

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
5 FEBBRAIO 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

**SASSARI** *Lotta alla talassemia, nuove speranze* *La storia di una ragazzina che si è sottoposta a trapianto di midollo da donatore non compatibile: dopo 18 mesi sta bene*

Ha preso la licenza media durante la convalescenza e adesso frequenta un istituto superiore. Fa progetti per il futuro, dopo averli accantonati per tanti anni. La speranza di una vita normale si è riaccesa in una ragazzina sarda talassemica che sabato prossimo, in un convegno organizzato ad Ozieri da Aido e Admo provinciali, racconterà insieme con il padre che dalla talassemia si può guarire anche quando tutto sembra essere contro. La ragazza si è sottoposta un anno e mezzo fa a un trapianto di midollo osseo “aploidentico”, cioè da donatore non compatibile e finora l’intervento è più che riuscito. Ultima frontiera dei trapianti di midollo osseo per le malattie ematologiche che sta avendo risultati sempre più incoraggianti e che per lei rappresentava anche l’unica strada percorribile visto che né in famiglia e neanche attraverso la banca mondiale del midollo osseo era stato possibile trovare un donatore compatibile. E invece quello che era sembrato impossibile è diventato realtà: è stato il padre a farla rinascere donandole il midollo. Preparazione e intervento sulla giovanissima paziente sono stati eseguiti dai medici del centro trapianti dell’Ime, l’Istituto mediterraneo di ematologia che ha sede al policlinico di Tor Vergata, a Roma, e di cui è direttore scientifico Guido Lucarelli. L’équipe guidata dal dottor Pietro Sodani ha operato la giovane sarda, una dei tanti piccoli ammalati che in questi anni il centro sanitario romano ha curato. Alla Fondazione Ime arrivano pazienti da tutta l’area del Mediterraneo e infatti è nata per iniziativa dei ministeri della Salute, degli Affari Esteri, dell’Economia e della Regione Lazio, per realizzare una rete sanitaria internazionale a favore di Paesi dove le malattie ematologiche rappresentano un serio problema sanitario e sociale. «Della possibilità che mia figlia potesse tentare un trapianto di midollo osseo da donatore non compatibile ho appreso per caso leggendo un articolo di giornale – racconta la madre della ragazzina –. E allora mi si è aperta una porta che ho voluto varcare. Da otto anni cercavamo un donatore e le speranze si erano ridotte al lumicino. Ho preso contatti con la Fondazione Ime e mia figlia nel settembre del 2012 è stata finalmente sottoposta all’intervento». «È stata coraggiosa, la mia ragazza – prosegue la mamma –. Dopo 34 giorni di camera sterile ha espresso il desiderio di studiare per non perdere l’anno di scuola. Io le dicevo: “Ma te la senti?” e lei mi rispondeva: “Mamma, mi hanno trapiantato il midollo, mica il cervello!”». Per nove mesi io e mio marito ci siamo trasferiti a Roma. Sono stati sacrifici grandi, c’erano gli altri nostri due figli rimasti a casa, e che sono stati accuditi dalle nonne. Ma in tutto questo periodo di difficoltà abbiamo avuto la grande gioia di essere aiutati da tante persone che ci sono state vicine. Ci ha sostenuto il vescovo emerito della diocesi di Ozieri Sergio Pintor, ci sono stati vicini i nostri concittadini. Non posso dire altrettanto – afferma con una punta di amarezza – della sanità sarda. Abbiamo avuto una marea di intoppi burocratici».

«Vogliamo parlare pubblicamente del caso della ragazza perché riteniamo sia importante che altri malati conoscano le opportunità rappresentate dal trapianto da donatore non compatibile – afferma il presidente provinciale dell’Aido Barore Pinna –. Le possibilità di trovare un midollo adatto sono tra sardi una su centomila e tra non sardi una su 400mila. Ed eseguire l’intervento in giovane età va a tutto vantaggio dei malati, che riducono così le loro sofferenze».

## **SASSARI Aou: «In un anno 34mila prestazioni in urgenza»**

«I ricoveri dal pronto soccorso sono solo una parte dei servizi erogati in regime di urgenza dall’azienda ospedaliero universitaria». Così la direzione dell’Aou interviene nel dibattito sul sovraffollamento di alcuni reparti di medicina del Santissima Annunziata dove i pazienti sono costretti a trascorrere giornate intere “parcheeggiati” su una barella prima di avere il proprio posto letto. L’Aou ritiene di contribuire pienamente al soddisfacimento dei bisogni sanitari del territorio e fornisce anche i numeri della sua attività. «L’Aou evade regolarmente richieste in buona parte non provenienti da pronto soccorso ma che arrivano direttamente dal territorio e alle quali spesso segue il ricovero presso le nostre strutture. Questo accesso diretto alleggerisce non poco l’attività del pronto soccorso e dà risposte al territorio, prevalentemente per tutte le discipline specialistiche presenti esclusivamente nella Aou, ma anche di supporto per tutte le quelle specialità cliniche presenti in entrambe le aziende. L’Aou fornisce pertanto risposta diretta alle richieste dell’utenza, corrispondente ad una vera e propria attività di pronto soccorso che, a differenza di quanto accade per la Asl 1, non viene retribuita dalla Regione in quanto tale ma viene ovviamente garantita». Nel 2013, affermano gli uffici dell’Aou, le prestazioni erogate in regime d’urgenza nelle strutture della Aou sono state 34.138 (vi rientrano tutti gli accessi diretti e le consulenze richieste dal pronto soccorso di Sassari, Alghero e Ozieri), il numero delle prestazioni corrisponde a 22.476 pazienti perché, chiaramente, per valutare un paziente può essere necessario più di un accertamento. A questo dato si va ad aggiungere quello delle 12.000 prestazioni che sono state erogate a pazienti muniti di impegnativa rossa dove la visita richiesta è indicata come urgenza. «Un ultimo dato è quello relativo ai ricoveri urgenti, ovvero non programmati da pronto soccorso o no, che nel 2013 sono stati 6.969»

## **OLBIA Verso l’apertura del San Raffaele *Ottimismo sulla possibilità d’intervento da parte del Qatar***

Le dichiarazioni del premier Enrico Letta, in viaggio a Doha, ridanno fiato alle speranze di un’apertura prossima del san Raffaele. La mega struttura sanitaria sorta alle porte di Olbia nella strada per Murta Maria, è al centro di un accordo che vede il governo italiano spingere per il sostegno degli investitori del Qatar nell’affare. Il 13 dicembre la firma di un protocollo d’intesa fra Regione Sardegna, Ospedale Bambin Gesù e Qatar Foundation ha dato un’accelerata alle procedure che portano all’apertura dell’ospedale voluto da don Verzè il cui sogno è crollato sotto i colpi del disfacimento dell’impero San Raffaele. Proprio quel crollo finanziario lascia ancora qualche dubbio sull’effettiva possibilità che la vicenda San Raffaele di Olbia possa concludersi con un finale felice. Sul cantiere, infatti, pesa una procedura fallimentare, aperta nel 2011. E i tre commissari nominati dal tribunale di Milano, Salvatore Sanzo, Rolando Brambilla e Luigi Saporito, non risulta siano stati contattati da nessuno. Con una base d’asta per la cessione che parte da 25 milioni di euro. Dunque

qualche punto interrogativo resta ancora. In ogni caso anche ieri Ugo Cappellacci, intervistato in proposito dall'emittente Cinquestelle, professava estrema fiducia sulla chiusura dell'accordo. «Ci siamo lavorando – ha detto – e l'accordo con il Qatar e il Bambin Gesù è una grande garanzia di successo di una struttura ospedaliera che servirà non solo a tutta la Sardegna, ma anche all'Italia»

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### Referto nella scheda assistito dei mmg ma è disputa sui rischi legali

Far pervenire i referti dei pazienti direttamente nelle schede assistito archiviate nei gestionali dei medici di famiglia, come avviene in Emilia Romagna e in Trentino: lo chiedono i medici Snam presenti giorni fa all'incontro con il Direttore generale sanità lombardo **Walter Bergamaschi**. Dall'incontro è emerso che l'88% dei referti è in rete in 5 giorni, il 60% dei pazienti lombardi consulta i propri esiti in rete ma tra i mmg solo uno su nove apre referti giornalmente, la media ne apre meno. La richiesta dei colleghi per **Mauro Martini** - responsabile medicina generale di Sumai-Intesa sindacale - è pericolosa. «Oggi quando il referto è inviato, il medico può o meno leggerlo. Se apre il file, sia lui sia il sistema sanno che ha letto i dati e se un dato è sballato il paziente va avvertito, se c'è una complicazione va presa in carico pena potenziali rischi medico-legali. Noi mmg lombardi oggi abbiamo margini nello scegliere se e chi ha bisogno di noi. Ove il referto invece entrasse nella scheda il sistema sa che il mmg può leggere tutti i dati e il medico è tenuto a prendere in carico potenzialmente tutti i pazienti di cui gli s'invia informazione. Un paziente con un valore di 80 mila piastrine entro 2 ore deve essere avvisato. Oggi tengo nota io di chi attenzionare, in Trentino no». «Non credo che il referto diretto sulla scheda possa portare rischi medico legali. A parte che non è possibile per noi passare altre quattro ore al giorno ad aprire tutti i referti - replica il presidente Snam lombardo **Roberto Carlo Rossi** - se il rischio medico legale esiste, c'è già ora e non distingue tra i medici che oggi non aprono le e-mail con il pdf e quelli che domani non apriranno le schede assistito (magari con un testo, si auspica, più fruibile); infatti seguendo il ragionamento se io oggi rifiuto di scaricare le e-mail con referti sono ancora più colpevole, avendo uno strumento di cura che non uso». L'unico modo per mettersi al sicuro è per Rossi «trovare un meccanismo di allerta condiviso per attenzionare i referti con il dato sballato che chiedono un intervento urgente. Occhio, non mi contento della dicitura "urgente" utilizzata da qualche ospedale, non riferita alle condizioni del paziente. Esami da considerare e relativi scostamenti gravi andrebbero concordati da medici e Regione: una Per aumentata in genere è meno "sensibile" di un'emoglobina a terra, e quanto deve dirlo la professione».

#### Esperti Nisan: a Patto Salute non si parla di veri costi standard

«I costi standard di cui si parla al tavolo governo regioni non sono veri costi standard. Fanno riferimento a prezzi sostenuti dalle regioni con la più bassa spesa pro capite e partono dal dato di spesa storica degli anni precedenti, che è fuorviante perché - in tempi di crisi - porta le Amministrazioni a tagliare sia sui servizi inefficienti sia su quelli efficienti e sugli investimenti. I veri costi standard indicano il consumo di risorse calcolato sul prodotto

sanitario “in loco”: visite, ricoveri, interventi; e vanno analizzati evento per evento per ricostruire la variabilità di una patologia e tutte le altre variabili che possono portare inefficienze e sprechi da rimediare. Questo lo fanno solo poche strutture». La provocazione arriva da Adriano Lagostena direttore generale dell’Ospedale Galliera di Genova e coordinatore del Network Italiano Sanitario (NISan), che mette le proprie “medie” per tipologie di prestazione a disposizione di un gruppo crescente di Asl e ospedali – ormai una ventina. NISan nasce dall’idea di quattro istituzioni – Galliera, Provincia di Bolzano, Irccs Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo e Asl Rovigo – che dal 2007 conferiscono in una banca dati i propri costi effettivi di personale, apparecchiature, farmaci etc, prestazione per prestazione e li confrontano con la media dei costi sostenuti nelle altre strutture iscritte per verificare sacche di spreco ovvero di efficienza. Obiettivo: migliorare i bilanci evitando di penalizzare le eccellenze. Sei anni di ricerca sono serviti a scoprire che un terzo delle spese (dal 18 al 40%) è riconducibile alla macchina organizzativa e non all’attività sul paziente, in un contesto in cui i direttori generali durano troppo poco per godere dei frutti di una puntuale analisi dei costi. «Guardando solo la spesa, se una struttura spende 110 e un’altra 100, si dice alla prima di tagliare il 10% ma senza analizzare se fa interventi più difficili o sostiene più complicanze. Per questo – spiega Alberto Pasdera, direttore scientifico NISan- un’analisi corretta dei costi non può prescindere dal caso per caso e dalla banca dati. Quella Nisan è la terza d’Europa dopo Gran Bretagna e Germania. Peccato che l’Italia con l’Albania è l’unico paese sviluppato a non applicare i costi standard nella distribuzione delle risorse, a partire dalla conferenza stato-regioni, anche se la legge 133/2008 specifica che le tariffe delle prestazioni sanitarie devono discendere dall’analisi di questi costi».

## **Borse di chirurgia, annunciati tagli drastici in nome della spending**

«Da anni vige il metodo del taglio lineare e si continua così, non importa se una cosa serve o è inutile, si taglia in modo uniforme; in questo caso è inqualificabile». Così **Diego Foschi**, direttore della scuola di specializzazione in Chirurgia generale dell’Università Statale di Milano, si riferisce alle notizie di riduzione e accorpamento delle Scuole, diminuzione degli anni di formazione, rinvio dell’inizio del nuovo anno accademico e taglio del numero dei futuri chirurghi, il tutto in nome della spending review. «A fronte di circa 9.000 studenti che si laureano ogni anno in medicina – spiega il professore – le borse di specializzazione erano finora intorno a 5.000 o 5.500, ma pare che il ministero, a fronte di una diminuzione dei fondi, si trovi ora costretto a portare il numero delle borse a non più di 3.500. L’altra curiosa misura messa in atto per risparmiare è la riduzione della durata degli anni di specializzazione, per cui Chirurgia generale passerà da sei a cinque anni». Tutto ciò avviene proprio mentre il gran numero di medici laureati negli anni settanta si appresta a uscire dal mondo del lavoro. «Si dice che tagliando il numero di letti negli ospedali, servono meno chirurghi, - riferisce Foschi – ma la Lombardia i letti li ha già ridotti, non c’è affatto un surplus di medici e tantomeno di chirurghi». Eppure, il professore lamenta il fatto che queste decisioni sono prese in sede nazionale e appaiono cadere dall’alto; sostanzialmente le notizie dei tagli giungono dal Collegio universitario nazionale (Cun). Oltre a esprimere preoccupazione, le autorità universitarie lombarde hanno comunque assunto iniziative concrete, i direttori di chirurgia generale delle università si sono riuniti e hanno deciso di impegnarsi per garantire un livello di preparazione sostanzialmente omogeneo, di alta qualità ma senza picchi negativi o positivi: «Questo dovrà essere valutato alla luce di della programmazione futura del lavoro, della previsione di impiego e della necessità di chirurghi,

ma occorre che i numeri siano adeguati alle reali necessità».

## **DIRITTO SANITARIO Conferma di costituzionalità per la Legge Balduzzi**

### **Il fatto**

Il Tribunale di Milano, investito del processo penale nei confronti di alcuni operatori sanitari, imputati del reato di lesioni personali colpose gravi, cagionate ad una paziente con colpa generica e per violazione dell'arte medica, ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 3 del decreto-legge 13/09/2012, n. 158. Il giudice ha evidenziato la equivocità della formulazione della norma, ritenendo, tra l'altro, che appare assolutamente incerto se, con la formula «non risponde penalmente per colpa lieve», la norma escluda che versi in colpa lieve il sanitario attenutosi alle linee guida e alle buone pratiche, o preveda invece una causa di non punibilità in senso stretto a favore del sanitario cui pure sia addebitabile una colpa lieve.

### **Profili giuridici**

I giudici della Corte Costituzionale, nel confermare la legittimità dell'art. 3, hanno ribadito che la giurisprudenza di legittimità, in accordo con la dottrina maggioritaria, ha stabilito che la limitazione di responsabilità prevista venga in rilievo solo in rapporto all'addebito di imperizia, giacché le linee guida in materia sanitaria contengono esclusivamente regole di perizia; pertanto, la stessa resta esclusa quando all'esercente la professione sanitaria sia ascrivibile, sul piano della colpa, un comportamento negligente o imprudente.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

## **QUOTIDIANOSANITA'.IT**

### **Intervista a Lorenzin: “Se un manager non funziona va rimosso. Il ministero riassume i poteri che gli spettano. I soldi per il Patto ci sono, ma attenti a chi gioca contro”. Esenti dal ticket disoccupati e cassintegrati**

*Ottimismo ma anche diffidenza verso chi ha “la tentazione di rimettere in discussione tutta la partita del Patto”. L'accordo è vicino. Sul tavolo la spending review interna per bruciare sul tempo i tagli di Cottarelli. La questione ticket e quella della riforma del territorio. Ma anche gli investimenti e una nuova politica del personale che parta dalla definizione di standard precisi per medici, infermieri e amministrativi. E infine una nuova governance del sistema che riveda i rapporti di forza tra Governo e Regioni. Compresa la possibilità di intervenire dove il management è inadeguato*

Patto per la Salute, spesa sanitaria, spending review, riforma del territorio e standard per il personale sanitario. Ma anche responsabilità professionale, ticket e nuovo ruolo del ministero della Salute. Questi i temi sul tappeto per **Beatrice Lorenzin**, un ministro

“innamorata” della sanità, come lei stessa si è definita.

E' un amore nato in questi primi nove mesi di Governo quello di Beatrice Lorenzin. “Ho imparato ad amare la sanità perché vi ho trovato una complessità di saperi e di opportunità straordinaria. La sanità è sicuramente salute e assistenza e quindi questione di vita e benessere per tutte le persone. Ma la sanità è anche uno straordinario volano di opportunità per il Paese e la sua economia. Investire in sanità vuol dire investire nella vita ma anche nella ricchezza del Paese. E con questa logica, per la prima volta, inseriremo la sanità e le sue strutture nel decreto di coesione e sviluppo che sta mettendo a punto il ministro Trigilia. E parliamo di miliardi di euro di investimenti per ammodernare il nostro sistema sanitario”.

Ma oggi la priorità dell'agenda è senza dubbio il Patto per la Salute con le Regioni. L'atto che dovrà sancire la ripresa del settore dopo anni di tagli e disinvestimenti. E quindi è da qui che partiamo con la nostra intervista.

### **Patto salute. Ministro Lorenzin, ci siamo veramente?**

Penso proprio di sì. Con le Regioni stiamo lavorando a tamburo battente. Il Patto è in fase operativa. Ma non vorrei che da qualche altra parte ci fosse invece la tentazione di mandare a monte tutta la partita.

### **Cioè?**

Lo dico chiaramente. Il Patto si basa sulla certezza di un budget per la sanità emersa dal Def di dicembre, dalla legge di stabilità e confermata dallo stesso premier Letta. Grazie a questo noi abbiamo oggi un fondo sanitario ben individuato per fare il Patto e le cifre sono: 109,902 miliardi per il 2014, 113,452 miliardi nel 2015 e 117,563 miliardi nel 2016 ([vedi approfondimento](#)). Chiaramente con una clausola di salvaguardia implicita, legata al ciclo dell'economia, consapevoli del fatto che se dovessimo nuovamente trovarci sotto pressione con il Pil ancora in calo, sarà obbligatorio risederci attorno al tavolo e ridiscutere il tutto. Ma oggi queste sono le cifre e su queste non torno indietro.

### **Molti soldi...**

Attenzione sono le risorse programmate che già scontano i tagli di 25 miliardi effettuati con le spending di Tremonti e Monti, calcolando solo gli effetti nel periodo 2013/2016. Quindi per la sanità non c'è un euro in più a quanto previsto dal quadro normativo vigente.

### **D'accordo ma allora a chi si riferisce quando parla di “tentazione di mandare tutto a monte”?**

A tutti coloro che non si rendono conto della complessità del sistema sanitario e delle sue dinamiche e della stringente interconnessione tra ogni settore di spesa che rende estremamente pericoloso operare ancora con la logica del taglio lineare. Il sistema non reggerebbe più e rischierebbe il collasso. Senza contare le sfide che abbiamo davanti sulla farmaceutica con l'imminente ingresso di nuovi farmaci importanti e costosi (basta pensare all'epatite C e ai prodotti in arrivo nel 2014 capaci di eradicare il virus ma che avranno un impatto economico di 3 miliardi di euro l'anno), sulla medicina personalizzata e la sfida delle sfide per essere protagonisti e non soggetti passivi dell'apertura dei confini sanitari che si è venuta a creare con la direttiva sulla medicina transfrontaliera. Il nostro orizzonte non sarà più la mobilità interna ma quella competitiva con Londra, Parigi, Berlino.

### **Però non mi ha ancora risposto del tutto. Da chi teme un attacco al Patto?**

Dall'idea che, data la difficoltà di incidere con la spending review in molti comparti della PA dove non è così chiara la linea della spesa, si scelga ancora una volta la sanità dove è più facile tagliare con risultati di risparmio certi e immediati.

### **Solo un timore o sta già accadendo?**

In questo caso, più che in qualsiasi altro, vale l'idea che "prevenire è meglio che curare". E quindi giù le mani dal Patto. La spending sanitaria la faremo noi, con le Regioni.

### **E loro sono d'accordo?**

Ho chiarito subito che questo Patto nasce dalla presa in carico delle Regioni di una realtà molto netta per la sanità: siamo in bilico dal punto di vista della sostenibilità finanziaria di un sistema che rischia di non reggere più nel prossimo futuro. Quindi da un lato il sistema va ammodernato per renderlo competitivo e più efficiente ma dall'altro bisogna fare anche scelte forti. E la domanda che ho posto ai territori è stata: siete in grado e ve la sentite di fare voi queste scelte forti o preferite che le faccia qualcun altro? Hanno risposto di essere in grado di farlo. E adesso vedremo. Dalle parole stiamo passando ai fatti, mettendo tutto nero su bianco sul Patto.

### **Ma quali sono queste azioni "forti"?**

Quelle in grado di abbattere definitivamente le sacche di sprechi e inefficienze ancora presenti nel sistema. E il mio mettere le mani avanti con il Mef, soprattutto, sta proprio qui. Voglio che sia chiaro il fatto che riuscire a tagliare ancora su sprechi e inefficienze in sanità non si traduce automaticamente in un taglio al budget. Perché la sanità ha bisogno di investimenti per cambiare. Il passaggio dall'ospedale al territorio non è gratis. Mettere a norma standard qualitativi e strutturali di quella metà dell'Italia sanitaria che non vede investimenti, chi dal 2006, chi dal 2009, non è gratis. L'informatizzazione del sistema, indispensabile per una governance moderna ed efficace, non è a costo zero. O riusciremo a fare questo e cioè tagliare per reinvestire oppure nessuno fermerà Cottarelli e i suoi tagli lineari.

### **Tutto affidato alle Regioni, dunque?**

Non proprio. Non ne ho ancora parlato alle Regioni ma io immagino un sistema di commissariamento per cui, ad esempio, come le Regioni incidono automaticamente sulla leva dell'Irpef per finanziare i sistemi in crisi, così, mano mano che si raggiunge l'equilibrio finanziario si riducono automaticamente le tasse per legge. E stiamo parlando di 2 miliardi di euro. Un'operazione in linea con gli obiettivi primari della spending review di Cottarelli, che sono quelli della riduzione del carico fiscale a cittadini e imprese.

### **Nuovi Lea. Ci saranno tagli alle prestazioni attuali?**

Ci stiamo lavorando per aggiornarli e rispondere meglio ai bisogni della popolazione. Ci saranno new entry e qualche rimodulazione. Ma abbiamo già raggiunto un accordo importante sulle risorse per i nuovi Lea. Si tratta di 800 milioni di euro che, d'accordo con le Regioni, utilizzeremo per disegnare il nuovo paniere delle prestazioni del Ssn, recuperandoli da interventi specifici sull'appropriatezza nei ricoveri ospedalieri. E questa è una cosa rivoluzionaria, anch'essa in linea con la logica della spending interna, perché fino ad oggi le Regioni hanno sempre chiesto un extra budget per i Lea. E lo stesso avverrà per il nomenclatore tariffario per il quale stanziamo 350 milioni per aggiornare l'elenco dei dispositivi, fermo da 25 anni. Risorse che deriveranno anch'esse dalla spending interna.

### **Ticket. La palla passa alle Regioni. Ma qual è la sua idea?**

Le Regioni stanno lavorando partendo dal presupposto di esentare nuove fasce di popolazione oggi in difficoltà come i disoccupati e i cassintegrati e contemporaneamente rivedere le attuali fasce di esenzione dove oggettivamente c'è molto da rivedere per evitare palesi abusi. E questa è anche la mia linea.

### **Ma come pensa di riuscirci visto che sono anni che si parla di un ticket più equo ma senza costrutto?**

A differenza del passato abbiamo molti più dati, dall'anagrafe nazionale degli assistiti, alla tessera sanitaria e alla ricetta elettronica, da cui possiamo avere una vera e propria tabella del cittadino paziente/utente e dei suoi consumi reali. Tutti dati sui quali possiamo lavorare per rivedere il sistema di esenzione con successo.

### **Cure primarie e H24. Riuscirà il Patto per la salute dove hanno fallito la riforma Bindi del '99 e il decreto Balduzzi del 2012?**

Intanto dobbiamo riconoscere che la riforma del territorio è già in atto in molte parti d'Italia. Non siamo all'anno zero. E poi c'è ormai la consapevolezza che la riconversione dei piccoli ospedali e la creazione nel territorio degli indispensabili filtri al ricorso all'ospedale sia un processo ineludibile. E poi, come ho già detto, c'è la presa d'atto che la riforma delle cure primarie non si può fare a costo zero e infatti essa rientra tra quei settori dove investire con le risorse derivanti dalla spending sanitaria interna. Quindi, consapevolezza dell'irreversibilità del cambiamento ma anche della necessità di metterci risorse e impegni concreti. Tutto questo rende la sanità territoriale un obiettivo reale e raggiungibile in tutta Italia, non più nelle solite situazioni avanzate.

### **Ma pensa che la nuova sanità territoriale si possa fare con medici, pediatri e specialisti convenzionati?**

Il problema non è essere dipendenti o professionisti. Il tema è cosa fanno questi operatori per il Ssn. E anche la medicina convenzionata è ormai in linea con il cambiamento e con la necessità di stare in rete. E lo stesso deve avvenire con le farmacie dei servizi che devono decollare e che saranno inserite nel Patto. In sostanza noi abbiamo due formidabili reti territoriali già operative, quelle dei medici di medicina generale e dei pediatri e quella delle 20 mila farmacie sparse su tutto il territorio. La riforma deve mettere a sistema queste reti già esistenti. Nessuna rivoluzione, abbiamo già tutti i presupposti perché la nuova medicina territoriale decolli definitivamente.

### **Personale SSN. Sembra un po' il grande assente. Contratti bloccati, turn over a singhiozzo. Ma come si pensa di far andare avanti la sanità con gli operatori demotivati e arrabbiati?**

Intanto abbiamo stabilizzato 35 mila precari grazie al decreto fatto insieme al ministro D'Alia. Per quanto riguarda il blocco del turn over dobbiamo partire dal fatto che esso si lega alla mobilità che dobbiamo intendere sia regionale che nazionale. E quindi torna la questione degli standard: di quanti medici e infermieri abbiamo effettivamente bisogno? Dobbiamo fare gli standard, per adeguare la nostra dotazione di personale al cambiamento della medicina e dei nuovi bisogni di assistenza. E il contratto stesso rientra in una logica di pianificazione di tutto il comparto, ma in questo momento non sono in grado di fare una valutazione precisa sul "quando", questa decisione spetta più al Mef che a noi. E' certo che



dobbiamo affrontarlo. Fino ad oggi gli operatori hanno capito le difficoltà economiche che hanno impedito la naturale rivalutazione degli accordi, ma adesso dobbiamo offrire loro un disegno chiaro del futuro. Non si può certo continuare così.

**I ginecologi hanno annunciato la decisione di un possibile nuovo sciopero nazionale delle sale parto a distanza di un anno da quello del 12 febbraio 2013. Il motivo è la mancata legge sulla responsabilità professionale e la mancata attuazione del Piano sui punti nascita. Cosa sente di dirgli?**

Sulla responsabilità professionale abbiamo costituito un tavolo al ministero della Salute per rivedere tutta la materia. Le proposte fin qui fatte non vanno bene. Dobbiamo conciliare l'esigenza del cittadino ad essere garantito sul risarcimento di un eventuale danno subito e quella del medico di poter operare con serenità riconoscendo una specificità giuridica all'atto medico. Ma rispetteremo i tempi e le nuove norme saranno pronte molto presto. Un'operazione che, a regime, stroncherà anche la medicina difensiva che oggi ci costa cifre tra gli 11 e i 13 miliardi l'anno. Per il Piano nazionale punti nascita la responsabilità è delle Regioni ma è certo che il ministero deve esercitare appieno la sua funzione di controllo e intervento laddove la situazione stagna.

**Riforma titolo V. Il segretario del Pd Renzi parlando della riforma del Titolo V della Costituzione, ha detto che prima di tutto si elimineranno le competenze "concorrenti". Tra queste c'è la sanità. Pensa che la riforma annunciata, e che dovrebbe far parte del pacchetto di riforme concordato con il Pdl, toccherà anche la materia sanitaria?**

Renzi parla di quello di cui da anni parliamo tutti. Negli anni che ho passato in Commissione Affari Costituzionali e nella bicamerale per il federalismo non si è fatto altro che lavorare per aggiustare il titolo V. Ma dobbiamo essere realisti. A prescindere dal fatto che mi piaccia o meno il federalismo sanitario, la realizzazione del sistema sanitario regionale è costata 100 miliardi di euro, smontarla ne costerebbe altrettanti. Detto questo non esiste norma che dopo 13 anni non possa essere cambiata. Ci sono degli elementi del federalismo sanitario che non hanno funzionato e temi che devono essere ricondotti all'asset nazionale. E del resto se non lo si fa per legge lo si fa de facto. Cos'altro è il commissariamento sanitario di metà d'Italia?

**Quali sono questi asset nazionali?**

Poteri di controllo e intervento su governance, Lea e standard, compresi quelli per la dotazione di personale. Dobbiamo sapere di quanto personale abbiamo effettivamente bisogno, a tutti i livelli, compresi quelli amministrativi. Ma poi anche sulla ricerca scientifica e la spesa farmaceutica e all'accesso ai farmaci con la necessità di rivedere la funzionalità di Aifa che deve essere capace di dare risposte in tempo reale. E poi il tema della prevenzione: non possiamo pensare che a Milano se ho un tumore al seno vivo e a Reggio Calabria non mi fanno la diagnosi per tempo. Ma anche il tema delle grandi epidemie nell'agro alimentare che oggi affrontiamo fortunatamente in modo vincente ma che corrono su binari esclusivamente amministrativi burocratici, impensabili visto il livello dei virus. Il ministero della Salute deve diventare un dicastero di operatività non può essere un ministero di burocrazia.

**Vale a dire?**

Prima di tutto dobbiamo cambiare marcia. Questo ministero era stato ucciso, è rinato, ma ora deve essere rafforzato. Soprattutto nella sua attività di controllo sulla governance e sul

rispetto dei livelli di assistenza. Se un manager di una Asl non funziona ma resta lì, noi dobbiamo avere la potestà di intervento con meccanismi di sanzioni più forti e questa logica deve entrare nel Patto. Insieme a nuove regole per l'arruolamento del management superando le norme attuali. Se oggi vuoi portare un manager "forte" in una struttura sanitaria in crisi non è così facile farlo.

### **E sul fronte delle decisioni in materia di spesa sanitaria? Oggi queste spettano al Mef, le rivorrebbe lei?**

Fermo restando che la materia dovrebbe essere del ministero della Salute, chiediamoci perché con il Decreto legislativo del 2009 che ha reistituito il ministero essa sia stata trasferita al Mef. Il motivo è semplice: il ministero della Salute non era stato in grado di gestirla. E' un fatto con cui dobbiamo fare i conti. Oggi le cose sono cambiate e penso che si possa lavorare in modo diverso con il Mef, come la logica del Patto sta dimostrando.

### **Intramoenia. Consiglio di Stato: "Legittimo aumento tariffe in alternativa al superticket sulla specialistica"**

*Accolti gli appelli proposti dalla Regione Umbria contro alcune sentenze del Tar umbro che avevano dato ragione ad alcuni sindacati medici ricorrenti contro la delibera regionale che prevedeva l'aumento del 29% della tariffa per ogni singola prestazione in intramoenia, in alternativa al ticket di 10 euro sulle ricette per la specialistica. LA SENTENZA*

Intramoenia: per il Consiglio di Stato è valida la delibera della Regione Umbria che prevede l'aumento del 29% della tariffa per ogni singola prestazione resa dai medici in regime intramoenia, in alternativa al superticket sulla ricetta da 10 euro. La decisione ribalta quanto sentenziato dal Tar dell'Umbria che aveva invece accolto le istanze di alcuni sindacati medici che bocciavano la misura.

“Nella specie – si legge nella sentenza del Consiglio di Stato, ad avviso del Collegio, è discutibile sia la legittimazione ad agire dei ricorrenti in primo grado, che la presenza del reale interesse ad agire. Difetta, per un verso, la “posizione giuridica” tutelata, individuale e differenziata, sia per quanto riguarda le Associazioni sindacali, che per quanto riguarda i singoli dirigenti medici ricorrenti”.

E poi ancora, per il Collegio “la misura di partecipazione della spesa del 29% sulle singole prestazioni rese in intramoenia, è posta a carico esclusivo dell'utente e non ha determinato alcun mutamento sostanziale o formale del rapporto professionale intramoenia.

Conseguentemente, l'aumento del costo delle prestazioni incide direttamente sugli assistiti, e solo indirettamente sulla categoria dei medici in questione, venendo a ledere, nella sfera di questi ultimi, il generico interesse di carattere “economico” a non veder mutato l'assetto attuale nel mercato delle prestazioni professionali sanitarie, o meglio, la “domanda” di prestazioni in intramoenia, interesse qualificabile come mero interesse “di fatto” dei medici che prestano tale attività a non veder alterato il volume delle proprie prestazioni professionali ed il relativo reddito”.

Per queste ragioni “siffatto interesse ‘economico’ non è qualificabile, invece, come ‘interesse legittimo’, giuridicamente tutelato, non potendosi configurare in alcun modo una pretesa tutelata nei confronti dell'amministrazione “all'immutabilità” del costo delle prestazioni e, men che mai, all'”immutabilità” della domanda di prestazioni professionali da

parte dell'utenza, in difetto di norme in tal senso".

Inoltre, il Consiglio di Stato specifica come "i ricorsi proposti dalle Associazioni sindacali non sono ammissibili, perché il provvedimento impugnato introduce misure atte ad incidere sul valore della prestazione di una categoria di medici, quelli che prestano attività intramoenia e, pertanto, coinvolgono interessi di una sola parte di iscritti, potenzialmente anche in conflitto con la restante parte dei medici libero professionisti rappresentati. Né è sostenibile che la "distorsione della concorrenza" che deriverebbe dalla misura introdotta legittima la proposizione del ricorso in favore dell'intera categoria professionale medica rappresentata, essendo tale "lesività", oltre che del tutto ipotetica e indimostrata, eccessivamente fumosa e generica"

Infine, i giudici hanno specificato come "nemmeno può ritenersi sussistente la lesione delle prerogative sindacali previste dalla contrattazione collettiva di settore, concernenti la concertazione in ordine ai criteri generali inerenti la disciplina e l'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria, come lamentano le Associazioni sindacali appellate. Difatti, non viene in rilievo alcun aspetto organizzativo dell'attività in questione, per cui sia prevista la consultazione delle Associazioni di categoria, in quanto la delibera di Giunta regionale impugnata è meramente attuativa della norma di carattere finanziario (art. 1, comma 796, lett. p-bis l. 296/2006) che introduce la misura alternativa alla quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in recepimento di accordo intervenuto tra la Regione e i Ministeri interessati.

Soddisfazione per la sentenza è stata espressa dal governatore dell'Umbria **Catiuscia Marini**. "Il Consiglio di Stato, accogliendo, tra l'altro, gli appelli proposti dalla Regione Umbria - riferisce una nota di Palazzo Doni - avverso le sentenze del Tar Umbria NN. 18-19 e 20/2013, ha dichiarato la inammissibilità dei ricorsi di primo grado per difetto di legittimazione attiva dei ricorrenti", che contestavano la legittimità della Regione Umbria di assoggettare all'aumento del 29% la tariffa professionale per le prestazioni rese dai medici in regime "intramoenia".

"La giunta regionale - sottolinea la presidente della Regione, Catiuscia Marini - prende atto con soddisfazione della sentenza del Consiglio di Stato che, rigettando il ricorso delle organizzazioni sindacali dei medici che avevano impugnato la delibera con la quale veniva istituito il ticket per le prestazioni professionali svolte in regime di intramoenia, conferma l'assoluta correttezza dei provvedimenti assunti".

"La giunta regionale - prosegue Marini - nel riservarsi ogni valutazione rispetto ai provvedimenti conseguenti da assumere, valuta con particolare favore il passaggio della sentenza del Consiglio di Stato laddove si afferma che 'la delibera di giunta regionale impugnata e' meramente attuativa della norma di carattere finanziario (art. 1, comma 796, lett. p-bis l. 296/2006) che introduce la misura alternativa alla quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in recepimento di accordo intervenuto tra la Regione e i ministeri interessati".

**Giornata mondiale contro il cancro. Protagonisti i social media.**

## **L'obiettivo è "sfatare i falsi miti". Ma intanto le previsioni sono nere: +75% di casi nei prossimi 20 anni**

*Da facebook a twitter moltissime iniziative di sensibilizzazione ma anche di raccolta fondi. Tutte sotto il segno del colore viola che contraddistinguerà i profili web dei sopravvissuti al cancro. Spunto della giornata è il quinto punto della dichiarazione mondiale sul cancro: "Ridurre lo stigma e smantellare i falsi miti". Ma nel Mondo crescono i malati, soprattutto nei Paesi meno sviluppati.*

Se navigando su twitter o facebook, in occasione della Giornata Mondiale contro il Cancro che si celebra oggi, troverete colorati di viola i profili dei vostri contatti, sappiate che non è una nuova moda, ma il colore dei sopravvissuti al tumore, un esercito sempre più numeroso di persone che, grazie ai progressi della medicina, può continuare a festeggiare il compleanno, anno dopo anno.

**La Chevrolet, promotrice dell'iniziativa *Purple Roads***, ha annunciato che devolgerà all'*American Cancer Society* un dollaro per ogni profilo violetto, con l'obiettivo di arrivare ad un milione di dollari. E questa è solo una delle centinaia di iniziative che prederanno vita oggi in ogni angolo del pianeta per questo evento globale, per far sentire forte la voce di tutti contro il *big killer* per eccellenza. E per farlo uscire dal silenzio, dai bisbigli imbarazzati, quasi fosse una parola da non pronunciare o un tabù inconfessabile, si ricorre a tutti i mezzi. Quest'anno, i 'veicoli' protagonisti della giornata mondiale saranno appunto i *social media*, twitter e facebook in testa.

**Il claim della Giornata Mondiale contro il Cancro 2014** - "Smonta i falsi miti" - prende le mosse dal quinto punto della Dichiarazione Mondiale sul Cancro: "Ridurre lo stigma e smantellare i falsi miti".

L'obiettivo è fare informazione, in primo luogo sulla prevenzione, liberando il campo dalle tante leggende metropolitane che si affastellano intorno a queste subdole malattie. La speranza è di riuscire a strappare al cancro milioni di vite ogni anno, in linea con l'obiettivo 'quadro' definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: "25 per 25", che significa ridurre le morti premature da malattie non comunicabili del 25%, entro il 2025.

La Giornata Mondiale del Cancro è un'iniziativa dell'*Union for International Cancer Control (UICC)*, un'organizzazione non governativa (Ong) internazionale, fondata a Ginevra nel 1933, che ha come *mission* la riduzione delle morti per tumore, la promozione di una maggior equità nell'accesso alla diagnosi e alle cure, l'inserimento del controllo del tumore nell'agenda internazionale. Associa circa 800 organizzazioni (tra le quali, le principali società scientifiche di oncologia, istituti di ricerca, ministeri della salute, associazioni di pazienti), afferenti a 155 nazioni. La Uicc è inoltre membro fondatore della *NCD Alliance*, un *network* che rappresenta circa 2.000 organizzazioni, in 170 Paesi.

**Attualmente sono oltre 8 milioni le persone che muoiono di tumore ogni anno**, 4 milioni delle quali in età compresa tra i 30 e i 69 anni. Proseguendo con il *trend* attuale, entro il 2025, queste morti premature potrebbero raggiungere la cifra record di 6 milioni l'anno. Eppure – assicurano gli esperti - basterebbe applicare gli strumenti e le strategie attualmente a disposizione, per risparmiare almeno 1,5 milioni di vite l'anno. Ridurre il fardello delle morti premature, è uno degli obiettivi prioritari dell'Uicc, che detta per questo una sua agenda: disegnare dei Piani nazionali tumore, progettare programmi di sensibilizzazione sui fattori di rischio modificabili (fumo, stili di vita salutari, alimentazione), implementare

programmi di *screening* contro il cancro (che possono abbattere alcuni tipi di tumore del 25%), avviare programmi di vaccinazione contro l'HpV.

E proprio in occasione della giornata mondiale del cancro, l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) dell'Onu, ha diffuso alcuni dati allarmanti, tratti dal suo *World Cancer Report 2014*.

Il tumore ha ormai strappato lo scettro della principale causa di mortalità nel mondo alle malattie cardio-vascolari, con ben 8,2 milioni di morti nel 2012. Globalmente, l'incidenza di queste patologie, nell'arco degli ultimi 4 anni, è aumentata dell'11%, cioè di oltre 14 milioni di nuovi casi nel 2012.

Ma il peggio appartiene al futuro: nei prossimi vent'anni – prevedono gli esperti di Iarc - i casi di tumore faranno registrare un +75%, con 25 milioni di nuovi casi l'anno. E nelle aree meno sviluppate del pianeta, è previsto un aumento di mortalità per cancro dell'80% entro il 2025. Insomma, la povertà si conferma un fattore di rischio indipendente anche per questa malattia.

“Questi nuovi dati – sottolinea **Christopher Wild**, direttore dell'Iarc – mandano un segnale forte circa la necessità di affrontare questo disastro, riguardante tutti i Paesi del mondo, senza eccezioni”.

Per i Paesi a basso e medio reddito, il cancro si va delineando sempre di più come una minaccia alla sostenibilità del sistema salute: numeri da epidemia, associati a *budget* sanitari sempre più traballanti. Solo un Paese su due tra quelli a basso e medio *income* inoltre, dispone di un Piano Nazionale Cancro.

“I governi devono riconoscere il crescente problema che il cancro rappresenta per il proprio Paese – afferma **Cary Adams**, CEO dell'Uicc - I dati diffusi dall'IARC mostrano che l'incidenza del cancro a livello mondiale continuerà a crescere se non agiamo subito. In occasione della Giornata mondiale contro il cancro chiediamo ai governi di tutto il mondo di agire per fermare le morti prevenibili ed evitabili, attraverso lo sviluppo e l'implementazione di un piano nazionale che includa misure di prevenzione e diagnosi precoce”.

“**Stiamo affinando sempre più i trattamenti soprattutto per alcune forme di tumore** – ricorda **Christofer Wild** - ma la popolazione invecchia sempre più e cresce, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito. E dato che il cancro è una malattia molto correlata all'invecchiamento, i suoi numeri non possono che crescere. Le aree del mondo più colpite nei prossimi anni da questa epidemia e dalla conseguente mortalità saranno dunque l'Africa, il Centro e Sud America e le regioni asiatiche; e i motivi vanno ricercati nel cambiamento dei fattori demografici, ma anche nella difficoltà di accesso ai centri anti-tumore e ai trattamenti appropriati. La principale conclusione del nostro Rapporto è che dobbiamo focalizzarci non solo sul trattamento, ma principalmente sulla prevenzione. Abbiamo imparato moltissimo sulle cause del cancro e sull'importanza della diagnosi precoce; purtroppo queste conoscenze teoriche non sempre si traducono in pratica clinica, né le vediamo rispecchiate in misure politiche efficaci, a livello delle singole nazioni. La gente ci chiede sempre novità sui trattamenti, ma l'impressione è che non abbia abbastanza chiaro che ci sono già tanti strumenti per prevenire la malattia o per fare diagnosi precoce. E questi dovrebbero essere portati più all'attenzione della gente, ma dei decisori politici”.

*World Cancer Day* quest'anno è anche *social*: lo si può trovare su twitter

(#worldcancerday) e su facebook (facebook.com/worldcancerday).

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Difesa delle pensioni dei medici: l'Anaa costituisce un gruppo di lavoro ad hoc**

Un'azione sindacale in difesa dei pensionati e delle pensioni degli iscritti all'Associazione: questo l'obiettivo del gruppo di lavoro costituito dal principale sindacato della dirigenza medica, Anaa Assomed. Nel dettaglio, il gruppo di lavoro sollecita l'Associazione «a perseguire con iniziative legali contro il nuovo contributo di solidarietà, che reitera quello dichiarato incostituzionale per gli anni 2011 e 2012 e ad inoltrare il ricorso contro il differimento del pagamento delle liquidazioni».

All'incontro in cui è stato costituito il gruppo di lavoro hanno partecipato rappresentanti inviati dalle segreterie regionali e dal settore dirigenza sanitaria di numerose Regioni.

La difesa delle pensioni in essere costituisce un obiettivo sindacale per l'Anaa «viste le continue incursioni del legislatore che continua a decurtare con contributi di solidarietà le pensioni dei dirigenti medici. Inoltre si manifestano intenti punitivi tesi a limitare il cumulo tra pensione e reddito da pensione come si è manifestato in occasione della legge di stabilità con una proposta di incompatibilità poi ritirata».

Secondo il sindacato «occorre superare l'assimilazione delle pensioni dei medici dipendenti alle pensioni d'oro ricordando che ogni medico versa circa un milione di euro di contributi (sommando la quota del datore di lavoro e quella del dipendente) nel corso della vita lavorativa.

Va quindi respinta l'ipotesi delle pensioni come regalo della pubblica amministrazione, si tratta invece di una restituzione delle retribuzioni contrattuali pattuite. In particolare la spesa previdenziale altro non è che la restituzione dei contributi versati maggiorata di interessi sempre più limitati».

Il gruppo di lavoro, che intende proseguire gli incontri periodicamente, sollecita l'Associazione:

- a perseguire con iniziative legali contro il nuovo contributo di solidarietà, che reitera quello dichiarato incostituzionale per gli anni 2011 e 2012;
- a inoltrare il ricorso contro il differimento del pagamento delle liquidazioni, provvedimento discriminatorio per i dipendenti del pubblico impiego, che sequestra l'erogazione di un emolumento contrattuale senza interessi.

E in ogni Regione sarà "formato" un esperto previdenziale in grado di interloquire con le direzioni regionali dell'Inps ex Inpdap.

Sulla possibilità di ricevere da Inps ex Inpdap informazioni circolari e bandi, il sindacato sottolinea che «la nuova Inps, che ha inglobato Inpdap, non invia comunicazioni in posta elettronica alle OOSS, patronati ecc. ma pubblica solo sul sito internet».

L'Anaa Assomed dovrà quindi farsi carico di verificare periodicamente e autonomamente le novità pubblicate. «Esiste pertanto un importante problema informativo che si aggiunge al sempre più frequente rifiuto da parte delle Asl di effettuare conteggi e proiezioni pensionistiche.

Al fine di una informazione utile e tempestiva sarà inviata una newsletter periodica sulle tematiche previdenziali oltre ad intensificare i convegni sulla materia da parte della Fondazione Paci e delle articolazioni periferiche Anaa».

## **Ministero della Salute: Romano Marabelli in pole position come segretario generale**

Nuova organizzazione del ministero della Salute (**VEDI**): addio ai tre dipartimenti, arriva il segretario generale e in pole position per la nomina c'è Romano Marabelli, attuale capo del dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute.

La scelta ufficiale da parte del ministro Lorenzin ancora non c'è ma questa secondo fonti di Lungotevere Ripa sarebbe al momento l'indicazione.

Il compito di Marabelli - alle dirette dipendenze del ministro - sarà di coordinare le attività delle direzioni generali, anche attraverso la convocazione della conferenza dei direttori generali per l'esame di questioni di particolare rilievo ed eventualmente di risolvere i conflitti di competenza tra le direzioni generali. Al segretario generale spetta anche il coordinamento degli interventi delle direzioni generali in caso di emergenze sanitarie internazionali delle attività di formazione del personale sanitario.

Il segretario generale farà poi da raccordo con le direzioni generali per le attività delle Conferenze delle Regioni .

Nelle relazioni europee e internazionali avrà funzioni di Chief medical officer o di Chief veterinary officer a seconda delle sue competenze mediche o medico-veterinarie.

Settore quest'ultimo "su misura" di Marabelli: laureato in medicina veterinaria a Milano nel 1979 e professore incaricato presso le scuole di specializzazione dell'Università degli Studi di Pavia, di Piacenza, di Parma e di Milano.

Marabelli ha ricoperto numerosi incarichi sia a livello nazionale che a livello internazionale. Componente e coordinatore di gruppi dell'Ue per gli accordi con Stati Uniti, Nuova Zelanda, Cile, Russia, del Comitato strategico Ue per il Programma 2007-2013 in materia di sanità animale e di sicurezza alimentare, è stato nominato vicepresidente e successivamente presidente della Commissione europea per l'Afta epizootica presso la Fao di Roma. Dalla costituzione dell'Agenzia europea del farmaco di Londra è stato eletto per due mandati successivi alla carica di vicepresidente e ha ricoperto l'incarico internazionale di vicepresidente e successivamente di presidente dell'Ufficio internazionale dell'epizootie (OIE) Organizzazione Mondiale dei direttori dei Servizi veterinari in materia di salute animale di Parigi di cui è attualmente presidente onorario permanente.

Medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica, è stato insignito nel 2006 anche della medaglia d'oro dell'OIE

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584