

ferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate.

Costi per il ripristino del ministero. Si tratta di un trasferimento di risorse dal Welfare alla Salute che quindi, secondo il provvedimento, non produrrà maggiori oneri per il bilancio dello Stato, tenuto conto che non vi sarà alcuna revisione dei trattamenti economici complessivi attualmente corrisposti ai dipendenti che verranno tra-

sferiti. Il ministero della Salute e quello del Welfare potranno, in ogni caso, provvedere alla copertura dei posti di funzione di livello dirigenziale generale e non, nonché di procedere ad assunzione di personale non dirigenziale, per far fronte ad eventuali incarichi rimasti scoperti. Queste nomine dovranno avvenire entro il 31 dicembre 2009 e comunque essere nei limiti delle dotazioni organiche pre-

viste. I ministeri saranno poi tenuti a presentare, entro due mesi dalla data di entrata in vigore della legge, i provvedimenti di riorganizzazione interna. In definitiva, per lo scorporo del ministero della Salute da quello del Welfare e per finanziare le attività del nuovo dicastero, lo Stato metterà sul piatto 460 mila euro per l'anno 2009 e 920 mila euro annui a partire dal 2010. ■

Il giuramento al Quirinale il 15 dicembre scorso

Ferruccio Fazio è il nuovo ministro

Prima sottosegretario, poi viceministro al Welfare con delega alla Salute, ora nuovo ministro della Salute. Nato a Garesio (Cn) nel 1944, Fazio si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa nel 1968. Del suo lungo curriculum vale la pena ricordare l'incarico di direttore di servizi di Medicina Nucleare e Radioterapia presso l'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Milano, professore ordinario di Diagnostica per Immagini e Radioterapia all'Università degli Studi di Milano-Bicocca, la direzione dell'Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolari del Cnr e il ruolo di segretario del Comitato Nazionale per le Scienze Biologiche e Mediche del Cnr. Fazio ha inoltre conseguito la specializzazione in Medicina Nucleare nel 1970 e in Malattie dell'Apparato Respiratorio nel 1975. Dal 1977 al 1980 è stato Primario e Senior Lecturer in Medicina e Radiologia presso la Royal Postgraduate Medical School all'Hammersmith Hospital dell'Università di Londra, dove ha installato la prima PET in Europa. Dal 1980 è stato pioniere in Italia nell'utilizzo della PET per attività di ricerca e clinica presso l'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele. Dal 1980 al 1988 è stato Professore Incaricato e poi Associato di Medicina Nucleare presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano e dal 1987 al 1999, sempre presso la stessa Università, Professore Ordinario di Medicina Nucleare. È autore di oltre 300 pubblicazioni in extenso su riviste recensite da Science Citation Index (SCI). Nel 1992 è stato insignito della Laurea Honoris Causa in Medicina e Chirurgia dall'Università svedese di Lund e sempre nello stesso anno ha vinto il premio "Fondazione Internazionale Fabenebenefratelli" - "Medical Humanities" in Neuroscienze. Nel 2005 ha vinto il Premio Internazionale "Vivisalute". Nominato nel



maggio 2008, insieme a Francesca Martini e Maria Eugenia Roccella, sottosegretario del Welfare con delega alla Salute nel nuovo Governo Berlusconi, Fazio è stato fin da subito l'interlocutore di riferimento in materia sanitaria. Il suo ruolo e il suo volto sono diventati noti a tutta Italia soprattutto a seguito della minaccia di pandemia di Influenza A, ma anche fuori dai riflettori è stato lui il principale rappresentante del Governo sulla Salute, trattando di Piani di Rientro, di medicina del Territorio, di ospedali e ammodernamento tecnologico, di Lea e Piano Salute, con l'intenzione di sviluppare la sanità del Sud a partire dalla razionalizzazione della rete ospedaliera e l'ammodernamento tecnologico. Ma soprattutto, con la realizzazione vera, in tutta Italia, dell'assistenza territoriale, perché "se si aumentano i servizi nel territorio si riducono i costi".

A lui toccò anche spiegare le intenzioni del Governo quando il 20 maggio 2009 il premier Berlusconi, partecipando all'inaugurazione di una struttura privata accreditata, affermò che "all'Italia serve una riforma sanitaria e il modello da seguire è quello pubblico-privato ispirato a tre principi: la libertà di ogni cittadino nella scelta del medico, quella di andare a farsi curare dove vuole e il pagamento a prestazione".

Nei fatti, spiegò Fazio, si tratterebbe di "attivare i fondi strutturali per finanziare le opere di ri-

qualificazione degli ospedali con il 50% di finanziamento a fondo perduto e il 50% di project financing". Secondo Fazio "potrebbero dunque crearsi delle situazioni in cui, all'interno degli ospedali pubblici, ci saranno delle unità gestite privatamente.

La riqualificazione degli ospedali è l'obiettivo da raggiungere e, se per arrivare a questo può essere utile il contributo del privato, allora ben venga". Detto questo Fazio può essere senz'altro annoverato tra i fan del Ssn: "Non c'è sistema migliore, ha recentemente dichiarato. Quali saranno le intenzioni e le azioni concrete che Fazio realizzerà ora che è a capo del rinato e autonomo ministero della Salute - anche se con il forte ruolo dato all'Economia che ne ridimensiona le effettive competenze - ce lo dirà il tempo. Di sicuro, al momento, c'è che il neoministro dovrà vedersela con il lancio del federalismo e dei costi standard, sui quali le Regioni hanno già mostrato il pugno duro.

E toccherà a lui vedersela con i medici, che hanno appena ripreso la "vertenza salute" riguardo alla quale pretendono risposte alle criticità e alle istanze presentate al Governo da oltre un anno e cadute nel silenzio. E poi governo clinico, proroga dell'intramoenia, istituzioni dei nuovi albi per le professioni sanitarie, piani di rientro e controllo della spesa sanitaria. Vecchi e nuovi problemi che hanno già riempito la sua nuova scrivania da ministro.

► Segue da pagina 7

è fondamentale, anche se la distribuzione sul territorio è assai variabile e spesso dipende da iniziative locali. Nel caso del matero infantile e per le problematiche della salute della donna il ruolo del mediatore culturale è più complesso e completo e comprende anche aspetti molto caratteristici delle varie etnie e delle religioni. Un esempio tipico: la richiesta di ginecologi di sesso femminile sia per l'assistenza durante la gravidanza che durante il parto. Per talune culture la presenza di un ginecologo uomo durante la visita ginecologica viene vista come una violenza e in ogni caso un fattore limitante la comunicazione necessaria per assistere una paziente, che non è educata a raccogliere le informazioni relative alla sua storia sanitaria. In ogni caso gli standard di valutazione da parte delle strutture sanitarie e in caso di problemi medico-legali, sono quelli previsti per ogni cittadino italiano.

A parere degli esperti il fenomeno immigratorio rappresenta un'opportunità per rilanciare una politica socio-sanitaria più attenta alle fasce deboli della popolazione. Paradossalmente potrebbe favorire un nuovo modello di sanità, più attento alla realtà delle persone che ai ricavi nell'erogazione di prestazioni. Che ne pensa?

Penso che le problematiche del matero infantile "immigrato", assieme a quello nazionale, oggi costituiscano una vera priorità per il nostro Paese. I numeri, le risorse disponibili, la rivoluzione demografica e le sue conseguenze sociali ed economiche costituiscono un vero e proprio problema strategico multifattoriale e multidisciplinare la cui corretta soluzione richiede le migliori risorse del paese. Se le grandi professionalità esistenti considerassero prioritaria la soluzione del fenomeno "matero infantile" e "salute femminile" e se concentrassero in modo razionale le enormi risorse esistenti su questo tema, sono certo che in pochi anni si potrebbero armonizzare le risorse e le politiche assistenziali ottenendo un grande successo.

In questo quadro quale ruolo vede per la Sigo?

L'azione della Sigo è quella di divenire una istituzione visibile, credibile, proattiva nel sensibilizzare le istituzioni nazionali e regionali, le pazienti e le associazioni di pazienti e la comunità dei ginecologi italiani (università, ospedale, territorio). Vogliamo in tal senso dar vita a delle vere e proprie lobby "etiche", cercando sostenitori per le politiche dedicate alla salute della donna e del nascituro.

Un'ultima domanda. Ormai da molti anni, anche in Italia, intorno a importanti patologie di interesse sociale o di grande diffusione si è creato un circuito di sostegno (anche se non sempre disinteressato) fatto di associa-

zioni di malati, di grandi istituzioni pubbliche e private e aziende del settore e non. Pensa che nel momento in cui la ginecologia italiana ha assunto come suo orizzonte il grande tema della salute della donna a 360° si possano creare opportunità analoghe?

Le rispondo con semplici constatazioni relative all'esperienza di anni: negli ultimi 15 anni, durante il processo di aziendalizzazione abbiamo assistito ad una importante distorsione delle politiche assistenziali, in parte derivata da un'applicazione statica del sistema Drg, in parte dalla evoluzione della tecnologia nel mondo sanitario. Alcuni esempi: la protesica in ortopedia (grande disponibilità di tecnologia, protesi di ginocchio, di anca), i grandi progressi in cardiologia interventistica, l'oncologia e le grandi risorse dedicate alla chemioterapia, solo per citarne alcuni.

In realtà il sistema sanitario e il mondo sanitario subisce la "pressione" della tecnologia e così come nessuno oggi si sognerebbe di comprare un'automobile senza aria condizionata e Abs, nessun paziente tollererebbe di essere sottoposto ad una terapia "obsoleta" o di vecchia generazione (se fosse adeguatamente informato). Voglio dire che l'assistenza sanitaria è in equilibrio tra spinte economiche-tecnologiche e le risorse a disposizione per una assistenza adeguata e "appropriata". Quindi negli ultimi anni le aziende sanitarie, proprio perché aziende con obbligo di rendicontazione economica, hanno privilegiato le prestazioni e le politiche sanitarie "più remunerative", con alcune vistose distorsioni (vedi il caso Santa Rita di Milano). Anche se solo in alcuni casi si è arrivati al dolo, in realtà il problema rimane e i ginecologi-ostetrici e la salute della donna e del nascituro sono rimasti senza sponsor. Crediamo infatti che il tasso di fertilità, la salute del settore matero infantile, non debbano interessare solo le aziende produttrici di lattini artificiali oppure di contraccettivi, cui dobbiamo essere grati per le iniziative che da sole mettono in atto, ma affermiamo che la salute della donna e del nascituro debba avere come sponsor principale lo Stato, la Nazione e che auspicabilmente anche il Federalismo regionale possa essere superato per assicurare livelli di assistenza realmente adeguati e omogenei. Oggi un parto in un ospedale pubblico danese vale circa 4.000 euro, il tasso di cesareo è controllato, gli indici di mortalità perinatale sono tra i migliori del mondo. In Italia un parto vale tra 1.500 e 2.000 euro e consideriamo il rimborso per togliere un utero o conservare la possibilità di preservare la fertilità allo stesso stregua, circa 2.500 euro. Poco e certamente meno di una appendicectomia. Cerchiamo un vero sponsor, convinto e potente... ■