori sanitari ma danno solo al paziente un modo di reperire sul territorio operatori sanitari con facilità e come le richieste dei ricorrenti appaiono totalmente prive di fondamento, essendo solo un tentativo di contrastare provvedimenti del Governo emanati al fine di rendere un migliore servizio sanitario all'intera collettività.

In precedenza erano stati rigettati i ricorsi che impugnavano la parte del decreto afferente le prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ai sensi dell'art. 1, comma 2 lettera e), e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera d), del decreto legislativo n. 153 del 2009 .

Ora, a breve, si attendono le nuove decisioni

Il Sole **24 ORE**

Sanità

L'annuario statistico 2009 delle strutture del Ssn pubblicato dal ministero della Salute

Tra pubblico e privato nel 2009 operavano in tutte le Regioni 1.172 strutture per l'assistenza ospedaliera, 9.658 per l'assistenza specialistica ambulatoriale, 5.715 per l'assistenza territoriale residenziale, 2.510 per l'assistenza territoriale semiresidenziale, 5.444 per l'altra assistenza territoriale e 968 per l'assistenza riabilitativa.

Il ministero della Salute ha appena pubblicato sul suo sito istituzionale (www.salute.gov.it) l'Annuario statistico del Ssn 2009 che riporta i "numeri" di strutture, apparecchiature e operatori del Ssn.

Secondo l'annuario la maggioranza delle strutture ospedaliere (54,4%) e le strutture che erogano altra assistenza territoriale (88,6%) sono pubbliche. Sono in maggioranza private accreditate invece le strutture che erogano assistenza riabilitativa (75,8%) e le strutture che erogano assistenza territoriale residenziale (74,2%).

L'analisi dei trend del numero di strutture tra il 2006 e il 2009 indica una sostanziale stabilità per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera (si registra una leggera contrazione, -0,8%, del numero di strutture pubbliche). Per l'assistenza specialistica ambulatoriale "ambulatorio laboratorio", si assiste a una riduzione del 2,3% delle strutture pubbliche e a una lieve riduzione dello 0,2% per quelle private accreditate. Significativi incrementi, soprattutto per il privato accreditato, sono evidenziati dai trend dell'assistenza territoriale semiresidenziale (+1,4% per il pubblico, +5,2% per il privato accreditato) dell'assistenza territoriale residenziale (+4,3% per il pubblico, +6,7% per il privato accreditato), e dell'assistenza riabilitativa ex art.26 (+8,5% per il pubblico, +1,3% per il privato accreditato). Infine per l'assistenza erogata da altre strutture territoriali, a fronte di un aumento del 1,6% delle strutture pubbliche, si rileva un aumento del 5,5% delle strutture private accreditate.

Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata - anno 2009					
Assistenza	Natura delle strutture				Totale
	Pubbliche	%	Private accreditate	%	
Assistenza Ospedaliera	638	54,4%	534	45,6%	1.172
Assistenza Specialistica Ambulatoriale	3.847	39,8%	5.811	60,2%	9.658
Assistenza Territoriale Residenziale	1.475	25,8%	4.240	74,2%	5.715
Assistenza Territoriale Semiresidenziale	1.007	40,1%	1.503	59,9%	2.510
Altra Assistenza Territoriale	4.824	88,6%	620	11,4%	5.444
Assistenza Riabilitativa (ex art. 26)	234	24,2%	734	75,8%	968
TOTALE	12.025	47,2%	13.442	52,8%	25.467

Questa l'analisi contenuta nell'annuario per i singoli settori

Medicina generale

In media a livello nazionale ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.129 adulti residenti. A livello regionale esistono notevoli differenziazioni: per le Regioni del Nord, fatte salve alcune eccezioni, gli scostamenti dal valore medio nazionale sono positivi. In particolare si evidenzia la Provincia Autonoma di Bolzano con 1.565 residenti adulti per medico di base: va però tenuto presente che in detta Provincia Autonoma il contratto di convenzione con il SSN dei medici di base stabilisce quale massimale di scelte 2.000 assistiti.

Nel Lazio si registra il valore minimo di 1.014 residenti adulti per medico di medicina generale; nelle Regioni del Sud si registrano lievi oscillazioni attorno al valore nazionale. Il carico medio potenziale per pediatra è a livello nazionale di 1.022 bambini, con una variabilità territoriale anche più elevata rispetto a quella registrata per i medici di medicina generale. Tutte le Regioni comunque sono caratterizzate da una forte carenza di pediatri in convenzione con il SSN ad eccezione dell'Abruzzo, Sardegna e Sicilia che presentano un numero di bambini per pediatra di poco superiore al massimale stabilito nel contratto di convenzione. Nell'esaminare lo scostamento del carico potenziale dal valore nazionale, spicca, anche in questo caso, il dato di Bolzano con un valore pari al 39% (1.416 bambini per pediatra). Considerando le Regioni meridionali, il carico potenziale di bambini per pediatra è superiore al valore nazionale in Campania (9%) e Basilicata (13%).

A fronte del carico potenziale dei medici di base (di medicina generale e pediatri), è possibile valutare il carico assistenziale effettivo, dato dal numero degli iscritti al SSN (coloro che hanno scelto presso la ASL di competenza il proprio medico di base) per ciascun medico. Nella maggior parte delle Regioni tale indicatore evidenzia che il numero di scelte per medico di medicina generale è maggiore o uguale alla popolazione adulta residente per medico di medicina generale, mentre il numero di scelte per pediatra è sempre inferiore al numero dei bambini residenti per pediatra.

Complessivamente il numero totale delle scelte è prossimo al numero complessivo dei residenti.

Da ciò si deduce dunque che per molti bambini è stata scelta l'assistenza erogata dal medico di medicina generale anziché pediatrica.

Guardia medica

Il servizio garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana: esso si realizza assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne festive e prefestive. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche.

Nel 2009 sono stati rilevati in Italia 2.954 punti di guardia medica; con 12.359 medici titolari ovvero 21 medici ogni 100.000 abitanti. A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica sia per quanto concerne il numero dei medici titolari per ogni 100.000 abitanti.

Assistenza farmaceutica convenzionata

Consiste nella fornitura di specialità medicinali e preparati galenici utili per la prevenzione o la cura delle malattie; essa rappresenta, nell'ambito dei Servizi erogati dal SSN quella più suscettibile di variazione poiché è strettamente dipendente dalle disposizioni dettate dalle varie leggi finanziarie. In Italia nel 2009 sono state prescritte 570.893.623 ricette con un importo di poco superiore ai 12 miliardi di euro, con un costo medio per ricetta di circa 21 euro. Il costo medio per ricetta risulta fortemente variabile all'interno del territorio nazionale registrando il valore minimo nelle Marche (18,01 euro) e quello massimo (24,81 euro) nella Provincia Autonoma di Bolzano.

Assistenza domiciliare integrata

Si esplica quando, per motivi di organizzazione sanitaria o per ragioni sociali, si ritenga necessaria un'assistenza alternativa al ricovero. Infatti l'assistenza domiciliare integrata (ADI) è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:

- di medicina generale;
- di medicina specialistica;
- infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
- di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle aziende;
- di assistenza sociale.

In generale le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere. Nel corso del 2009 sono stati assistiti al proprio domicilio 533.461 pazienti, di questi l'84,1% è rappresentato da assistibili di età maggiore o uguale a 65 anni e il 9,2% è rappresentato da pazienti terminali.

Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 21 ore di assistenza erogata in gran parte da personale infermieristico (15 ore). Le ore dedicate a ciascun malato terminale risultano, invece, pari a 26.

Strutture sanitarie non ospedaliere

Sono strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale; strutture territoriali quali i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno-infantile e i centri distrettuali; strutture semiresidenziali, ad esempio i centri diurni psichiatrici; strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali, le case protette ecc.

Nel 2009 in totale sono state censite 9.658 strutture sanitarie di tipo ambulatorio/laboratorio: la percentuale di strutture pubbliche è molto variabile a livello regionale; in generale nelle Regioni Centro-meridionali si ha una prevalenza di strutture private accreditate. Una situazione opposta si registra per quanto riguarda le altre strutture territoriali nelle quali prevale la gestione diretta delle Aziende Sanitarie.

Le strutture di tipo Ambulatorio/Laboratorio pubbliche erogano nella maggior parte dei casi assistenza clinica, mentre quelle private convenzionate erogano prestazioni di laboratorio.

Altre strutture extraospedaliere

Nel 2009 sono state censite 5.715 strutture residenziali, 2.510 di tipo semiresidenziale, 5.444 di altro tipo (come centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali). Con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati censiti 246.729 posti, pari a 411 per 100.000 abitanti. Di questi il 71,0% sono stati dedicati all'assistenza agli anziani, il 13,0% all'assistenza psichiatrica, il 15,4% all'assistenza ai disabili psichici e fisici, lo 0,5% ai pazienti terminali; probabilmente questi dati sono sottostimati poiché in alcuni casi c'è una sovrapposizione dei vari tipi di assistenza.

Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative.

Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

Strutture riabilitative

Nel 2009 ne sono state rilevate 968, con 14.679 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.871 per l'attività di tipo semiresidenziale in complesso 48 ogni 100.000 abitanti. Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 55.898 e 23.745 utenti); tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa, in particolare la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture semiresidenziali.

Nel 2009 le strutture riabilitative hanno impiegato 46.186 unità di personale di cui il 10% costituito da medici ed il 43% da terapisti e logopedisti.

Le strutture ospedaliere

Nel 2009 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 1.172 istituti di cura, di cui il 54% pubblici ed il rimanente 46% privati accreditati. Risulta confermato il trend decrescente del numero degli istituti, già evidenziatosi negli anni precedenti, effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture.

Il 66% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende

Sanitarie Locali, il 12% da Aziende Ospedaliere, ed il restante 22% dalle altre tipologie di ospedali pubblici.

Il S.S.N. dispone di poco più di 220 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20% nelle strutture private accreditate, 22.754 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (91%) e di 8.141 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (81%).

A livello nazionale sono disponibili 4,2 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,6 ogni 1.000 abitanti.

La distribuzione dell'indicatore risulta piuttosto disomogenea a livello territoriale: si evidenziano il Molise (5,5 posti letto) fra le Regioni con la maggiore densità di posti letto, l'Umbria (3,6 posti letto) e la Campania (3,6 posti letto) fra le Regioni con la minor disponibilità di posti letto. A livello nazionale i posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza sono 0,6 ogni 1.000 abitanti con notevole variabilità regionale.

Apparecchiature tecnico-biomediche

La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche (nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere) risulta in aumento nel settore pubblico, ma la disponibilità è fortemente variabile a livello regionale. Esistono circa 108,7 mammografi ogni 1.000.000 di abitanti con valori oltre 150 in diverse Regioni (Umbria, Marche, Molise, Basilicata).

Particolare interesse ha rivestito in questi ultimi anni l'area dell'emergenza: il 51% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2009 di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (59,1%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente in oltre l'80% degli ospedali. Il pronto soccorso pediatrico è presente nel 15% degli ospedali. Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso si evidenzia che nel 2009 ci sono stati quasi 3,8 accessi ogni 10 abitanti; di questi il 15% è stato in seguito ricoverato. Quest'ultimo indicatore si presenta altamente variabile a livello territoriale: a fronte di una percentuale di ricovero pari al 10,8% registrato nella Regione Piemonte si raggiungono valori poco inferiori a 30 nella Regione Molise.

Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso pediatrico emerge che ci sono stati 1,4 accessi ogni 10 abitanti fino a 18 anni di età; il 9,2% di questi è stato in seguito ricoverato. I reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza dispongono per il complesso degli istituti pubblici e privati accreditati di 4.570 posti letto di terapia intensiva (7,6 per 100.000 ab.), 1.063 posti letto di terapia intensiva neonatale (1,9 per 1.000 nati vivi), e 2.741 posti letto per unità coronarica (4,6 per 100.000 ab.).



Grande Sud, Cimino: “Le esenzioni dal ticket senza un giusto criterio.”

8 febbraio 2012 |

La pioggia di critiche che in questi giorni ha sommerso sia l'assessorato Sanità e sia la Commissione Sanità dell' 'Ars sono da me condivise. E' vero che la legge regionale che ha modificato il sistema di esenzione dal ticket è in linea con quella nazionale, è vero che bisognava recepire la norma nazionale se no la Sicilia avrebbe perso quasi cento milioni di euro ma in una regione con tanti problemi come la Sicilia occorre prima o contemporaneamente cercare quali accorgimenti adottare per evitare la catastrofe e che tanti cittadini che non hanno possibilità economiche sufficienti per esempio inoccupati, precari, extracomunitari e la maggior parte in questo momento dei siciliani, rimanessero senza la possibilità di curarsi. L' assessore Massimo Russo invece di dichiararsi disponibile a modificare la legge (comunicato stampa del 3 Febbraio scorso), conoscendo la situazione di grande crisi e di disoccupazione in cui verte la nostra Isola ,doveva farsi promotore in concerto con la Commissione Sanità di modifiche alla legge affinché l' esenzione avesse criteri di equità e che non tenesse solo conto dell'età o di patologie gravissime ma delle effettive condizioni economiche del malato. Un altro problema che è sorto è la mancanza di informazione anche agli addetti ai lavori da parte dell' Assessorato alla Sanità che ha creato caos e disservizi. Tutto questo è la conseguenza del governo tecnico perché chi fa politica ed ogni giorno si confronta con i cittadini e sta in mezzo alla gente sicuramente si sarebbe adeguato alla normativa nazionale ma prima si sarebbe preoccupato della povera gente che non può più curarsi. “Lo ha dichiarato Michele Cimino, deputato di Grande Sud partecipando alla Commissione alla Sanità.”



Sanità, gruppo PD presenta proposta di legge su nomina direttori generali

08/02/2012

Il Gruppo Consiliare del Pd Campania, con primo firmatario il Consigliere Antonio Valiante, ha presentato la proposta di legge "Criteri di nomina dei Direttori Generali della AA.SS.LL, AA.OO. e I.R.C.C.S. (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

In particolare la proposta di legge prevede, se approvata, che " i Direttori Generali delle AA.SS.LL, AA.OO. e I.R.C.C.S. sono nominati attraverso criteri trasparenti e oggettivamente verificabili. Oltre a tutti i requisiti previsti dalla vigente normativa, è istituita una apposita Commissione Tecnica composta da tre Docenti Universitari esperti in materia, sorteggiati dagli elenchi dei Professori delle Facoltà giuridico - economiche delle Università della Regione Campania. Detta Commissione dovrà formulare apposita graduatoria, sulla base di criteri tecnici-meritocratici predeterminati, che dovranno essere puntualmente indicati nell'avviso di selezione per i Direttori Generali. Tale avviso deve essere pubblicato sul BURC entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge e rinnovato annualmente. La Giunta Regionale provvederà alla nomina dei Direttori Generali secondo l'ordine di Graduatoria". Questa proposta di legge, si legge in una nota del Gruppo Consiliare del PD, è formulata sulla base di criteri di trasparenza e professionalità tali da rendere i Direttori Generali delle AA.SS.LL, AA.OO. e I.R.C.C.S. autonomi rispetto al potere discrezionale della politica che spesso ha prodotto gestioni che hanno generato condizioni di difficoltà del settore sanità non risolvendo i problemi reali che interessano i cittadini della Campania.



Russo prospetta modifiche

"Niente ticket per i giovani senza lavoro"

NIENTE ticket per chi non ha mai lavorato o è in cerca di prima occupazione. È questa l'ipotesi cui sta lavorando l'assessore alla Salute, Massimo Russo, per "correggere" la legge sulle esenzioni appena entrata in vigore. «L'obiettivo è equiparare i non occupati ai disoccupati, estendendo il diritto di non pagare a tutti coloro che sono iscritti nelle liste di collocamento», ha spiegato l'assessore intervenendo al convegno per i 25 anni della Samot, l'associazione di volontariato che assiste i malati terminali. La normativa prevede l'esenzione solo per i bambini con meno di 6 anni e gli anziani con più di 65 anni il cui nucleo familiare abbia un reddito inferiore ai 36 mila euro. Tra i 6 e i 65 anni gli unici a non pagare sono i portatori di malattie gravi e «i soggetti in particolari situazioni di disagio economico». Si tratta di disoccupati, cassintegrati o pensionati con reddito inferiore a 8.200 euro, incrementato fino a 11 mila euro in presenza del coniuge e di altri 500 euro per ogni figlio a carico.

Policlinico, ecco gli stipendi dei manager

Sono più di quattrocento. In testa il dg Cencetti. Per le buste paga l'azienda spende oltre 2,5 milioni l'anno

di Stefano Luppi

Non se la passano male, in questi tempi di crisi economica, neppure gli alti dirigenti pubblici del Policlinico universitario, così come i loro colleghi dell'Azienda sanitaria locale e, come si vede in questa stessa pagina, dell'Ateneo.

Gli stipendi (relativamente) più bassi sono quelli dei funzionari degli enti locali illustrati nei giorni scorsi che, proprio come i "medici" (non tutti lo sono, ci sono anche amministrativi), hanno in ogni caso alte responsabilità anche penali. Proprio come i nominativi qui illustrati.

In tutto l'azienda ospedaliero universitaria ha nelle sue fila 419 dirigenti, dei quali 347 svolgono la professione medica, 49 dirigono altri uffici e 23 si occupano invece dell'area tecnico-amministrativa. Pubblichiamo oggi i 22 stipendi maggiori, quelli che superano i 100mila euro di emolumenti. In tutto questi lavoratori "pesano" sul bilancio del 2011 di via del Pozzo per oltre 2 milioni e mezzo di euro, una cifra da cui è esclusa però la parte relativa al raggiungimento degli obiettivi di settore. Per

ognuno di questi stipendi dunque ogni anno va aggiunta una parte secondaria che oscilla tra il 20 e il 30% dell'emolumento totale.

In cima alla classifica c'è il direttore generale dell'azienda ospedaliera, Stefano Cencetti, che come stipendio base accumula 145.253 euro lordi ai quali potrebbero essere aggiunti sino a 29mila euro di obiettivi raggiunti. Il responsabile della direzione sanitaria Gianluigi Trianni guadagna invece 129.857 euro per 13 mensilità mentre il direttore di presidio Elda Longhitano arriva a 123.929 euro. Sempre escluso il raggiungimento degli obiettivi, come detto. Meno invece per Gianfranco Baraghini, il responsabile della programmazione (121.794 euro sempre lordi), Maurizio Miselli direttore sanitario (116.202 euro) e Maurizio Pirazzoli, il direttore amministrativo che guadagna 116.202 euro ogni anno. Ma dopo Cencetti lo stipendio maggiore, il Policlinico lo paga al responsabile della struttura complessa di radioterapia: Filippo Bertoni al quale vanno 135.081 euro. Terzo posto as-

soluta per un altro primario, Antonio Landi, che dirige la struttura di chirurgia e guadagna 131.754 euro cui seguono i colleghi delle altre strutture complesse. La pianta organica suddivide poi i responsabili di "struttura semplice", con cifre che superano di poco i 100mila euro lordi, poi vi sono 5 dirigenti medico-veterinari e un dirigente tecnico-amministrativo. Quest'ultimo, Mario Lugli, dirige la struttura complessa di Ingegneria clinica. Quelli menzionati sono i massimi dirigenti dipendenti dall'azienda universitaria, mentre sono esclusi i cosiddetti docenti "universitari integrati equiparati" che sono dipendenti dell'Università di Modena e Reggio. Non va infatti dimenticato che il Policlinico è universitario e i professori universitari di discipline cliniche sono retribuiti dall'ateneo stesso. Essi ricevono poi dall'Azienda Ospedaliero universitaria un ulteriore trattamento aggiuntivo che però è amministrativamente versato all'Università che poi stacca l'assegno a questi docenti.



L'ingresso principale dell'area del Policlinico, in via del Pozzo



D1EPOLIJOB

POLICLINICO**Direzione generale e sanitaria**

Cognome	Nome	Stipendio	Qualifica
CENCETTI	STEFANO	€ 145.253,52	Direttore generale
TRIANNI	GIANLUIGI	€ 129.857,64	Direzione sanitaria
LONGHITANO	ELDA	€ 123.929,82	Direttore di presidio
BARAGHINI	GIANFRANCO	€ 121.794,35	Resp. di programmazione
MISELLI	MAURIZIO	€ 116.202,84	Direttore sanitario
PIRAZZOLI	MAURIZIO	€ 116.202,84	Direttore amministrativo

Dirigenza medica e sanitaria non medica

Cognome	Nome	Stipendio	Struttura Complessa
BERTONI	FILIPPO	€ 135.081,35	Radioterapia
LANDI	ANTONIO	€ 131.754,41	Chirurgia della mano
RUMPIANESI	FABIO	€ 126.280,97	Microbiologia e virologia
COSTI	TIZIANA	€ 125.187,15	Fisica sanitaria
TASSI	ALBERTO	€ 121.104,73	Anestesia e rianima
GIOVANARDI	DANIELE	€ 116.266,73	Pronto soccorso
PRESUTTI	LIVIO	€ 115.536,95	Otorinolaringoiatria

Cognome	Nome	Struttura Complessa	Stipendio	Struttura Complessa
DIGREGORIO	CARMELA	Anatomia Patologica	€ 102.004,19	Patologia del tumore
AMORICO	MARIA GRAZIA	Radiologia	€ 101.434,56	Diagn. per immagini mediche
MONGIARDO	NICOLA	Malattie Infettive	€ 100.351,97	Day hospital

Dirigenti medici e sanitari

Cognome	Nome	Stipendio	Qualifica
ALBERTINI	GIOVANNA	€ 117.212,81	Dirigenza medica e veterinaria
VANDELLI	LORENZA	€ 109.494,94	Dirigenza medica e veterinaria
BAISI	BENIAMINO	€ 105.255,67	Dirigenza medica e veterinaria
COLOPI	STEFANO	€ 101.702,35	Dirigenza medica e veterinaria
LEONELLI	VIRGINIA	€ 100.675,29	Dirigenza medica e veterinaria

Dirigenza tecnico-amministrativa

Cognome	Nome	Stipendio	Struttura Complessa
LUGLI	MARIO	€ 107.489,95	Direttore Strutt. Complessa

UNIVERSITÀ

Stefano Ronchetti	direttore amministrativo	131.131,63 (+ 20%)
Gabriella Brancolini	Direzione ricerca e relazioni internazionali	€ 76.461 (+ 30%)
Lorenzo Canullo	Direzione legale, affari istituzionali e generali	€ 76.461 (+ 30%)
Pzolo Grasso	Direzione servizi agli studenti	€ 76.461 (+ 30%)
Raffaella Ingrosso	Sistema bibliotecario di Ateneo	€ 76.461 (+ 30%)
Federica Balugani	Direzione economico finanziaria	€ 76.461 (+ 30%)
Paola Michelini	Direzione pianificazione, valutazione e formazione	€ 76.461 (+ 30%)

Tra parentesi l'incremento percentuale in base ai risultati raggiunti

LA POLEMICA Duro documento della Cgil contro Menduni e Bottino: «Devono essere più autonomi»

«Manager della sanità in mano alla politica»

CASERTA. "Nel contesto disastroso della Regione Campania, dove il Commissariamento della Sanità, oltre a non produrre sostanziali miglioramenti sull'andamento dei costi, ha ulteriormente ridotto e dequalificato i livelli di assistenza per i cittadini, appare ancora più devastante la situazione presente nella provincia di Caserta". Così il segretario provinciale della Cgil Fp **Umberto Pugliese** che aggiunge: "Nel casertano agli aspetti deficitari generali si sommano alcune irrisolte peculiarità. Infatti, l'indice dei posti letto, già in fase di programmazione nettamente inferiore alla media nazionale e regionale, si è ulteriormente ridotto a seguito delle dimissioni di ospedali e della chiusura di pronti soccorso e di reparti. In più, la chiusura degli ambulatori, la riduzione del personale nei distretti sanitari, con sottrazione di competenze e legittimità, e la diminuzione delle prestazioni sul territorio hanno generato una carenza sistemica del livello di assistenza. L'avvenuta nomina dei direttori generali dell'Asl e dell'azienda ospedaliera non è valsa a modificare la situazione. Invero, per quanto a seguito del superamento del commissariamento di queste strutture, pur dalla Fp Cgil più volte sollecitato ed auspicato, ci si attendesse un'inversione di tendenza, anche le nuove figure di responsabilità apicali hanno continuato nell'opera di smantellamento

della sanità e mostrato di essere più interessate a favorire clientele e favoritismi, in una logica di continuità, che ad impegnarsi a restituire un minimo di credibilità al sistema di tutela della salute sul territorio. In realtà, anche i nuovi direttori, che sembrano essere sotto tutela di qualcuno, sono apparsi più impegnati a conferire incarichi e ad attuare forme di mobilità interna ed esterna, per accontentare i referenti politici di turno, che a riorganizzare i servizi ed a individuare criteri oggettivi che garantissero l'attribuzione delle responsabilità a soggetti qualificati e avviassero processi di mobilità volti a sanare le reali carenze". Pugliese non usa mezzi termini e sottolinea: "Paradossale appare quanto avvenuto, ad esempio, presso l'Azienda Ospedaliera di Caserta, dove, chissà a quale fine, il personale sanitario è stato impiegato in attività amministrative con il doppio danno, da un lato, dell'ulteriore riduzione di risorse necessarie nelle attività di assistenza, dall'altro, della mortificazione della professionalità del personale amministrativo. Altrettanto paradossale è quanto avvenuto presso l'Asl, con l'attribuzione - anche in questo caso, chissà per quale motivo - di incarichi di responsabilità nelle varie strutture ed articolazioni, nonché nelle istituite commissioni, senza alcun rispetto di titoli e graduatorie e senza alcuna trasparenza". La Fp Cgil, pertanto,

denuncia l'insostenibilità di tali pratiche che finiscono per danneggiare le lavoratrici ed i lavoratori, creando sacche di privilegiati a discapito degli altri, e dequalificano sempre più il sistema sanitario locale. La Fp Cgil rammenta ai direttori generali che alla politica, nelle pubbliche amministrazioni, è attribuita la funzione di indirizzo e di controllo, mentre spetta loro individuare, in autonomia, le più adeguate modalità gestionali, senza subire pressioni di nessun tipo, prendendo le distanze dalle forze che hanno a cuore i propri interessi a discapito di quelli generali e garantendo legalità e trasparenza. Quindi, il Segretario Regionale della Fp Cgil **Antonio Crispi**: "Nell'ottica di affermare standard elevati continuativi e duraturi del servizio sanitario, infine, la Fp Cgil ritiene indispensabile un superamento dell'esistente precariato, generato dalle diverse forme contrattuali, e anche su questo tema sollecita un incontro per la program-

mazione di un non più rinviabile percorso di stabilizzazione. Fermamente convinta che servizi e assistenza di qualità passino anche attraverso il miglioramento delle condizioni lavorative degli operatori, la Fp Cgil auspica un forte sostegno alla sua azione per l'affermazione di un bene comune quale la tutela della salute.


MENDUNI (ASL) E BOTTINO (CIVILE)


SANITÀ DA CAMBIARE, CON MENO POLTRONE

di MAURO MARCHIONNI*

Caro direttore, nel mese di novembre, in occasione della mia uscita dall'Università, ho rilasciato un'intervista al *Corriere Fiorentino* nella quale espressi alcuni concetti che vorrei ora chiarire anche ampliandone il significato.

Credo sia necessario rivedere alla radice l'attuale organizzazione della Sanità alla luce della crisi economica che stiamo vivendo ma ancor più per i grandi cambiamenti che si sono avuti nella Medicina negli ultimi venti-trenta anni. La riforma sanitaria del 1978 con la legge 833 nelle sue linee essenziali è ancora oggi in piedi. Essa cancellò il sistema assicurativo in vigore e istituì il Servizio Sanitario Nazionale tutelando «la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Con ciò fu affermato un principio di grande civiltà con il riconoscimento che ogni persona nel momento in cui perde la salute deve essere curata a prescindere se sia assicurata o no.

Furono istituite le Unità Sanitarie Locali (Usl) che divennero il centro del sistema secondo un principio che definirei «romantico», per cui la conoscenza dei bisogni sanitari «locali» si credeva che fosse ottimale per la diagnosi e la cura, e anche per la prevenzione e la riabilitazione. Le unità sanitarie locali istituite nel Paese dovevano comprendere gruppi di popolazione di regola compresi tra 50 mila e 200 mila persone. Gli ospedali divennero strutture delle unità sanitarie locali. Esse furono subito molto numerose. Basti pensare che nell'area fiorentina erano otto (dalla A alla H) e molto numerosi erano anche gli amministratori e gli amministrativi, per non parlare di quanti erano i doppioni dei servizi in aree con necessità sanitarie equivalenti. Quale era la differenza tra gli abitanti di Castello e quelli di San Gervasio? Dopo molti anni il sistema andò in crisi e in Toscana le Usl divennero coincidenti con le Pro-

vince, con l'aggiunta di Empoli e di Viareggio.

La Medicina negli ultimi venti anni è profondamente cambiata. Diverse condizioni patologiche quali le malattie cardiovascolari, quelle neurodegenerative, l'oncologia, la traumatologia, la neurochirurgia, la medicina materno-fetale ad alto rischio, il bisogno di trapianti necessitano di elevata qualificazione e anche di essere concentrate in poche strutture multidisciplinari, peraltro molto costose, nell'ambito regionale. Talvolta per alcune di queste necessità può risultare stretto lo stesso ambito regionale. A mio avviso per tali necessità dovranno esistere alcuni centri di riferimento (tipo l'Istituto Tumori di Milano o il Meyer di Firenze) al cui interno si trovano tutte le strutture e le professionalità necessarie, in stretto collegamento con la rete degli altri ospedali. Vanno invece potenziati i pronto soccorso, e non ridotti, e anche attrezzati con sala operatoria poiché in caso ad esempio di emorragia interna grave 45 minuti sono davvero tanti. Vi è poi la necessità, con la vita che si è allungata senza che sia diminuita la patologia, di ospedali per malati cronici e lungodegenti. Credo perciò che gli ospedali non si debbano chiudere ma riconvertire.

D'altro canto è importante convincere i cittadini che mantenere aperto un servizio quale ad esempio una sala per pochi parti (già 500 in un anno sono un numero davvero minimo) rappresenta per gli stessi un gravissimo rischio collegato alla scarsità dei casi e nel tempo la perdita di esperienza da parte degli operatori anche se inizialmente validi. Fa veramente impressione vedere, per tali giuste chiusure, sollevazioni popolari che ottengono anche le dimissioni dei

sindaci.

Ma l'attuale organizzazione Toscana con 10 Asl (Province) più 2 (Empoli e Viareggio) va bene? Che cosa cambia tra gli abitanti di Lastra a Signa Asl 10 (Firenze) e quelli di Montelupo Asl 11 (Empoli)? Tra quelli di

Viareggio e quelli di Massa? Sono tutti distanti tra loro pochi chilometri, tutti in un fazzoletto. Credo che questo problema si sia iniziato a sentire anche nella politica nel momento in cui si progettano «aree vaste». Con esse si eliminano tanti doppioni e cose inutili come le Società della salute. Ma perché fare le aree vaste e non abolire le Asl in esse contenute incluse le numerose poltrone (così se ne stanno creando altre)? I direttori generali delle nuove aree e anche delle aziende ospedaliere universitarie dovrebbero essere dei veri manager, amministratori di provata capacità piuttosto che grigi burocrati pubblici dovendo solo eccezionalmente essere medici perché di medici basta il direttore sanitario. Inoltre, alla luce di quanto detto, gli ospedali che si dovrebbero costruire come dovranno essere organizzati tra 5-6 anni, quando saranno completati?

Tutto ciò in un momento di grave crisi economica dove una piccola Asl può fare enormi buchi non rispettando la prescrizione (di legge) di uniformare «la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e tenute al rispetto del vincolo di bilancio» (art. 3 del Dl 502/92).

Credo sia necessario aprire un ampio dibattito su questi temi coinvolgendo i cittadini con convegni, assemblee, riunioni e anche utilizzando, se utile, modelli altrui su come potrà essere la Sanità nei prossimi dieci anni per tentare di individuare le possibili utili soluzioni. Sbagliare nella attuale congiuntura non è permesso.

*Professore ordinario di Ginecologia all'Università di Firenze, in congedo

Tornano le visite mediche e gli esami gratuiti

Da giovedì prossimo la seconda edizione di «LuccAnziani» all'ex Real Collegio

TORNA «LuccAnziani». Il 2012 è l'anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni. E la nostra città, prima in Toscana, propone un salone di prodotti e servizi rivolti agli anziani e agli operatori del settore. Da giovedì 16 a domenica 19 febbraio, al Real Collegio, si terrà dunque la seconda edizione di questa iniziativa, dove si possono ottenere risposte alle molteplici esigenze della terza e quarta età, uno spazio per controllare gratuitamente il proprio stato di salute. Un appuntamento da non perdere per ampliare la propria formazione medico-scientifica. Organizzata dall'associazione «Le trame» e da «Event service», con la se-

GRANDE ATTESA

Lo scorso anno ci fu un vero assalto agli ambulatori e agli stand sanitari

greteria scientifica dell'Associazione «Don Franco Baroni» onlus, la manifestazione è stata presentata all'auditorium della Fondazione Banca del Monte di Lucca. Presenti oltre al vice presidente della Fondazione Banca del Monte, Giuliano Nieri, il presidente della Provincia, Stefano Baccelli, il vice sindaco di Lucca, Angelo Monticelli, il presidente della Camera di commercio, Claudio Guerrieri, la responsabile Zona distretto Piana di Lucca

Cristina Petretti, il coordinatore della scuola di specializzazione di geriatria dell'Università di Pisa professor Fabio Monzani, il responsabile scientifico di LuccAnziani dottor Corrado Guidi, il vice presidente dell'associazione «Don Franco Baroni» onlus professor Carlo Giraldi.

«**LUCCANZIANI** è un'occasione unica per effettuare un check-up completo e gratuito, senza liste di attesa. Grazie alla collaborazione con le strutture pubbliche e private del territorio, si potranno effettuare analisi del colesterolo e trigliceridi, misurazione della pressione arteriosa e dell'ossigeno nel sangue, elettrocardiogramma, test dell'udito, della vista, esami per la preven-

zione del glaucoma, per l'osteoporosi, della vitamina D, analisi computerizzata del passo, valutazione funzionale dell'equilibrio e della forza degli arti inferiori, screening tiroideo, visita odontoiatrica con valutazione occlusale e dello stato parodontale, controllo dei disturbi della memoria. L'Azienda Usl sarà a disposizione dei visitatori per l'attivazione della nuova carta sanitaria elettronica, ricevuta per posta, grazie alla quale è possibile accedere al proprio fascicolo sanitario. Giovedì 16 e venerdì 17 febbraio si svolgerà anche il congresso scientifico per medici e infermieri organizzato dalla Scuola di specializzazione di geriatria dell'Università di Pisa in collaborazione con la Società ita-

liana di gerontologia e geriatria e con l'Associazione scientifica interdisciplinare per l'aggiornamento scientifico; i convegni garantiscono agli iscritti ben sei crediti formativi Ecm riconosciuti dal **Ministero della salute**.

D'ALTRA parte «LuccAnziani» non è solo medicina: gli incontri al caffè, aperti ad anziani e operatori di settore approfondiranno numerose tematiche sulla terza età. Giovedì dalle 15,30 «Lo Schermo» presenta le nuove prospettive della comunicazione con l'incontro «opportunità on line. Internet e nuove tecnologie». Venerdì 17 alle 11,30, il Consorzio di cooperative sociali So.&Co presenta il dossier «Le vie del sorriso. Il mercato dei servizi agli anziani nella Piana di Lucca». E per non dimenticare le tradizioni gastronomiche locali, oltre a visitare gli stand di degustazioni e l'editoria sulla cucina, c'è l'appuntamento di venerdì 17 dalle 16,20 con «Lucca nel piatto», presentazione del libro frutto del corso di cucina voluto dalla Provincia e dall'associazione «Il Castello», che sarà poi distribuito gratuitamente ai convenuti. Le giornate di sabato 18 e domenica 19 sono infine dedicate al volontariato. Una prestigiosa rassegna promossa dal Cesvot che illustra i progetti delle associazioni onlus impegnate nel settore della terza età, dall'assistenza medica al sociale, dall'animazione al servizio.

Luciano Nottoli

MOLTE COLLABORAZIONI

ENTI PUBBLICI, SOCIETÀ MEDICHE ASSOCIAZIONI E AZIENDE SONO IN PRIMA LINEA PER DARE I SERVIZI



Politica e sanità**Russo (Pdl): Bortoletti? Solo un tecnico**

SALERNO — Al contrario di cosa possa sospettare la Cgil-Fp, il Pdl non ha preso le distanze da Maurizio Bortoletti. Né tantomeno ha intenzione di disconoscerlo. Lo dice chiaramente il coordinatore provinciale del partito dell'ex premier, Antonio Mauro Russo, quando insiste nel ribadire che «Bortoletti è un professionista nei confronti del quale confermiamo la nostra piena fiducia». Se la questione della proroga all'Asl di Salerno decisa dalla Regione ma non autorizzata dal Ministero della Difesa dovesse risolversi e il sub commissario *sub judge* dovesse riprendere il suo incarico, il Pdl di certo non gli farebbe mancare ancora una volta il proprio sostegno. Ma non perché il colonnello dei

carabinieri sia «un'espressione del partito» - come replica Russo - ma solo perché si tratta di un tecnico «chiamato a risanare l'azienda sanitaria locale di Salerno». La posizione dei dirigenti del partito di Berlusconi è decisamente più morbida di quella presa dal consigliere regionale Giovanni Baldi (espressione a Napoli del presidente della Provincia Edmondo Cirielli), che l'altrieri ha dato un termine a Caldoro per uscire dall'empasse. Se la controversia giurisprudenziale tra Palazzo Santa Lucia e Ministero della Difesa dovesse continuare ancora, entro la fine del mese - ha chiesto Baldi - Caldoro dovrà nominare un successore.

A. C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il fatto Presentato il disegno di legge dei democratici sulle norme per gli incarichi di direttore generale nelle Asl e nelle aziende ospedaliere

Sanità, la proposta Pd sulle nomine piace a Martusciello

Una commissione di tecnici per valutare le domande. Il capogruppo degli 'azzurri' si è detto pronto al confronto

NAPOLI (alma) - Sul tema delle nomine nella Sanità campana, possibile accordo Pd-Pdl che potrebbe mettere in imbarazzo la giunta **Caldoro** che sull'argomento ha finora tenuto duro procedendo sulla sua strada senza cedere a pressioni. Il Gruppo Consiliare del Pd Campania, con primo firmatario il consigliere **Antonio Valiante**, ha presentato la proposta di legge "Criteri di nomina dei Direttori Generali della Asl e delle aziende ospedaliere e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. In particolare la proposta di legge prevede, se approvata, che "i Direttori Generali sono nominati attraverso criteri trasparenti e oggettivamente verificabili". Oltre a tutti i requisiti previsti dalla vigente normativa, "è istituita una apposita Commissione Tecnica composta da tre Docenti Universitari esperti in materia, sorteggiati dagli elenchi dei Professori delle Facoltà giuridico - economiche delle Università della Regione Campania". Questo organismo dovrà formulare apposita graduatoria, sulla base di criteri tecnici-meritocratici predeterminati, che dovranno essere puntualmente indicati nell'avviso di selezione per i Direttori Generali. "Tale avviso - è scritto nel testo Pd - deve essere pubblicato sul Burc entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge e rinnovato

annualmente. La Giunta Regionale provvederà alla nomina dei Direttori Generali secondo l'ordine di graduatoria". Questa proposta di legge, si legge in una nota del Gruppo Consiliare dei democratici, è formulata sulla base di criteri di trasparenza e professionalità tali da "rendere i Direttori Generali autonomi rispetto al potere discrezionale della politica che spesso ha prodotto gestioni che hanno generato condizioni di difficoltà del settore sanità non risolvendo i problemi reali che interessano i cittadini della Campania". La

proposta ha incontrato subito l'apertura del Pdl che con il suo capogruppo, **Fulvio Martusciello** si è detto pronto "ad un confronto immediato". "Buona la proposta del Pd Campania di una legge che stabilisca i criteri di nomina dei direttori generali nella sanità - ha detto Martusciello - Siamo pronti ad un confronto immediato che sarà certamente utile in Commissione Sanità che è già sul punto per iniziativa del presidente **Schiano** che si trova ad affrontare una proposta di questo genere".





SANITA': SCOPELLITI, IN CALABRIA 130 MLN EURO DI RISPARMIO IN 18 MESI

mercoledì 8 febbraio 2012

'LE AZIONI MESSE IN CAMPO CI HANNO PORTATO RISULTATI IMPORTANTI'

Roma, 8 feb. - (Adnkronos) - Circa 130 milioni di euro di risparmio in 18 mesi. A tracciare così il bilancio delle azioni messe in campo dalla Regione Calabria sul fronte della sanità e' il governatore Giuseppe Scopelliti, ospite di 'Una domanda a...', sul sito Ign/Adnkronos.

"In 18 mesi - sottolinea Scopelliti - abbiamo raggiunto risultati molto importanti, a cominciare dall'idea di quella che era la spesa, gli sperperi, le logiche perverse affaristiche e clientelari, e le azioni messe in campo ci hanno portato risultati importanti: circa 130 milioni di euro di risparmio in 18 mesi".

Il governatore spiega che sono state avviate "una serie di azioni" relative alla "chiusura degli ospedali" e alla "successiva riconversione". "Siamo già alla chiusura di 6 ospedali - continua Scopelliti - altri 8 saranno riconvertiti nei prossimi mesi. Quindi c'è un'azione incisiva, tesa a recuperare una filosofia importante per quello che riguarda la rete ospedaliera, la rete territoriale, la rete dell'emergenza-urgenza che nel tempo deve diventare, secondo la nostra filosofia, complementare a quello che è anche il tema del privato delle strutture sul nostro territorio".